

CONSEIL D'ADMINISTRATION
Séance tenue le : 21 septembre 2016

Point de décision

Point d'information

SUJET : DÉSIGNATION DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL À TITRE DE CENTRE SECONDAIRE DANS LE CADRE DU CONTINUUM DE SERVICES POUR LES PERSONNES À RISQUE DE SUBIR OU AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE

PERSONNE RESPONSABLE : Docteure Véronique Dubuc et Mme Adélaïde De Melo
DIRECTION : DGA programme santé physique générale et spécialisée
SECTEUR D'ACTIVITÉ :
DURÉE : 20 minutes

SOMMAIRE :

Présentation dans le cadre des travaux réalisés par le comité de travail local AVC afin d'obtenir la désignation de centre secondaire AVC pour l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et présentation des résultats suite à l'actualisation du plan d'actions.

OBJECTIF POURSUIVI :

Informers les membres du conseil d'administration.

IMPACT FINANCIER :

Aucun impact

PROJET DE RÉSOLUTION :

**Désignation de
l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
à titre de centre secondaire
dans le cadre du continuum de services pour
les personnes à risque de subir ou ayant
subi un accident vasculaire cérébral**

Présentation au conseil d'administration
Le 21 septembre 2016

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 

Plan de présentation

- Contexte
- Actions entreprises pour le développement du continuum AVC
- Résultats obtenus et présentés à la visite de juin 2016
- Obtention désignation centre secondaire confirmée
- Défis / enjeux à venir

Contexte

- 1^{ère} visite décembre 2014
 - État des lieux
 - Recommandations en vue de l'obtention de la désignation « Centre secondaire AVC »

Actions entreprises suite à la visite

- Comité local continuum AVC élargi et fonctionnement systématisé avec plan d'action, objectifs et échéanciers clairs
 - Ajouts des partenaires clés de la réadaptation et patient-partenaire
- Urgence
 - Introduction du « Code AVC »
 - Séance de formation et suivi avec tout le personnel impliqué
 - Révision des protocoles et ordonnances cliniques et radiologiques
 - Déploiement du dépistage de la dysphagie et de l'échelle neurologique canadienne

Actions entreprises suite à la visite

- Unité AVC
 - Rénovation physique du 5^eD (été 2015)
 - Identification des patients AVC dès l'admission et priorisation de ceux-ci
 - Lit tampon réservé pour permettre transferts rapides
 - Nouvelle installation du poste de travail infirmier dans les chambres 501-503 (juin 2016)
 - Scopes / télémétries (en cours)
 - Révision de la structure de soins sur l'unité pour permettre la surveillance post-thrombolyse des patients

Actions entreprises suite à la visite

- Équipe interdisciplinaire
 - Refonte des évaluations initiales ciblées
 - Prise en charge plus précoce : urgence/USI
 - Réunions quotidiennes
 - Utilisation d'un logiciel de prise des rendez-vous pour éviter conflits d'horaire patient
 - Transfert électronique des rapports
 - Accélération de la demande en réadaptation
 - Évaluation en externe des AVC mineurs (juin 2016)

RÉSULTATS INDICATEURS CLÉS

Urgence

Activités à l'urgence

	2013-2014	2014-2015	2015-2016
DMS (heures)	31,75	29,79	28,29
Nombre d'AVC (AIT, AVC, HIC)	364	335	455

- Patients admis = moyenne 26 h
 - Prescription usuelle « scope x 24 h » abolie
- 15,2 % des patients admis < 4 h
 - 100 % des patients tPA/thrombectomie admis < 4h
- Cible : 100% des patients admis <4h

Urgence

Admissions à partir de l'urgence

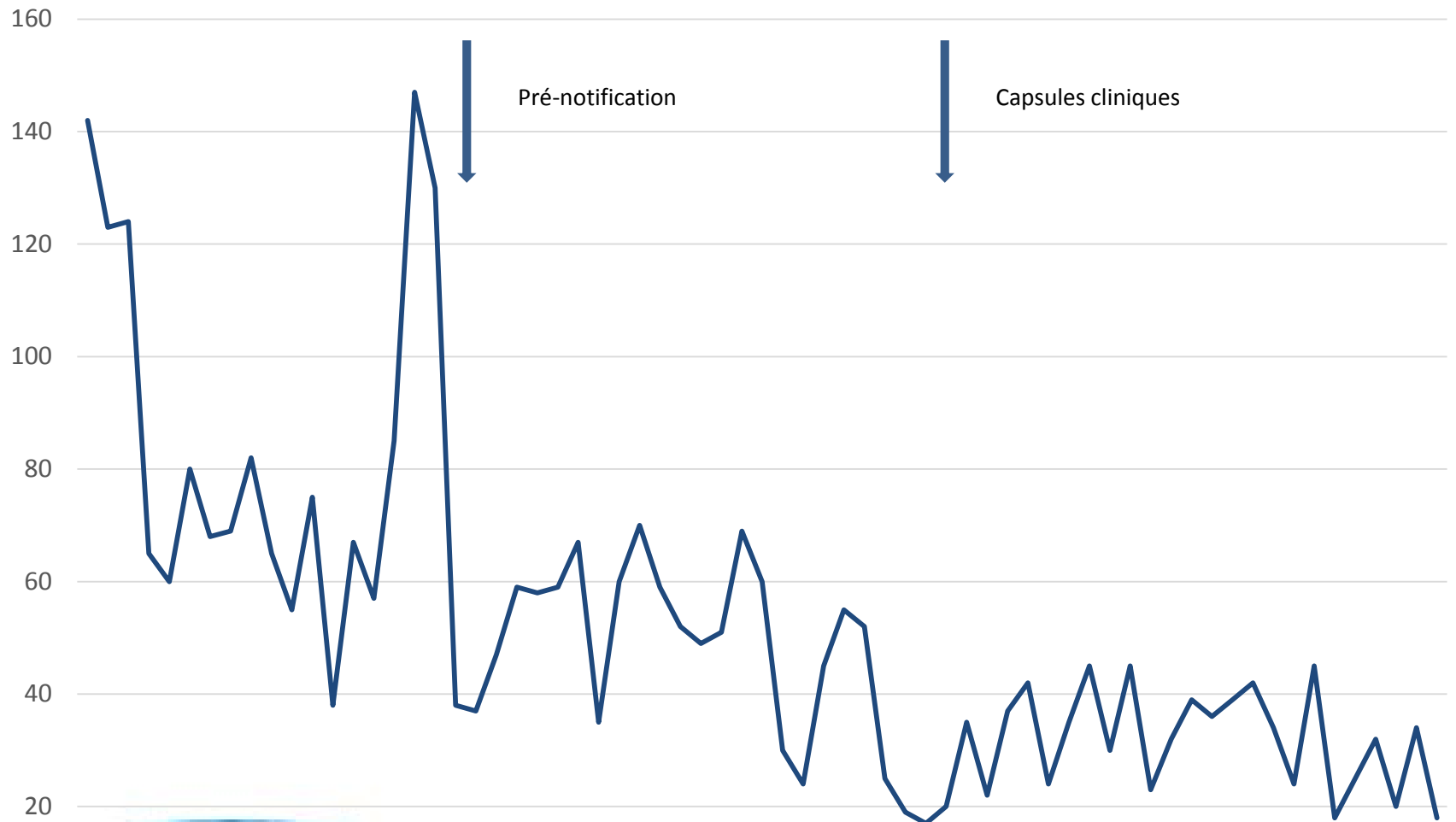
Diagnostic	2013-2014 n(%)	2014-2015 n(%)	2015-2016 n(%)	Variation 14-15 vs 15-16
AVC	263 (79 %)	263 (68 %)	330 (84 %)	+ 25 %
AIT	18 (5.4 %)	47 (12 %)	17 (4 %)	- 64 %
HIC	53 (16 %)	77 (20 %)	47 (12 %)	-11 %
Total	334	387	394	+ 2 %

Prénotification et traitements hyperaigus

	Pré-notification	Nombre tPA n(%)	DTN (min)	% pts traités < 60 min	Transferts centre tertiaire (n)
Avril-juin	3*	3 (+14 sans code)	69	26.6 %	6
Juillet-sept	31	15 (48 %)	57	72.2 %	8
Oct-déc	52	25 (48 %)	47	84.0 %	7
Janvier-mars	54	17 (31,5 %)	36	100 %	7
Totaux	140	60 (+14) (43 %)**	45	86 %	28

- Thrombolyse de 22.4 % des AVC ischémiques
- tPA reçu < 30 min chez 26 % des patients

Amélioration continue du door-to-needle



Unité AVC – Volumes et DMS

	2013-2014	DMS (j)	2014-2015	DMS (j)	2015-2016*	DMS (j) moy/med
AVC ischémiques	263	14	263	15	330	10.8 / 8
AVC hémorragique	53	32	77	16	47	13 / 11
Total AVC	316	23	340	15	377	11.1 / 8
AIT	18	4	47	4	17	2 / 2
Total	334	13,5	387	14	394	10.8 / 8

- DMS ischémique : 56 % des patient sous la cible de 7 jours
- DMS hémorragique : 36 % des patients sous la cible de 10 jours

Réadaptation

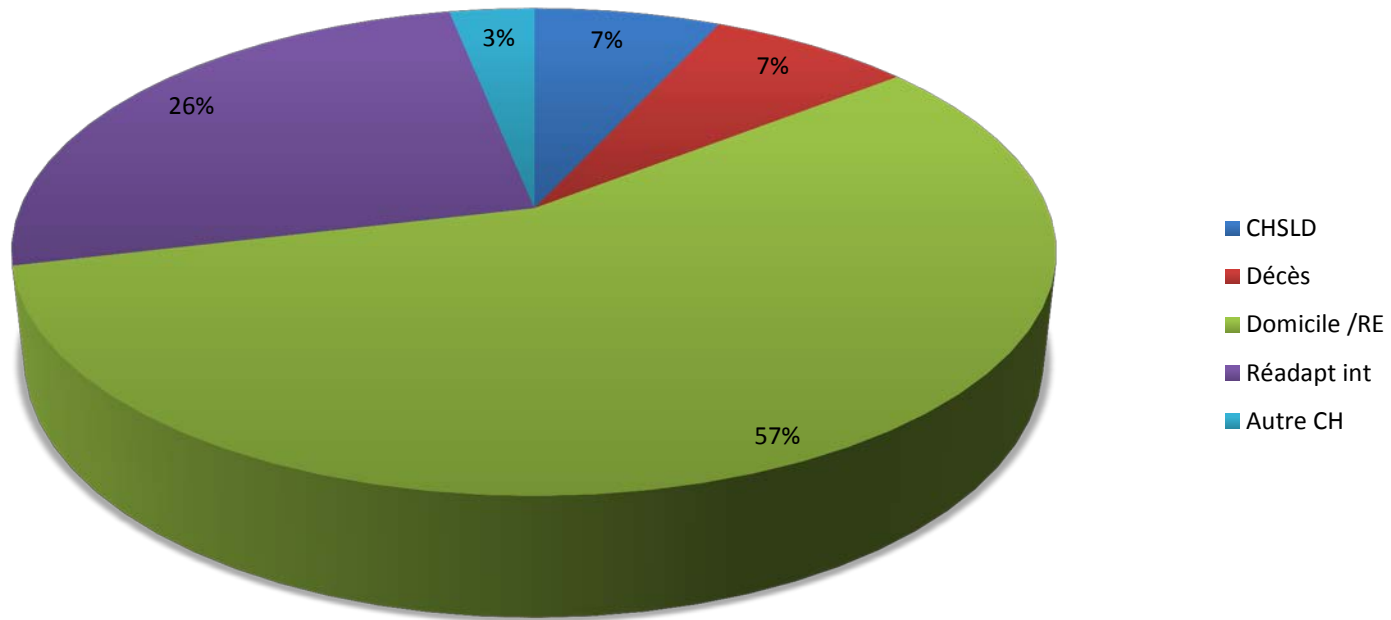
Délais de prise en charge en réadaptation

	Physio (j)	Ergo (j)	Ortho (j)	TS (j)
juillet - septembre 2015	2,96	4,60	4,0	4,34
octobre - décembre 2015	2,78	5,22	3,89	3,57
janvier - mars 2016	2,47	5,28	3,86	3,03
TOTAL	2,72	5,07	3,90	3,60
% patients vus	70,1 %	68,4 %	54,5 %	67 %

- Depuis avril 2016, l'utilisation d'outils rapides permet la réduction du délai en ergothérapie et orthophonie à **3,4 jours** pour ces 2 services
- Maintien des délais malgré l'augmentation des volumes de 20 % en 2 ans et utilisation d'une méthode de calcul selon les demandes du continuum AVC

Devenir des patients

Orientation au congé



Résumé

- L'ensemble des intervenants du comité AVC et du personnel de l'HSCM a reconnu l'importance d'améliorer les soins aux patients victimes d'un AVC
- Des modifications significatives ont été apportées à chacune des étapes des soins aux patients et les résultats positifs en témoignent
- Un réel changement de culture est vécu, particulièrement à l'urgence où les soins en phase hyperaiguë sont comparables aux centres reconnus en AVC
- Une excellente cohésion à l'unité d'AVC entre le personnel infirmier, de réadaptation et médical qui permet une prise en charge optimisée

Rapport de la visite de juin 2016

- Reconnaissance du travail d'équipe exceptionnel réalisé
- Nos qualités de créativité, dynamisme, rigueur et objectivité ont été reconnues
- Appréciation de « l'expérience patient »
- Ambiance dynamique et intégrée à l'unité d'AVC
- Objectifs principaux réalisés
 - Certains travaux « en cours »
- Désignation officielle de l'HSCM comme centre secondaire pour une période de 4 ans

Défis / Enjeux

- Amélioration continue de la phase hyperaiguë et des transferts en centre tertiaire avec mesures systématisées
- Admission rapide à l'unité sera facilitée par l'utilisation des scopes / télémétries
- Maintien du haut standard de qualité malgré l'augmentation continue des volumes
- Évaluation continue de nos processus à tous les niveaux avec surveillance des indicateurs clés
- Utilisation systématique des outils de suivi

Défis / Enjeux

- Délai de prise en charge pour réadaptation en externe
- Arrimage avec le CISSS de Laval pour la clientèle lavallois.
- Ressources en réadaptation déficitaire pour répondre adéquatement aux besoins (augmentation des volumes / mêmes ressources)
- Manque d'accessibilité à la réadaptation lors de période de pointe pour un continuum de soins rapide et efficace de la phase aiguë à la phase de réadaptation
 - **Solution envisagée pour la réadaptation : Revoir l'utilisation des ressources dans le continuum avec les partenaires des soins post-aigus afin d'éviter les duplications dans les évaluations et ainsi diminuer les délais**
- Manque d'accessibilité aux soins de longue durée

Questions / Commentaires ?