

# ACCÉLÉRER LA RECONNAISSANCE ET LA PRISE EN CHARGE DES AVC AIGUS AUX URGENCES

Un impact concret sur la pratique infirmière en médecine d'urgence

## Auteurs

Sophie Périgny, inf. B.Sc., MBA (cand.) Healthcare Management, Vicky Kennedy-Desrochers, inf. B.Sc., Paulette Perras, inf. B.Sc., MHA, France Paquet, inf. B.Sc., M.Sc., Michel Lafèche, MD

## Affiliation

Hôpital général de Hawkesbury et district, Ontario, Canada

## Présentation

L'Hôpital général de Hawkesbury et district est un hôpital régional desservant principalement la population de Prescott-Russell et l'ouest du Québec. Des services de neurologie sont offerts par télémedecine, et les patients qui nécessitent des soins tertiaires sont transférés vers des centres spécialisés.

La prise en charge des AVC aigus est une urgence cruciale, où tout retard peut aggraver de manière significative les séquelles neurologiques. Le département de l'Urgence doit être en mesure de reconnaître rapidement les AVC, de mobiliser les équipes interdisciplinaires et d'accélérer la reconnaissance de l'ACV ainsi que la prise en charge du patient.

## Problème

Nos données internes indiquaient que les délais entre l'arrivée à l'Urgence et le déclenchement du code AVC, ainsi qu'entre l'arrivée et la réalisation de la tomodensitométrie (CT), étaient historiquement parmi les plus longs de la région.

Pour améliorer nos résultats, l'Urgence a mis en œuvre un protocole AVC révisé, centré sur la reconnaissance précoce, le travail en équipe parallèle et une coordination interdisciplinaire claire.

## Objectif

Optimiser les délais de prise en charge en misant sur l'expertise infirmière, afin d'atteindre les normes provinciales (code AVC  $\leq$  5 min, évaluation  $\leq$  12 min, CT  $\leq$  15 min). En renforçant le rôle clinique des infirmières et en structurant les interventions précoces, nous visons une prise en charge plus rapide, sécuritaire et centrée sur le patient.

## Méthodologie

Projet d'amélioration continue sur 2 ans, structuré en deux phases selon une approche qualité avec une collecte prospective continue des temps de réponse.

- **Phase 1** : patients avec suspicion d'AVC arrivant en ambulance
- **Phase 2** : ajout des patients ambulatoires
- **Inclusion** : AVC suspecté ou confirmé

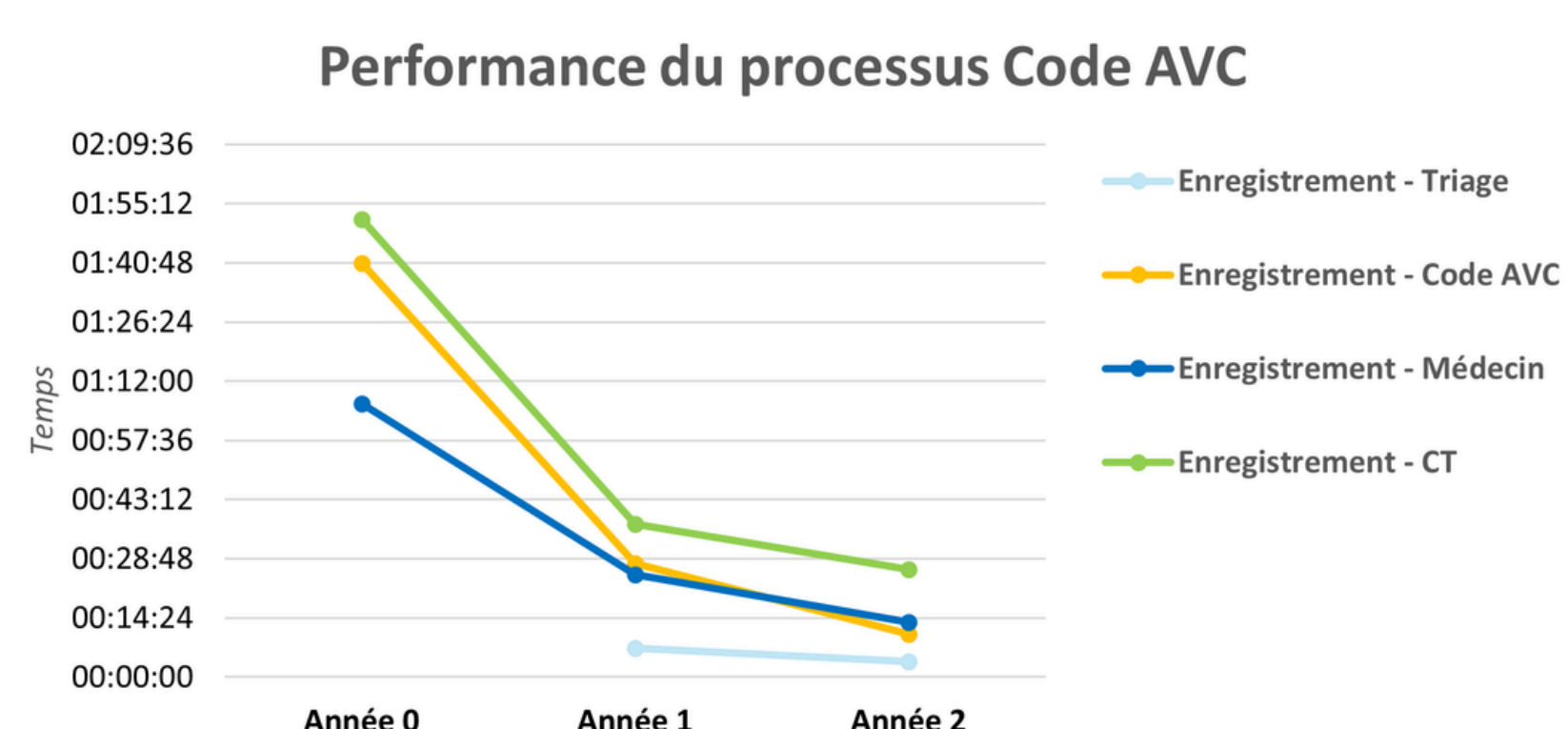
**Exclusion** : diagnostics non liés à l'AVC, admission à l'étage, transferts interhospitaliers, apparition tardive des symptômes post évaluation médicale.

## Résultats

Afin d'effectuer une comparaison réelle, les données de pré-implantation sont rapportées comme l'année 0. La médiane est présentée.

- 00 + Année 0**
  - Enregistrement  $\rightarrow$  Code AVC : 1 heure 40 minutes
  - Enregistrement  $\rightarrow$  CT : 1 heure 51 minutes
- 01 + Année 1**
  - Enregistrement  $\rightarrow$  Code AVC : 27 minutes
  - Enregistrement  $\rightarrow$  CT : 37 minutes
- 02 + Année 2**
  - Enregistrement  $\rightarrow$  Code AVC : 10 minutes
  - Enregistrement  $\rightarrow$  CT : 26 minutes

Évolution des délais clés du parcours AVC sur deux années, illustrant l'effet du déploiement progressif du modèle NASCAR, l'année 0 servant de référence afin de mettre en perspective l'évolution observée aux années 1 et 2.



Balayer le code QR pour obtenir une copie électronique.



## Parcours de soins en cas d'AVC



## Discussion

Nos résultats confirment ce que d'autres groupes ont publié concernant le modèle de prise en charge NASCAR. Olson et Yang (2022), décrivent le passage d'un processus structuré, dirigé par les infirmières, associé à une réduction significative des délais critiques, en particulier pour l'activation du code AVC et l'accès à la tomodensitométrie de 58 à 19 minutes, sur une période de 6 mois. Mainali et al. (2017), rapportent également une diminution notable du temps « Enregistrement  $\rightarrow$  CT » de 39 à 24 minutes, semblable à nos résultats de la deuxième année.

Toutefois, notre projet se distingue par la durabilité des gains sur deux années consécutives et par l'intégration structurée des patients arrivant en ambulance ou à pied, une population sous-représentée dans les publications recensées.

Notre approche a permis de réduire la variabilité selon le mode d'arrivée et de se rapprocher des cibles provinciales. Nos résultats renforcent l'idée que l'amélioration des soins en cas d'AVC dépend avant tout du leadership infirmier, d'un suivi continu des résultats, de la clarté des rôles et de la coordination interprofessionnelle, et soutiennent la transférabilité du modèle à d'autres hôpitaux ruraux.

Les stratégies suivantes ont été centrales au succès de l'initiative créant un momentum collectif:

- Utilisation du « mois de l'AVC » comme catalyseur
- Formations ciblées
- Rappels visuels et activités engageantes
- Simulations in situ
- Ajustement rapide et continu des angles morts et des processus

## Conclusion

Cette initiative démontre qu'un protocole AVC piloté par les infirmières améliore de façon marquée la performance de l'équipe interprofessionnelle et permet une prise en charge plus rapide et centrée sur le patient. Son impact dépasse le cadre hospitalier, puisque des traitements précoces de l'AVC contribuent à réduire les durées d'hospitalisation, à optimiser l'utilisation des ressources du système de santé et à favoriser un retour plus rapide à la vie normale, avec des retombées positives à l'échelle de la société.

## Références

- Assiri, T.M. et al. (2025) 'Review of paramedics' role in stroke identification and prehospital stroke care', The Review of Diabetic Studies, 21(54), pp. 30–37.
- Kauffman, H. (2024) The implementation of the code stroke pit stop: A quality improvement project for greater efficiency. Doctor of Nursing Practice thesis. California State University.
- Li, Y.F. et al. (2025) 'Impact of timeline-based management on treatment efficiency and outcomes in acute ischemic stroke', Annals of Medicine, 57(1), 2561793.
- Mainali, S. et al. (2017) 'Feasibility and efficacy of nurse-driven acute stroke care', Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 26(5), pp. 987–991.
- Olsen, D. et al. (2022) Outcomes From a Nursing-Driven Acute Stroke Care Protocol for Telehealth Encounters, Journal of Emergency Nursing, Volume 48, Issue 4, Pages 406-416.
- Rai AT, Smith MS, Boo S, et al. The 'pit-crew' model for improving door-to-needle times in endovascular stroke therapy: a Six-Sigma project. Journal of Neurointerventional Surgery 2016; 8:447-452.
- Yang, J., et al. (2015). NASCAR - Quality Care Improvement with Nursing-driven Acute Stroke CARE. American Heart and Stroke Association. Vol. 46 (1).
- Zhao, H. et al. (2018) 'Ambulance clinical triage for acute stroke treatment (ACT-FAST)', Stroke, 49(4), pp. 945–951.