



Pratiques optimales de l'AVC au Canada

RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC

Déclaration de consensus provisoire* de 2022 en matière de **téléadaptation après un AVC,** 7^e édition

** Cette déclaration de consensus provisoire a été élaborée pour tenir compte du passage aux soins virtuels en raison de la pandémie. Elle sera intégrée en totalité au chapitre « La réadaptation et le rétablissement après un AVC » lorsque celui-ci fera l'objet d'un examen complet dans le cadre du processus de mise à jour des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC.*

Groupe de rédaction scientifique sur la téléadaptation après un AVC : Nancy M. Salbach (coprésidente), Anita Mountain, M. Patrice Lindsay (auteure-ressource), Dylan Blacchiere, Rebecca McGuff, Norine Foley, Hélène Corriveau, Joyce Fung, Natalie Gierman, Elizabeth Inness, Elizabeth Linkewich, Colleen O'Connell, Brodie Sakakibara, Eric E. Smith, Ada Tang, Debbie Timpson, Tina Vallentin, Katie White and Jennifer Yao (coprésidente); au nom du comité consultatif des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, en collaboration avec le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC et le Consortium Neurovasculaire Canadien.

© **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2022.**

^{MC} L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Table des matières

Partie 1 Téléadaptation après un AVC : introduction et aperçu.....	3
Objectif de ce chapitre	3
Introduction	3
Aperçu du chapitre et définitions.....	4
Méthodologie d'élaboration des lignes directrices	6
Remerciements.....	8
Comité de consultation et d'examen communautaire	9
Financement	9
Citation du chapitre « Téléadaptation après un AVC » (septième édition, mise à jour de 2022)	10
Commentaires	10
Partie 2 Téléadaptation après un AVC : recommandations et informations complémentaires	11
Section 1 Accès, admissibilité, consentement et confidentialité	11
Section 2 Technologie et planification	13
Section 3 Formation et compétences	14
Section 4 Évaluation et prestation de services	15
Raison d'être des recommandations en matière de téléadaptation après un AVC.....	17
Exigences pour le système.....	18
Indicateurs de rendement : indicateurs de qualité clés	19
Ressources pour la mise en œuvre et outils de transfert des connaissances.....	21
Résumé des données probantes (en anglais uniquement)	22
Annexe 1	Groupe de rédaction de 2022 sur la téléadaptation après un AVC
	25
Annexe 2	Examineurs externes de 2022 sur la téléadaptation après un
AVC	29

Partie 1 Téléadaptation après un AVC : introduction et aperçu

Objectif de ce chapitre

Les recommandations formulées dans ce chapitre sur la téléadaptation après un AVC des Recommandations complètent les chapitres « [Les transitions et la participation communautaire après un AVC](#) » et « [La réadaptation et le rétablissement après un AVC](#) » (Mountain et coll., 2019; Teasell et coll., 2019; *International Journal of Stroke*). Elles sont le résultat d'un examen ciblé qui a été entrepris pour élaborer des recommandations fondées sur des données probantes et des facteurs cliniques établis par des experts concernant la prestation de services de téléadaptation après un AVC.

Introduction

L'AVC est l'une des plus importantes causes d'incapacité chez les adultes. Plus de 400 000 personnes vivent avec les séquelles d'un AVC au Canada, et ce nombre devrait augmenter pour atteindre de 654 000 à 726 000 personnes d'ici 2038 (Krueger et coll., 2015).

La réadaptation après un AVC est un processus progressif, dynamique et axé sur les objectifs qui est conçu pour permettre à une personne handicapée après un AVC d'atteindre son niveau fonctionnel optimal sur les plans physique, cognitif, émotionnel, communicatif et social (*voir les [Recommandations, chapitre « La réadaptation et le rétablissement après un AVC », section « Définition et considérations »](#)*). Elle peut commencer dès que l'état de santé du patient est stable. La réadaptation se déroule dans divers milieux et contextes incluant les soins aigus et sub-aigus; les unités de réadaptation en milieu hospitalier; les milieux ambulatoires et de consultation externe; les programmes à domicile tels que le congé précoce assisté; les programmes de sensibilisation; les cliniques communautaires; et les centres de loisirs.

Élaborées sous la direction de Cœur + AVC, les Recommandations visent à fournir des lignes directrices à jour fondées sur des données probantes pour prévenir et prendre en charge l'AVC et favoriser un rétablissement et une réintégration optimaux pour les personnes qui vivent avec les séquelles d'un AVC. Il s'agit non seulement de la personne ayant subi un AVC, mais aussi des membres de la famille et des aidants (*voir les [Recommandations, chapitre « Les transitions et la participation communautaire après un AVC », section « Définition et considérations »](#) pour obtenir des définitions, y compris celle d'« aidant »*). La diffusion et l'adoption de ces recommandations ont pour but d'optimiser à l'échelle du pays les soins de l'AVC fondés sur des données probantes, de réduire les variations dans les soins fournis aux patients ayant subi un AVC et de diminuer l'écart entre les connaissances actuelles et la pratique clinique.

La septième édition des Recommandations a pour thème « **Établir des liens pour optimiser les résultats individuels** ». Les personnes ayant subi un AVC ont souvent de multiples comorbidités, dont certaines peuvent avoir contribué à leur AVC, d'autres en être les conséquences, et d'autres encore n'avoient aucun lien. Une étude a révélé qu'environ 80 % des survivants d'AVC ont en moyenne cinq autres affections et plusieurs problèmes psychosociaux (Nelson et coll., 2016). Les interactions entre les comorbidités complexes doivent être prises en compte pour que les programmes de réadaptation après un AVC et la planification des soins continus soient axés sur la personne et personnalisés.

Les personnes qui passent par différents milieux et phases de soins après un AVC se sentent souvent anxieuses et dépassées. Parmi les difficultés et les obstacles relatifs à l'accès à la réadaptation et aux soins de suivi, mentionnons l'incapacité à trouver un moyen de transport vers le site de soins et la nécessité de parcourir de longues distances. L'accès aux soins peut également dépendre d'autres facteurs, tels que des problèmes financiers, physiques ou de

communication. L'accès à un service de réadaptation personnalisé et intégré après un AVC dans sa communauté de résidence peut avoir un effet significatif sur les résultats fonctionnels à court et à long terme.

L'un des principaux objectifs des Recommandations est de **permettre l'accès à des soins de haute qualité fondés sur des données probantes**, peu importe l'emplacement géographique du patient au pays. Il est connu que la technologie des soins de santé virtuels est une façon efficace d'offrir des soins dans les régions où les compétences locales en matière de soins de l'AVC sont limitées ou inexistantes. Avant la pandémie de COVID-19, les programmes de soins de santé virtuels pour la prise en charge de l'AVC en phase aiguë (Télé-AVC), qui consistaient à communiquer avec un dispensateur de soins par courriel, téléphone, messagerie texte ou vidéoconférence, étaient bien établis dans beaucoup de régions. Cependant, l'utilisation de ces mêmes technologies pour offrir des services de réadaptation après un AVC et appuyer la réintégration était rare. L'un des effets positifs de la pandémie a été l'augmentation de l'accès aux soins virtuels et de leur utilisation, ainsi que la reconnaissance du fait que les soins virtuels sont une façon efficace d'offrir les services de réadaptation après un AVC.

Le défi consiste maintenant à faire en sorte que la téléadaptation après un AVC soit intégrée comme une option de prestation standard et durable, et que les Canadiens disposent de la technologie et du soutien appropriés pour son utilisation continue, afin d'en améliorer l'accès pour toutes les personnes ayant subi un AVC au pays. Bien que la téléadaptation après un AVC puisse améliorer l'équité et l'accès aux soins, elle peut également mettre en évidence des inégalités telles que l'accès aux infrastructures, la culture numérique, la pertinence d'une approche virtuelle et la sécurité des environnements choisis pour la participation à une séance virtuelle.

Offrir des soins de réadaptation après un AVC de manière virtuelle rend la communication encore plus complexe, car il peut être difficile pour les parties de s'entendre et de se voir. Par exemple, les personnes ayant des troubles de la communication, comme l'aphasie, peuvent avoir plus de mal à communiquer lors d'une rencontre virtuelle que lors d'une rencontre en personne. Il est important que des mesures appropriées soient prises pour favoriser la communication lors des soins virtuels. Pour les personnes atteintes d'aphasie, il peut s'avérer nécessaire de recourir à des stratégies, des adaptations ou des facilitateurs de communication supplémentaires lors des rencontres virtuelles.

Les services de téléadaptation après un AVC doivent respecter les données probantes actuelles et les meilleures pratiques, tout comme les soins dispensés en personne.

Avis de non-responsabilité : Les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC visent à appuyer l'adoption de pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada. Les systèmes de soins de santé, les organismes du secteur de la santé et les organisations professionnelles, ainsi que les lois et les normes, peuvent varier d'une province à l'autre. Les présentes Recommandations fournissent une orientation à l'échelle nationale; elles ne tiennent pas compte, dans l'ensemble, des variations des lois ou des normes provinciales. Elles ne visent pas à remplacer une loi provinciale ou locale ou une norme organisationnelle ou professionnelle. Dans le cadre de l'examen et de la mise en œuvre de ces Recommandations, les utilisateurs sont encouragés à consulter et à suivre toutes les lois ou normes appropriées.

Aperçu du chapitre et définitions

Portée

Les recommandations de ce chapitre sur la téléadaptation après un AVC des Recommandations sont une composante des chapitres existants « [Les transitions et la participation communautaire après un AVC](#) » et « [La réadaptation et le rétablissement après un AVC](#) » (Mountain et coll., 2019; Teasell et coll., 2019; *International Journal of Stroke*). Elles sont le résultat d'un examen ciblé qui a été entrepris pour élaborer des recommandations fondées sur des données probantes et des facteurs cliniques établis par des experts concernant la téléadaptation après un AVC.

Ces recommandations reposent sur le principe que les soins de réadaptation après un AVC peuvent être prodigués par l'intermédiaire d'une technologie virtuelle à n'importe quelle étape du continuum des soins et afin d'atteindre différents objectifs. Il a été démontré que la téléadaptation après un AVC permet d'améliorer de manière sûre et efficace l'accès aux traitements de réadaptation et aux dispensateurs de soins, la réintégration dans la communauté, la surveillance à domicile, ainsi que le soutien à la santé mentale et aux activités de la vie quotidienne. Elle permet également un accès rapide et rentable aux meilleurs services de réadaptation possible, quel que soit l'endroit où se trouve la personne ayant subi un AVC. Cependant, il est également important de reconnaître que la téléadaptation après un AVC a des limites et ne convient pas à tout le monde. Les dispensateurs de soins doivent utiliser leur jugement clinique et suivre les lignes directrices, les politiques et les lois propres à leur discipline et à leur organisation pour guider leur prise de décisions. Cœur + AVC a élaboré un cadre décisionnel que les cliniciens peuvent consulter pour appuyer ce processus de prise de décisions (voir le [cadre décisionnel en matière de prestation de soins virtuels de Cœur + AVC](#)).

La téléadaptation après un AVC est un domaine relativement nouveau de la pratique clinique, mais la recherche se développe rapidement. Avant le milieu de l'année 2020, il y avait peu de données probantes et d'indications sur la téléadaptation après un AVC dans les guides de pratique clinique publiés. Par conséquent, un grand nombre des recommandations formulées dans ce chapitre sont classées comme des recommandations fortes basées sur des données probantes de faible qualité, mais soutenues par l'opinion d'experts. Des conseils supplémentaires sont fournis sous forme de facteurs cliniques fondés sur l'opinion d'experts lorsque les données probantes existantes ne justifient pas le statut de recommandation complète (voir la section « [Facteurs cliniques](#) »).

Public cible

Les recommandations s'adressent principalement aux dispensateurs de soins dans l'ensemble du système de santé qui prennent soin de personnes ayant subi un AVC. Ce document est pertinent et applicable dans le travail des décideurs en matière de politique, des planificateurs, des bailleurs de fonds, des responsables de programmes communautaires et des gestionnaires-cadres du système de santé, ainsi que des administrateurs qui sont chargés de la coordination et de la prestation des services de soins de l'AVC au sein d'une province ou d'une région. Les recommandations aideront également les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC et leurs aidants à comprendre la prestation des soins de l'AVC et à définir leurs attentes en matière de soins et de rétablissement.

Définitions et descriptions

- **Soins virtuels**

Les soins virtuels englobent toutes les méthodes utilisées par les dispensateurs de soins pour interagir à distance avec les personnes ayant subi un AVC lorsqu'elles ne se trouvent pas au même endroit ou ne se connectent pas au même moment (les séances peuvent être synchrones ou asynchrones). L'objectif est de maximiser la qualité et

l'efficacité des soins fournis. Ces interactions, appelées consultations virtuelles, sont des échanges électroniques par téléconférence, vidéoconférence ou messagerie sécurisée, ou à l'aide d'outils audionumériques, dans le cadre desquels un ou plusieurs dispensateurs de soins fournissent des services de soins de santé à un patient. Les soins virtuels peuvent comprendre des rencontres entre les dispensateurs de soins et les personnes ayant un problème de santé, avec ou sans les membres de leur famille, ainsi qu'entre les dispensateurs de soins pour discuter des soins de la personne qu'ils traitent.

Les services de soins virtuels connexes peuvent aussi comprendre la télésurveillance et les outils numériques d'autosoins qui recueillent des données biométriques souvent utilisées lors des consultations virtuelles.

- **Téléadaptation après un AVC**

La téléadaptation (réadaptation virtuelle) après un AVC désigne l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour fournir des services de réadaptation à distance. Elle comprend toute une gamme de services, notamment la prévention, l'évaluation, l'analyse, la surveillance, l'intervention, la supervision, la formation, la consultation et l'encadrement. La téléadaptation après un AVC peut être offerte dans de nombreux contextes et à de nombreux stades des soins et du rétablissement, et peut être assurée par des dispensateurs de soins de toute discipline liée à la réadaptation et au rétablissement après un AVC. Des technologies comme les appels vidéo, les appels téléphoniques, les messages texte ou les courriels peuvent être utilisées dans le cadre de la téléadaptation après un AVC.

- **Modèle hybride**

Un modèle de soins hybride est une combinaison de soins en personne et de soins virtuels.

Méthodologie d'élaboration des lignes directrices

Les Recommandations présentent des lignes directrices sur les soins de l'AVC de haute qualité, fondées sur des données probantes, dans un cadre normalisé. La mise en œuvre de ces recommandations par les dispensateurs de soins de toutes les disciplines devrait permettre de réduire les variations dans les soins et de commencer à combler les écarts entre les données probantes et la pratique, ce qui améliorera les résultats pour les personnes ayant subi un AVC.

La méthodologie utilisée pour élaborer ce chapitre était complète et rigoureuse. Pour obtenir des détails supplémentaires, voir l'[aperçu de la méthodologie des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC](#).

1. Mise sur pied d'un groupe de rédaction interprofessionnel composé d'experts représentant les disciplines pertinentes dans l'ensemble du continuum de soins et dans divers milieux, et tenter d'atteindre un équilibre relatif au genre et à la diversité. Voir l'[annexe 1](#) pour la liste des membres du groupe de rédaction et leurs affiliations.
2. Consultation des comités de consultation et d'examen communautaire sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë, les soins virtuels et la réadaptation après un AVC, composés de personnes ayant subi un AVC, d'aidants et de membres de la famille de patients.

Partie 1

3. Sélection des questions cliniques à traiter dans le chapitre selon le modèle PICO (population ou problème, intervention ou exposition, comparaison et résultat) lorsque cela est approprié et applicable.
4. Recherche et évaluation systématiques des études publiées jusqu'en janvier 2022 et mise à jour du résumé des données probantes. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthode GRADE, consulter la section [« Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes »](#).
5. Recherche systématique et évaluation des recommandations de lignes directrices de référence externes.
6. Examen et révision des recommandations existantes, élaboration de nouvelles recommandations et réponse aux questions cliniques par les groupes de rédaction et de consultation communautaire, dans le respect de tous les critères de l'article 2 de l'entente, le cas échéant (entente de confiance). Cela inclut l'évaluation de la qualité des données probantes et de la force des recommandations.
7. Examen du chapitre proposé par le Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC et intégration des modifications nécessaires.
8. Examen du chapitre proposé par des experts externes de premier plan au Canada et à l'étranger, et intégration des modifications nécessaires.
9. Mise à jour du matériel éducatif et des ressources de mise en œuvre.
10. Approbation finale et traduction vers le français.
11. Diffusion par publication et activités publiques d'application des connaissances.
12. Poursuite du processus continu d'examen et de mise à jour.

Des détails sur chacune de ces étapes se trouvent dans le manuel [« Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances » des Recommandations](#) sur le site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada.

Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes

La [méthodologie sur le classement des recommandations, de leur élaboration et de leur évaluation](#) (GRADE) (anglais seulement) permet d'analyser :

- la force de chaque recommandation en fonction de l'équilibre entre les conséquences souhaitables et indésirables, la qualité des données probantes, les valeurs et les préférences des personnes touchées, et l'utilisation des ressources;
- la qualité des données probantes selon lesquelles les recommandations sont formulées : risque de partialité, caractère direct des données probantes, cohérence et précision des résultats, risque de biais de publication, ampleur des effets, relation dose-effet et influence des facteurs de confusion résiduels plausibles (Schünemann et coll., 2013).

On a offert au groupe de rédaction des tableaux de données probantes exhaustifs qui comprenaient des sommaires des données de haute qualité obtenues dans le cadre d'un examen de la littérature structuré. Le groupe a discuté de la qualité des données probantes et, par consensus, a élaboré une série définitive de recommandations. Une note a été attribuée à chaque recommandation en fonction de sa force et de la qualité des données probantes, comme suit.

- Force de la recommandation : forte ou conditionnelle
 - Une recommandation forte est une recommandation pour laquelle le groupe d'experts est convaincu que les effets souhaitables d'une intervention l'emportent sur ses effets indésirables.
 - Une recommandation conditionnelle est une recommandation pour laquelle le groupe d'experts estime que les effets souhaitables l'emportent probablement sur les effets indésirables, mais qu'il existe une incertitude notable.
- Qualité des données probantes : élevée, modérée, faible ou très faible

Facteurs cliniques

Les Recommandations comprennent une catégorie supplémentaire, soit les facteurs cliniques fondés sur l'opinion d'experts. Les facteurs cliniques sont inclus lorsque des lignes directrices liées à des problèmes cliniques courants sont jugées pertinentes, mais que les données probantes sont insuffisantes pour formuler une véritable recommandation. La téléadaptation après un AVC est un domaine émergent, ce qui signifie que les données probantes évoluent toujours et ne sont pas aussi matures que celles d'autres domaines. Par conséquent, certaines sections de ce document ne contiennent que des facteurs cliniques pour le moment, et les données probantes sont toujours à l'étude.

Conflits d'intérêts

Tous les participants potentiels à l'élaboration des recommandations et au processus de révision doivent remplir des ententes de confidentialité et, au préalable, divulguer tout conflit d'intérêts réel ou potentiel. Tout conflit d'intérêts est examiné par les coprésidents du comité consultatif des Recommandations et les membres du personnel de Cœur + AVC afin d'en évaluer l'incidence potentielle. Les personnes ayant des conflits d'intérêts importants en lien avec le sujet du chapitre ne sont pas sélectionnées comme membres du groupe de rédaction ou examinateurs.

Les participants qui ont des conflits d'intérêts sur un sujet particulier sont signalés au début des discussions sur ce sujet et sont exclus du vote. Si un coprésident a un conflit d'intérêts, il doit se récuser de ses responsabilités pour cette discussion; un autre participant sans conflit d'intérêts prend sa place et son vote. Des cadres supérieurs de Cœur + AVC participent à toutes les discussions des groupes de rédaction et interviennent en cas de parti pris malvenu de l'un des membres de ces groupes.

Les déclarations de conflits d'intérêts des membres du groupe de rédaction du chapitre sur la téléadaptation après un AVC figurent à l'[annexe 1](#).

Remerciements

La fondation remercie sincèrement les chefs et les membres du groupe de rédaction sur la téléadaptation après un AVC, qui ont donné de leur temps et fait appel à leurs connaissances dans le but de mettre à jour les recommandations. Des membres du Consortium Neurovasculaire Canadien ont participé à tous les aspects de l'élaboration des présentes recommandations. Les recommandations ont fait l'objet d'un examen externe par Ruth Barclay, Shaun Boe, Joy Boyce, Mary-Lou Halabi, Aura Kagan, Kelvin Hill, Kate Laver, Lisa Sheehy, Jing Shi, Elyse Shumway, Hardeep Singh, Erin Symcox, Marilyn MacKay-Lyons et Michelle Nelson.

Nous remercions les membres du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en

matière d'AVC et du Comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC : Eric E. Smith (coprésident), Anita Mountain (coprésidente), Aline Bourgoin, Gord Gubitz, Dar Dowlatshahi, Dylan Blacchiere, Margie Burns, Louise Clément, Thalia Field, Farrell Leibovitch, Christine Papoushek, Jeffrey Habert, Joyce Fung, Michael Hill, Eddy Lang, Pascale Lavoie, Beth Linkewich, Colleen O'Connell, Melanie Penn, Jai Shankar, Debbie Timpson, Theodore Wein et Katie White.

Nous reconnaissons et remercions Mark Bayley et l'équipe de l'Institut de réadaptation de Toronto pour leur travail dans le domaine de la réadaptation et des soins virtuels; Norine Foley et l'équipe d'analyse des données probantes de workHORSE; Laurie Charest de Cœur + AVC pour sa coordination des équipes et des processus des Recommandations; ainsi que Francine Forget Marin et les équipes internes de Cœur + AVC qui ont contribué à l'élaboration et à la publication de ces recommandations (traduction, communications, application des connaissances, engagement, politique de santé et solutions numériques).

Comité de consultation et d'examen communautaire

Cœur + AVC est particulièrement reconnaissante aux membres du comité de consultation et d'examen communautaire qui ont passé en revue ce chapitre, raconté leurs expériences personnelles et commenté ce qui a facilité leur cheminement ou ce qui aurait pu le faire. Les membres du comité sont Cheryl Beattie, Sheila Farrell, Sharon Gilroy-Dreher et Amanda Horner.

Financement

L'élaboration des Recommandations est financée par Cœur + AVC. Aucun financement ne provient d'intérêts commerciaux, y compris des sociétés pharmaceutiques et de dispositifs médicaux. Les membres du groupe de rédaction et les examinateurs externes sont des bénévoles qui ne reçoivent aucune rémunération pour leur participation. Toutes les personnes impliquées dans le projet rédigent une déclaration de conflit d'intérêts avant d'y participer.

Citation du chapitre « Téléadaptation après un AVC » (septième édition, mise à jour de 2022)

Nancy M. Salbach, Anita Mountain, M. Patrice Lindsay (auteure-ressource), Dylan Blacchiere, Rebecca McGuff, Norine Foley, Hélène Corriveau, Joyce Fung, Natalie Gierman, Elizabeth Inness, Elizabeth Linkewich, Colleen O'Connell, Brodie Sakakibara, Eric E. Smith, Ada Tang, Debbie Timpson, Tina Vallentin, Katie White and Jennifer Yao (auteure en chef); au nom du comité consultatif des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien, le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Téléadaptation après un AVC, septième édition, 2022, Toronto (Ontario) Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. M. Patrice Lindsay, Anita Mountain, Rebecca McGuff et Eric E. Smith (réviseurs), au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien et le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, septième édition, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

Les recommandations du présent chapitre sont aussi publiées ici :

Lien français :

Lien anglais :

Commentaires

L'équipe de prise en charge de l'AVC de Cœur + AVC vous invite à envoyer vos commentaires, suggestions et questions au sujet de l'élaboration et de l'application des Recommandations à l'adresse pratiquesoptimalesAVC@coeuretavc.ca.

Partie 2 Téléadaptation après un AVC : recommandations et informations complémentaires

Les recommandations et les facteurs cliniques suivants ont été élaborés sur la base de l'analyse documentaire et des discussions du groupe de rédaction.

Section 1 Accès, admissibilité, consentement et confidentialité

1.1 Accès à la téléadaptation après un AVC

1.1 Recommandations

- i. La téléadaptation après un AVC devrait être offerte comme solution de rechange ou complémentaire au traitement en personne pour les personnes ayant subi un AVC [recommandation forte; qualité de données probantes modérée].
- ii. Les modalités de soins virtuels devraient être intégrées à la planification des soins de l'AVC et à la prestation des services dans le continuum de soins (c.-à-d. la prise en charge de l'AVC en phase aiguë, la prévention, la réadaptation après un AVC, le traitement à domicile et les soins ambulatoires) afin de favoriser la réadaptation optimale des personnes ayant subi un AVC, de soutenir les familles et d'assurer un accès équitable aux soins partout au pays [recommandation forte; qualité de données probantes modérée].
- iii. Toutes les disciplines de la réadaptation devraient envisager l'utilisation de la technologie des soins virtuels pour l'évaluation des personnes ayant subi un AVC et pour la prestation de traitements cliniques, le cas échéant (p. ex., la surveillance des exercices et les ajustements d'intensité, et l'orthophonie pour l'aphasie) [recommandation forte; qualité de données probantes faible].
- iv. La surveillance à domicile pour la réadaptation après un AVC par l'entremise d'applications Web peut être envisagée comme une solution de rechange ou un complément aux soins de réadaptation en personne lorsqu'une surveillance fréquente est nécessaire et que l'accès aux services en personne est limité [recommandation forte; qualité de données probantes modérée]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la section « Technologie et planification ».*

1.2 Admissibilité

1.2 Recommandations

- i. Toutes les personnes admises à l'hôpital pour un AVC en phase aiguë devraient être évaluées afin de déterminer la gravité de leur AVC, leurs besoins précoces en matière de réadaptation et le mécanisme le plus approprié pour une réadaptation rapide et efficace, qu'il s'agisse d'un modèle en personne, virtuel ou hybride (une combinaison de modalités en personne et virtuelles) [recommandation forte; qualité de données probantes modérée]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le chapitre « La réadaptation et le rétablissement après un AVC » des Recommandations.*
- ii. Toutes les personnes qui présentent des symptômes d'AVC en phase aiguë et qui ne sont pas admises à l'hôpital devraient être évaluées en personne ou de façon virtuelle en vue de déterminer s'il est nécessaire d'effectuer une évaluation

exhaustive de l'ampleur de leurs déficits depuis l'AVC de référence et de tout besoin potentiel en matière de réadaptation [recommandation forte; qualité de données probantes faible].

- iii. Des critères et des protocoles ou des algorithmes clairement définis devraient être accessibles pour aider les établissements d'orientation à déterminer quand et comment les personnes ayant subi un AVC peuvent accéder aux services de téléadaptation et de prévention secondaire, ainsi qu'aux services ambulatoires [recommandation forte; qualité de données probantes faible]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le [cadre décisionnel en matière de prestation de soins virtuels de Cœur + AVC](#).*
- iv. La téléadaptation après un AVC devrait être proposée aux personnes admissibles et lorsqu'un traitement en personne n'est pas réalisable ou ne peut être offert, et que les objectifs de la séance peuvent être atteints virtuellement [recommandation forte; qualité de données probantes modérée].

Section 1.2 Facteurs cliniques

- i. Les cliniciens doivent prendre en considération la sécurité et la pertinence de la réadaptation virtuelle pour chaque personne ayant subi un AVC, en tenant compte de ses capacités, de ses déficits et de son état de santé actuel (p. ex., les facteurs cognitifs, comportementaux, communicatifs, physiques et sensoriels), et des ressources disponibles. *Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le [cadre décisionnel en matière de prestation de soins virtuels de Cœur + AVC](#).*
- ii. Les préférences individuelles devraient être prises en compte lorsqu'une personne ayant subi un AVC est admissible à la fois aux services de réadaptation virtuels et en personne, et que le clinicien est en mesure de proposer l'une ou l'autre des options ou une combinaison des deux.
- iii. Le clinicien doit élaborer un plan de sécurité ou en cas d'événements indésirables avec le patient avant de commencer la téléadaptation après un AVC. Cela implique notamment d'avoir le numéro de téléphone du patient, son adresse et les coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence, ainsi que de demander au patient d'avoir un membre de sa famille ou un aidant à proximité ou un téléphone à portée de main. *Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la [trousse d'outils pour les soins virtuels des Recommandations](#).*

1.3 Consentement et confidentialité

Remarque : Aucune recommandation fondée sur des données probantes n'est incluse dans cette section.

Section 1.3 Facteurs cliniques

- i. Des protocoles de communication des renseignements personnels sur la santé devraient être élaborés conformément aux lois et aux exigences organisationnelles applicables afin de permettre aux cliniciens de communiquer les renseignements personnels sur la santé du patient. Cela peut être fait au moyen d'un dossier de santé électronique ou d'autres formes de communication d'informations électroniques, si elles sont disponibles.
- ii. Le consentement éclairé doit être obtenu auprès de la personne ayant subi un AVC

ou du mandataire substitut. Il doit être documenté avant le début de la prestation des soins en téléadaptation pour s'assurer que le patient comprend la nature de celle-ci, y compris les limites et les risques des soins virtuels et de la communication électronique.

- iii. Les procédures de confidentialité établies doivent être suivies lors de la prestation des soins en téléadaptation après un AVC, par exemple en confirmant l'identité de la personne au début de la rencontre virtuelle et en s'assurant que tous les participants se trouvent dans un endroit approprié, où la confidentialité peut être assurée.
- iv. Les cliniciens qui offrent les services de téléadaptation après un AVC doivent suivre les directives, politiques et autres mandats relatifs aux soins virtuels propres à leur discipline et à leur organisation, ainsi que ceux établis par leurs organismes de réglementation professionnelle, notamment les exigences liées au consentement et à la confidentialité lors de la prestation de soins virtuels de l'AVC en vigueur à l'endroit de pratique du clinicien et à l'endroit de résidence du patient.

Section 2 Technologie et planification

2.1 Technologie

2.1 Recommandations

- i. Les technologies de téléadaptation après un AVC, y compris l'Internet, les outils de vidéoconférence et les dispositifs de surveillance à distance, peuvent être utilisées pour permettre les consultations ou la prestation de services [recommandation forte; qualité de données probantes faible].
- ii. Les modalités asynchrones, comme l'échange de courriels et de messages texte, peuvent être envisagées pour l'envoi de ressources d'information ainsi que pour la programmation et la planification des soins [recommandation conditionnelle; qualité de données probantes faible].
- iii. Des technologies et des processus devraient être mis en place pour assurer la documentation et le transfert en temps opportun des informations pertinentes du dossier médical entre le dispensateur de soins en téléadaptation et la source de la recommandation ou les autres membres de l'équipe de soins de l'AVC pour les rencontres de soins virtuels, conformément aux processus de soins cliniques, aux exigences organisationnelles, aux lois de la province et aux règlements des organismes de réglementation [recommandation forte; qualité de données probantes modérée].

Section 2.1 Facteurs cliniques

- i. Les recommandations relatives aux plateformes ou aux technologies de téléadaptation après un AVC dépassent le cadre du présent document. Toutefois, il convient de s'assurer que les plateformes et l'équipement servant à la téléadaptation sont faciles à utiliser, efficaces et fiables, qu'ils favorisent la confidentialité et qu'ils respectent la réglementation locale et provinciale.

2.2 Planification de la prestation des soins en téléadaptation après un AVC

2.2 Recommandations

- i. La préparation en vue de la prestation de soins en téléreadaptation après un AVC doit comprendre une description claire des objectifs du programme; une évaluation des besoins pour déceler les obstacles et les facteurs favorables selon l'emplacement; un plan de mise en œuvre permettant d'éliminer les obstacles et d'intégrer les facteurs favorables; et un processus d'amélioration continue de la qualité [recommandation forte; qualité de données probantes faible].

Section 2.2 Facteurs cliniques

- i. Les services de téléreadaptation après un AVC doivent être supervisés et dirigés par une structure de gouvernance. Cela peut impliquer la création d'un comité directeur, d'une équipe de projet et d'une équipe de gestion du changement afin de faire participer les cliniciens, les personnes ayant subi un AVC, les familles et les aidants dans l'évaluation et la mise à jour continues de l'approche.
- ii. Dans le cadre de la planification de la transition, l'équipe interdisciplinaire de réadaptation en milieu hospitalier devrait discuter de l'option d'utiliser les services de téléreadaptation après un AVC au début du séjour à l'hôpital, en consultation avec l'équipe de soins externes, le patient, sa famille et ses aidants. *Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le [cadre décisionnel en matière de prestation de soins virtuels de Cœur + AVC](#).*
- iii. Les modalités de prestation des soins en téléreadaptation après un AVC, y compris l'emplacement, l'évaluation, le traitement et la technologie de communication, doivent être adaptées aux besoins et à l'expertise du clinicien local, de la personne ayant subi un AVC ainsi que de sa famille et de ses aidants. Elles doivent également respecter les politiques et les lois applicables en matière de confidentialité et de sécurité. Par exemple, les patients qui n'ont pas accès à des appareils virtuels compatibles, à un réseau Wi-Fi à large bande, à l'Internet à haute vitesse ou à d'autres technologies permettant des rencontres de téléreadaptation à domicile peuvent participer à des vidéoconférences dans une clinique ou un hôpital de leur région.
- iv. Un plan d'évaluation des rencontres de téléreadaptation après un AVC comprenant des mécanismes de collecte et d'analyse des données et de production de rapports devrait être élaboré pour surveiller les indicateurs de rendement clés afin d'orienter l'amélioration continue de la qualité et la durabilité des services de téléreadaptation. *Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la section [« Indicateurs de rendement : indicateurs de qualité clés »](#).*

Section 3 Formation et compétences

3.1 Formation pour les dispensateurs de soins

3.1 Recommandations

- i. Les membres de l'équipe qui dispensent les traitements en téléreadaptation après un AVC doivent avoir une expertise et une expérience en matière de réadaptation de l'AVC [recommandation forte; qualité de données probantes faible].

- ii. Les membres de l'équipe de réadaptation doivent recevoir de la formation leur permettant d'acquérir et de maintenir les compétences nécessaires pour fournir des services de téléadaptation après un AVC sûrs et appropriés à l'aide des plateformes désignées [recommandation forte; qualité de données probantes faible].

Section 3.1 Facteurs cliniques

- i. Les membres non cliniciens de l'équipe doivent recevoir les formations pertinentes (p. ex., sur l'utilisation des plateformes numériques désignées ou la communication avec les personnes atteintes d'aphasie) pour organiser et soutenir efficacement une rencontre de téléadaptation après un AVC.

3.2 Formation pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et les aidants

Remarque : Aucune recommandation fondée sur des données probantes n'est incluse dans cette section.

3.2 Facteurs cliniques

- i. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants doivent recevoir des instructions claires et adaptées sur la manière d'accéder à la plateforme de téléadaptation après un AVC, de la tester et de l'utiliser sur leurs propres appareils.
- ii. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants doivent apprendre à accéder aux plateformes de téléadaptation qui seront utilisées dans le cadre de leurs séances externes ou de leurs programmes communautaires et à les utiliser, idéalement avant la sortie de l'hôpital ou dans le cadre d'une séance en personne si cela est possible.
- iii. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants doivent recevoir des instructions claires et adaptées sur la manière de se préparer à la séance de téléadaptation après un AVC, notamment les vêtements, l'éclairage et l'équipement nécessaires pour faciliter la rencontre. Un autre moyen de communication doit également être établi en cas d'interruption du système ou de problème de sécurité.

Section 4 Évaluation et prestation de services

4.1 Évaluation

4.1 Recommandations

- i. Lorsqu'ils sont disponibles, les outils sélectionnés pour l'évaluation des déficits, des limitations d'activités, des restrictions de participation et des facteurs environnementaux pertinents à la réadaptation après un AVC doivent avoir été validés au moyen de données probantes pour la méthode d'administration virtuelle. De plus, ils doivent être utilisés par un personnel formé selon un processus structuré.
 - a. Les outils d'évaluation sélectionnés pour la vidéoconférence doivent avoir été validés au moyen de données probantes pour cette méthode d'administration [recommandation conditionnelle; qualité de données probantes faible].
 - b. Les outils d'évaluation sélectionnés pour les rencontres téléphoniques doivent avoir été validés au moyen de données probantes pour cette

méthode d'administration [recommandation conditionnelle; qualité de données probantes modérée].

- ii. L'évaluation de la santé mentale et de l'état cognitif avant l'AVC, ainsi que des changements d'humeur ou de cognition après l'AVC, devrait faire partie des éléments habituels de la téléadaptation après un AVC [recommandation forte; qualité de données probantes modérée].
- iii. Pour les personnes ayant subi un AVC qui présentent des différences ou des limitations en matière de communication, telles que l'aphasie, les outils d'évaluation doivent être adaptés pour une utilisation virtuelle, selon les besoins [recommandation forte; qualité de données probantes faible].

Section 4.1 Facteurs cliniques

- i. Il existe peu de données probantes publiées sur la sécurité, la faisabilité, la fiabilité et la validité des approches d'administration d'outils d'évaluation standardisés après un AVC à l'aide de plateformes ou de technologies de téléadaptation. Des mesures de sécurité doivent être prises pendant les évaluations virtuelles de la santé fondées sur le rendement.
 - a. Les considérations relatives à l'évaluation peuvent comprendre les suivantes : s'assurer que le patient a des capacités suffisantes pour suivre les instructions, qu'il a accès à des dispositifs d'appui pour maintenir son équilibre et qu'une autre personne est présente pour l'aider.
- ii. Lorsque les évaluations ne peuvent pas être effectuées de façon entièrement virtuelle, un modèle hybride combinant les évaluations en personne et virtuelles doit être envisagé.
- iii. Les mesures auto-évaluées des résultats de la réadaptation, généralement évaluées en fonction du rendement, peuvent être réalisables et utiles à intégrer lorsque l'évaluation en personne n'est pas possible.

4.2 Prestation de services

4.2 Recommandations

- i. Les services virtuels de réadaptation après un AVC en consultation externe, qu'ils soient offerts à l'aide de modalités virtuelles seulement ou selon un modèle hybride, doivent comprendre les mêmes éléments que les services de réadaptation coordonnés en personne [recommandation forte; qualité de données probantes modérée]. Ces éléments comprennent idéalement :
 - a. une équipe interdisciplinaire de réadaptation après un AVC [recommandation forte; qualité de données probantes élevée];
 - b. une approche de coordination des cas, notamment des rencontres régulières de l'équipe pour discuter de l'évaluation des nouveaux patients et revoir la prise en charge, les objectifs poursuivis et les plans de sortie ou de transition [recommandation forte; qualité de données probantes modérée];
 - c. un traitement en consultation externe d'une durée minimale de 45 minutes par jour [recommandation forte; qualité de données probantes modérée] par discipline requise, de deux à cinq jours par semaine, en fonction des besoins et des objectifs individuels du patient [recommandation forte; qualité de

données probantes élevée], et ce, idéalement pendant au moins huit semaines [recommandation forte; qualité de données probantes faible].

- d. Il est nécessaire de procéder à une évaluation continue à des intervalles appropriés afin de surveiller les changements dans les fonctions ou l'état de santé du patient qui pourraient justifier une visite en personne [recommandation forte; qualité de données probantes faible]. [Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le cadre décisionnel en matière de prestation de soins virtuels de Cœur + AVC.](#)

Raison d'être des recommandations en matière de téléadaptation après un AVC

La pandémie mondiale de COVID-19 a entraîné la nécessité de passer rapidement et à grande échelle à la prestation de soins de santé virtuels. De nombreux dispensateurs de soins ont rapidement acquis de nouvelles connaissances et compétences afin d'offrir les services de réadaptation de façon virtuelle, et ils sont prêts à intégrer ce nouvel ensemble de compétences dans leurs pratiques futures. Le défi consiste maintenant à maintenir cet élan et à créer des modèles durables de prestation virtuelle afin de répondre aux besoins continus de la population en matière de soins de santé. Les soins virtuels de l'AVC favorisent l'accès équitable et rapide à des services optimaux en matière d'AVC dans le continuum de soins et au-delà des frontières géographiques. Ils améliorent la communication et le réseautage, permettant ainsi un meilleur accès aux compétences en matière d'AVC, peu importe l'emplacement du patient, de l'hôpital traitant, de l'établissement ou du dispensateur de soins. Dans bon nombre de communautés, il n'y a pas de médecins possédant des compétences en AVC, de neurologues, de physiatres ou d'autres experts en réadaptation et en rétablissement après un AVC. Les soins virtuels de l'AVC peuvent être un outil rentable de soutien des systèmes de santé permettant de combler le fossé entre les régions urbaines et les régions rurales ainsi qu'entre les soins tertiaires et les soins primaires.

Les données probantes relatives aux avantages et à l'efficacité des services de téléadaptation après un AVC pour faciliter un rétablissement optimal après la phase aiguë sont émergentes. Les services de téléadaptation après un AVC peuvent faciliter l'accès rapide aux spécialistes de la réadaptation et aux programmes de soins grâce à des connexions à distance dans les établissements de soins et au domicile des patients.

Dans le cadre d'une enquête en ligne menée par Cœur + AVC auprès de plus de 3 000 personnes ayant subi un AVC ou vivant avec une maladie du cœur ou un déficit cognitif d'origine vasculaire ainsi que de leurs aidants, plus de la moitié des répondants ont indiqué souhaiter avoir la possibilité de prendre des rendez-vous virtuels. De même, le comité de consultation et d'examen communautaire pour les soins virtuels de Cœur + AVC a exprimé son accord avec les rencontres virtuelles, citant l'accès accru aux soins et aux ressources, ainsi que l'accès à des soins spécialisés et à plusieurs dispensateurs de soins lors d'une même rencontre virtuelle coordonnée. Il a aussi mentionné des économies de temps et d'argent, ainsi que l'avantage d'éviter les déplacements, ce qui est particulièrement important pour les personnes vivant loin des grands centres urbains de soins de l'AVC ou celles qui ne peuvent pas se déplacer pour d'autres raisons.

Le comité a souligné l'importance d'un accès équitable aux infrastructures nécessaires, comme les connexions Internet et la technologie. Il a évoqué les difficultés potentielles que peuvent poser les services de téléadaptation pour les personnes ayant subi un AVC : un inconfort par

rapport à l'utilisation de la technologie et une faible culture numérique, ainsi qu'une méconnaissance de ce que sont les soins virtuels et de la manière dont ils peuvent être utilisés. Il a souligné le besoin de formation sur les soins virtuels et sur l'utilisation de la technologie. Le comité a aussi souligné la pertinence de la présence d'une autre personne lors des rencontres de téléadaptation pour aider avec la technologie, se souvenir des informations, favoriser la sécurité, aider les mouvements et offrir des encouragements. Les membres du comité reconnaissent que la présence d'une personne de soutien n'est pas toujours possible, et ils encouragent les dispensateurs de soins et les patients à tenir compte de l'incidence que cela peut avoir sur les rencontres virtuelles.

Lors des discussions sur l'évolution des services de téléadaptation après un AVC et la quantité croissante de renseignements offerts en ligne, le comité a souligné l'importance pour le patient d'être en contact avec une équipe de réadaptation après un AVC pour l'aider à déterminer quels renseignements sont crédibles et s'assurer qu'il reçoit les meilleurs soins possible. Compte tenu des nombreuses ressources disponibles en ligne, le comité convient qu'il peut parfois être difficile de distinguer les informations appropriées de celles qui ne le sont pas. C'est pourquoi l'accès à une équipe de réadaptation après un AVC constitue une source d'information crédible pour appuyer le rétablissement.

Enfin, le comité a précisé que, pour diverses raisons, les soins virtuels peuvent ne pas convenir à certaines personnes, et qu'il est donc nécessaire que la personne ayant subi un AVC et le dispensateur de soins déterminent ensemble la meilleure façon de procéder, qu'il s'agisse de soins virtuels, de soins en personne ou d'un modèle hybride.

Exigences pour le système

Pour que le plus grand nombre possible de ces recommandations sur la téléadaptation après un AVC soit mis en œuvre au Canada, les dirigeants, les bailleurs de fonds et les administrateurs des systèmes de santé à tous les ordres de gouvernement et dans toutes les régions doivent s'engager activement à créer des modèles durables de soins virtuels dans tout le continuum de soins. Un grand nombre des facilitateurs énumérés ci-dessous dépassent le champ d'action des dispensateurs de soins cliniques et de nombreux groupes de professionnels de la santé.

Les dirigeants, les bailleurs de fonds et les administrateurs des systèmes de santé doivent veiller à ce que tous les dispensateurs de soins disposent des outils, des ressources et des processus nécessaires pour fournir des soins de l'AVC de haute qualité, fondés sur des données probantes, dans tout le continuum de soins.

Pour les besoins de téléadaptation après un AVC, les mesures, structures, ressources et processus suivants doivent être pris en compte.

- Il est nécessaire pour les patients et les cliniciens d'avoir accès à des services Internet et téléphoniques stables pour permettre la prestation de soins en téléadaptation après un AVC.
- Il est nécessaire de former et d'aider les dispensateurs de soins et les patients quant à l'utilisation des technologies de téléadaptation après un AVC.
- La téléadaptation après un AVC devrait être considérée comme faisant partie de plans régionaux ou provinciaux généraux de prestation de soins après un AVC qui décentralisent l'expertise pour appuyer les soins cliniques dans les régions où l'accès aux ressources est limité. Un tel système comprend des critères, des protocoles, des

algorithmes et des ententes de service clairs pour le transfert et le rapatriement des personnes ayant subi un AVC lorsque cela est cliniquement indiqué.

- Une structure de gouvernance comportant un cadre clair de responsabilités pour les services de soins de santé virtuels est requise à l'échelle des établissements, des régions et des provinces.
- Les implications considérables en termes de ressources humaines comprennent la détermination du nombre approprié de dispensateurs de soins pour participer aux rencontres virtuelles ainsi que le rajustement de la main-d'œuvre pour tenir compte du temps qui n'est plus consacré aux tâches cliniques en personne par les cliniciens consultants sur leur lieu de travail.
- Des directives et des processus clairs pour le remboursement des dispensateurs de soins doivent être établis dans le cadre de l'élaboration d'un programme de téléreadaptation après un AVC.
- Il est nécessaire d'établir des ententes de service qui visent la disponibilité du soutien technique et d'entretien afin de s'assurer que les exigences cliniques des soins virtuels sont satisfaites.
- Il est nécessaire pour tous les utilisateurs d'un système de téléreadaptation après un AVC d'être conscients de leurs rôles et de leurs responsabilités et de savoir comment utiliser la technologie. Cela implique des mises à jour régulières pour maintenir les compétences.
- Des ententes et des protocoles pour les consultations interprovinciales et territoriales doivent être établis lorsque cela est approprié et réalisable rapidement, et lorsqu'il existe des lacunes dans les services.
- Des processus doivent être mis en place pour surveiller et évaluer les services de téléreadaptation après un AVC, y compris l'utilisation de mécanismes validés de collecte de données et l'établissement d'indicateurs de qualité clés normalisés.
- Les administrateurs provinciaux des soins de santé doivent collaborer pour élaborer des modèles durables de prestation de soins transfrontaliers. Les exigences en matière de licence pour les soins de santé virtuels varient selon les provinces et les territoires. Les professionnels de la santé peuvent être tenus d'obtenir une licence dans plusieurs provinces ou territoires, possiblement à la fois dans leur lieu de résidence et dans celui de la personne ayant subi un AVC qui reçoit les soins. En outre, des exigences ou des conditions particulières concernant la prestation de services peuvent être requises selon l'emplacement. Les lois sur la protection de la vie privée doivent également être respectées dans chaque province ou territoire applicable.
- La téléreadaptation après un AVC peut présenter des difficultés en matière de consentement. Outre l'obtention d'un consentement éclairé pour le traitement proposé, les professionnels de la santé devraient demander aux patients de lire et d'accepter les conditions générales standards des soins et des services de téléreadaptation après un AVC, en plus de documenter le consentement et les discussions relatives à celui-ci.

Indicateurs de rendement : indicateurs de qualité clés

La téléreadaptation après un AVC est un domaine émergent. Il est essentiel de mettre en place des mécanismes permettant de collecter des données cohérentes et de haute qualité afin d'orienter la planification et l'amélioration des soins et de fournir des données probantes sur la qualité et la durabilité du modèle. Les soins virtuels devraient être considérés comme une

modalité parmi d'autres dans la prestation de soins aux personnes ayant subi un AVC. Ce chapitre intérimaire est propre à la téléadaptation après un AVC et doit être considéré comme complémentaire aux chapitres « [La réadaptation et le rétablissement après un AVC](#) » et « [Les transitions et la participation communautaire après un AVC](#) » des Recommandations, y compris les mesures de rendement indiquées dans ce document.

Les gouvernements peuvent envisager d'utiliser les indicateurs ci-dessous pour évaluer les services de soins virtuels.

Indicateurs cliniques et du système de santé (voir le [document sur les indicateurs de qualité clés pour les soins de l'AVC au Canada et les définitions de cas d'AVC pour plus de détails](#))

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont accès à la téléadaptation pour l'évaluation ou la prise en charge.
2. Nombre de séances de réadaptation prévues pour des patients ayant subi un AVC qui accèdent à des services de réadaptation par les modalités virtuelles (valeurs indiquées séparément pour chaque service obtenu, p. ex., physiothérapie, orthophonie).
3. Délai médian entre l'apparition des symptômes de l'AVC et l'orientation vers un service de réadaptation :
 - a. en milieu hospitalier;
 - b. ambulatoire;
 - c. virtuel.
4. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont bénéficié d'une séance de soins virtuels, indiquée par la présence de la note du consultant en soins virtuels dans le dossier médical.
5. Durée médiane des rencontres prévues de téléadaptation après un AVC (valeurs indiquées séparément pour chaque service obtenu, p. ex., physiothérapie, orthophonie).
6. Rapport coût-efficacité des soins en téléadaptation après un AVC par rapport aux soins offerts en personne.
7. Proportion de rencontres de téléadaptation après un AVC nécessitant le transfert urgent du patient vers une consultation en personne.
8. Proportion de rencontres de téléadaptation après un AVC interrompues par des difficultés techniques du dispensateur de soins.
9. Proportion de rencontres de téléadaptation après un AVC par vidéoconférence bidirectionnelle synchrone par rapport à celles qui se tiennent par téléphone uniquement.

Indicateurs axés sur les personnes ayant une expérience vécue

1. Expérience des patients ayant subi des traitements en téléadaptation après un AVC concernant la faisabilité, la satisfaction, la qualité, le son, la clarté visuelle, la fiabilité de la technologie et la facilité d'utilisation.
2. Proportion de rencontres de téléadaptation après un AVC interrompues par des difficultés techniques du dispensateur de soins.
3. Délai médian entre l'orientation vers la téléadaptation après un AVC et la première rencontre virtuelle.

4. Expérience rapportée par les patients concernant leur sécurité lors des rencontres de téléadaptation après un AVC, notamment en ce qui concerne la prévention des risques associés.
5. Proportion des rencontres de téléadaptation après un AVC auxquelles participent des membres de la famille ou des aidants qui ne sont pas au même emplacement que le patient.

Notes sur la mesure des indicateurs

Veillez consulter le document [Qualité des soins de l'AVC au Canada - Indicateurs de qualité clés et définitions de cas d'AVC](#) afin d'obtenir les définitions des indicateurs, des numérateurs et des dénominateurs ainsi que d'autres considérations d'analyse.

Comme la documentation pour les consultations de soins de santé virtuels n'est pas souvent normalisée, il est plus difficile de recueillir des indicateurs de rendement.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les indicateurs associés aux traitements réels, veuillez consulter les sections appropriées des chapitres [« La réadaptation et le rétablissement après un AVC »](#) et [« Les transitions et la participation communautaire après un AVC »](#) des Recommandations.

Le Système national d'information sur la réadaptation ne collecte actuellement pas de données sur les rencontres de soins de santé virtuels.

Ressources pour la mise en œuvre et outils de transfert des connaissances

Des outils externes à Cœur + AVC et aux pratiques optimales en matière de soins de l'AVC du Canada peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur inclusion dans cette liste n'implique pas une approbation réelle ou implicite en ce qui concerne les pratiques optimales en matière de soins de l'AVC du Canada. Le lecteur est encouragé à examiner ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans sa pratique à sa discrétion.

Renseignements destinés aux dispensateurs de soins

- Trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC : <https://heartstrokeprod.azureedge.net/-/media/1-stroke-best-practices/csbpr-virtual-stroke-toolkit-final-fr>
- Cadre décisionnel en matière de prestation de soins virtuels de Cœur + AVC : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/csbp-f20-virtualcaredecisionframework-fr>
- Liste de vérification après un AVC de Cœur + AVC : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
- Signes VITE de l'AVC de Cœur + AVC : https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc/existe-t-il-d-autres-signes-de-l-avc-que-vite?_ga=2.67335832.80130476.1622725416-429656998.1609866061
- Lignes directrices 2020 en matière de RCR et de SUC de Cœur + AVC : <https://cpr.heartandstroke.ca/s/article/Guidelines?language=fr>
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>

- Aphasia Institute – ParticiPics (anglais) : <https://www.participics.ca/>
- Trousse d'outils sur la téléadaptation du Réseau universitaire de santé (anglais) : <https://kite-uhn.com/tools/tr-telerehab-toolkit>

Renseignements destinés aux personnes ayant une expérience vécue, y compris les membres de la famille et les aidants

- Signes de l'AVC de Cœur + AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc>
- Signes VITE de l'AVC de Cœur + AVC : https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc/existe-t-il-d-autres-signes-de-l-avc-que-vite?_ga=2.67335832.80130476.1622725416-429656998.1609866061
- Page « Qu'est-ce qu'un AVC? » du site de Cœur + AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc>
- Ressource « Votre cheminement après un AVC » de Cœur + AVC : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx?rev=-1>
- Liste de vérification après un AVC de Cœur + AVC : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
- Ressource « Connaissez-vous votre risque de maladies du cœur et d'AVC? » de Cœur + AVC : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/iavc/health-information-catalogue/fr-are-you-at-risk>
- Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels de Cœur + AVC : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx?rev=-1>
- Ressource La magie de la communauté (soutien en ligne par les pairs) de Cœur + AVC : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
- Aphasia Institute – ParticiPics : <https://www.participics.ca/>
- Vidéos du Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC : <https://canadianstroke.ca/fr/tools-videos/>
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes (en anglais uniquement)

Virtual stroke rehabilitation, also known as telerehabilitation, refers to the use of information and communication technologies to deliver rehabilitation services from a distance, often using video or telephone conferencing. The most familiar application of stroke telerehabilitation is the provision of therapies that mimic in-person interactions, which are provided synchronously over weeks or months, as required. Remote interventions, monitoring, evaluation and education can also be provided in asynchronous forms, using a variety of technologies. One of the key advantages of telerehabilitation is that it provides the opportunity for people who live in isolated or rural communities access to specialized rehabilitation services, which would otherwise be

unavailable to them. Furthermore, telerehabilitation reduces or eliminates transportation problems that are commonly encountered by stroke survivors and their caregivers.

The results from a rapidly expanding volume of literature suggests that virtual stroke rehabilitation can be both feasible and effective compared with in-person encounters. The authors of recently published systematic reviews examining remotely delivered therapy reported that measures of balance, upper and lower extremity motor function, mobility, and performance of activities of daily living, were not significantly different compared to those of persons receiving conventional rehabilitation (Laver et al. 2020, Appleby et al. 2019, Sarfo et al. 2018, Tchero et al. 2018, Chen et al. 2015). In the Cochrane review (Laver et al. 2020), virtual care was also used successfully to treat persons with speech and language impairments and low mood post stroke. Knepley et al. (2021), reported that functional outcomes among those that received virtual stroke rehabilitation were equivalent or better compared with those that received in-person therapy, as was patient satisfaction. Additionally, some virtually provided therapies were less costly than in-person therapy. The outcomes of patients who received virtual rehabilitation services have been shown to be better than those who received conventional outpatient therapy. The Fugl-Meyer Assessment scores of patients who received a 12-week telerehabilitation program were significantly higher compared to those who received the same duration of outpatient therapy (Chen et al. 2020). In the same study, telerehabilitation was found to be non-inferior for the modified Barthel index.

Adaptation of existing rehabilitation programs may offer alternative solutions to in-person therapy. Yang et al. (2021) provided a virtual version of the Graded Repetitive Arm Supplementary Program (GRASP) over 10 weeks, to 9 persons with residual difficulty using their affected upper extremity following remote stroke. There were significant improvements over time for all outcome measures, which included the Arm Capacity and Movement test (ArmCAM), a new assessment tool developed for online use.

Assessment of performance-based measures in a virtual setting has not been well studied and poses challenges. Some previously validated outcome measures may not be appropriate, feasible or valid for virtual use. It remains to be determined whether new assessment tools will need to be developed and validated for virtual use. In some cases, adaptation of an existing measure may be sufficient. For example, Peters et al. (2021) developed a version of the Fugl-Meyer (FM) assessment, suitable for virtual care use (FM-tele) and demonstrated its feasibility. In addition, although the sample size was small (n=5), the proportional agreement between the FM-tele conducted in person and conducted remotely by the same assessor, one week apart, was good. Both patients and assessors reported some issues with technical difficulties, a common complaint when using virtual platforms. Inter-rater reliability of the Balance Scale, Fugl-Meyer Assessment and the Action Research Arm Test has been shown to be good to excellent when comparing in-person assessments with those conducted virtually through videoconference (Gillespie et al. 2021, Amano et al. 2018).

Tableaux des données probantes sur la téléadaptation après un AVC et liste de référence accessibles sur le site [csbpr7-virtual-stroke-rehabilitation-evidence-table-final.ashx](https://strokebestpractices.ca/csbpr7-virtual-stroke-rehabilitation-evidence-table-final.ashx) (strokebestpractices.ca)

Pour obtenir davantage de données probantes sur chaque élément de la réadaptation après un AVC, consultez les chapitres [« La réadaptation et le rétablissement après un AVC »](#) et [« Les transitions et la participation communautaire après un AVC »](#) des Recommandations.

Annexe 1 Groupe de rédaction de 2022 sur la téléadaptation après un AVC

Name	Professional role	Location	Declared conflicts of interest
Salbach, Nancy M. PT, BSc, BScPT, MSc, PhD	Toronto Rehabilitation Institute Chair at the University of Toronto Professor, Department of Physical Therapy, Rehabilitation Sciences Institute, University of Toronto Senior Scientist, The KITE Research Institute, University Health Network	Toronto, Ontario	Heart & Stroke Foundation, University of Toronto payment made to my institution Support for manuscript Canadian Institutes of Health Research grants, payment made to my institution German Academic Exchange Service payment made to me Support for meeting attendance
Yao, Jennifer MD, FRCPC	Medical Manager, Acquired Brain Injury Program, G.F. Strong Rehab Centre Clinical Associate Professor University of British Columbia, Dept. of Medicine, Division of Physical Medicine and Rehabilitation	Vancouver, British Columbia	No conflicts
Mountain, Anita MD, FRCPC	Medical Lead, Acquired Brain Injury Program Queen Elizabeth II Health Sciences Centre Assistant Professor Division of Physical Medicine & Rehabilitation ,Department of Medicine Dalhousie University	Halifax, NS	No conflicts
Blacquiere, Dylan MD, MSc, FRCPC	Ottawa Stroke Program, Division of Neurology, The Ottawa Hospital Assistant Professor	Ottawa, Ontario	University of Ottawa Honorarium for lecture (medical humanities)

Annexe 1

	University of Ottawa, Department of Medicine, Division of Neurology		
Corriveau, Hélène, PT, PhD	Full professor physiotherapy department, School of rehabilitation, université de Sherbrooke	Sherbrooke, Québec	No conflicts
Fung, Joyce PhD, PT	Associate Professor McGill University, School of Physical and Occupational Therapy	Montreal, Quebec	No conflicts
Natalie Gierman, MHSc., PMP	In previous role as Senior Manager, Health Systems and Research, Heart and Stroke Foundation of Ontario Director of Clinical Services and Education, Aphasia Institute	Toronto, Ontario	No conflicts
Inness, Elizabeth L. PT PhD	Lead, KITE Innovations & Rehabilitation Clinics, Affiliate Scientist, KITE- Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network Assistant Professor (status only) Department of Physical Therapy, Rehabilitation Sciences Institute, Temerty Faculty of Medicine, University of Toronto	Toronto, Ontario	No conflicts
Linkewich, Elizabeth OT Reg. (Ont), MPA	Director, Regional Stroke and Neurovascular Programs and North & East GTA Stroke Network, Sunnybrook Health Sciences Centre, Practice-Based Research, Sunnybrook Research	Toronto, Ontario	No conflicts

	<p>Institute</p> <p>Lecturer Occupational Science & Occupational Therapy, University of Toronto</p>		
<p>O'Connell, Colleen MD FRCPC</p>	<p>Medical and Research Director, Stan Cassidy Centre for Rehabilitation Horizon Health Network</p> <p>Assistant Professor, Dalhousie University Faculty of Medicine Dalhousie Medicine New Brunswick</p> <p>Clinical Research Director, Institute for Biomedical Engineering University of New Brunswick</p>	<p>Fredericton, New Brunswick</p>	<p>Advisory Board for the Canadian Stroke Best Practice Recommendations</p> <p>Volunteer on the non-profit education and advocacy organization Sustain Our Abilities</p>
<p>Sakakibara, Brodie PhD</p>	<p>Investigator, Centre for Chronic Disease Prevention and Management, The University of British Columbia</p> <p>Assistant Professor</p> <p>The University of British Columbia, Department of Occupational Science and Occupational Therapy</p>	<p>Kelowna, British Columbia</p>	<p>Michael Smith Foundation for Health Research Scholar Award Payments made to institution</p> <p>CIHR Project Grant Payment to institution</p> <p>CIHR Project Grant Reviewer Payment made to me</p> <p>Centre for Collaboration, Motivation, and Innovation Volunteer; unpaid</p>
<p>Smith, Eric E. MD</p>	<p>Neurologist</p> <p>Department of Clinical</p>	<p>Calgary, Alberta</p>	<p>Canadian Institutes of Health Research, Brain Canada, Weston</p>

Annexe 1

	<p>Neurosciences, Cumming School of Medicine, University of Calgary</p> <p>Calgary Stroke Program, Foothills Medical Centre</p>		<p>Brain Institute. Weston Family Foundation Payments made to University of Calgary – Grant</p> <p>UpToDate Payments made to me. Not related to manuscript topic. Royalties/Licenses</p> <p>Anylam, Bayer, Biogen, Cycleron, Javelin, Eli Lilly Payments made to me. On topics not related to the manuscript. Consulting Fees</p> <p>U.S. National Institutes of Health Payments made to me Associate Editor, American Heart Association Payments made to me Participation on a board</p>
Tang, Ada PT PhD	Associate Professor McMaster University	Hamilton, Ontario	<p>Heart and Stroke Ontario Clinician-Scientist (Phase 2) Personnel Award, paid to institution</p> <p>CIHR, Brain Canada Project Grants, paid to institution</p> <p>DSMB for CanStim No payments</p>
Timpson, Debbie BSc(PT), MD, FRCPC	Chief of Rehabilitation Pembroke Regional Hospital	Pembroke, Ontario	No conflicts
Vallentin, Tina MSc(A), SLP, Reg. CALSPO	Patient Experience Specialist Hamilton Health Sciences	Hamilton, Ontario	No conflicts
White, Katie B.Sc. PT, M.Sc	Lead, Provincial Clinical Initiatives and Innovation Provincial Health Services Authority, Stroke Services BC	Vancouver, British Columbia	No conflicts

Annexe 2 Examineurs externes de 2022 sur la téléadaptation après un AVC

Name	Professional Role	Location	Declared Conflicts of Interest
Barclay, Ruth PhD, MHSc, BMR(PT)	Associate Professor, Department of Physical Therapy, University of Manitoba Department of Physical Therapy, College of Rehabilitation Sciences, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba	Manitoba	CIHR, Canadian Frailty Network, CPSR-REPAR - currently funded projects: 1 as PI, 2 as co-PI, 3 as co-I; CFN – 1 currently funded project as co-I; CPSR-REPAR– 1 currently funded project as co-I; Member of Canadian Partnership for Stroke Recovery CanStroke Recovery Trials Platform - Winnipeg site Member of Canadian Partnership for Stroke Recovery CanStroke Recovery Trials Platform; CIHR funded trial as PI Member of Canadian Partnership for Stroke Recovery CanStroke Recovery Trials Platform - Winnipeg site lead for ABC and TRAIL. co-PI for CIHR funded GO-OUT study, co-I and Winnipeg lead for CIHR funded study on HRQL and older adults
Boe, Shaun MPT, PhD	Associate Dean Research, Faculty of Health Professor, School of Physiotherapy Dalhousie University	Nova Scotia	None to declare
Boyce, Joy OT Reg. (NS), Occupational Therapist. BScOT and BA Hons,	Occupational Therapist. BScOT and BA Hons Nova Scotia Health Authority	Nova Scotia	None to declare
Halibi, Mary Lou BSc., MSc. OT	Lead Special Projects- Stroke Cardiovascular Health and	Alberta	None to declare

Annexe 2

	Stroke Strategic Clinical Network Alberta Health Services		
Kagan, Aura PhD	Executive Director of Applied Research and Education Aphasia Institute	Ontario	AphasiaAccess; Tavistock Trust for Aphasia Advisory; Reviewer
Hill, Kelvin BAppSC (physiotherapy), GDipBus&Com	Stroke Foundation Australia National Manager, Clinical Services	Australia	None to declare
Laver, Kate B App Sc (OT), M Clin Rehab, Certificate in Implementation Science (UCSF), PhD Associate Professor	ARC Discovery Early Career Research Fellow Occupational Therapist Department of Rehabilitation, Aged and Extended Care College of Medicine and Public Health Flinders University		Conduct research trials (non commercial)
Sheehy, Lisa PT (Reg ON), PhD	Affiliate Investigator, Bruyère Research Institute	Ontario	Jintronix Inc. Jintronix has provided industry support for a project that I am working on now, to partially pay my salary
Shi, Jing (Jennifer) BScOT, MD, FRCPC	Physical Medicine and Rehabilitation Assistant Professor, University of Saskatchewan Medical Director of Stroke Rehabilitation, Saskatoon City Hospital	Saskatchewan	None to declare
Shumway, Elyse M.A., Reg. CASLPO, CCC-SLP,	Speech-Language Pathologist	Ontario	None to declare

Annexe 2

	Aphasia Institute, Manager Clinical and Education Services		
Singh, Hardeep OT Reg. (Ont.), PhD	Assistant Professor, Occupational Science & Occupational Therapy, University of Toronto Occupational Science & Occupational Therapy, University of Toronto	Ontario	March of Dimes Canada I hold the March of Dimes Paul J.J. Martin Early Career Professorship at the University of Toronto
Symcox, Erin RN BN CNN(C)	Nurse Clinician	Alberta	None to declare
Mackay- Lyons, Marilyn MSc, PhD	Professor, Dalhousie University Affiliated Scientist, Nova Scotia Health	Nova Scotia	Co-investigator in Clinical Trial
Nelson, Michelle LA PhD	Research Scientist, Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute; Sinai Health Assistant Professor, Institute of Health Policy, Management and Evaluation; University of Toronto Chief Knowledge Officer; March of Dimes Canada Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute; Sinai Health Institute of Health Policy, Management and Evaluation; University of Toronto March of Dimes Canada	Ontario	None to declare