

Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

*Stratégies multiples visant à faciliter une
intervention précoce et une réponse qui mène à
de bons résultats en cas d'accident vasculaire
cérébral*

Table des matières

Résumé	3
Résumé des recommandations	6
Mieux-être, promotion de la santé et prévention de l'accident vasculaire cérébral	14
Soins d'urgence et soins actifs	23
Services de réadaptation après un accident vasculaire cérébral	32
Réinsertion sociale	40
Autogestion	45
Annexe A : Membres du comité CCSINBMAVC	49
Annexe B : Mandat du comité CCSINBMAVC	51
Annexe C : Mots clés	53
Annexe D : Liens Internet	57

Résumé

L'accident vasculaire cérébral (AVC), que l'on peut facilement éviter, est une priorité médicale qui touche les Néo-Brunswickois de tous âges. Le coût de l'AVC pour le Nouveau-Brunswick est non seulement mesuré en termes de dépenses de santé, mais aussi par la demande accrue de services assurés par les fournisseurs de soins de santé et les organismes communautaires, les répercussions sociales et affectives sur les survivants et leur famille et les composantes de santé et de style de vie connexes qui contribuent aux facteurs de risque associés à l'AVC. La stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral aborde cinq piliers : le mieux-être, la promotion de la santé et la prévention de l'AVC; les soins d'urgence et les soins actifs aux patients ayant subi un AVC; les services de réadaptation; la réinsertion sociale; l'autogestion.

L'AVC occupe le quatrième rang des principales causes de décès au Canada, faisant 16 000 victimes par an. On recense chaque année entre 40 000 et 50 000 cas d'AVC au Canada, tandis qu'environ 300 000 Canadiens vivent avec les effets de l'AVC. Après l'âge de 55 ans, le risque d'AVC double tous les dix ans, et un survivant d'un AVC a 20 % de chance d'avoir un autre AVC dans les deux ans qui suivent. Les effets de l'AVC varient d'un survivant à l'autre. Sur 100 personnes subissant un AVC, 15 % meurent, 10 % guérissent complètement, 25 % guérissent avec une déficience ou une incapacité mineure, 40 % restent avec une déficience modérée à grave, et 10 % sont handicapées si sévèrement qu'elles nécessitent des soins de longue durée. (Fondation des maladies du cœur du Canada).

Financièrement, l'AVC coûte 2,7 milliards de dollars par an à l'économie canadienne. Les soins actifs coûtent en moyenne 27 500 \$ par AVC, les Canadiens passant en tout 3 millions de jours dans les hôpitaux en raison d'un AVC. (Fondation des maladies du cœur du Canada).

En 2004-2005, on a dénombré 1 103 congés des hôpitaux du Nouveau-Brunswick pour lesquels le diagnostic le plus responsable était l'AVC. Ce nombre ne comprend pas les AVC qui se produisent à l'hôpital avec un autre diagnostic primaire, les AVC qui se produisent sans admission dans un hôpital et éventuellement le nombre de « mini-AVC » qui se produisent avec ou sans intervention médicale par la suite. L'AVC reste l'un des diagnostics les plus fortement responsables de l'hospitalisation au Nouveau-Brunswick.

Le Nouveau-Brunswick fait état de taux parmi les plus élevés en ce qui concerne les facteurs de risque associés à l'AVC, dont le tabagisme, l'obésité, l'hypertension et la sédentarité. Voici des exemples précis :

- Au Nouveau-Brunswick, on dénombre plus de 34 000 cas de diabète, ce qui représente 5,4 % de la population, tandis que le taux de diabète non diagnostiqué est estimé à plus de 30 %. (Rapport de 2005 sur le diabète,

Association canadienne du diabète). Le taux provincial de congé de l'hôpital pour accident vasculaire cérébral (AVC) était environ sept fois plus élevé chez les personnes atteintes de diabète que chez les personnes qui ne l'étaient pas. (Le diabète au Nouveau-Brunswick : prévalence, incidence, mortalité et comorbidités sélectionnées de diabète de 1997-1998 à 2001-2002).

- Les indicateurs de santé de 2004 ont révélé que 52 % des Néo-Brunswickois étaient physiquement inactifs, un taux supérieur à la moyenne nationale.
- D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004, les taux d'obésité chez les adultes hommes et femmes du Nouveau-Brunswick sont respectivement de 31 % et 28 %, bien au-dessus de la moyenne nationale de 22,9 et 23,2 %.
- Les taux de tabagisme, concernant 24 % de la population en 2004, continuent de dépasser la moyenne nationale. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC).

En l'an 2000, le pourcentage d'aînés au Nouveau-Brunswick était de 12,9 %. Compte tenu du vieillissement croissant de la population du Nouveau-Brunswick, les plus de 65 ans devraient représenter 22,2 % de la population du Nouveau-Brunswick en 2021 (Statistique Canada). Le risque et la fréquence de l'AVC augmenteront en raison de l'importance de plus en plus grande de cette tranche de population. De même, si aucun changement n'est relevé dans les facteurs de risque susmentionnés associés à l'AVC, le système de santé sera surchargé et les répercussions sur les familles, que ce soit en milieu rural ou urbain, bouleverseront leur vie.

Le Nouveau-Brunswick a commencé à prendre des mesures pour aborder ces questions, en particulier par l'intermédiaire de la Stratégie du mieux-être et du plan provincial de la santé, *Un avenir en santé*. Les composantes et les domaines ciblés présentés dans le plan provincial de la santé, *Un avenir en santé*, constituent le point de départ pour aborder les questions et les besoins en matière de soins liés à l'AVC. Cependant, d'autres recommandations et mesures propres à l'AVC sont nécessaires pour réduire considérablement la fréquence de l'AVC, intervenir de manière plus opportune et plus efficace et s'assurer que les survivants d'un AVC réalisent tout leur potentiel après un AVC.

Le processus d'élaboration d'une stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral a été mené par le Comité consultatif sur la stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral (CCSINBMAVC) sous la forme d'un processus consultatif avec les fournisseurs de soins de santé, les organismes communautaires et les survivants d'un AVC. Les recommandations figurant dans chaque section de ce document reflètent la discussion et le consensus du comité CCSINBMAVC. Ces recommandations sont fondées sur les nombreuses preuves établies à l'échelle nationale et internationale relativement aux meilleures pratiques, aux protocoles

fondés sur les preuves et à la prestation de services axée sur le client, et elles ont été adaptées au contexte néo-brunswickois. Une recherche approfondie en matière d'évaluation et de traitement de l'AVC, ainsi que des services liés à celui-ci, exigera que la stratégie du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral soit évaluée régulièrement afin de s'assurer qu'elle reste pertinente pour les praticiens et les survivants d'un AVC recevant ces services.

Résumé des recommandations

Mieux-être, promotion de la santé et prévention de l'AVC

1. Faire de la prévention et du contrôle de l'hypertension une priorité en :

- mettant sur pied un groupe multilatéral pour formuler et élaborer des stratégies visant à aborder l'hypertension;
- améliorant l'accessibilité à la surveillance de la tension artérielle et son actualisation dans les endroits que la population fréquente souvent;
- offrant une formation continue aux fournisseurs de services de santé sur les lignes directrices cliniques relatives à la prévention et au contrôle de la tension artérielle;
- mettant en œuvre une campagne de sensibilisation publique aux facteurs de risque associés à l'AVC, en particulier l'hypertension.

2. Promouvoir l'activité physique pour toutes les groupes d'âge de la population en :

- créant et appuyant les activités de la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique (CSAAP) au Nouveau-Brunswick;
- soutenant la mise en œuvre de politiques sur l'éducation qui rendent obligatoires des normes d'éducation physique à l'échelle provinciale;
- appuyant et créant une capacité communautaire d'améliorer l'activité physique;
- définissant des possibilités, des incitations et des partenariats communautaires pour encourager la participation aux activités physiques par l'utilisation des installations communautaires publiques et privées.

3. Promouvoir une saine alimentation pour tout les groupes d'âge de la population en :

- créant et appuyant les activités de la CSAAP;
- soutenant la mise en œuvre de la politique sur une saine nutrition à l'école (politique 711);
- soutenant et renforçant la capacité communautaire à mettre en œuvre des politiques et des pratiques de saine nutrition.

4. Travailler à un Nouveau-Brunswick sans fumée par la création et l'appui des activités de la Coalition antitabac en :

- encourageant les projets Écoles sans tabagisme;
- approuvant des environnements privés sans fumée;

- approuvant les propriétés sans fumée de la régie régionale de la santé (RRS);
- soutenant des occasions d'arrêter de fumer en :
 - mettant en place un programme élargi et institutionnalisé d'intervention clinique contre le tabagisme dans divers milieux et chez tous les fournisseurs;
 - encourageant l'utilisation d'un service de réponse par télécopieur à la Téléassistance pour fumeurs;
 - soutenant la disponibilité d'un éventail de services de désaccoutumance au tabac dans les milieux de soins primaires.

5. Participer à des activités de prévention directement liées aux facteurs de risque associés à l'AVC en :

- établissant des cliniques vasculaires des RRS sous la forme de cliniques d'aiguillage urgent avec des diagnostics visant à déterminer la cause d'un accident ischémique transitoire (AIT) et à offrir un accès rapide à l'intervention vasculaire (p. ex., endartériectomie de la carotide, port de stents, etc.);
- offrant l'accès à des cliniques d'aiguillage pour prévention secondaire afin de définir les facteurs de risque vasculo-nerveux établis à la clinique d'aiguillage urgent et d'y donner suite;
- soutenant ou établissant des services et des programmes de dépistage du cholestérol;
- élaborant et mettant en œuvre, dans le cadre des programmes existants (Initiatives pour la petite enfance (IPE), services de traitement des dépendances, Apprenants en santé), des mesures globales visant à réduire l'abus d'alcool et la consommation occasionnelle excessive d'alcool;
- soutenant et encourageant les activités relatives à la reconnaissance et à la gestion du diabète;
- appuyant les activités actuelles visant à sensibiliser aux risques, à réduire les préjudices et à éviter l'abus de drogues illicites lié à l'AVC;
- établissant un processus et des normes provinciaux pour s'assurer que les patients à risque élevé ont accès, en temps opportun, aux services de prévention secondaire;
- assurant l'éducation et la formation dans le domaine de la prévention pour tous les fournisseurs de soins de santé et le grand public, ainsi qu'au sein du programme d'enseignement et du cursus universitaire;
- établissant des indicateurs de mesure du rendement.

Soins d'urgence et soins actifs aux patients ayant subi un AVC

1. Mieux reconnaître l'AVC comme une urgence médicale en :

- sensibilisant et éduquant mieux le public aux symptômes de l'AVC et à l'urgence en vue d'un traitement immédiat;

- formant et instruisant le personnel des services médicaux d'urgence (SMU) pour renforcer la reconnaissance de l'AVC;
- reconnaissant que le diagnostic et le traitement précoces pourraient avoir un effet positif sur l'éventuelle guérison d'un patient.

2. Établir des protocoles de SMU pour le traitement et le transport d'urgence des patients ayant subi un AVC aux installations médicales en :

- élaborant des protocoles de reconnaissance et de gestion des symptômes pour le personnel des SMU;
- mettant en œuvre des politiques de destination d'urgence pour guider le personnel transportant des personnes que l'on croit atteintes d'un AVC à l'installation la plus proche équipée d'un tomodensitomètre;
- faisant en sorte que les hôpitaux recevant des patients que l'on croit victimes d'un AVC élaborent des stratégies de triage des AVC.

3. Considérer l'activateur tissulaire du plasminogène (t-PA) pour le traitement des patients en :

- suivant la meilleure pratique pour l'administration de l'activateur tissulaire du plasminogène (t-PA);
- offrant l'accès à la neurologie pour l'administration du t-PA, éventuellement par les modalités de la télésanté.

4. Élaborer des protocoles généraux d'admission normalisés relativement à l'AVC en prenant en considération :

- l'évaluation de la tension artérielle;
- l'évaluation de la glycémie;
- l'examen de la capacité d'avaler et de l'aspiration;
- la thrombose veineuse profonde;
- la nutrition;
- l'hydratation;
- l'utilisation de mesures appropriées d'évaluation diagnostique qui respectent les meilleures pratiques.

5. Collaborer à l'échelle régionale en vue de mettre en œuvre un processus visant à développer les soins appropriés aux patients victimes d'un AVC en :

- encourageant une collaboration et un réseautage continus à l'échelle régionale;
- élaborant un plan régional de mise en œuvre suivant la réalisation de la stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral;
- offrant des possibilités de perfectionnement professionnel et des forums pour les stratégies professionnelles de partage de l'expertise et de prestation des services.

6. Établir des unités/lits réservés aux accidents vasculaires cérébraux aigus en fonction de l'expertise disponible et de la masse critique de patients en :

- assurant la participation de chaque régie régionale de la santé aux unités et aux lits réservés aux accidents vasculaires cérébraux aigus grâce à leurs activités de planification stratégique;
- aménageant un espace et un emplacement définis au sein de l'hôpital régional pour les soins actifs aux patients ayant subi un AVC;
- mettant sur pied des équipes régionales interdisciplinaires de ressources sur l'AVC;
- définissant des domaines et des professionnels pour lesquels une formation approfondie dans le domaine permettrait de renforcer les services de soins aux patients victimes d'un AVC dans la région;
- élaborant des stratégies régionales de mise en œuvre avec des délais établis pour répondre aux objectifs de la stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral.

7. Faire en sorte que les centres existants ayant une expertise en matière d'AVC, ainsi que les régions améliorant les services aux patients victimes d'un AVC, établissent des liens pour améliorer les services et les connaissances en :

- utilisant la technologie à connecter au besoin avec les ressources afin d'améliorer la satisfaction locale des besoins des patients ayant subi un AVC et de partager l'expertise, p. ex., visioconférence, télésanté, etc.;
- désignant des chefs et des ressources en matière d'AVC dans l'ensemble du système du N.-B.;
- instaurant des équipes et des relations de collaboration interrégionales sur les AVC qui répondent aux divers besoins locaux dans toutes les régions.

8. Fonder le traitement médical de l'accident vasculaire cérébral aigu sur les évidences actuelles en tenant compte des ressources et de l'expertise disponibles en :

- utilisant les normes canadiennes de la pratique privilégiée et de pratique probante pour les soins aux patients victimes d'un AVC et la prestation des services;
- élaborant des protocoles et des stratégies d'envergure régionale et interrégionale;
- utilisant l'Étude de la qualité des soins : définition des indicateurs de rendement relatifs à l'accident vasculaire cérébral aigu (JAMC, janvier 2005).

Services de réadaptation

1. Mieux reconnaître l'AVC comme une priorité pour la possibilité de réadaptation et le traitement en :

- établissant des équipes interdisciplinaires des RRS sur les AVC (services consultatifs et directs) dont les membres sont issus des niveaux appropriés des services médicaux, des services de soins infirmiers, de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, des services sociaux, des services de psychologie, des services de nutrition et des services auxiliaires, selon les besoins, et de la représentation de fournisseurs des services régionaux;
- en élaborant de voies régionales de services de réadaptation;
- en offrant l'accès à l'équipement nécessaire à la possibilité de réadaptation et au traitement.

2. Faire en sorte que les patients admis à l'hôpital pour un AVC soient traités par des équipes interdisciplinaires en :

- utilisant des outils et une terminologie d'évaluation cohérents pour assurer la communication entre les professionnels, les installations, les régions et le continuum de soins;
- assurant une évaluation cohérente des domaines essentiels définis en fonction de la documentation actuelle, p. ex., dysphagie, cognition, mobilité, activités de la vie quotidienne, fonctions visuelles et perceptives, etc.;
- garantissant une coordination des soins axée sur le client;
- assurant une éducation et une consultation des patients et des soignants en insistant sur les interventions axées sur le mode de vie comme composante essentielle;
- instaurant une collaboration interrégionale afin d'accéder aux centres d'expertise tertiaires et spécialisés de la province grâce à l'éventuelle utilisation de la télésanté;
- diffusant efficacement l'information aux professionnels;
- assurant une planification des congés de l'hôpital axée sur le client pour garantir la continuité des soins et la prestation des services après le congé.

3. Veiller à ce que les patients congédiés de l'hôpital reçoivent les services dont ils ont besoin en :

- assurant des services communautaires pour patients externes qui soient intégrés, coordonnés, opportuns, accessibles et qui suivent une approche interdisciplinaire;
- offrant les niveaux appropriés d'intensité et de fréquence thérapeutiques qui reflètent les besoins et les objectifs changeants du patient;

- considérant la réinsertion sociale;
- dispensant des services conformes aux pratiques probantes et aux pratiques privilégiées.

4. Guider la réadaptation centrée sur le patient en :

- mettant en œuvre des objectifs précis et réalistes conjointement avec le patient, la famille, d'autres personnes importantes et l'équipe de réadaptation;
- organisant des réunions interdisciplinaires formelles et régulières;
- diffusant efficacement l'information aux fournisseurs de services régionaux et au patient;
- assurant la participation active de la famille et des soutiens informels au début du processus de réadaptation;
- offrant un soutien d'équipe aux patients pour garantir le financement nécessaire à l'achat de l'équipement recommandé;
- sensibilisant le patient et le soutien informel aux ressources et aux services offerts dans la communauté.

5. Soutenir les équipes interdisciplinaires sur les AVC en :

- offrant des possibilités de développement d'un leadership clinique par tous les membres de l'équipe;
- assurant le transfert de connaissances régulier entre les membres de l'équipe;
- désignant des chefs cliniques dans les divers aspects et domaines de traitement associés à la réadaptation après un AVC aux fins de consultation professionnelle, de possibilités de perfectionnement professionnel et de renforcement de la capacité locale;
- assurant une communication et une collaboration régulières et continues dans le continuum de soins;
- offrant au personnel des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel en vue de sa participation à l'équipe régionale.

6. Fonder l'évaluation et le traitement de réadaptation de l'AVC sur les évidences actuelles en :

- utilisant les normes néo-brunswickoises et canadiennes de la pratique probantes et de pratique privilégiée pour les soins aux patients victimes d'un AVC et la prestation des services;
- élaborant des protocoles et des stratégies d'envergure régionale et interrégionale;
- considérant des normes telles que celles du projet de Réadaptation optimale post-ACV fondée sur les résultats cliniques (SCORE).

Réinsertion sociale

1. Mieux reconnaître les besoins des survivants d'un AVC dans la communauté en :

- établissant des cheminements cliniques qui reflètent les besoins liés à la réinsertion sociale sur le long terme;
- assurant une évaluation efficace et centrée sur le client des besoins antérieurs au congé de l'hôpital accompagnée d'un suivi planifié;
- éduquant et formant les intervenants en matière de santé à des sujets liés à la réinsertion sociale;
- collaborant avec les services communautaires;
- offrant une orientation et une formation professionnelles.

2. Renforcer l'autonomie des survivants d'un AVC en :

- autogérant les programmes de soutien;
- sensibilisant aux services communautaires offerts après le congé de l'hôpital;
- offrant des possibilités de bénévolat et de soutien par les pairs à l'intention des autres survivants d'un AVC.

3. Assurer la collaboration et la communication entre les services gouvernementaux et les fournisseurs de services communautaires en :

- incitant la participation des fournisseurs de services communautaires à des comités régionaux de planification en matière d'AVC;
- élaborant des modèles intégrés et coordonnés de prestation des services régionaux;
- créant des voies de communication continue entre les fournisseurs de services;
- assurant le soutien du gouvernement provincial aux possibilités de bénévolat par la législation sur la protection civile et la dispense des frais de vérification du casier judiciaire.

Autogestion

1. Envisager globalement l'appui de l'autogestion dans l'ensemble des états pathologiques des patients et des questions relatives à la santé en :

- coordonnant les programmes;
- assurant des programmes génériques d'appui de l'autogestion;
- habilitant le client à participer à des activités d'autogestion.

2. Incorporer l'appui de l'autogestion dans la philosophie de la thérapie en :

- livrant les déclarations de prestation de la régie régionale de la santé;
- offrant une pratique professionnelle;

- assurant la communication et les interactions avec le client.

3. Faire de l'autogestion une composante de sensibilisation des professionnels et du public en :

- assurant l'éducation et le perfectionnement professionnel;
- organisant des activités de sensibilisation du public.

Mieux-être, promotion de la santé et prévention de l'AVC

On peut facilement éviter l'accident vasculaire cérébral (AVC) par une éducation en matière de santé, un mode de vie sain et une prise de décision éclairée. Cependant, dans certains cas, l'AVC n'est pas lié à la prévention, comme c'est le cas des troubles du sang et de certaines maladies liées à un risque accru d'AVC. Même dans l'hypothèse d'activités de prévention à 100 %, il resterait des AVC nécessitant une évaluation et une intervention. Pour lutter contre l'AVC, la première chose à faire est de promouvoir le mieux-être de la population, la santé et les activités de prévention propres à l'AVC.

Mieux-être

En janvier 2006, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé sa Stratégie du mieux-être. « Le plan provincial de la santé 2004-2008, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick*, établit quatre priorités stratégiques pour orienter les nouveaux investissements et les mesures prises afin d'assurer la viabilité du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick aujourd'hui et à l'avenir. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a fait de l'initiative *Amélioration de la santé de la population* sa priorité absolue, parce qu'il reconnaît qu'un mode de vie sain est un élément essentiel à une bonne santé et au mieux-être personnel. Cette priorité stratégique comprend des mesures visant à promouvoir un mode de vie sain, à mieux gérer et à contrôler les maladies chroniques, à réduire l'incidence du cancer et à prévenir la maladie par un programme d'immunisation élargi. »

La Stratégie du mieux-être contient **cinq orientations stratégiques**.

La première orientation stratégique se concentre sur le **partenariat et la collaboration** à travers des activités avec :

- la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick (CSAAP);
- la Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick (CATNB);
- le Conseil consultatif de la jeunesse du Nouveau-Brunswick.

La deuxième orientation stratégique soutient le **développement communautaire** à travers des activités telles que :

- Link Program/Programme Le Maillon;
- « De 5 à 10 portions par jour – C'est bon pour la santé »;
- le Programme de subventions – Communautés actives;
- le Programme de subventions pour les Écoles sans tabagisme;
- l'Initiative Amis des bébés^{MD}.

La troisième orientation stratégique vise à **promouvoir des modes de vie sains grâce à une campagne de marketing social et des possibilités d'apprentissage**.

La quatrième orientation stratégique se penche sur la recherche, l'évaluation et la surveillance. Celle-ci sera réalisée grâce aux initiatives et programmes suivants :

- Programme de surveillance du mieux-être;
- Initiative de surveillance de l'activité physique;
- Initiative du Panier alimentaire nutritif du Nouveau-Brunswick;
- Programme de clinique de gestion du poids infantile de l'UNB.

La cinquième orientation stratégique se penche sur la politique publique favorisant la santé. « Depuis juin 1999, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a élaboré et mis en œuvre des programmes et initiatives de politique publique qui font la promotion du mieux-être et d'un mode de vie sain.

Ces programmes et initiatives sont les suivants :

- **Loi sur les endroits sans fumée** qui interdit de fumer sur la propriété d'une école, dans les magasins de vente au détail, les salles communautaires, les centres de conférences, les complexes sportifs, les salles de bingo, les bars, les restaurants et tous les lieux de travail intérieurs.
- **Nutrition et amélioration de l'alimentation en milieu scolaire** est une politique globale concernant la nutrition pour offrir aux élèves des choix de boissons et d'aliments sains dans les écoles.
- **Succès NB Success** est un outil en ligne pour aider les particuliers et les groupes à accroître l'activité physique et la littératie.
- **Communautés scolaires en ACTION** est un programme visant à aider les écoles à adopter, à mettre en œuvre et à maintenir diverses possibilités d'activité physique.
- **ALLEZ-Y NB !** est un programme de subvention qui fournit un appui financier pour les partenariats entre les organismes sportifs et de loisirs, les écoles et les collectivités.
- **Programme Initiative santé** est un programme pour les écoles de la maternelle à la troisième année qui vise à s'assurer que la faim n'est pas un obstacle à l'apprentissage.
- **Programme Apprenants en santé à l'école** est un programme dans le cadre duquel les infirmières de la santé publique travaillent avec les écoles et les parents pour mettre sur pied et appuyer des efforts de promotion de la santé qui touchent tous les aspects de la santé – physique, émotif et social – et appuyer une prise de décisions et des comportements sains qui dureront jusqu'à l'âge adulte. »

Les initiatives associées à la Stratégie du mieux-être traversent le spectre de l'âge et visent à réduire l'incidence de la maladie chronique au Nouveau-Brunswick. La Stratégie du mieux-être aborde de nombreux domaines liés à un mode de vie sain qui se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de l'AVC. Le gouvernement a également annoncé la création du ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport en février 2006.

Promotion de la santé

Afin de mieux comprendre la définition de la promotion de la santé, il importe de connaître la signification du mot « santé ». Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de bien-être physique, mental et social complet et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La promotion de la santé est un processus qui permet aux personnes d'exercer un meilleur contrôle sur leur santé dans le but de l'améliorer. La promotion de la santé vise à améliorer ou à protéger la santé grâce à des changements comportementaux, biologiques, socioéconomiques et environnementaux. « La promotion de la santé est un processus planifié et géré visant à encourager et à aider l'amélioration de la santé d'une population, distinct de la prestation des services de soins de santé. » (OMS, 1998). La promotion de la santé est très souvent associée aux initiatives et aux programmes du système pour les particuliers. Le mieux-être englobe les objectifs de la promotion de la santé au niveau personnel.

Parmi les exemples de promotion de la santé au Nouveau-Brunswick, on peut citer de nombreuses initiatives définies dans la Stratégie du mieux-être, ainsi que :

- des activités de la Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick telles que « Visez santé », « Petits changements, grands résultats » et « Bien-être en milieu de travail »;
- d'autres initiatives gouvernementales telles que les Initiatives pour la petite enfance et la promotion du concept « vie active »;
- des activités communautaires locales telles que les politiques individuelles sur la nutrition à l'école, les activités de conditionnement physique et autres.

Prévention de l'AVC

Dans l'idéal, il faudrait que la personne prévienne un éventuel AVC en adoptant un mode de vie sain et une gestion médicale efficace des facteurs contribuant à l'AVC. Cependant, une fois qu'un patient a subi un AVC, la prévention ultérieure est garantie en raison du risque d'AVC subséquent.

La prévention d'un premier AVC suppose la modification des facteurs de risque avant l'apparition des symptômes ou la déclaration de la maladie au niveau de la personne ou de la population. La prévention primaire au niveau clinique du patient est souvent mise en œuvre dans le cadre des soins primaires, le médecin de famille du patient en question étant souvent la personne à offrir l'éducation et les conseils. Au niveau de la population, cela peut inclure une éducation générale et un soutien visant à provoquer des changements comportementaux liés à un mode de vie plus sain, tels que la désaccoutumance au tabac, la perte de poids et des sujets relatifs à la gestion des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, etc.

La prévention secondaire est une approche clinique individuelle visant à réduire le risque de récurrence chez des personnes qui ont déjà été atteintes d'une maladie et chez celles présentant des symptômes qui les exposent à un risque élevé de contracter la maladie. Par exemple, une personne subissant un accident ischémique transitoire (AIT) qui ne touche pas le fonctionnement à long terme a 30 % de risque de contracter un AVC au cours des cinq années suivantes.

Les activités de prévention reconnaissent les facteurs de risque non contrôlables et contrôlables.

Les **facteurs de risque non contrôlables**, que l'on ne peut modifier, liés à l'AVC, sont les suivants :

Antécédents familiaux

Si un parent ou des frères et sœurs ont eu un AVC avant l'âge de 65 ans, les autres membres de la famille ont un risque 70 % plus élevé de contracter un AVC. Parmi les autres facteurs de risque familiaux, on peut citer la maladie coronarienne, les antécédents de diabète et l'hypertension.

Sexe

Les hommes ont plus de risque de subir un AVC que les femmes. Cependant, puisque les femmes ont en principe une espérance de vie plus longue que les hommes, davantage de femmes meurent d'un AVC en raison de leur âge avancé.

Appartenance ethnique

On observe généralement une plus forte incidence d'hypertension et de diabète dans les communautés des Premières nations, les communautés africaines et sud-asiatiques. Ces personnes présentent un risque plus élevé de subir un AVC comparativement au reste de la population.

Âge

Le risque d'AVC et d'AIT augmente avec l'âge. Bien que les AVC puissent se déclarer à tout âge, les deux tiers de tous les AVC se déclarent chez des personnes de plus de 65 ans. L'âge avancé constitue le facteur de risque dominant de cardiopathie et d'AVC. Les taux relatifs à toutes les formes principales de cardiopathie augmentent proportionnellement à l'âge, et chez les femmes, le risque d'AVC augmente considérablement après la ménopause. Étant donné le vieillissement de la population canadienne, le nombre de personnes atteintes de cardiopathie et d'AVC devrait augmenter.

AVC ou AIT antérieurs

On déclare qu'un tiers des personnes qui survivent à un AVC ou à un accident ischémique transitoire (AIT) subissent un autre AVC au cours des cinq années suivantes. Un AIT est un signe d'avertissement sérieux de risque accru d'AVC. Le risque d'AVC chez les personnes atteinte d'AIT est de 5 % dans les

48 heures, 8 % dans le mois qui suit, 12 % dans l'année qui suit et jusqu'à 30 % au cours des 5 années qui suivent.

Les **facteurs de risque contrôlables**, qui peuvent changer ou être contrôlés par un mode de vie différent ou par la consommation de médicaments, sont les suivants :

Hypertension

L'hypertension est reconnue comme étant le facteur de risque numéro un associé à l'AVC. Les faits établis par la recherche appuient les avantages du traitement de l'hypertension pour réduire l'incidence de l'AVC. En moyenne, chaque réduction de 7,5 mm Hg de la tension diastolique pourrait réduire considérablement le risque d'AVC. Au Canada, 22 % de personnes souffrent d'hypertension, et, parmi elles, 42 % n'en sont pas conscientes. D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée en 2003, 16,2 % des Néo-Brunswickois sont hypertendus. Environ 15 à 20 % de tous les cas d'hypertension sont traités efficacement au Canada, ce qui peut réduire le nombre d'AVC de 35 à 40 %.

Diabète

Le diabète est une affection due au fait que le corps ne produit pas d'insuline ou ne l'utilise pas correctement. Le diabète entraîne souvent de l'hypertension et une cholestérolémie élevée. Les diabétiques ont un risque de 1,5 à 2,5 fois plus grand de subir un accident ischémique cérébral. Le diabète est aussi fortement lié à l'hypertension, à un taux élevé de cholestérol et au surpoids. D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003), le Nouveau-Brunswick affiche le troisième taux de diabète le plus élevé du pays.

Cholestérol

« Le cholestérol LDL (cholestérol à lipoprotéines de basse densité) est souvent appelé "mauvais" cholestérol. Il ne mérite pas vraiment ce nom – notre corps a besoin d'une quantité normale de cholestérol LDL pour la croissance et la réparation des cellules. Cependant, des niveaux élevés de cholestérol LDL dans le sang peuvent entraîner la formation de plaque (dépôts de graisse) dans les vaisseaux sanguins, entraînant l'athérosclérose (blocage des artères). » (Fondation des maladies du cœur du Canada). Un cholestérol élevé peut doubler le risque d'accident ischémique cérébral. On estime que 45 % de la population canadienne a un taux de cholestérol LDL supérieur au niveau souhaitable.

« Le cholestérol HDL (cholestérol à lipoprotéines de haute densité) est souvent appelé "bon" cholestérol. Il aide à enlever le cholestérol LDL des parois des vaisseaux sanguins. La recherche actuelle indique que le cholestérol HDL pourrait contribuer à nous protéger de l'athérosclérose et de la cardiopathie, ce qui fait que des niveaux élevés sont considérés bons. » (Fondation des maladies du cœur du Canada).

Sédentarité

Nous avons des preuves claires appuyant les avantages de l'activité physique dans la réduction du risque de cardiopathie, d'hypertension, de diabète et d'obésité. Le Nouveau-Brunswick affiche le deuxième taux le plus élevé de sédentarité chez les femmes, 61 % de la population étant sédentaire, tandis que les hommes se classent au troisième rang national, à 49 %.

Obésité

Au Nouveau-Brunswick, le taux d'obésité (IMC supérieur ou égal à 30) chez les hommes s'élève à 31 % contre 28 % chez les femmes. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale du Canada pour les deux sexes. Chez les enfants, le taux de surpoids ou d'obésité est de 34 %, par rapport à un taux national de 26 %. (EECS 2.2, 2004, Statistique Canada). Les taux d'obésité chez les adultes et les enfants continuent de progresser régulièrement. Outre le taux élevé chez les adultes, on a conclu que le Nouveau-Brunswick avait le deuxième taux de surpoids ou d'obésité le plus élevé chez les enfants du Canada. L'obésité est maintenant reconnue par les experts comme la deuxième cause de décès pouvant être prévenue après le tabagisme. On estime à 750 le nombre de résidents du Nouveau-Brunswick qui meurent prématurément chaque année d'une maladie liée à l'obésité. On estime à 96 millions de dollars le coût annuel des maladies liées à l'obésité pour le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick.

Tabagisme

En mars 2005, les résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada ont été publiés, révélant que le Nouveau-Brunswick avait le pourcentage de fumeurs le plus élevé du pays. Le pourcentage de fumeurs au Nouveau-Brunswick est actuellement de 24 %. Pour les femmes comme pour les hommes, c'est dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans que l'on relève les pourcentages les plus élevés de fumeurs. On estime à 1 300 le nombre de Néo-Brunswickois qui perdent la vie chaque année à cause du tabagisme. D'après les estimations, le tabagisme coûte 120 millions de dollars par an de soins médicaux à la province du Nouveau-Brunswick. Il semble aussi que le tabagisme associé à l'utilisation de contraceptifs chez les femmes présente un risque accru.

Abus d'alcool/consommation excessive d'alcool occasionnelle

L'abus d'alcool (2 verres ou plus par jour, avec dépassement de la limite hebdomadaire de 14 verres pour les hommes et 9 verres pour les femmes) augmente le risque d'AVC. L'abus d'alcool multiplie le risque d'attaque d'apoplexie hémorragique par trois à quatre et peut doubler le risque d'accident ischémique cérébral. D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée en 2003, le Nouveau-Brunswick affiche le deuxième taux le plus élevé (28 %) de consommation excessive d'alcool (cinq verres d'un trait, 12 fois ou plus par mois), sur l'ensemble du Canada.

Fibrillation auriculaire

La fibrillation auriculaire est un type de rythme cardiaque irrégulier qui accroît le risque de caillots sanguins pouvant se déplacer et atteindre le cerveau. Les personnes atteintes de fibrillation auriculaire ont un risque 3 à 5 fois plus grand de subir un AVC.

Maladie coronarienne

Le fait d'avoir une maladie coronarienne (aussi connue sous le nom de cardiopathie ischémique) double le risque d'accident ischémique cérébral. Les personnes souffrant de maladie coronarienne souffrent de durcissement des artères (athérosclérose), ce qui peut bloquer les artères du cerveau. Elles ont également un plus grand risque de formation de caillots sanguins (qui peuvent se coincer dans les artères du cerveau et interrompre le débit sanguin).

Drogues illicites ou « de la rue »

Des accidents ischémiques cérébraux et des attaques d'apoplexie hémorragiques se sont déclarés à la suite d'un abus de drogues. (Fondation des maladies du cœur du Canada). L'usage récréatif de drogues peut augmenter la tension artérielle, entraîner le rétrécissement des vaisseaux sanguins, créer une réaction immunitaire extrême, ce qui, au fil du temps, use les vaisseaux sanguins, et les particules utilisées dans le traitement des drogues peuvent être injectées dans la circulation sanguine.

Recommandations sur le mieux-être, la promotion de la santé et la prévention de l'AVC

1. Faire de la prévention et du contrôle de l'hypertension une priorité en :

- mettant sur pied un groupe multilatéral pour formuler et élaborer des stratégies visant à aborder l'hypertension;
- améliorant l'accessibilité à la surveillance de la tension artérielle et son actualisation dans les endroits que la population fréquente souvent;
- offrant une formation continue aux fournisseurs de services de santé sur les lignes directrices cliniques relatives à la prévention et au contrôle de la tension artérielle;
- mettant en œuvre une campagne de sensibilisation publique aux facteurs de risque associés à l'AVC, en particulier l'hypertension.

2. Promouvoir l'activité physique pour tous les groupes d'âge de la population en :

- créant et appuyant les activités de la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique (CSAAP) au Nouveau-Brunswick;
- soutenant la mise en œuvre de politiques sur l'éducation qui rendent obligatoires des normes d'éducation physique à l'échelle provinciale;
- appuyant et créant une capacité communautaire d'améliorer l'activité physique;

- définissant des possibilités, des incitations et des partenariats communautaires pour encourager la participation aux activités physiques par l'utilisation des installations communautaires publiques et privées.

3. Promouvoir une saine alimentation pour tous les groupes d'âge de la population en :

- créant et appuyant les activités de la CSAAP;
- soutenant la mise en œuvre de la politique sur une saine nutrition à l'école (politique 711);
- soutenant et renforçant la capacité communautaire à mettre en œuvre des politiques et des pratiques de saine nutrition.

4. Travailler à un Nouveau-Brunswick sans tabac par la création et l'appui des activités de la Coalition anti-tabac en :

- encourageant les projets Écoles sans tabagisme;
- approuvant des environnements privés sans fumée;
- approuvant les propriétés sans fumée de la régie régionale de la santé (RRS);
- soutenant des occasions d'arrêter de fumer en :
 - mettant en place un programme élargi et institutionnalisé d'intervention clinique contre le tabagisme dans divers milieux et chez tous les fournisseurs;
 - encourageant l'utilisation d'un service de réponse par télécopieur à la Téléassistance pour fumeurs;
 - soutenant la disponibilité d'un éventail de services de désaccoutumance au tabac dans les milieux de soins primaires.

5. Participer à des activités de prévention directement liées aux facteurs de risque associés à l'AVC en :

- établissant des cliniques de médecine vasculaire des RRS sous la forme de cliniques d'aiguillage urgent avec des diagnostics visant à déterminer la cause d'un accident ischémique transitoire (AIT) et à offrir un accès rapide à l'intervention vasculaire (p. ex., endartériectomie de la carotide, port de stents, etc.);
- offrant l'accès à des cliniques d'aiguillage pour prévention secondaire afin de définir les facteurs de risque vasculo-nerveux établis à la clinique d'aiguillage urgent et d'y donner suite;
- soutenant ou établissant des services et des programmes de dépistage du cholestérol;
- élaborant et mettant en œuvre, dans le cadre des programmes existants (Initiatives pour la petite enfance (IPE), services de traitement des dépendances, Apprenants en santé), des mesures globales visant à réduire l'abus d'alcool et la consommation occasionnelle excessive d'alcool;

- soutenant et encourageant les activités relatives à la reconnaissance et à la gestion du diabète;
- appuyant les activités actuelles visant à sensibiliser aux risques, à réduire les préjudices et à éviter l'abus de drogues illicites relativement à l'AVC;
- établissant un processus et des normes provinciaux pour s'assurer que les patients à risque élevé ont accès, en temps opportun, aux services de prévention secondaire;
- assurant l'éducation et la formation dans le domaine de la prévention pour tous les fournisseurs de soins de santé et le grand public, ainsi qu'au sein du programme d'enseignement et du cursus universitaire;
- établissant des indicateurs de mesure du rendement tout en tenant compte des temps d'attente pour l'aiguillage, l'évaluation, le traitement et l'éducation du patient à l'autogestion.

Soins d'urgence et soins d'AVC actifs

La sensibilisation accrue à une approche plus adaptée des soins aux patients victimes d'un accident vasculaire cérébral aigu et de la gestion de ces cas donne lieu à une approche qui traite l'AVC comme une « réelle urgence médicale ». Les points de vue passés relatifs à l'AVC menant à une perception publique selon laquelle c'est une « tragédie inévitable » ont considérablement évolué, reconnaissant la valeur d'une évaluation et d'un traitement médicaux adaptés nécessaires à de meilleurs résultats auprès des patients. Puisque l'AVC est défini comme étant une perte soudaine des fonctions cérébrales causée par l'interruption de l'apport sanguin au cerveau, ⁽²¹⁾ la durée pendant laquelle le cerveau est sans apport sanguin influence fortement le nombre de lésions cérébrales permanentes. Un diagnostic et un traitement précoces fait la différence entre un survivant d'AVC avec des incapacités mineures et celui qui passe le restant de sa vie avec une indépendance amoindrie qui a des répercussions sur la famille, le soutien informel, les services requis ou assurés dans la gamme des services sociosanitaires et, par-dessus tout, la qualité de vie. Plusieurs questions sous-tendent le traitement de l'accident vasculaire cérébral aigu, parmi lesquelles le manque de sensibilisation et d'éducation du public, la formation des professionnels de la santé qui assurent couramment des services aux patients ayant subi un AVC, les longs temps de réponse pour la reconnaissance et le traitement de l'AVC, la présentation tardive du patient à des services d'aide au traitement de l'AVC et à la réadaptation après un AVC et le besoin de mettre au point un triage et des voies d'urgence dans les hôpitaux. Dans le rapport annuel 2003-2004 des services hospitaliers, dans le groupe de maladies analogues des « troubles cérébrovasculaires précis excepté l'AIT », on comptait 1 153 cas, avec une durée de séjour totale pour tous les patients de 16 774 jours. Cela se traduit par une durée de séjour moyenne par patient de 14,5 jours dans ce groupe de maladies analogues. Dans l'analyse finale « time is brain » (les accidents vasculaires cérébraux sont une urgence extrême) et l'équation contribuant à satisfaire les besoins des Néo-Brunswickois victimes d'un AVC suppose une combinaison de transport des patients, de prestation de services adaptés, de traitement approprié, d'éducation et de sensibilisation du public.

Pratique actuelle au Nouveau-Brunswick

L'accès à des soins systématiques coordonnés aux patients victimes d'un AVC varie d'une région à l'autre de la province. Actuellement, on dispose :

- d'installations régionales visant à répondre aux besoins médicaux dans toutes les régions régionales de la santé (RRS);
- de tomodensitomètres disponibles dans toutes les RRS avec un accès 24 heures par jour, 7 heures par semaine;
- d'unités de soins pour les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral mises au point dans certains hôpitaux régionaux (RSS 1SE, 2, et 3);

- de certaines installations équipées de plans de soins standard et de protocoles destinés à guider les soins actifs aux patients ayant subi un AVC;
- de services ambulanciers transportant les patients aux services d'urgence les plus proches.

Pratiques probantes en ce qui concerne les soins d'urgence et les soins actifs aux patients ayant subi un AVC

Au cours des dernières années, l'AVC est devenu le point de mire des soins de santé, entraînant avec lui la recherche et la collaboration des professionnels sur la meilleure façon de coordonner les soins pour ceux qui ont subi un AVC. Cette recherche a offert des protocoles et des recommandations fondés sur des preuves pour aider les professionnels des soins de santé à définir et à appliquer des soins optimaux aux patients victimes d'un AVC. Les pratiques probantes abordent des sujets liés au transport des patients, au traitement thrombolytique (t-PA), à la tomographie assistée par ordinateur, à la télésanté, aux unités ou lits désignés pour les soins actifs aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, à la coordination des soins, aux protocoles de soins actifs et plans de soins standard et au triage d'urgence.

Services ambulanciers d'urgence

Le transport des patients dans le cadre de la gestion de l'AVC est une composante cruciale pour le premier diagnostic et l'accès en temps opportun au traitement requis. Les services ambulanciers sont fréquemment les premiers professionnels de la santé à rencontrer un patient atteint d'un AVC et à traiter cet état comme une urgence médicale liée au temps. La reconnaissance des symptômes, qui suppose une sensibilisation et une connaissance accrue du public, un appel 911, et éventuellement une communication avec Télé-Soins, sont les premières démarches en vue de l'administration du traitement. Ces premières démarches peuvent optimiser la chance de guérison partielle ou complète du patient. En composant le 911, vous ferez probablement intervenir des services ambulanciers. Les intervenants en cas d'urgence, en tant que premiers professionnels de secours, doivent être formés à une reconnaissance et à une gestion des AVC sur place. L'intervention primaire inclut le transport du patient à un établissement médical disposant de l'expertise professionnelle, de l'équipement et de lits désignés pour répondre aux besoins d'un patient atteint d'un AVC.

Composantes clés : réactivité, sensibilisation du public, 911, formation des fournisseurs de service, transport au centre qui répond le mieux aux besoins du patient

Traitement thrombolytique (t-PA)

L'introduction du traitement thrombolytique a révolutionné la gestion de l'accident ischémique cérébral aigu, 80 % de tous les AVC connus étant considérés comme ischémiques. Les médicaments thrombolytiques sont des « chasseurs de caillots » – médicaments qui détruisent les caillots de sang. S'ils sont administrés au patient atteint d'accident ischémique cérébral approprié dans les trois heures suivant le commencement de l'AVC, les médicaments peuvent restaurer l'apport sanguin au cerveau, réduisant et prévenant ainsi le risque de dommages permanents. Certains patients qui reçoivent le t-PA présentent un renversement complet des symptômes, tels qu'une faiblesse d'un côté ou une incapacité de parler. L'utilisation du t-PA dans le cadre du traitement d'un AVC est également soumise à plusieurs limitations importantes.

- Il doit être administré dans les 3 heures suivant le commencement de l'AVC.
- Il ne peut être administré qu'à une personne souffrant d'un accident ischémique cérébral.
- Pour s'assurer qu'il n'est pas administré par erreur à une personne souffrant d'une attaque d'apoplexie hémorragique, un tomodensitogramme et d'autres tests (tels que des analyses de sang) doivent être subis avant l'administration du t-PA.

Une étude sur deux ans, *Canadian Alteplase for Stroke Effectiveness Study (CASES)*, a été menée pour évaluer la sécurité et l'efficacité des médicaments qui détruisent les caillots (t-PA) comme traitement de routine de l'accident vasculaire cérébral aigu. Les résultats de cette étude ont conclu que 37 % des personnes traitées avec le t-PA avaient un excellent avantage clinique, laissant ainsi penser que la généralisation du t-PA pour l'AVC aigu pourrait sauver des vies et aider beaucoup de gens à reprendre une vie entièrement normale après un AVC. En outre, les taux de résultats positifs ou d'hémorragie intracrânienne étaient identiques dans les hôpitaux très fréquentés et les hôpitaux communautaires. Cette étude confirme également que le t-PA est plus avantageux et comporte moins d'effets secondaires que de précédentes études le prétendaient. Le traitement avec le t-PA, quand il est approprié (moins de 9 % des patients victimes d'un AVC satisfont aux critères d'inclusion), améliore l'issue de l'AVC de 50 %. Bien que le t-PA soit coûteux, l'analyse coût-efficacité des résultats de l'essai du t-PA du NINDS a indiqué d'importantes économies sur le long terme en raison du fait que peu de patients recevant le t-PA nécessitaient de soins chroniques et d'autres services sociaux et de santé associés. À l'heure actuelle, un certain nombre de patients qui pourraient bénéficier de ce traitement ne satisfont pas à la fenêtre thérapeutique de 3 heures.

Composantes clés : diagnostic précoce, accès à l'équipement de tomographie par ordinateur, services de laboratoire, traitement en temps opportun

Tomographie assistée par ordinateur

Un tomodensitogramme est recommandé à tous les patients victimes d'un AVC pour déterminer si l'AVC est ischémique ou hémorragique, car cela aide le médecin à administrer le traitement approprié. Des preuves convaincantes de niveau 1 appuient l'utilisation d'un tomodensitogramme sans contraste de la tête pour la première évaluation d'un patient chez qui on suspecte un AVC, car elles permettent soit de confirmer l'hémorragie intracérébrale ou sous-arachnoïdienne, soit de l'exclure. Si l'AVC est déterminé comme étant un accident ischémique cérébral et que la personne est un candidat au t-PA, celui-ci peut être administré dans les trois heures de la fenêtre thérapeutique. L'accès au tomodensitogramme et à un professionnel expérimenté (sur place ou par des liaisons technologiques) pour interpréter les résultats nécessite une disponibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Composantes clés : outil pour le diagnostic précoce de l'accident ischémique cérébral, accès à un professionnel pour l'interprétation des résultats 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Télésanté

La télésanté relative à l'AVC utilise les communications télévisuelles à la fine pointe de la technologie qui se présentent comme une ressource potentielle pour les petites collectivités, renforcent l'accès à la diffusion de l'information et à l'interprétation des tests et assurent une prestation de services adaptée en temps opportun aux patients victimes d'un AVC, indépendamment de leur lieu de résidence au Nouveau-Brunswick. TéléACV pourrait faciliter les consultations à distance avec des spécialistes des maladies cérébrovasculaires de presque tous les emplacements, ajoutant un meilleur accès à l'expertise pour les soins de tout patient. La télésanté a le pouvoir d'augmenter l'utilisation de l'activateur tissulaire du plasminogène (t-PA) pour l'accident ischémique cérébral, car le diagnostic opportun est le facteur essentiel à l'administration du traitement approprié.

La télésanté est une composante de la prestation d'expertise en matière d'AVC aux régions éloignées et mal desservies; toutefois, ce n'est pas la panacée pour assurer tous les services aux patients victimes d'un AVC dans une région.

Composantes clés : accès à l'équipement des télécommunications, centres et professionnels désignés possédant l'expertise en matière de maladies cérébrovasculaires

Dysphagie

L'incidence de la dysphagie dans la phase aiguë de l'AVC varie entre un tiers et deux tiers de tous les patients ayant subi un AVC concernés. Entre un tiers et la moitié des patients qui aspirent à la suite d'un AVC le font silencieusement. Vu le risque accru de contracter une pneumonie en raison de l'aspiration, un consensus dans la documentation indique qu'un évaluateur formé devrait dépister tous les survivants d'un AVC quand ils peuvent être dépistés,

généralement dans les 48 heures suivant l'admission. Jusqu'à ce stade, ils devraient être soumis à la règle « rien par voie orale ». (Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 7^e édition)

Composantes clés : premier dépistage adapté en temps opportun, accès à l'équipe de dysphagie, accès à l'équipement de vidéofluoroscopie

Unités/lits désignés pour les soins aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral

La formation d'une unité de soins aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral aigu est une étape importante dans l'organisation et la prestation des soins aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral aigu. Dans les petites régions où le nombre de patients ne garantit pas une unité désignée, la recherche a prouvé que les lits désignés étaient un facteur important vers une prestation efficace des services aux patients ayant subi un AVC. Les unités et les lits désignés pour les patients ayant subi un AVC diffèrent des chambres et des lits standard dans leurs soins aux patients ayant subi un AVC, car ils utilisent des voies cliniques d'équipes interdisciplinaires à des fins de diagnostic, pour les modalités thérapeutiques, la prévention des complications, la prestation des services de réadaptation et la reconnaissance de besoins familiaux et d'autres besoins importants pendant le séjour à l'hôpital du patient. Les équipes interdisciplinaires de médecins, infirmières, thérapeutes en réadaptation, travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé assurent la coordination des soins, la thérapie de réadaptation et la formation à l'AVC pour aider le patient à atteindre ses capacités maximales avant le congé de l'hôpital. L'approche des équipes interdisciplinaires se prête aussi bien à la préparation et à la planification de la réinsertion sociale. La documentation actuelle suggère que les unités et les lits pour les patients ayant subi un AVC réduisent la mortalité et la morbidité, tout en améliorant les résultats des patients. On a observé que les patients traités dans les unités pour les patients victimes d'un AVC restaient moins longtemps. Les études de cas ont révélé que les zones désignées pour les soins aux patients ayant subi un AVC supposaient aussi d'autres services hospitaliers tels que le service ménager et les services d'alimentation. Ces travailleurs de soutien entretiennent un contact quotidien avec ces patients et peuvent offrir à l'équipe de soins un point de vue et des renseignements importants.

Composantes clés : espace physique désigné pour les unités/lits réservés aux patients victimes d'un AVC, formation pour tous les services hospitaliers qui assurent des services dans les unités ou au chevet des lits

Coordination des soins

L'étude « Quality of Care Study; Identification of Performance Indicators for Acute Stroke Care » (janvier 2005, CMAJ), menée au Canada, définit une série de 23 indicateurs essentiels pour l'évaluation de soins optimaux aux patients ayant subi un AVC. Ces indicateurs servent de guide pour les soins fournis dans les hôpitaux aux patients victimes d'un AVC.

Tableau 1 : indicateurs essentiels pour des soins optimaux aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral aigu sélectionnés par le groupe d'experts-conseils

Les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral aigu devraient être gérés dans une unité désignée pour les patients ayant subi un AVC.
Tous les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral aigu devraient être évalués pour une admissibilité au programme d'aide au transport.
Les critères d'inclusion et d'exclusion du NINDS devraient être appliqués afin de sélectionner les patients pour la thrombolyse.
Un protocole de traitement de meilleure pratique au t-PA devrait être suivi pour l'administration du t-PA.
Tous les patients admissibles devraient recevoir le t-PA dans l'heure suivant leur arrivée à l'hôpital.
Les patients potentiellement admissibles devraient subir une scintigraphie cérébrale dans les 25 minutes suivant leur arrivée au SU.
Une tomographie par ordinateur et un IRM devraient être réalisés dans les 24 heures pour les patients non admissibles au t-PA.
Une tomographie par ordinateur et un IRM devraient être réalisés avant le congé de l'hôpital pour les patients non admissibles au t-PA.
Le taux de glycémie devrait être vérifié à l'arrivée au SU et régulièrement au cours des premières 24 heures.
Un taux de glycémie élevé devrait être traité.
Les patients devraient subir un électrocardiogramme.
La fièvre devrait être traitée avec des antipyrétiques.
Les patients devraient être mobilisés dans les 24 heures.
Un traitement aigu à l'AAS devrait être entamé dès que possible.
Un dépistage de la dysphagie devrait être réalisé.
La sonde urétérale à demeure devrait être évitée.
Une imagerie de la carotide devrait être réalisée pendant le séjour à l'hôpital ou en externe après le congé de l'hôpital.
Les patients devraient être renvoyés avec un traitement antithrombotique.
Les patients souffrant de fibrillation auriculaire devraient être renvoyés avec un traitement à la warfarine.
Les patients devraient être renvoyés, le cas échéant, avec un traitement par statine.
Les patients devraient être renvoyés, le cas échéant, avec des agents antihypertenseurs.
Une formation devrait être offerte aux patients et aux soigneurs.
Les antécédents de tabagisme devraient être évalués et consignés.
Remarque : t-PA = activateur tissulaire du plasminogène, NINDS = National Institute of Neurological Diseases and Stroke (Institut national des troubles neurologiques et des accidents vasculaires cérébraux), SU = services d'urgence.

Composantes clés : familiarité avec les indicateurs essentiels pour des soins optimaux aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral aigu

Protocoles de soins actifs et plans de soins normalisés

La documentation a suggéré que quelle que soit la disponibilité d'unités ou de lits désignés pour les patients ayant subi un AVC, une approche systématique et organisée de la gestion de l'AVC (utilisant des voies et des algorithmes cliniques fondés sur les meilleures pratiques) améliorerait les résultats.

Le programme *STEP* (*Stroke Treatment Education Program*) est un guide de ressources visant à aider les établissements à mettre au point des voies et des guides cliniques. Le programme STEP a été élaboré par la Société canadienne de cardiologie.

Composantes clés : programme STEP

Triage aux services d'urgence

Étant donné l'importance de services adaptés en temps opportun, les patients qui arrivent en ambulance aux services d'urgence d'un établissement désigné de services aux patients victimes d'un AVC doivent être immédiatement dirigés vers les services médicaux et de diagnostic appropriés. Les patients qui arrivent d'eux-mêmes peuvent être « à risque d'AVC » s'ils ne sont pas conscients de leurs propres symptômes liés à l'AVC. Le personnel des salles d'urgence peut prévenir l'incidence de l'AVC grâce à un triage efficace des patients potentiellement victimes d'un AVC, réduisant ainsi le délai d'attente pour ces patients, et créer des liens appropriés entre les ressources et les professionnels pour diagnostiquer et traiter plus rapidement les patients victimes d'un AVC.

Composantes clés : personnel des salles d'urgence formé, délais d'attente réduits pour les patients potentiellement victimes d'un AVC, services d'urgence inscrits dans le cadre des voies cliniques pour les services régionaux aux patients victimes d'un AVC

Recommandations sur les soins d'urgence et les soins actifs aux patients ayant subi un AVC

1. Mieux reconnaître l'AVC comme une urgence médicale en :

- sensibilisant et éduquant mieux le public aux symptômes de l'AVC et à l'urgence en vue d'un traitement immédiat;
- formant et instruisant le personnel des services médicaux d'urgence (SMU) pour renforcer la reconnaissance de l'AVC;
- reconnaissant que le diagnostic et le traitement précoces pourraient avoir un effet positif sur l'éventuelle guérison d'un patient.

2. Établir des protocoles de SMU pour le traitement et le transport d'urgence des patients ayant subi un AVC aux installations médicales en :

- élaborant des protocoles de reconnaissance et de gestion des symptômes pour le personnel des SMU;

- mettant en œuvre des politiques de destination d'urgence pour guider le personnel transportant des personnes que l'on croit victimes d'un AVC à l'installation la plus proche équipée d'un tomodensitomètre;
- faisant en sorte que les hôpitaux recevant des patients que l'on croit victimes d'un AVC élaborent des stratégies de triage des AVC.

3. Considérer l'activateur tissulaire du plasminogène (t-PA) pour le traitement des patients en :

- suivant la meilleure pratique pour l'administration de l'activateur tissulaire du plasminogène (t-PA);
- offrant l'accès à la neurologie pour l'administration du t-PA, éventuellement par les modalités de la télésanté.

4. Élaborer des protocoles généraux d'admission normalisés relativement à l'AVC en prenant en considération :

- l'évaluation de la tension artérielle;
- l'évaluation de la glycémie;
- l'examen de la capacité d'avaler et de l'aspiration;
- la thrombose veineuse profonde;
- la nutrition;
- l'hydratation;
- l'utilisation de mesures appropriées d'évaluation diagnostique qui respectent les meilleures pratiques.

5. Collaborer à l'échelle régionale en vue de mettre en œuvre un processus visant à développer les soins appropriés aux patients victimes d'un AVC en :

- encourageant une collaboration et un réseautage continu à l'échelle régionale;
- élaborant un plan régional de mise en œuvre suivant la réalisation de la stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral;
- offrant des possibilités de perfectionnement professionnel et des forums pour les stratégies professionnelles de partage de l'expertise et de prestation des services.

6. Établir des unités/lits réservés aux accidents vasculaires cérébraux aigus en fonction de l'expertise disponible et de la masse critique de patients en :

- assurant la participation de chaque région régionale de la santé aux unités et aux lits réservés aux accidents vasculaires cérébraux aigus grâce à leurs activités de planification stratégique;
- aménageant un espace et un emplacement définis au sein de l'hôpital régional pour les soins actifs aux patients victimes d'un AVC;

- mettant sur pied des équipes régionales interdisciplinaires de ressources sur l'AVC;
- définissant des domaines et des professionnels pour lesquels une formation approfondie dans le domaine permettrait de renforcer les services de soins aux patients victimes d'un AVC dans la région;
- élaborant des stratégies régionales de mise en œuvre avec des délais établis pour répondre aux objectifs de la stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral.

7. Faire en sorte que les centres existants ayant une expertise en matière d'AVC, ainsi que les régions améliorant les services aux patients ayant subi un AVC, établissent des liens pour améliorer les services et les connaissances en :

- utilisant la technologie à connecter au besoin avec les ressources afin d'améliorer la satisfaction locale des besoins des patients victimes d'un AVC et de partager l'expertise, p. ex., visioconférence, télésanté, etc.
- désignant des chefs et des ressources en matière d'AVC dans l'ensemble du système du N.-B.;
- instaurant des équipes et des relations de collaboration interrégionales sur les AVC qui répondent aux divers besoins locaux dans toutes les régions.

8. Fonder le traitement médical de l'accident vasculaire cérébral aigu sur l'évidence actuelle en tenant compte des ressources et de l'expertise disponibles en :

- utilisant les normes canadiennes de pratique privilégiée et de pratique probante pour les soins aux patients ayant subi un AVC et la prestation des services;
- élaborant des protocoles et des stratégies d'envergure régionale et interrégionale;
- utilisant l'Étude de la qualité des soins : définition des indicateurs de rendement relatifs à l'accident vasculaire cérébral aigu (JAMC, janvier 2005).

Services de réadaptation après un AVC

Parmi les répercussions de l'AVC sur une personne, on peut citer des troubles de la mobilité, de l'équilibre et de la coordination, de la mémoire et du raisonnement, de la communication, des aptitudes perceptives, du bien-être affectif et de la déglutition. Ces effets ont non seulement une incidence sur les activités de la vie quotidienne de la personne, mais aussi sur sa capacité de participer aux tâches ménagères, aux activités professionnelles et aux activités sociales. Afin de répondre à ces besoins variés et potentiellement multiples des personnes qui ont subi un AVC, une équipe de professionnels et de soutiens avertis est nécessaire. Les preuves montrent que la plupart des survivants d'un AVC réagissent bien aux techniques de réadaptation, la majorité retournant à la vie sociale. Le but des services de réadaptation est d'évaluer, de traiter et de permettre la réinsertion des patients ayant subi un AVC dans leur communauté.

Pratique actuelle au Nouveau-Brunswick

À la suite d'un AVC, les patients du Nouveau-Brunswick recevront probablement des services aux patients admis pendant l'hospitalisation. Certaines régions sanitaires disposent d'unités pour les patients victimes d'un AVC avec des équipes interdisciplinaires organisées pour répondre aux besoins des patients victimes d'un AVC dans leurs établissements. Des services communautaires peuvent être offerts dans les régions à travers des services hospitaliers de soins ambulatoires, des programmes journaliers et le Programme extra-mural. Des fournisseurs de services privés sont aussi disponibles pour certains aspects de la réadaptation après un AVC.

La consultation professionnelle informelle a souvent lieu de professionnel à professionnel à l'échelle intra-régionale et interrégionale. Les consultations formelles ont lieu avec le Centre de réadaptation Stan-Cassidy et les professionnels de la santé spécialisés sur une base régionale. Toutes les régions disposent d'employés du service de réadaptation dans les industries des services, p. ex., les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes dans les milieux hospitaliers et dans le cadre du Programme extra-mural. Les défis actuels que présente la prestation de services incluent la mise en valeur des ressources pour la réadaptation des patients ayant subi un AVC grâce à la mise en œuvre de services coordonnés et intégrés dans toutes les régions sanitaires et dans l'ensemble de la province.

Réadaptation hospitalière et réinsertion sociale

Une fois admis à l'hôpital, les patients peuvent suivre le cheminement clinique conçu au niveau régional pour recevoir les services aux patients ayant subi un AVC. La réadaptation se fait en tant que malade hospitalisé et au sein de la communauté. Les buts du traitement de chaque milieu peuvent varier parallèlement à l'intensité et à la fréquence de la prestation des services. Les services de réadaptation des malades hospitalisés se concentrent sur la satisfaction des besoins médicaux immédiats du

patient, l'administration d'un traitement le plus rapidement possible pour permettre au patient d'entamer le processus de guérison et la préparation du patient à être renvoyé chez lui et à bénéficier des services de réinsertion sociale. Les services de réinsertion sociale, les programmes quotidiens pour les malades externes et le PEM visent à poursuivre le processus de guérison par la continuité des buts du patient hospitalisé le cas échéant, la prestation de services dans un cadre naturel, le renforcement de l'autogestion du patient dans le cadre de son programme de réadaptation et la préparation à une pleine réinsertion sociale. Les résidents des établissements de soins de longue durée peuvent recevoir des services de réadaptation coordonnés et appuyés par le personnel de la maison de repos dans laquelle ils résident après leur congé. Parmi les points communs entre la réadaptation hospitalière et la réinsertion sociale, on peut citer la nature interdisciplinaire des services axés sur le client.

Collaboration régionale/expertise provinciale

Il existe actuellement au Nouveau-Brunswick une expertise en matière de services aux patients victimes d'un AVC et de soins axés sur le client. Certaines régions ont des centres de soins et une prestation de services médicaux plus spécialisés; par conséquent, la communication coordonnée entre les équipes régionales de réadaptation après un AVC est à la fois formelle et informelle. Certains aspects de la coordination des soins peuvent avoir lieu entre les régions si les patients sont transférés d'un établissement à un autre, s'ils nécessitent des tests spécialisés administrés dans une autre région ou s'ils sont transférés dans une autre région de la province.

Équipement

L'équipement est exigé des professionnels pour procéder aux évaluations pertinentes et des patients pour participer aux programmes de réadaptation et atteindre leur plein potentiel de guérison. Le Programme extra-mural gère une banque de prêts d'équipement auquel les professionnels ont accès dans l'exercice de leurs fonctions. Il existe des organismes communautaires qui fournissent l'équipement, p. ex., le Conseil national du timbre de Pâques et de la Marche des dix sous, la Croix-Rouge, etc. L'accès à l'équipement pour une utilisation à long terme du patient est facilité par les professionnels qui connaissent les processus et les sources de financement nécessaires à l'obtention de l'équipement recommandé.

Pratiques probantes en matière de services de réadaptation après un AVC

Les éléments courants d'une réadaptation complète après un AVC ont été définis par Brandstater et Basmajian (1987) et Roth et coll. (1998). Ces éléments courants sont les suivants :

- participation à la continuité des soins de la phase aiguë de l'AVC au suivi à long terme;

- recours à une équipe interdisciplinaire de professionnels expérimentés en matière de soins aux patients ayant subi un AVC et dévoués à ces soins;
- attention particulière à la prévention, à la reconnaissance et au traitement des maladies comorbides et des complications médicales intercurrentes;
- mise en place précoce d'un traitement axé sur les buts qui tire le meilleur parti des capacités du patient et réduit les incapacités;
- évaluation systématique des progrès du patient au cours de la réadaptation, avec ajustement du traitement pour maximiser les avantages;
- accent sur la formation du patient, de sa famille et des soignants;
- attention aux questions psychologiques et sociales concernant le patient, sa famille et les soignants;
- planification de congé précoce et complet visant un retour en douceur dans la communauté et une continuité des soins pour promouvoir la réinsertion sociale et la reprise des rôles dans les domaines ménager, familial, récréatif et professionnel.

Équipe interdisciplinaire sur les AVC

La recherche et les pratiques probantes révèlent de meilleurs résultats chez les patients avec une approche d'équipe interdisciplinaire. Les membres clés de l'équipe peuvent être des médecins, du personnel infirmier, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des travailleurs sociaux, des diététiciens et des spécialistes en réadaptation. Les membres associés peuvent être des psychologues, des pharmaciens, des soutiens spirituels, la ludothérapie et d'autres intervenants en fonction des besoins et des buts thérapeutiques du patient.

Il pourrait y avoir deux types d'équipes sur les AVC dans la région. L'une pourrait avoir un rôle consultatif dans l'application des recommandations de la stratégie en matière d'accident vasculaire cérébral, déterminer les besoins de services, définir les buts à court terme et à long terme et évaluer les indicateurs des résultats associés aux services rendus aux patients victimes d'un AVC. L'autre équipe sur les AVC pourrait participer au service direct à l'intention du patient et se concentrer sur les services assurés quotidiennement.

Composantes clés : équipe régionale sur les AVC; représentation dans le continuum de services

Participation des patients victimes d' AVC à la réadaptation

Les patients ayant subi un AVC qui jouent un rôle dans l'évaluation et la définition de leurs besoins à la suite d'un AVC font souvent état de meilleurs progrès et d'une meilleure compréhension de la prévention secondaire. Assurer la participation des patients grâce à une prise de décisions éclairée entraîne une meilleure conformité aux buts thérapeutiques, un transfert efficace des aptitudes dans la routine quotidienne et des capacités d'autogestion renforcées. La prise de décisions partagée est une participation active du patient au choix de buts

thérapeutiques et d'options de traitement. La participation du patient est souvent considérée dans le contexte d'une définition plus large du patient où la famille du patient et les autres intervenants importants jouent un rôle décisif dans la récupération après un AVC.

Composantes clés : prise de décisions partagée, axée sur le patient

Domaines clés d'évaluation

Dès qu'il est stable sur le plan médical et que les conditions le permettent, le patient doit être évalué dans plusieurs domaines clé de fonctionnement afin d'aider l'équipe à déterminer son état, ses besoins et ses premiers buts thérapeutiques. Les domaines clés d'évaluation incluent les domaines définis par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), les lignes directrices nationales des meilleures pratiques, les documents provinciaux des pratiques préférées et les recommandations faites par les fournisseurs de services de première ligne au Nouveau-Brunswick. Les patients ayant subi un AVC reçoivent des services dans de nombreux milieux et de la part de nombreux professionnels. Le recours à des outils d'évaluation reconnus, à des échelles d'évaluation normalisées et à une terminologie cohérente assure la diffusion précise de l'information sur le patient aux professionnels, aux établissements, aux régions et surtout aux patients eux-mêmes.

Les domaines clés d'évaluation devraient refléter les domaines de savoir et d'expertise offerts par les membres de l'équipe interdisciplinaire régionale sur les AVC. L'utilisation des domaines clés d'évaluation n'empêche pas l'évaluation d'autres domaines tels que ceux définis par l'équipe interdisciplinaire, comme un besoin exprimé par le patient ou un domaine d'évaluation requis par le patient.

Composantes clés : outils d'évaluation normalisés, échelles d'évaluation normalisées, domaines clés d'évaluation définis sur le plan provincial

Coordination des soins

La coordination efficace des soins offerte par une équipe interdisciplinaire permet de développer chez le patient des aptitudes à l'autogestion liées à ses soins. La coordination des soins peut être offerte par tout membre de l'équipe interdisciplinaire à des niveaux de coordination des soins variables d'un membre de l'équipe à un autre en fonction des besoins et des objectifs du patient. La coordination des soins devrait refléter le continuum de soins et la philosophie qui consiste à « enrayer le système autour du patient », réduisant ainsi la nécessité pour le patient de naviguer à travers une myriade de structures afin d'obtenir des services.

Les stratégies de coordination des soins englobent :

- les réunions régulières des équipes interdisciplinaires;
- l'élaboration de plans d'intervention avec le patient;

- les commentaires continus du patient relativement aux progrès et aux buts;
- l'évaluation continue des besoins médicaux;
- la réévaluation continue de la réadaptation relativement aux progrès et aux buts;
- l'emploi de stratégies de télésanté le cas échéant;
- l'autonomisation du client donnant lieu à des stratégies d'autogestion;
- la prévention secondaire;
- la participation des organismes communautaires;
- la préparation à la réinsertion sociale.

La coordination des soins devrait se prêter à une prestation de services en temps opportun, axée sur le patient, à des niveaux de service appropriés, à l'accès aux professionnels requis dans les milieux du patient et à une prestation des services de soutien dans le cadre des lignes directrices des meilleures pratiques et des pratiques préférées. Les résultats de la coordination efficace des soins seront observés à travers des activités de prévention secondaire et l'autogestion du patient.

L'une des composantes clés de la coordination des soins est l'intensité de la prestation des services. L'intensité des services correspond aux besoins du patient tout en suivant les meilleures pratiques et les pratiques préférées de prestation des services.

Composantes clés : coordination des soins interdisciplinaire

Interventions sur le mode de vie

« ... la réadaptation offre la possibilité de former et d'encourager un mode de vie positif et de renforcer le respect des lignes directrices en matière de consommation des médicaments. En ce qui concerne le changement de comportement personnel, plusieurs éléments clés doivent être mentionnés :

- une conviction que le changement est possible;
- la motivation pour concrétiser ce changement;
- un réseau de soutien et une capacité personnelle d'adopter et de soutenir ce changement.

Le programme de réadaptation offre la possibilité de former et d'encourager la personne à adopter un mode de vie plus positif et à soutenir les bonnes habitudes en matière de santé. Permettre à une personne en réadaptation cardiaque de changer un mode de vie bien ancré peut s'avérer une expérience difficile mais enrichissante. Bon nombre des modes de vie ont été façonnés au fil des années et sont renforcés par les milieux sociaux et communautaires dans lesquels la personne vit. »

(Evidence-Based Best Practice Guideline, Cardiac Rehabilitation, Nouvelle-Zélande, 2002)

Les interventions sur le mode de vie englobent des domaines tels que l'activité physique, la gestion de la nutrition, la gestion du poids, le tabagisme et les questions psychosociales. Les interventions sur le mode de vie aident à faire en sorte que le patient gère sa propre santé.

Composantes clés : programmes d'éducation du patient, capacité des ressources communautaires, autogestion

Continuité des soins

Il existe trois domaines de continuité des soins (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair et McKendry, *Continuity of Care: A Multidisciplinary Review*, BMJ, 2003; 327-1219-1221) qui renferment deux éléments clés. Le premier élément clé correspond aux soins du patient, la continuité consistant à étudier comment les patients vivent l'intégration des services et la coordination. Le deuxième élément clé correspond aux soins au fil du temps. Trois types de continuité sont mis en évidence, variant en fonction des fournisseurs et du contexte de prestation des soins.

Continuité informationnelle — l'information est le fil directeur reliant les soins d'un fournisseur à un autre et d'un événement santé à un autre. L'information documentaire tend à s'attarder sur l'état pathologique, mais les connaissances relatives aux préférences, aux valeurs et au contexte du patient sont tout aussi importantes pour établir un rapprochement entre des événements santé distincts et s'assurer que les services répondent aux besoins.

La continuité de la gestion est particulièrement importante dans le cas des maladies cliniques chroniques ou complexes exigeant une gestion de la part de plusieurs fournisseurs qui pourraient éventuellement travailler à contre-courant. La continuité est atteinte quand les services sont assurés de manière complémentaire et en temps opportun. Les plans de gestion partagée ou les protocoles de soins facilitent la continuité de la gestion, offrant aux patients et aux fournisseurs un sentiment de prévisibilité et de sécurité pour les soins à venir. La flexibilité d'adaptation des soins aux changements sur le plan des besoins et des circonstances d'une personne constitue un aspect important de la continuité de la gestion.

La continuité relationnelle rapproche non seulement les soins passés et actuels, mais elle assure aussi un lien avec les soins à venir. Même dans les contextes où l'on s'attend peu à établir des relations continues avec plusieurs soignants, tels que les services aux patients hospitalisés et les services de soins infirmiers à domicile, un personnel de base constant offre un sentiment de prévisibilité et de cohérence.

Composantes clés : services adaptés et accessibles, voies de communication, prestation adaptable des services

Recommandations relatives aux services de réadaptation

1. Mieux reconnaître l'AVC comme une priorité pour la possibilité de réadaptation et le traitement en :

- établissant des équipes interdisciplinaires des RRS sur les AVC (services consultatifs et directs) dont les membres sont issus des niveaux appropriés des services médicaux, des services de soins infirmiers, de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de services sociaux, des services de psychologie, des services de nutrition et des services auxiliaires, selon les besoins, et de la représentation de fournisseurs des services régionaux;
- en élaborant de voies régionales de services de réadaptation;
- en offrant l'accès à l'équipement nécessaire à la possibilité de réadaptation et au traitement.

2. Faire en sorte que les patients admis à l'hôpital pour un AVC soient traités par des équipes interdisciplinaires en :

- utilisant des outils et une terminologie d'évaluation cohérents pour assurer la communication entre les professionnels, les installations, les régions et le continuum de soins;
- assurant une évaluation cohérente des domaines essentiels définis en fonction de la documentation actuelle, p. ex., dysphagie, cognition, mobilité, activités de la vie quotidienne, fonctions visuelles et perceptives, etc.;
- garantissant une coordination des soins axée sur le client;
- assurant une éducation et une consultation des patients et des soignants en insistant sur les interventions axées sur le mode de vie comme composante essentielle;
- instaurant une collaboration interrégionale afin d'accéder aux centres d'expertise tertiaires et spécialisés de la province grâce à l'éventuelle utilisation de la télésanté;
- diffusant efficacement l'information aux professionnels;
- assurant une planification des congés de l'hôpital axée sur le client pour garantir la continuité des soins et la prestation des services après le congé.

3. Veiller à ce que les patients congédiés de l'hôpital reçoivent les services dont ils ont besoin en :

- assurant des services communautaires pour malades externes qui soient intégrés, coordonnés, opportuns, accessibles et qui suivent une approche interdisciplinaire;
- offrant les niveaux appropriés d'intensité et de fréquence thérapeutiques qui reflètent les besoins et les objectifs changeants du patient;

- considérant la réinsertion sociale;
- dispensant des services conformes aux meilleures pratiques et aux pratiques préférées.

4. Guider la réadaptation centrée sur le patient en :

- mettant en œuvre des objectifs précis et réalistes conjointement avec le patient, la famille, d'autres personnes importantes et l'équipe de réadaptation;
- organisant des réunions interdisciplinaires formelles et régulières;
- diffusant efficacement l'information aux fournisseurs de services régionaux et au patient;
- assurant la participation active de la famille et des soutiens informels au début du processus de réadaptation;
- offrant un soutien d'équipe aux patients pour garantir le financement nécessaire à l'achat de l'équipement recommandé;
- sensibilisant le patient et le soutien informel aux ressources et aux services offerts dans la communauté.

5. Soutenir les équipes interdisciplinaires sur les AVC en :

- offrant des possibilités de développement d'un leadership clinique par tous les membres de l'équipe;
- assurant le transfert de connaissances régulier entre les membres de l'équipe;
- désignant des chefs cliniques dans les divers aspects et domaines de traitement associés à la réadaptation après un AVC aux fins de consultation professionnelle, de possibilités de perfectionnement professionnel et de renforcement de la capacité locale;
- assurant une communication et une collaboration régulières et continues dans le continuum de soins;
- offrant au personnel des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel en vue de sa participation à l'équipe régionale.

6. Fonder la possibilité de réadaptation et le traitement de l'AVC sur les évidences actuelles en :

- utilisant les normes néo-brunswickoises et canadiennes de la pratique préférée et de la meilleure pratique pour les soins aux patients victimes d'un AVC et la prestation des services;
- élaborant des protocoles et des stratégies d'envergure régionale et interrégionale;
- considérant des normes telles que celles du projet de Réadaptation optimale post-ACV fondée sur les résultats cliniques (SCORE).

Réinsertion sociale

La réinsertion sociale équivaut à la capacité du survivant d'un AVC de vivre avec les conséquences de son AVC à long terme en ayant la meilleure qualité de vie possible et en réalisant son potentiel au maximum. En réalité, la réinsertion sociale représente la plus longue période de survie à un AVC quand elle est considérée du point de vue du continuum de l'AVC dans son ensemble. Les services aux patients ayant subi un AVC sont souvent axés sur la prévention, les soins d'urgence et les soins actifs, ainsi que les questions de réadaptation. La réinsertion sociale, quand elle est considérée d'un point de vue pancanadien, est un domaine qui nécessite un développement continu avec les commentaires des survivants d'un AVC et une collaboration entre les organismes gouvernementaux et communautaires.

La réinsertion sociale est la transition de services spécialisés aux patients victimes d'un AVC assurés à l'hôpital à la communauté dans laquelle le survivant vit, travaille et noue des relations. Cette transition est un processus qui pourrait être assisté en vue de la réussite avant le congé par une éducation du patient et de la famille, des visites à la maison en fin de semaine et une évaluation ou une modification du milieu de vie avant que le client quitte l'hôpital. Étant donné la plage d'âge des survivants d'un AVC, il est important que les plans de réinsertion sociale reflètent l'âge, les capacités fonctionnelles et leur potentiel, les rôles à la maison et dans la communauté et les aspects sociaux connexes démontrés et exprimés par le survivant.

Pratique actuelle au Nouveau-Brunswick

La réinsertion sociale pour les survivants d'un AVC est un domaine où des progrès sont encore possibles au Nouveau-Brunswick. Il existe des différences entre les services assurés dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait aux services communautaires fournis et au soutien par les pairs. Parmi les services offerts aux survivants, on peut citer les groupes de survivants d'un AVC (actuellement en place à Saint John et à Moncton), les repas à domicile, le soutien au transport et l'information disponible auprès de la Fondation pour les maladies du cœur du Nouveau-Brunswick. De nombreux survivants peuvent utiliser des polices d'assurance privées pour améliorer les services qu'ils reçoivent après leur congé de l'hôpital, mais l'étendue des services et des prestations varie d'une entreprise à l'autre. Les survivants admissibles aux prestations du ministère des Anciens Combattants ont souvent accès à une gamme de prestations plus complète.

Pratiques probantes en matière de réinsertion sociale

La réinsertion sociale est caractérisée par plusieurs composantes, dont les suivantes :

- buts individualisés fondés sur les besoins et les priorités des survivants;
- coordination des soins avant le congé de l'hôpital et après celui-ci sur une courte période;

- participation du réseau de soutien du survivant à la planification et à la mise en œuvre des buts relatifs à la réinsertion sociale;
- activités et buts de la prévention secondaire;
- prévention des crises et réduction des tensions associées au retour dans la communauté;
- reconnaissance et satisfaction des besoins changeants en matière d'éducation, de formation et de soutien à mesure que le client traverse les diverses phases de la réinsertion sociale.

La réinsertion sociale est mieux réussie grâce à :

- une coordination efficace des soins;
- l'autonomisation du survivant;
- le soutien du conjoint ou partenaire et de la famille;
- la collaboration interprofessionnelle et la collaboration entre les organismes;
- le perfectionnement des capacités communautaires;
- le soutien par les pairs;
- le suivi planifié par les professionnels.

« La reconstruction, le rétablissement ou la recréation d'un Moi cohérent après l'AVC est une part importante de ce qu'est la vie après l'AVC. La réadaptation physique n'est qu'un aspect de la vie après l'AVC. Centrer la réadaptation sur la récupération physique limite beaucoup ce qui permettra aux survivants d'un AVC et à leur famille de s'adapter à la vie dans la communauté et de mener une vie bien remplie. » (Anderson, 2003)

Services communautaires

Les survivants d'un AVC font face à de nombreux défis quand ils retournent chez eux. Un grand nombre d'entre eux retournent avec les répercussions de l'AVC qui amoindrissent leurs capacités d'assumer les responsabilités qu'ils avaient auparavant au foyer, dans le milieu de travail et au sein de la société. Un thème commun à de nombreux survivants quand ils retournent chez eux est l'isolation et un manque observé de soutien structuré à la suite de leur congé de l'hôpital. Tout en essayant de répondre aux besoins physiques consécutifs à l'AVC, les survivants font aussi face à un éventail de nouvelles questions à aborder, parmi lesquelles une nouvelle réalité financière, des besoins de transport, des questions de perte liées à l'emploi et aux aptitudes et une myriade de papiers et de documents exigés des compagnies d'assurances et des programmes de soutien du revenu.

Les survivants d'un AVC déclarent que l'accès continu aux services de réadaptation, aux services de conseils, aux possibilités sociales, au soutien professionnel et à l'aide à la planification financière sont des composantes importantes pour la réussite après le congé. « Bien que les programmes de planification du congé de l'hôpital fournissent de l'information et, dans certains

cas, une formation professionnelle et un soutien affectif aux survivants d'un AVC et à leur famille, les besoins se complexifient souvent après le congé. » (Brazil et coll., 2000)

Composantes clés : planification avant le congé de l'hôpital, accès aux services de réadaptation après le congé, sensibilisation du survivant aux prestations et options d'assurance, disponibilité des services communautaires, sensibilisation du survivant aux services communautaires, capacités communautaires

Considérations du conjoint/partenaire/famille

L'incidence d'un AVC s'étend, au-delà du survivant lui-même, à son conjoint ou partenaire et aux autres membres de la famille. « Les membres de la famille qui offrent des soins aux survivants d'un AVC rencontrent eux aussi des difficultés d'ajustement, car ils doivent sacrifier leurs propres besoins personnels pour répondre à ceux du survivant de l'AVC. » (Bhagal, Teasall, Foley, Speechley 2003). Soutenir le conjoint ou le partenaire peut prendre la forme de services d'aide familiale, de soins de relève, de formation et d'éducation renforcées en matière de soins, de transport, de conseils, de soutien par les pairs et d'aide au soutien du revenu à l'intention du survivant. Les soignants risquent aussi l'épuisement professionnel et la dépression liés aux responsabilités accrues de la bienveillance. Il existe des possibilités d'aide à la prévention et à la réduction du stress lié au soutien informel quand il s'agit d'assumer de plus grandes responsabilités au foyer tout en faisant face à des problèmes de perte associés à l'AVC.

Composantes clés : sensibilisation et accès aux services communautaires, services et programmes gouvernementaux coordonnés et intégrés, collaboration entre les fournisseurs de services gouvernementaux et fournisseurs de services communautaires

Coordination des soins

La coordination des soins est essentielle dans tous les domaines du continuum de soins aux survivants d'un AVC. Toutefois, dans la communauté, beaucoup de survivants et de soutiens informels se sentent essentiellement responsables de la coordination de leurs propres soins alors qu'ils sont peu habilités à le faire. Une fois qu'ils sont chez eux, les survivants d'un AVC font face à la réalité de la réelle incidence de leur AVC sur leur vie quotidienne. Comme la documentation le précise, le survivant traverse divers niveaux de besoins en matière d'information et d'éducation après son congé. La coordination des soins au-delà de l'hospitalisation peut être renforcée par une évaluation efficace des besoins avant le congé, des cheminements cliniques clairs qui vont au-delà du congé, des plans d'intervention qui reflètent un soutien continu après le congé, des réunions continues entre la famille et l'équipe, l'accès à un répertoire d'information et la formation des intervenants en matière de santé.

« Les services communautaires liés aux soins offerts aux survivants d'un AVC étaient jugés plus importants aux yeux des soignants membres de la famille que les fournisseurs de services. Par ailleurs, les fournisseurs de services sous-estimaient la difficulté rencontrée par les soignants à localiser les services communautaires appropriés. » (Brazil et coll., 2000)

Composantes clés : coordination des soins au-delà du congé, autonomisation du survivant, sensibilisation aux services communautaires

Maintien d'un mode de vie sain

Le maintien d'un mode de vie sain a lieu au cours de l'hospitalisation et dans le cadre des programmes d'éducation du patient offerts à l'hôpital. Le maintien d'un mode de vie sain à long terme peut être assuré par les professionnels de la santé et les survivants d'un AVC grâce au soutien par les pairs et à des activités de bénévolat. De nombreux organismes communautaires participent activement à ces activités, comme p. ex., la Fondation des maladies du cœur. La documentation est insuffisante dans le domaine des activités de maintien d'un mode de vie sain un an après le congé et au-delà; toutefois, les survivants d'un AVC interviewés en vue de l'élaboration du présent document ont indiqué le besoin d'activités structurées régulières et à plus long terme. Ces activités ont mis en évidence les domaines inclus du régime et de la nutrition, du conditionnement physique, des activités sociales et de la santé mentale.

Composantes clés : autogestion du survivant, activités de maintien d'un mode de vie sain à long terme après l'hospitalisation, possibilités de bénévolat pour les survivants avec d'autres survivants

Formation des fournisseurs de services

La réinsertion sociale exige une sensibilisation et une formation accrues pour soutenir l'indépendance du survivant en vue de cette réinsertion. Les médecins sont bien souvent les professionnels de la santé qui assurent un suivi continu régulier après le congé. Toutefois, la portée de ce support est principalement de répondre aux besoins médicaux associés à l'AVC. Les spécialistes en réadaptation peuvent aussi organiser des rendez-vous réguliers avec les survivants par l'intermédiaire des services aux malades externes ou des services communautaires. Les besoins liés à la réinsertion vont bien au-delà des besoins uniquement médicaux et de réadaptation. Le personnel a nécessairement besoin d'être éduqué et formé sur des sujets tels que le soutien des survivants d'un AVC présentant des troubles de la communication, la sensibilisation accrue aux services communautaires et la connaissance approfondie des besoins de la « personne entière » au fur et à mesure que celle-ci gravit les échelons de la réinsertion sociale.

Composantes clés : connaissance de la réintégration sociales des intervenants en santé

Recommandations sur la réinsertion sociale

1. Mieux reconnaître les besoins des survivants d'un AVC dans la communauté en :

- établissant des cheminements cliniques qui reflètent les besoins liés à la réinsertion sociale sur le long terme;
- assurant une évaluation efficace et centrée sur le client des besoins antérieurs au congé de l'hôpital accompagnée d'un suivi planifié;
- éduquant et formant les intervenants en matière de santé à des sujets liés à la réinsertion sociale;
- collaborant avec les services communautaires;
- offrant une orientation et une formation professionnelles.

2. Renforcer l'autonomie des survivants d'un AVC en :

- autogérant les programmes de soutien;
- sensibilisant aux services communautaires offerts après le congé de l'hôpital;
- offrant des possibilités de bénévolat et de soutien par les pairs à l'intention des autres survivants d'un AVC.

3. Assurer la collaboration et la communication entre les services gouvernementaux et les fournisseurs de services communautaires en :

- incitant la participation des fournisseurs de services communautaires à des comités régionaux de planification en matière d'AVC;
- élaborant des modèles intégrés et coordonnés de prestation des services régionaux;
- créant des voies de communication continue entre les fournisseurs de services;
- assurant le soutien du gouvernement provincial aux possibilités de bénévolat par la législation sur la protection civile et la dispense des frais de vérification du casier judiciaire.

Autogestion

L'autogestion entraîne un changement sur le plan des comportements liés à la santé. Les résultats des recherches documentaires indiquent une évaluation de l'efficacité personnelle à traiter des questions relatives à la santé en conséquence d'un soutien efficace de l'autogestion. L'appui de l'autogestion va bien au-delà des expériences éducatives offertes aux patients. Il peut aussi englober la formation aux techniques d'autogestion de la santé, l'amélioration des aptitudes à la gestion de la santé, et il engage la participation directe du patient pour assumer la propriété et la responsabilité de son état de santé. Certains aspects des stratégies d'autogestion, également affichés dans les récentes campagnes de sensibilisation du public telles que les campagnes de désaccoutumance au tabac et de sensibilisation à l'obésité qui véhiculent un message constant de choix individuel et de capacité à influencer sur le changement personnel, sont encouragés en vue d'un mode de vie plus sain et d'une plus grande espérance de vie. Les stratégies d'appui de l'autogestion peuvent être appliquées à de nombreux sujets sur la santé liés à la cardiopathie, à la dépression, au diabète et à l'accoutumance, pour n'en citer que quelques-uns.

Pratique actuelle au Nouveau-Brunswick

Les professionnels des régions régionales de la santé assurent des cours d'éducation et de formation des patients afin de les habiliter à faire preuve d'un plus grand contrôle et de choix plus efficaces en matière de prévention et de gestion de la santé. Ces cours peuvent inclure des sujets tels que le diabète, l'hypertension, la nutrition, etc. et peuvent être offerts par des médecins, des infirmières, des spécialistes en réadaptation et d'autres intervenants en matière de santé à des personnes telles que des patients hospitalisés ou des malades externes. Parmi les sites de prestation de services, on peut citer l'hôpital, les centres de santé communautaires et les lieux communautaires.

Pratiques probants en matière d'autogestion

L'autogestion « engage le patient à pratiquer des activités qui protègent et promeuvent la santé, à surveiller et à gérer les symptômes et les signes de maladie, à gérer les incidences de la maladie sur les fonctions, les émotions et les relations interpersonnelles et à suivre des schémas thérapeutiques ». (Center for Advancement in Health (1996). *Indexed Bibliography on Self-management for People with Chronic Disease*, Washington (D.C.), p. 1)

L'autogestion, bien qu'elle ne soit pas une solution de rechange aux soins médicaux, renforce l'efficacité de ces soins en :

- développant la volonté de la personne à modifier son comportement pour adopter un mode de vie plus sain;
- incitant la participation de la personne à la définition de ses buts et objectifs en matière de santé;
- renforçant la confiance du patient à jouer un rôle principal dans la gestion de son état de santé;

- habilitant la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne pour gérer son état;
- mettant en œuvre des programmes d'éducation du patient visant à fournir l'information et les compétences nécessaires à la gestion de son état;
- aidant la personne à s'adapter et à prévoir les changements relativement à son état de santé et à son état affectif au fil du temps.

Disposition du patient

La disposition du patient à accepter un rôle dans l'autogestion de son état doit être déterminé par l'équipe de professionnels. La disposition du patient peut être déterminé par une manifestation de sa compréhension de ses besoins en matière de santé, de sa motivation, de la disponibilité d'un soutien, de ses capacités affectives, de son mode de vie et de ses attentes.

L'autogestion peut être développée sur une certaine période au fur et à mesure de son évolution dans le continuum de soins, et les tâches d'autogestion peuvent aussi varier dans le cadre du continuum.

Composantes clés : capacité du patient à s'adonner à des activités d'autogestion

Compétence (Capacité de compréhension) en matière de santé

Connaissance ne signifie pas nécessairement changement de comportement, et les cours d'information et d'éducation des patients en matière de santé doivent tenir compte de leur niveau de compétence en matière de santé.

Healthy People 2010 (<http://www.healthypeople.gov/>) définit la compétence en matière de santé comme la « mesure dans laquelle les personnes ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information sur la santé et les services de santé de base nécessaires à une prise de décisions éclairée en matière de santé ».

La compétence en matière de santé met en jeu des tâches telles que :

- l'évaluation de l'information pour en vérifier la crédibilité et la qualité;
- l'analyse des risques et des avantages relatifs;
- le calcul des posologies;
- l'interprétation des résultats des tests;
- la localisation de l'information relative à la santé.

« Afin d'accomplir ces tâches, les personnes peuvent être amenées à démontrer des compétences visuelles (capacité à comprendre des graphiques ou toute autre information visuelle), des compétences informatiques (capacité à comprendre le fonctionnement d'un ordinateur), une culture informationnelle (capacité à obtenir et à mettre en pratique l'information pertinente) et des compétences numériques ou en calcul (capacité à calculer ou à raisonner en chiffres). Les habiletés d'expression verbale sont également importantes. Les patients doivent articuler leurs préoccupations en matière de santé et décrire leurs symptômes de manière précise. Ils doivent poser les questions appropriées

et comprendre les conseils médicaux et les directives thérapeutiques exprimés à l'oral. À une époque de responsabilité partagée entre le médecin et le patient relativement aux soins de santé, les patients doivent faire preuve de compétences solides en matière de prise de décisions. Avec le développement d'Internet comme source d'information sur la santé, la compétence en matière de santé peut aussi englober la capacité à faire des recherches sur Internet et à évaluer les sites Web. » (<http://nrlm.gov/scr/conhlth/hlthlit.htm>)

Composantes clés : compétence, styles d'apprentissage aux adultes, compétence dans les différents milieux, sensibilisation professionnelle aux problèmes liés au niveau de compétence des patients

Aptitudes à l'autogestion

Les aptitudes à l'autogestion démontrées par une personne sont généralisables dans les différents milieux, elles prétendent que la confiance produit de meilleurs résultats en matière de santé, elles visent une plus grande auto-efficacité et elles peuvent être enseignées par des professionnels de la santé ou par des pairs. Forte de ces aptitudes, une personne a la capacité de prendre soin de sa propre santé, de pratiquer des activités normales et de gérer ses changements affectifs.

L'autogestion peut être considérée du point de vue des cinq « A » :

- Apprécier : croyances, comportement et connaissances
- Aviser : fournir une information précise sur les risques et les avantages du changement en matière de santé
- Approuver : fixer des buts en collaboration en fonction de l'intérêt et de la confiance du patient dans sa capacité de changer son comportement
- Aider : repérer les obstacles, les stratégies, les techniques de résolution de problèmes, le soutien social et les ressources du milieu de la personne
- Arranger : préciser un plan de suivi
(Glasgow RE, et coll. (2002) Ann Beh Med 24(2):80-87)

Composantes clés : « les cinq "A" », autonomisation du client

Soins axés sur le client

En vue de réaliser pleinement la valeur ajoutée de l'autogestion du client, le rôle du client, du professionnel de la santé et du service de santé doit évoluer. C'est le client qui doit assumer la responsabilité de la gestion quotidienne, des changements de comportements, des ajustements affectifs et du rapport précis des tendances et des rythmes des maladies. Les professionnels de la santé, outre leur rôle de conseiller hygiéniste et de partenaire dans la conduite de la gestion médicale, deviennent aussi des facilitateurs pour développer les qualités de gestionnaire du patient. Le service de santé devient l'organisateur et le

soutien des rôles de ces patients et professionnels de la santé, cherchant à assurer la continuité des services et l'intégration des soins.

(Holman et Lorig, (2004) Public Health Reports, mai-juin 2004, vol. 119)

Composantes clés : définition des rôles requis dans le cadre de l'autogestion, autonomisation du client

Recommandations sur l'autogestion

- 1. Envisager globalement l'appui de l'autogestion dans l'ensemble des états pathologiques des patients et des questions relatives à la santé en :**
 - coordonnant les programmes;
 - assurant des programmes génériques d'appui de l'autogestion;
 - habilitant le client à participer à des activités d'autogestion.

- 2. Incorporer l'appui de l'autogestion dans la philosophie de la thérapie en :**
 - livrant les déclarations de prestation de la régie régionale de la santé;
 - offrant une pratique professionnelle;
 - assurant la communication et les interactions avec le client.

- 3. Faire de l'autogestion une composante de sensibilisation des professionnels et du public en :**
 - assurant l'éducation et le perfectionnement professionnel;
 - organisant des activités de sensibilisation du public.

Annexe A

Membres du Comité consultatif sur la stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

Dan Connolly (coprésident)
Secrétaire général
Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick

Cheryl Hansen (coprésidente)
Directrice du Programme extra-mural et des services de réadaptation
Ministère de la Santé

D^r Peter Bailey
Hôpital régional de Saint John
Sciences de la santé de l'Atlantique

Brigitte Chambers
Service d'orthophonie, Hôpital régional de Miramichi
Régie régionale de la santé de Miramichi

Penny Coburn
Gestionnaire de projets des services cliniques préhospitaliers, Services ambulanciers
Ministère de la Santé

Tom Fetter
Unité de la planification des politiques et de la législation en matière de santé
Ministère de la Santé

Patty Gallagher
Spécialiste de science neurologique, Hôpital régional de Saint John
Sciences de la santé de l'Atlantique

Moira Gagnon
Directrice de la promotion de la santé
Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick

Lise Guerrette-Daigle
VP soins infirmiers et soins aux patients
Régie régionale de la santé 1 Beauséjour

D^r Shawn Jennings
Survivant d'un AVC

Doreen Légère
Gestionnaire des services de réadaptation, Hôpital régional de Miramichi
Régie régionale de la santé de Miramichi

Marlien McKay
Gestionnaire de projets de santé publique
Ministère de la Santé

Peggy Norris-Robinson
Services aux adultes handicapés et aux aînés
Ministère des Services familiaux et communautaires

D^{re} Colleen O'Connell
Centre de réadaptation Stan-Cassidy

Debbie Peters
Planification et Services de l'Assurance-maladie
Ministère de la Santé

Manon Roussel
Infirmière gestionnaire pour l'évaluation et la réadaptation
Régie régionale de la santé 1 Beauséjour

John Serkiz
Navigateur en matière d'AVC
Ministère de la Santé

D^{re} Karen Murray
The Moncton Hospital
Régie régionale de la santé du Sud-Est

Bernadette Thériault
Services de santé communautaire, vice-présidente
Régie régionale de la santé Acadie-Bathurst

Annexe B

Mandat du Comité consultatif sur la stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

But

Guider l'élaboration d'une stratégie globale intégrée en matière d'accident vasculaire cérébral qui englobe la prévention de l'AVC, les soins d'urgence et les soins actifs, le traitement de réadaptation et les services communautaires. Le but est d'avoir un document de stratégie en matière d'accident vasculaire cérébral d'ici mars 2006.

Objectifs

Repérer les lacunes existantes en matière de soins aux patients ayant subi un AVC et élaborer une stratégie provinciale globale et efficace qui comprend :

1. l'examen de la pratique actuelle dans d'autres provinces et territoires (analyse de l'environnement);
2. la reconnaissance des services existants au Nouveau-Brunswick;
3. l'élaboration d'une stratégie intégrée en matière d'accident vasculaire cérébral qui se fonde sur les forces actuelles tout en intégrant les meilleures pratiques;
4. l'élaboration de recommandations sur la mise en œuvre de la stratégie englobant une stratégie de communication.

Membres

- Services hospitaliers du ministère de la Santé et du Mieux-être – Coprésident
- Fondation des maladies du cœur, Secrétaire général – Coprésident
- Neurologue
- Physiatre
- Médecin de famille
- Navigateur en matière d'AVC (de droit)
- Représentant des services d'urgence
- Représentant de l'ergothérapie, de la physiothérapie, de l'orthophonie
- Représentant des soins infirmiers
- Représentant des services ambulanciers
- Représentant de la santé publique
- Représentant du Programme extra-mural
- Représentant des Services familiaux et communautaires
- Représentant de la Division de la planification et de l'évaluation – ministère de la Santé et du Mieux-être
- Autres intervenants jugés appropriés par le comité
- Survivant d'un AVC

Toutes les RRS seront représentées par les membres.

Réunions

1. Le comité doit se réunir au moins six fois par an en fonction des besoins. Les réunions seront un mélange de face-à-face et de téléconférences.
2. Les coprésidents peuvent, le cas échéant, convoquer des réunions supplémentaires.

Le quorum du comité est égal à 50 % des membres plus un.

Devoirs et responsabilités des coprésidents et coprésidentes

1. Présider toutes les réunions du CCNBMAVC.
2. Déterminer l'ordre du jour et les dates de réunion avec l'aide du navigateur en matière d'AVC.
3. Représenter l'intérêt du CCNBMAVC en collaboration avec le navigateur en matière d'AVC.

Devoirs et responsabilités des membres du comité

1. Les membres sont tenus de participer régulièrement aux réunions. Aucun suppléant ne sera nommé.
2. Apporter les points à l'ordre du jour au Président pour qu'ils soient inclus lors de la prochaine réunion.

Liens hiérarchiques

Le comité fait un rapport au sous-ministre adjoint, aux services de l'établissement et au Bureau de la Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick.

Annexe C

Terminologie clé

Accident ischémique cérébral

Environ 80 % des accidents vasculaires cérébraux sont ischémiques. Un accident ischémique cérébral résulte de l'interruption de l'apport de sang au cerveau par un caillot de sang. Les docteurs parlent souvent de l'accident ischémique cérébral comme étant soit « thrombotique », soit « embolique ».

- Un accident thrombotique est provoqué par un caillot de sang (thrombus) qui se forme dans une artère reliée au cerveau.
- Un accident embolique se produit quand une artère cérébrale est bouchée par un caillot formé ailleurs dans le corps (un embole) et transporté au cerveau par la circulation sanguine. Par exemple, un caillot de sang peut se former dans le cœur puis atteindre le cerveau en traversant les vaisseaux sanguins.

(Fondation des maladies du cœur du Canada)

Accident ischémique transitoire (AIT)

Un accident ischémique transitoire (AIT) est un « mini-AVC » transitoire. Un AIT est entraîné par une interruption temporaire de l'apport de sang au cerveau. Les symptômes d'un AIT sont semblables à ceux d'un accident ischémique cérébral, mis à part le fait qu'ils disparaissent en quelques minutes ou quelques heures (pas plus de 24 heures). Un AIT est un important signe d'avertissement d'un risque potentiel d'accident ischémique cérébral à l'avenir.

Accident vasculaire cérébral

Un accident vasculaire cérébral est une perte subite des fonctions cérébrales. Il est provoqué par l'interruption de l'apport de sang au cerveau (accident ischémique cérébral) ou la rupture de vaisseaux sanguins dans le cerveau (attaque d'apoplexie hémorragique). L'interruption du débit sanguin ou la rupture de vaisseaux sanguins entraîne la mort des cellules du cerveau (neurones) dans la zone touchée. Les répercussions d'un AVC dépendent de la région des lésions cérébrales. (Fondation des maladies du cœur du Canada)

Activateur tissulaire du plasminogène (t-PA)

Enzyme qui aide à dissoudre les caillots.

Attaque d'apoplexie hémorragique

Environ 20 % des accidents vasculaires cérébraux sont hémorragiques. Une attaque d'apoplexie hémorragique est provoquée par un saignement incontrôlé dans le cerveau. Tout en interrompant l'apport normal de sang au cerveau, le saignement incontrôlé « inonde » et tue des cellules du cerveau. Il existe deux types d'attaque d'apoplexie hémorragique : l'hémorragie sous-arachnoïdienne et l'hémorragie intracérébrale.

- Une hémorragie sous-arachnoïdienne a lieu en cas de saignement incontrôlé à la surface du cerveau, dans la région située entre le cerveau et le crâne.
- Dans le cas de l'hémorragie intracérébrale, une artère profonde dans le cerveau se rompt. L'hypertension est la principale cause d'hémorragie intracérébrale.

(Fondation des maladies du cœur du Canada)

Autogestion

Un soutien efficace de l'autogestion ne se limite pas à dire aux patients ce qu'ils doivent faire. Il suppose la reconnaissance du rôle central du patient dans ses soins, rôle qui favorise un sens de la responsabilité à l'égard de sa propre santé. Il inclut l'utilisation de programmes éprouvés qui offrent une information de base, un soutien affectif et des stratégies pour vivre avec une maladie chronique. En se fondant sur une approche concertée, les fournisseurs et les patients collaborent pour définir les problèmes, fixer des priorités, établir des buts, élaborer des plans de traitement et résoudre les problèmes rencontrés en chemin. (M. Von Korff, J. Gruman, J.K. Schaefer, S.J. Curry et E.H. Wagner, « Collaborative management of chronic illness », *Annals of Internal Medicine* 127 (1997): 1097-1102).

Autonomisation

Processus par lequel une personne est encouragée à mieux se maîtriser, à développer des aptitudes à la prise de décisions et à faire des choix de mode de vie sain pour améliorer sa santé par l'éducation, la démonstration et le modelage.

AVQ

Activités de la vie quotidienne

Capacité communautaire

La capacité communautaire est définie comme « l'influence combinée de la participation, des ressources et des aptitudes d'une communauté qui peuvent être déployées pour tirer parti des forces et aborder les problèmes de la communauté ». (*Building Community Capacity: The Potential of Community Foundations*, Steven E. Mayer. Publié par Rainbow Research, Inc., 1995)

CASAP

Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick

Client

Le terme « client » fait référence à une personne qui bénéficie des services communautaires. Le client est considéré dans son contexte plus large renvoyant au système de soutien désigné de la personne, p. ex., conjoint, partenaire, famille, etc.

Compétence en matière de santé

Mesure dans laquelle les personnes ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information sur la santé et les services de santé de base nécessaires à une prise de décisions éclairée en matière de santé. (Healthy People 2010)

Continuum de soins

Gamme complète de services allant des services préventifs et ambulatoires aux soins actifs en passant par les services à long terme et les services de réadaptation. En offrant une continuité des soins, le continuum se concentre sur la prévention et l'intervention précoce à l'intention des personnes reconnues à haut risque et facilite la transition d'un service à un autre à mesure que les besoins changent. (www.dph.state.ct.us/OPPE/sha99/glossary.htm)

Coordination des soins

Avec la participation active du patient ou client; évaluation, planification de la prestation des services, coordination des services (y compris les ressources communautaires), counseling par encouragement et habilitation à aider les personnes et les familles à faire face aux changements et aux choix d'un mode de vie sain en fixant pour ces personnes le but de développer la capacité de gérer indépendamment leurs besoins et leurs choix de santé.

Dysphagie

La dysphagie est le terme médical désignant la difficulté, l'inconfort et la douleur liés à la déglutition. La dysphagie se déclare en cas de problème au niveau du processus de déglutition au cours duquel la nourriture et le liquide passent de la bouche dans la gorge, puis dans l'œsophage pour finir dans l'estomac. (NHS, UK)

Fibrillation auriculaire

Type d'arythmie cardiaque où la cavité supérieure du cœur palpite au lieu de pomper de façon organisée. De ce fait, les cavités supérieures (oreillettes) du cœur ne se vident pas complètement quand le cœur bat, ce qui entraîne la formation de caillots de sang.

Gestion des maladies chroniques

La gestion des maladies chroniques (GMC) peut être définie comme une approche systématique fondée sur la population pour reconnaître les personnes à risque, intervenir avec des programmes de soins précis et mesurer les résultats cliniques et autres. (www.changefoundation.com)

Hypertension

Tension artérielle anormalement élevée.

ICE

Initiatives pour la petite enfance

Maladie cardiovasculaire

Toutes les maladies de l'appareil circulatoire, dont l'infarctus aigu du myocarde, la cardiopathie ischémique, la cardiopathie valvulaire, la maladie vasculaire périphérique, l'arythmie, l'hypertension et l'accident vasculaire cérébral. (Santé Canada)

Obésité

Déterminée par l'évaluation de la masse grasse corporelle ou l'analyse constitutionnelle du corps humain. Pour les hommes adultes, l'obésité correspond à une masse grasse supérieure à 25 % du poids total. Pour les femmes adultes, l'obésité correspond à une masse grasse supérieure à 30 % du poids total. (Obésité Canada)

Patient

Personne qui est à l'hôpital ou reçoit des services hospitaliers en tant que malade externe ou dans le cadre d'un programme quotidien. Le client est considéré dans son contexte plus large renvoyant au système de soutien désigné de la personne, p. ex., conjoint, partenaire, famille, etc.

Prévention d'un premier AVC

Éducation et choix ou changement du mode de vie qui aident une personne à réduire la probabilité de subir un AVC dans sa vie.

Prévention secondaire de l'AVC

La prévention secondaire renvoie à des traitements ou à des changements du mode de vie qui peuvent contribuer à réduire le risque de subir un autre AVC. (Fondation des maladies du cœur du Canada)

RRS

Régie régionale de la santé

Services médicaux d'urgence (SMU)

Le service médical d'urgence (ou aide médicale urgente) est une branche de la médecine qui est assurée sur le terrain, avant l'hôpital (p. ex., dans la rue, chez les gens, etc.), par des ambulanciers paramédicaux, des techniciens d'urgence médicale et des secouristes opérationnels certifiés. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/>)

Annexe D Liens Internet

Association canadienne du diabète
www.diabetes.ca/

Société canadienne d'hypertension artérielle
www.hypertension.ca/

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires
www.canadianstrokenetwork.ca/

Soins des maladies chroniques
www.improvingchroniccare.org/

Ministère des Services familiaux et communautaires
www.gnb.ca/0017/index-e.asp

Ministère de la Santé
www.gnb.ca/0051/index-e.asp

Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport
www.gnb.ca/0131/index-e.asp

Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au
Nouveau-Brunswick (CSAAP)
<http://en.hepac.ehealthlabs.ca/metadot/index.pl>

Fondation des maladies du cœur du Canada
ww2.heartandstroke.ca/

Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick
ww2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=28&SiteLanguageID=1&CategoryID=17

Coalition antitabac du N.-B. (CATNB)
www.nbatc.ca/

Obésité Canada
www.obesitycanada.com/

Plan provincial de la santé
http://www.gnb.ca/0051/pdf/healthplan-2004-2008_f.pdf

Programmes d'autogestion de Stanford
<http://patienteducation.stanford.edu/programs/>

Statistique Canada
www.statcan.ca/

Répertoire de ressources sur les AVC
www.stroke-info.com/

Moteur de recherche sur les AVC
www.medicine.mcgill.ca/strokingengine/

Succès NB
www.snbs.gnb.ca/

Stratégie du mieux-être
www.gnb.ca/0055/wellness_strategy/index-e.asp

Organisation mondiale de la Santé
www.who.int/en/