



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC

RECOMMANDATIONS SUR
LES PRATIQUES OPTIMALES
DE L'AVC
AU CANADA



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

Aperçu et méthodes (Mise à jour 2014 - 2015)

*par Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Phillips S, et Smith EE (directeurs de publication),
au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC.*

Avril 2014

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada 2014

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	2
REMERCIEMENTS.....	2
FINANCEMENT	2
CONTACT DE L'ÉQUIPE DE L'AVC.....	2
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC3	
1.0 APERÇU.....	4
1.1 INTRODUCTION.....	4
1.2 APERÇU DU CADRE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES DE SOINS DE L'AVC AU CANADA POUR UNE PRESTATION DE SERVICES OPTIMAUX.....	5
1.3 PRINCIPES DIRECTEURS.....	6
1.4 PORTÉE ET PUBLICS CIBLES	6
1.5 CONTEXTE	7
1.6 MISES À JOUR ET RÉVISIONS	7
2.0 ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES ET MÉTHODOLOGIE DE MISE À JOUR	8
2.1 CADRE DE L'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES.....	9
2.2 DIRECTION ET PARTICIPANTS	10
2.3 COLLABORATIONS ET HARMONISATION	11
2.4 FORMAT DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES	12
2.5 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS.....	13
2.6 ÉLABORATION DES INDICATEURS DE RENDEMENT POUR LES PRATIQUES DE SOINS DE L'AVC.....	20
3.0 MOBILISATION DES CONNAISSANCES.....	23
3.2 ACCÈS AUX RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC.....	24
3.3 DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC	24
3.4 PROGRAMME DE DISTINCTION DES SERVICES DE L'AVC D'AGRÈMENT CANADA	25
RÉFÉRENCES	27

REMERCIEMENTS ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REMERCIEMENTS

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires remercient sincèrement le Comité consultatif sur les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, les chefs et les membres du groupe de rédaction ainsi que les examinateurs à l'externe, qui ont tous offert bénévolement leur temps et leurs compétences pour le projet continu d'élaboration et de mise à jour de ces lignes directrices en matière de soins de l'AVC. Nous remercions le groupe consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC pour son travail qui a permis l'exploration et la mise à jour des indicateurs de rendement accompagnant chaque recommandation. Nous remercions nos collègues de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, y compris ceux des services de communications, de traduction française, d'information sur la santé, de survie et des publications, pour leurs contributions à la diffusion de ces lignes directrices.

FINANCEMENT

L'élaboration des lignes directrices canadiennes sur les pratiques optimales de soins de l'AVC ainsi que tout le matériel et toutes les ressources d'appui sont financés entièrement par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. Les fonds du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires ont été reçus par l'entremise du programme des Réseaux de centres d'excellence du Canada. Aucun financement pour le présent document ne provient d'intérêts commerciaux, y compris des sociétés pharmaceutiques. Tous les membres des groupes de rédaction des recommandations ainsi que les examinateurs à l'externe sont des bénévoles qui ne reçoivent aucune rémunération pour leur contribution à l'élaboration, à la mise à jour et à la révision des lignes directrices et des ressources de mise en œuvre. Tous les participants au groupe de rédaction et les examinateurs à l'externe ont l'obligation de signaler tout conflit d'intérêts réel ou potentiel en matière de finances, qui est ensuite divulgué publiquement.

Références bibliographiques

Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Phillips S, et Smith EE. *Aperçu et méthodologie des recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC et des groupes de rédaction. 2013; Ottawa (Ontario) Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

CONTACT DE L'ÉQUIPE DE L'AVC

L'équipe canadienne des pratiques exemplaires et du rendement en matière d'AVC invite les commentaires, les suggestions et les demandes d'information sur l'élaboration et l'application des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Veuillez faire parvenir vos commentaires à : pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca

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

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* offrent des lignes directrices actualisées et fondées sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge de l'AVC, et encouragent le rétablissement optimal et la réintégration des survivants d'un AVC (patients, familles, aidants). La diffusion et l'adoption de ces recommandations ont pour but de réduire les variations dans les soins fournis aux patients ayant subi un AVC à l'échelle du Canada et de diminuer l'écart entre les connaissances et la pratique. Les recommandations sont mises à jour tous les deux ans pour s'assurer qu'elles continuent à refléter les données probantes recueillies dans le cadre de la recherche la plus récente ainsi que l'opinion des principaux experts en la matière. Chaque mise à jour comporte un examen critique de la documentation actuelle en matière de soins de santé. Cet examen oriente les décisions concernant la modification des recommandations et les indicateurs de rendement utilisés pour évaluer leur impact. Tout est mis en œuvre pour que les recommandations s'alignent sur les lignes directrices d'autres organismes canadiens dans des domaines connexes à l'AVC, par exemple l'hypertension, la fibrillation auriculaire et le diabète. Par ailleurs, si d'importantes nouvelles données probantes sont publiées entre les cycles de mise à jour, un processus Delphi modifié a été adopté pour en faire une évaluation rigoureuse et obtenir un consensus concernant leur impact sur les recommandations actuelles. Les modifications issues de ce processus de consensus sont immédiatement rendues accessibles grâce à la présentation en ligne adoptée pour les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada.

Il s'agit de la cinquième édition des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, qui ont d'abord été publiées en 2006. Le thème de la mise à jour de 2012 – 2013 (quatrième édition) était **AGIR**, qui insistait sur le rôle essentiel et la responsabilité des dispensateurs de soins de santé à chaque étape du continuum des soins, afin de s'assurer que les recommandations pour les pratiques optimales sont mises en œuvre et respectées. **AGIR** prévoyait des résultats optimaux pour chaque personne touchée par l'AVC en indiquant les meilleurs soins au sein du milieu le plus approprié, soins à offrir par les professionnels de la santé qui sont des experts en soins de l'AVC.

Le thème de la mise à jour de 2014 – 2015 est **Travailler avec les survivants d'un AVC et les personnes soignantes afin d'obtenir des résultats optimaux**. Ce thème souligne le besoin d'adopter une approche d'équipe interprofessionnelle engagée à l'égard des soins de l'AVC à toutes les étapes du continuum de soins, et de s'assurer de la prestation de soins uniformes axés sur le patient. Les patients victimes d'un AVC et les membres de leur famille étant au cœur du processus, l'équipe entière doit être soutenue et engagée activement à toutes les étapes des soins dans tous les milieux. Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC offrent aux professionnels de la santé les plus récents conseils d'experts et données probantes sur la façon d'offrir des soins optimaux de l'AVC axés sur les patients et les membres de leur famille. Les patients et les aidants naturels en particulier doivent être informés et en mesure de participer activement au processus de rétablissement afin de contribuer de façon significative à l'établissement d'objectifs et à la planification du traitement. Ce thème, qui s'harmonise avec la nouvelle priorité de mission en matière de survie de la Fondation, et la soutient, sera intégré à chaque chapitre des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* à mesure qu'ils seront mis à jour en 2014 et 2015.

TOUTES LES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC, TOUS LES EXAMENS DE DONNÉES PROBANTES, LES DOCUMENTS À L'APPUI ET LES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE SONT DISPONIBLES SUR NOTRE SITE WEB DES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC À L'ADRESSE :
WWW.STROKEBESTPRACTICES.CA

1.0 APERÇU

INTRODUCTION

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (les « Recommandations ») offrent des lignes directrices actualisées et fondées sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge de l'AVC, et encouragent le rétablissement optimal et la réintégration des survivants d'un AVC (patients, familles, aidants). Les Recommandations sont maintenant sous la direction de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (la « Fondation »), suivant le transfert en 2013 des activités relatives aux pratiques optimales et de qualité en matière de soins de l'AVC du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires à la Fondation.

La diffusion et l'adoption de ces recommandations ont pour but de réduire, à l'échelle du Canada, les variations dans les soins fournis aux survivants d'un AVC, et de diminuer l'écart entre les connaissances actuelles et la pratique clinique.

POURQUOI UNE MEILLEURE GESTION DES SOINS DE L'AVC EST-ELLE SI IMPORTANTE?

- Chaque année, environ 60 000 personnes victimes d'un AVC ou d'une ischémie cérébrale transitoire sont traitées dans les hôpitaux canadiens. En outre, on estime que, pour chaque AVC symptomatique, neuf AVC « silencieux » modifient subtilement la fonction et les processus cognitifs.
- L'AVC et autres problèmes cérébrovasculaires sont la troisième cause de décès au Canada.
- L'AVC est la principale cause d'incapacités chez les adultes, et environ 315 000 Canadiens et Canadiennes vivent avec les séquelles d'un AVC.
- L'AVC coûte environ 3,6 milliards de dollars par an en soins de santé et en pertes de revenu pour l'économie.
- Le coût de l'AVC au plan humain est incalculable.

La Fondation travaille étroitement avec des intervenants et des partenaires nationaux et provinciaux afin d'élaborer et de mettre en œuvre une approche coordonnée et intégrée de prévention et de traitement de l'AVC, ainsi que de réadaptation et de réintégration des patients à la collectivité dans chaque province et territoire au Canada. Les Recommandations offrent une série de principes directeurs communs pour la prestation de soins de l'AVC et décrivent l'infrastructure nécessaire en ce qui concerne le système, ainsi que les protocoles et les processus cliniques essentiels afin d'obtenir et d'améliorer des services de soins de l'AVC intégrés, efficaces et de haute qualité pour tous les Canadiens et Canadiennes. Grâce à des innovations intégrées dans les pratiques optimales de soins de l'AVC, ces lignes directrices contribuent à la réforme du système de santé au Canada et sur le plan international.

Les Recommandations sont élaborées et présentées dans le cadre d'un modèle d'amélioration continue, et sont rédigées à l'intention des planificateurs, des bailleurs de fonds et des administrateurs du système de santé ainsi que des professionnels de la santé, qui ont tous un rôle important à jouer dans l'optimisation de la prévention et des soins de l'AVC, et qui sont responsables des résultats. Une solide base de littérature scientifique sur l'AVC sert à orienter l'optimisation de la prévention et des soins de l'AVC. Plusieurs outils de mise en œuvre sont disponibles pour faciliter le transfert des connaissances dans la pratique, et sont utilisés en combinaison avec des programmes de perfectionnement professionnel actif. En surveillant le rendement, l'impact du respect des pratiques optimales est évalué et les résultats servent ensuite à orienter l'amélioration continue. Les activités récentes de surveillance de la qualité des soins de l'AVC ont permis d'obtenir des résultats convaincants qui continuent d'appuyer l'adoption de pratiques optimales fondées sur des données probantes pour organiser et offrir des soins de l'AVC au Canada.

1.2 APERÇU DU CADRE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES DE SOINS DE L'AVC AU CANADA POUR UNE PRESTATION DE SERVICES OPTIMAUX

La Fondation, en collaboration avec le comité consultatif sur les Recommandations et des intervenants clés, a élaboré un cadre pour faciliter l'amélioration du système par l'adoption de pratiques optimales de soins de l'AVC fondées sur des données probantes à chaque étape du continuum de soins. Les services de soins optimaux comprennent l'accès à des spécialistes en soins de l'AVC, à un équipement et des compétences diagnostiques, ainsi qu'à un éventail de nouveaux traitements en temps opportun, fondés sur des données probantes. Les données tirées de la vérification des soins de l'AVC au Canada ont révélé des écarts considérables entre les niveaux de services de soins de l'AVC au sein du système de santé canadien. Ces services peuvent être prévus le long d'un continuum de soins, allant de services minimaux non spécialisés dans des organismes qui offrent des soins de santé généraux, à des services de diagnostic et de prise en charge de base, puis à des soins avancés à un seul endroit, et jusqu'à des soins de l'AVC complets dans l'ensemble d'une région.

Le cadre des pratiques exemplaires de soins de l'AVC au Canada pour une prestation de services optimaux, tels que présentés à la figure 1, est conçu pour organiser et hiérarchiser les services de soins de l'AVC selon la disponibilité des ressources pour une région ou une zone géographique. Dans ce cadre, l'objectif fixé est de faire en sorte que chaque organisme offrant des soins de l'AVC s'engage dans un cycle continu d'acquisition de connaissances et d'élaboration de processus et de protocoles nécessaires pour procurer aux patients victimes d'un AVC des soins optimaux, en tenant compte du lieu de l'organisme, de sa population de patients, des ressources structurelles, et de sa relation avec d'autres centres au sein de la région ou du système de santé. Lorsqu'un niveau de services relatifs à l'AVC est atteint, l'organisme doit chercher à élaborer et à mettre en œuvre des éléments du prochain niveau et ainsi à assurer, s'il y a lieu, la croissance des services offerts en cas d'AVC, tout en procédant à un travail d'amélioration continue de la qualité en ce qui a trait au niveau de service actuellement offert. Dans ce cadre, certains aspects des soins du patient sont essentiels et représentent des enjeux du continuum de soins (tels que la réadaptation et la prévention). Ces éléments à l'appui (indiqués dans la couronne extérieure du cadre) devraient être pris en considération à chaque consultation médicale pour les patients victimes d'un AVC ou d'une ischémie cérébrale transitoire.

Les Recommandations ont été rédigées en utilisant ce cadre comme point de référence. De façon optimale, au Canada, tous les patients victimes d'un AVC aigu doivent faire l'objet d'une gestion initiale dans un centre qui offre des soins de l'AVC avancés ou complets où le traitement thrombolytique en phase aiguë et l'accès à des connaissances neuro-interventionnelles avancées sont disponibles. Il est reconnu que dans un petit nombre de cas, ces interventions ne sont peut-être pas nécessaires ou même possibles en raison de la disponibilité géographique ou des ressources (p. ex., les ambulances qui quittent une petite collectivité pour un long déplacement, ou un patient dont les symptômes légers disparaissent d'eux-mêmes). Non seulement les centres de soins avancés ou complets offrent l'accès à un traitement thrombolytique en phase aiguë, ils disposent aussi d'équipes de soins de l'AVC actives qui peuvent être mobilisées en temps opportun pour évaluer, diagnostiquer et mettre en œuvre des stratégies de gestion afin de réduire

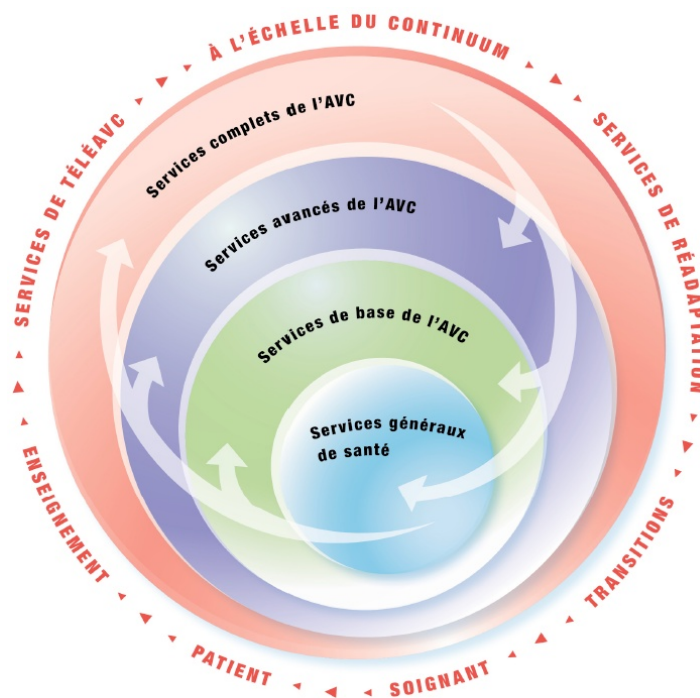


Figure 1 : Cadre des pratiques exemplaires de soins de l'AVC au Canada pour une prestation de services optimaux

Mise à jour 2012 - 2013

le risque de récurrence d'un AVC ou de piètres résultats. Les services de soins de l'AVC de base possèdent la capacité de neuro-imagerie (c.-à-d., un tomodensitomètre sur place), mais n'administrent pas de tPA ou d'autres soins organisés de l'AVC. Dans certains cas, ils offrent des services de prévention de base. Les organismes qui sont considérés comme des centres de services de santé généraux n'ont pas la capacité d'imagerie du cerveau.

Pour tous les fournisseurs de soins de l'AVC, l'objectif est de continuer à acquérir des compétences et des mécanismes pour offrir des soins de l'AVC de haute qualité, fondés sur des données probantes, en optimisant les ressources structurelles (p. ex., les ressources humaines, l'équipement et l'espace), les facteurs géographiques et les populations de patients. En conséquence, chaque niveau croissant de soins décrits dans le cadre comprend tous les éléments, les fonctions et les services indiqués pour le niveau précédent en plus d'éléments, de fonctions et de ressources supplémentaires comportant des niveaux de complexité et d'expertise à la hausse.

PRINCIPES DIRECTEURS

Le processus d'élaboration et de mise à jour des *Recommandations* est guidé par une série de principes de base qui sont appliqués à toutes les activités des groupes de rédaction. Ces principes établissent que toutes les recommandations incluses dans les *Recommandations* doivent être :

- soutenues par des données probantes de haut niveau ou un fort consensus indiquant qu'elles sont les moteurs essentiels de la prestation de soins de santé de haute qualité;
- essentielles pour faciliter l'amélioration du système de santé;
- harmonisées avec d'autres recommandations sur les pratiques optimales canadiennes associées à l'AVC, p. ex., la gestion de l'hypertension artérielle, du diabète et de la dyslipidémie afin de réduire l'ambiguïté et les contradictions pour les cliniciens de première ligne;
- un reflet, dans leur totalité, du continuum complet des soins de l'AVC.

PORTÉE ET PUBLICS CIBLES

Les *Recommandations (mises à jour en 2012 - 2013)* présentent des recommandations sur les soins de l'AVC de haute qualité, fondées sur des données probantes, dans un cadre normalisé, afin de soutenir les professionnels de la santé dans toutes les disciplines. On s'attend à ce que leur mise en œuvre contribue à réduire les variations dans la pratique et à combler les écarts entre les données probantes et la pratique.

Portée : Ce document offre une synthèse des pratiques optimales pour les soins de l'AVC dans le continuum de soins allant du début des symptômes de l'AVC et du premier contact avec le système de santé, jusqu'à la réintégration à la collectivité et l'adaptation à long terme. Les recommandations reflètent des secteurs de soins de l'AVC avec les plus hauts niveaux possibles de données probantes scientifiques disponibles (données de niveau A), ou des thèmes qui sont considérés comme les moteurs clés du système de soins de l'AVC au Canada. Les recommandations traitent d'enjeux en ce qui concerne le système, au niveau organisationnel et au niveau du patient relativement à la prestation de soins de l'AVC.

Dans ce document, le « continuum des soins de l'AVC » est défini comme incluant :

- la sensibilisation du public et la reconnaissance précoce de l'AVC;
- la gestion des facteurs de risque de l'AVC (p. ex., l'hypertension artérielle, le diabète, la fibrillation auriculaire, la maladie de l'artère carotide, l'apnée du sommeil);
- la gestion de l'AVC en phase hyperaiguë;
- la gestion de l'AVC en phase aiguë (soins de l'AVC chez un patient hospitalisé);
- la réadaptation post-AVC;
- le cheminement du patient victime d'un AVC dans les milieux de soins et les phases de soins;
- la prévention d'une récurrence de l'AVC (prévention secondaire);

Mise à jour 2012 - 2013

- la réintégration dans la collectivité;
- le rétablissement et l'adaptation à long terme;
- l'utilisation de la technologie de Télé-AVC.

Publics cibles : Les Recommandations s'adressent aux professionnels de la santé qui s'occupent des personnes touchées par l'AVC partout dans le système de santé. Pour les décideurs en matière de politique, les planificateurs, les bailleurs de fonds, les gestionnaires cadres et les administrateurs du système de santé, qui sont responsables de la coordination et de la prestation des services de soins de l'AVC au sein d'une province ou d'une région, ce document se révélera pertinent et utile dans leur travail.

Les Recommandations sont conçues pour être utilisées par les professionnels de la santé de première ligne dans plusieurs disciplines, qui offrent des soins directement au patient victime d'un AVC, y compris les praticiens de soins primaires, les neurologues, les internistes, les urgentologues, les infirmières, les psychiatres, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les travailleurs sociaux, les diététistes, les pharmaciens, les psychologues, les professionnels de la santé en formation, ainsi que par d'autres spécialistes et les membres du personnel de soutien.

La communauté des soins de l'AVC reconnaît que les limites des ressources humaines, financières et du système rendent plus difficile la mise en œuvre de toutes les recommandations figurant dans les chapitres des Recommandations. Cependant, les recommandations et les indicateurs de rendement sont présentés comme des « normes d'excellence » que tous les organismes et systèmes devraient s'efforcer d'appliquer. En outre, elles peuvent être des outils et des sources d'information de valeur pour quiconque fait la promotion de meilleurs services de soins de l'AVC, et utilisées lors d'exercices d'autoévaluation pour repérer les lacunes dans la prestation des soins de l'AVC.

Contexte

Les recommandations actuelles, offertes par les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, doivent être considérées comme des lignes directrices fondées sur des données probantes plutôt que des règles rigides. Comme indiqué dans la description ci-dessus du cadre des pratiques exemplaires de soins de l'AVC au Canada pour une prestation de services optimaux (section 1.2), toutes les recommandations ne seront pas applicables à tous les patients dans tous les milieux. L'objectif est de mettre en œuvre toutes les recommandations applicables dans une pratique de routine. Les circonstances uniques pour un patient et un bon jugement critique jouent aussi un rôle essentiel dans les décisions relatives à la gestion du patient. Les recommandations offertes dans le présent document doivent soutenir, et non remplacer, la planification des soins personnalisés.

Mises à jour et révisions

Les Recommandations font l'objet d'un examen officiel et d'une mise à jour de chaque chapitre tous les deux ans. Les Recommandations ont d'abord été publiées en 2006, mises à jour subséquentement et élargies en 2008, 2010 et 2012. La mise à jour de 2012-2013 a été examinée entre janvier 2012 et septembre 2013. La coordination pour le cycle de mise à jour de 2014 a commencé en octobre 2013.

Étant donné que les données probantes de recherche sur la prestation des soins de l'AVC sont très dynamiques et évolutives, un protocole a été établi pour traiter les données les plus récentes en temps opportun. Lorsque de nouvelles données publiées peuvent avoir un impact sur n'importe quelle recommandation dans ces lignes directrices, on communique avec le groupe de rédaction concerné et les données sont examinées. Des décisions sont ensuite prises au sujet de leur impact sur les recommandations actuelles. Toute révision proposée est soumise au même processus d'examen rigoureux qui est suivi pour les chapitres complets. L'équipe des Recommandations publie alors un bulletin provisoire concernant toute révision hors cycle, qui a été approuvée. Ces bulletins sont intégrés dans des mises à jour subséquentes le cas échéant.

La description détaillée du cycle et du processus de mise à jour est présentée à la section 2 ci-dessous.

2.0 ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES ET MÉTHODOLOGIE DE MISE À JOUR

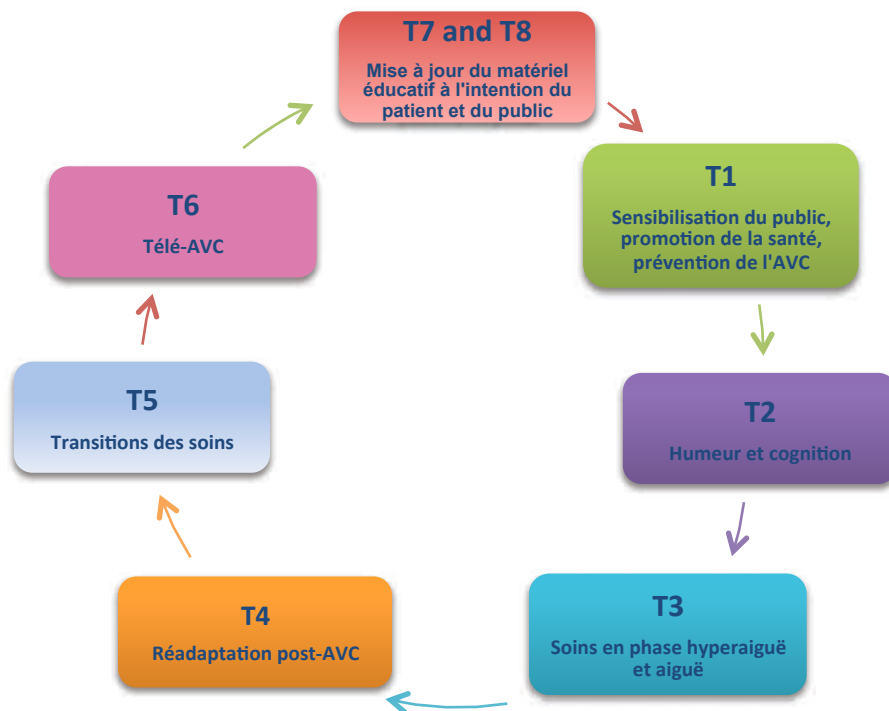
Les Recommandations sont mises à jour tous les deux ans. À partir du cycle de 2012, le processus de mise à jour est passé d'un modèle où tous les chapitres étaient examinés et mis à jour simultanément, à un nouveau processus où des chapitres individuels sont révisés par rotation, de façon à ce que, à la fin du cycle de deux ans, tous les chapitres ont été examinés et mis à jour (voir la figure 2). Ce nouveau processus permet une utilisation efficace des ressources et une plus grande participation des spécialistes à l'interne et des examinateurs à l'externe.

Chaque mise à jour de chapitre prend environ neuf mois et est effectuée en trois étapes. À n'importe quel moment donné, un chapitre est en cours d'examen à chaque étape du processus de mise à jour. L'échéancier complet est disponible dans l'annexe du présent document. Les étapes du processus comprennent :

1. **la recherche** : les données probantes de la recherche émergente depuis la dernière publication de chaque chapitre sont repérées, et les tableaux de données sont mis à jour (environ 3 mois);
2. **la rédaction et les révisions** : le groupe de rédaction examine les recommandations existantes et toutes les nouvelles données probantes, ainsi que le nouveau matériel inclus dans les lignes directrices externes. Le groupe discute du contenu et propose des modifications à apporter au chapitre, et produit une version finale (environ 3 mois);
3. **l'examen et la publication** : la mise à jour proposée pour le chapitre est examinée à l'interne, puis à l'externe. Lorsque la mise à jour du chapitre est terminée, elle est traduite en français, présentée au public, puis affichée sur le site Web des Recommandations. La diffusion et les activités éducatives sont planifiées afin d'accroître la sensibilisation aux nouveaux éléments et leur adoption (environ 3 mois).

Figure 2 : Cycle de mise à jour des pratiques optimales pour les soins de l'AVC au Canada

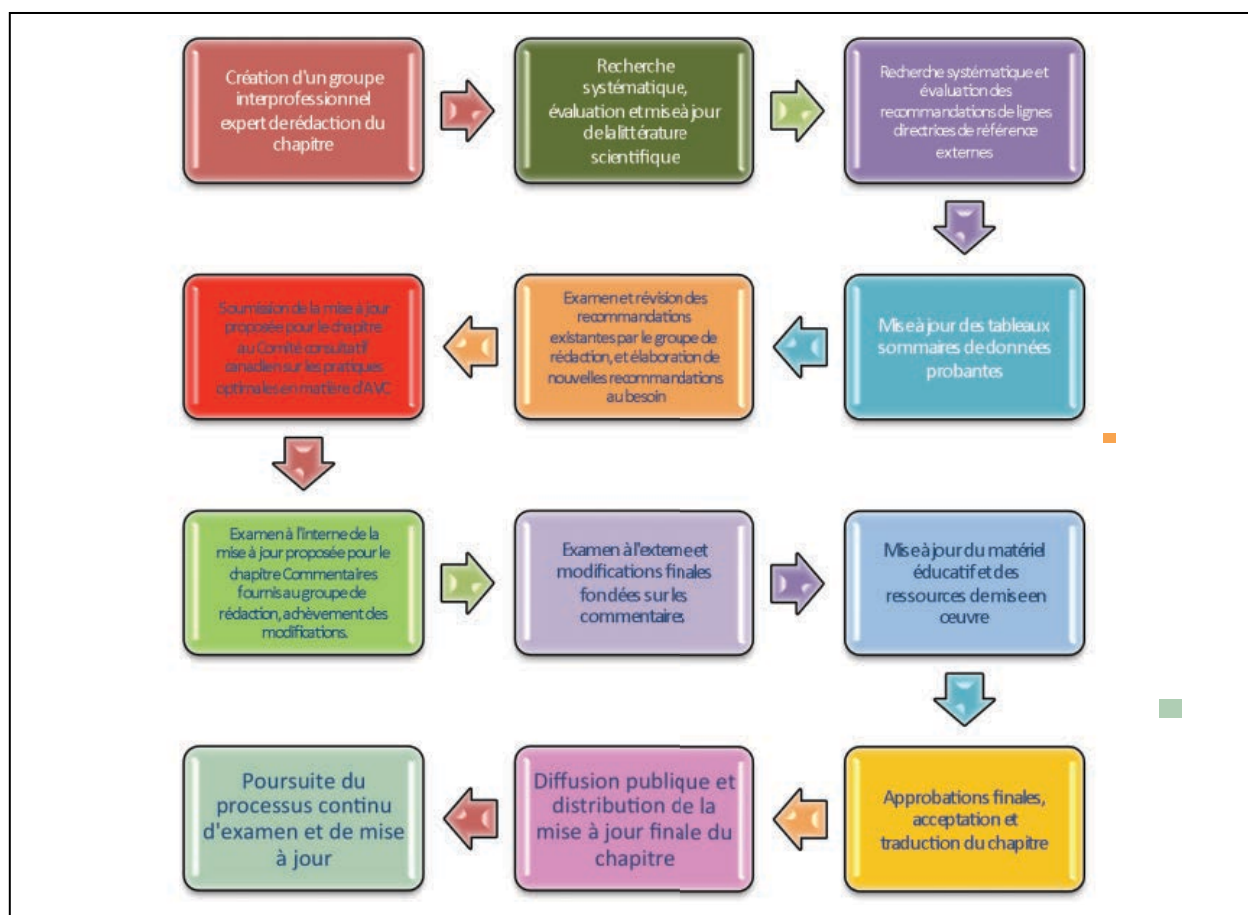
(Représente le moment où l'étape de recherche commence pour chaque chapitre. Échéancier de 24 mois, 8 trimestres d'exercice)



2.1 CADRE DE L'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

Le cadre conceptuel utilisé pour guider la détermination, la sélection, l'élaboration et la révision des Recommandations est le « *Practice Guideline Evaluation and Adaptation Cycle* » décrit par Graham et collègues (2002), et mis à jour en 2005 avec la création d'ADAPTE Collaboration. D'autres étapes ont été ajoutées pour inclure les recherches et les approbations relatives aux données probantes scientifiques originales, en plus des examens de lignes directrices, qui sont effectués pour tous les domaines couverts dans les lignes directrices canadiennes sur les soins de l'AVC (*).

Pour toutes les mises à jour des lignes directrices sur les soins de l'AVC et l'élaboration de nouvelles recommandations, les groupes de rédaction des pratiques optimales pour les soins de l'AVC au Canada suivent les étapes ci-dessous :



Au début de chaque cycle de mise à jour des pratiques optimales de soins de l'AVC, le cadre d'élaboration des lignes directrices est lui-même examiné et raffiné afin de s'assurer que les méthodes et les principes rigoureux et de haute qualité en matière d'élaboration des lignes directrices continuent d'être respectés. Les membres de l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC sont des membres actifs du Guideline International Network et du comité sur les lignes directrices et la qualité de la World Stroke Organization. Ces affiliations permettent un dialogue international continu concernant les méthodologies d'élaboration et de mise en œuvre des lignes directrices, et des occasions d'apprendre et de raffiner la méthodologie d'élaboration des lignes directrices sur les soins de l'AVC.

Des descriptions détaillées des activités à chaque étape du cadre sont présentées plus loin dans cette section.

2.2 DIRECTION ET PARTICIPANTS

Le Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC : Ce comité consultatif est le principal responsable du processus d'élaboration et de mise à jour des lignes directrices sur les soins de l'AVC. Ce groupe se rencontre tous les deux mois. Il est chargé de sélectionner les présidents des groupes de rédaction et d'approuver les membres de ces groupes. Avant d'amorcer la mise à jour de chaque chapitre, le comité consultatif rencontre les membres du groupe de rédaction pour examiner la portée des révisions et déterminer les nouveaux thèmes cibles d'après les nouvelles données probantes publiées et les commentaires suivant la publication de l'édition antérieure du chapitre. Les membres de ce groupe agissent à titre d'examineurs à l'interne pour tous les chapitres lorsque le groupe de rédaction a terminé la version finale de la mise à jour. Les membres du comité représentent le groupe des lignes directrices canadiennes sur les soins de l'AVC dans d'autres comités de lignes directrices nationaux et internationaux. Le comité, qui est dirigé par deux coprésidents, est soutenu par le directeur des pratiques exemplaires et du rendement, AVC, de la Fondation. Les membres du comité sont nommés pour un mandat de deux ans qui peut être renouvelé une fois. Pour chaque cycle de mise à jour, environ la moitié des membres du comité consultatif font l'objet d'un roulement du personnel, y compris un coprésident, afin de s'assurer d'un mélange de continuité et de nouveaux points de vue.

Les groupes de rédaction : Un groupe interprofessionnel d'experts en soins de l'AVC se réunissent pour chacun des huit chapitres des Recommandations afin de participer à l'examen, à la rédaction et à la révision des énoncés de recommandations. Des spécialistes reconnus pour chaque thème sont sélectionnés par le comité consultatif afin de présider chaque groupe de rédaction. Les présidents des groupes de rédaction déterminent et proposent la candidature de membres pour le groupe en consultation avec l'équipe des soins de l'AVC de la Fondation. Les membres sélectionnés, qui possèdent une vaste expérience du thème, sont considérés comme des meneurs et des experts dans leur domaine, ont participé à des essais cliniques ou des publications sur le sujet, sont des survivants d'un AVC, ou dont un ou des membres de la famille ont subi un AVC, et sont expérimentés dans l'appréciation de la qualité des données probantes de recherche. Les membres sont sélectionnés dans toutes les disciplines de soins de santé, incluant neurologues experts en AVC, psychiatres, infirmières, médecins d'urgence, ambulanciers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes, orthophonistes, pharmaciens, survivants d'un AVC, experts en éducation, professionnels dans d'autres disciplines, spécialistes de la méthodologie des lignes directrices, économistes et administrateurs de soins de santé, et d'autres personnes concernées pour chaque thème, le cas échéant. Cette approche interprofessionnelle permet de s'assurer que les perspectives et les nuances de toutes les disciplines de soins de santé sont prises en considération dans l'élaboration des recommandations. En outre, on s'efforce dans toute la mesure du possible d'avoir une représentation de la totalité ou, au minimum, de la plupart des provinces et des territoires pour s'assurer que les questions régionales sont abordées. D'autres experts à l'extérieur du groupe de rédaction peuvent être consultés concernant des sujets très particuliers pendant toute la période du processus d'élaboration et de mise à jour. Ces groupes de rédaction sont dirigés par deux coprésidents, et soutenus par le directeur des pratiques exemplaires et du rendement, AVC, de la Fondation.

Les membres des groupes de rédaction sont chargés d'examiner toutes les données probantes et recommandations existantes disponibles, en révisant le chapitre, le cas échéant, et en répondant aux commentaires de l'examineur lors de la préparation définitive du chapitre avant sa présentation au public. Les membres des groupes de rédaction ont un mandat d'un cycle de mise à jour, et peuvent conserver leur fonction pendant un maximum de deux cycles. Pour chaque cycle de mise à jour, environ la moitié des membres du comité consultatif font l'objet de renouvellement du personnel, y compris un coprésident, afin de s'assurer d'un mélange de continuité et de nouveaux points de vue.

Examineurs à l'externe : Un groupe d'examineurs à l'externe constitué d'environ douze professionnels de la santé et de personnes vivant avec l'AVC sont chargés d'examiner et de commenter chaque mise à jour de chapitre de pratiques optimales. L'examen à l'externe a lieu à la fin de l'examen à l'interne. Les examineurs à l'externe sont sélectionnés selon l'expertise en la matière, la représentation de disciplines appropriées en soins de la santé pertinentes pour le chapitre examiné, et la volonté de participer. Les examineurs à l'externe sont choisis par les membres du groupe de rédaction et le comité

Mise à jour 2012 - 2013

consultatif. Aucun examinateur à l'externe ne doit avoir participé directement, de quelque façon que ce soit, à l'élaboration du chapitre, et ne doit être un membre actuel du groupe de rédaction ou du comité consultatif. Au moins un ou deux examinateurs à l'externe sont sélectionnés parmi des experts internationaux à l'extérieur du Canada, et deux d'entre eux sont des survivants d'un AVC ou des membres de la famille ou des aidants.

Inclusion de personnes qui vivent avec les répercussions d'un AVC : Les survivants d'un AVC, leur famille et les aidants sont au cœur des pratiques optimales canadiennes de soins de l'AVC. Au Canada, il existe plusieurs groupes d'entraide pour les soins de l'AVC dans les provinces qui collaborent aux activités de la Fondation. Des membres de ces groupes font partie des groupes de rédaction et agissent à titre d'examineurs à l'externe. Ils participent aussi à l'élaboration de matériel de ressource pour les familles et les professionnels, à la préparation de présentations sur les pratiques optimales et l'AVC, et aux activités de groupes de travail associés.

Conflit d'intérêts : **Tous les participants potentiels à l'élaboration des recommandations et au processus d'examen doivent signer des ententes de confidentialité et divulguer par écrit tout conflit d'intérêts réel ou potentiel. Tout conflit d'intérêts divulgué est examiné par les présidents du comité consultatif et les membres du personnel concernés de la Fondation afin d'en évaluer l'impact potentiel. Les membres potentiels de n'importe quel groupe de rédaction, qui ont des conflits considérés comme importants, ne sont pas sélectionnés comme membres du groupe de rédaction ou du comité consultatif.**

Aucune rémunération financière n'est offerte à aucun membre du comité consultatif, des groupes de rédaction ou des examinateurs à l'externe sur les pratiques optimales en matière d'AVC. Les participants reçoivent un certificat de participation et bon nombre d'entre eux peuvent indiquer leur participation aux travaux de ces comités dans le cadre de leurs déclarations de formation professionnelle en vue du processus de renouvellement annuel de leur permis d'exercer.

2.3 COLLABORATIONS ET HARMONISATION

Les professionnels de la santé qui travaillent dans le domaine de l'AVC et des problèmes vasculaires associés, ainsi que ceux qui offrent des soins primaires, font face fréquemment à plusieurs dilemmes qui entravent l'adoption de lignes directrices fondées sur des données probantes dans leur pratique de routine. La recherche sur la science de la mise en œuvre a permis de repérer plusieurs obstacles, tels que : le nombre croissant de lignes directrices disponibles, plusieurs lignes directrices diffusées sur le même sujet par des groupes différents, des recommandations conflictuelles sur le même sujet et des recommandations ambiguës ou qui ne peuvent être mises en pratique. Pour contourner certains de ces obstacles, le groupe sur les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada a formé des alliances avec plusieurs groupes associés d'élaboration de lignes directrices. Certains de ces groupes comprennent la Société canadienne de cardiologie (lignes directrices en matière de fibrillation auriculaire), le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC, le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (recommandations relatives à la pression artérielle), l'Association canadienne du diabète, CAN-ADAPTT et C-Change pour les recommandations sur le renoncement au tabagisme et la gestion du mode de vie; le Consortium neurovasculaire canadien (recommandations sur le tPA), l'Emergency Medical Services Chiefs of Canada et l'Association des paramédics du Canada (gestion des services préhospitaliers d'urgence pour les patients victimes d'un AVC), le Conseil national des soins infirmiers de l'AVC et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (soins infirmiers dans plusieurs domaines thématiques pertinents), et Agrément Canada (bilan comparatif des médicaments, éducation du patient, transitions de soins et recommandations au niveau du système). En plus, les groupes d'étude sur les pratiques optimales de soins au Canada travaillent étroitement avec deux groupes de synthèse des données probantes en matière d'AVC, qui contribuent de façon importante au processus canadien de mise à jour des pratiques optimales de soins de l'AVC : Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation (Teasell et coll.) et StrokEngine (Korner-Bitensky et coll.).

L'objectif de ces collaborations comporte trois volets : 1) augmenter la participation intersectorielle aux initiatives d'élaboration des lignes directrices au Canada, 2) s'assurer que des recommandations

uniformes sont disponibles au pays, et 3) réduire la duplication des efforts. Grâce à ces relations, tous les groupes s'efforcent d'offrir, dans toute la mesure du possible, des recommandations identiques ou très semblables sur le même sujet, par des processus de création de consensus réciproques. Les représentants de certains de ces groupes sont invités à participer aux activités de groupes de rédaction sur les soins de l'AVC canadiens, et les membres des groupes de rédaction participent activement aux activités des groupes de rédaction de ces autres développeurs de lignes directrices ou agissent comme examinateurs à l'externe. En outre, lorsque des lignes directrices canadiennes sur des éléments précis de soins de l'AVC existent déjà (p. ex., la gestion du diabète chez les personnes victimes d'un AVC, l'hypertension artérielle et la prévention primaire de l'AVC chez les patients souffrant de fibrillation auriculaire), les recommandations de ces groupes sont examinées officiellement et, dans la plupart des cas, approuvées ou adoptées, et ne sont pas élaborées de nouveau par les groupes de soins de l'AVC canadiens. Les lecteurs sont plutôt dirigés vers ces documents originaux pour la recommandation précise, tandis que les Recommandations traitent des questions structurelles et de processus pour ces éléments.

2.4 FORMAT DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Les Recommandations sont regroupées dans les huit chapitres suivants : 1) Sensibilisation à l'AVC, 2) Prévention de l'AVC, 3) Prise en charge de l'AVC en phase hyperaiguë, 4) Prise en charge de l'AVC en phase aiguë chez le patient hospitalisé, 5) Réadaptation post-AVC, 6) Transitions des soins post-AVC, 7) Humeur et cognition post-AVC et 8) Télé-AVC. Les chapitres sont divisés en sous-sections sur un sujet précis, comportant les éléments suivants :

- ♦ **Recommandations pour les pratiques optimales** : décrivent des pratiques, des processus de soins et des activités, offrant une orientation précise au personnel de première ligne et aux personnes soignantes pour la prestation de soins de l'AVC optimaux.
- ♦ **Justification** : résume l'importance du sujet et les recommandations, leur pertinence relativement à la prestation de soins de l'AVC ou des résultats du patient, et l'impact potentiel de la mise en œuvre des recommandations.
- ♦ **Exigences pour le système** : renseignent sur les mécanismes et les structures qui doivent être en place pour permettre aux systèmes de santé, aux établissements, aux membres du personnel de première ligne et aux personnes soignantes de mettre en œuvre efficacement les recommandations (voir ci-dessous les renseignements sur les catégories d'exigences pour le système).
- ♦ **Indicateurs de rendement** : fournissent aux gestionnaires et aux administrateurs un mécanisme normalisé et validé permettant de surveiller systématiquement la qualité des soins de l'AVC et l'impact de la mise en œuvre des recommandations de pratiques optimales. Les plus importants indicateurs de rendement sont en **gras**. Les autres indicateurs sont destinés à ceux qui peuvent effectuer une évaluation approfondie du rendement en matière de soins de l'AVC. Les indicateurs de rendement qui font partie de la série d'indicateurs de base sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC au Canada sont indiqués par la note (**de base**) suivant l'énoncé de l'indicateur. L'annexe offre la liste complète des indicateurs de base.
- ♦ **Ressources de mise en œuvre et outils de transfert des connaissances** : offrent des liens aux sites Web et aux outils créés ou reconnus par le groupe sur les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada ou ses partenaires et collaborateurs. Les ressources comprennent des guides « pratiques » et du matériel éducatif pour les professionnels de la santé, les patients et les personnes soignantes. Cette section indique aussi le dépistage chez le patient et les outils d'évaluation dont la validité, la fiabilité et la pertinence ont été établies par examen et consensus pour les populations de patients victimes d'un AVC.
- ♦ **Sommaire des preuves** : offre un résumé des études utilisées lors de l'élaboration des recommandations. Au bas de chaque sommaire, on trouve un lien vers les tableaux de données probantes détaillées, y compris les données de recherche et les lignes directrices externes, ainsi

qu'une liste de références pour la section **2.4.1 Catégories d'exigences pour le système :**

Chaque recommandation est accompagnée par des exigences pour le système. Il s'agit de mesures et de mécanismes nécessaires pour les systèmes de soins de l'AVC à haut rendement, qui exigent du leadership ou de la coordination au niveau local, régional ou provincial ou territorial. Les exigences pour le système se répartissent dans quatre grandes catégories :

- ♦ **Les efforts à l'échelle de la collectivité**, y compris la collaboration parmi les organismes à but non lucratif tels que la Fondation et les services municipaux de santé et de loisirs, les rôles élargis pour les professionnels de la santé dans la collectivité, tels que les pharmaciens, et les bénévoles ayant reçu une formation comme ceux qui offrent du soutien d'égal à égal. Les efforts à l'échelle de la collectivité sont essentiels pour des stratégies de sensibilisation et de prévention efficaces, ainsi que pour le soutien du rétablissement après un AVC.
- ♦ **La participation et les partenariats efficaces** au sein des organismes et entre eux pour la prestation de soins optimaux de l'AVC dans l'ensemble du continuum de soins et dans divers milieux. On y inclut la collaboration pour élaborer et administrer des ententes de contournement, de transfert et de rapatriement, les systèmes d'orientation, les protocoles de soins de l'AVC, et les mécanismes de communication. Des plans et des mécanismes doivent être en place pour répondre efficacement et équitablement aux besoins des patients victimes d'un AVC, peu importe où ils se trouvent au Canada.
- ♦ **L'éducation**, y compris le perfectionnement professionnel pour les dispensateurs de soins qui gèrent des patients dans le continuum de soins de l'AVC, ainsi que la formation pour les patients, les membres de leur famille, les aidants et le grand public. L'éducation comprend les renseignements sur l'AVC et la formation pratique ainsi que l'acquisition de compétences en matière de soins de l'AVC pour les patients victimes d'un AVC pour chaque domaine abordé dans les pratiques de soins de l'AVC au Canada.
- ♦ **L'amélioration continue du rendement** à tous les niveaux du système de santé. Cette démarche exige la mesure et la surveillance des stratégies qui incluent le contrôle continu et la collecte de données propres aux systèmes de soins, la prestation de services de première ligne de processus de soins de l'AVC, et les résultats des patients aux niveaux national, provincial ou territorial, et régional.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les autorités sanitaires régionales doivent s'assurer que tous les Canadiens et les Canadiennes ont accès à des soins de l'AVC optimaux, et fournir les ressources nécessaires pour mettre en œuvre et soutenir des services de soins et des stratégies de surveillance de l'AVC efficaces et intégrés, fondés sur des données probantes.

2.5 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

2.5.1 La recherche bibliographique

La recherche de lignes directrices et d'études originales à l'externe pour appuyer l'élaboration des Recommandations, et du processus de mise à jour, s'effectue en deux étapes initialement, soit la recherche et la sélection de lignes directrices externes qui sont considérées comme « lignes directrices de référence », et la recherche et la sélection d'études originales. Chacune de ces étapes s'appuie sur le travail effectué pour les éditions antérieures afin d'assurer la continuité et une compréhension complète de toutes les données probantes, passées et présentes, pour chaque domaine thématique.

Détermination et appréciation des lignes directrices externes

Les lignes directrices élaborées par des groupes autres que le groupe sur les soins optimaux de l'AVC au Canada (appelées « lignes directrices externes ») sont repérées à l'aide de moteurs de recherche de soins de santé (OVID), de recherches générales sur l'Internet, sur les sites Web d'associations

Mise à jour 2012 - 2013

internationales de soins de l'AVC et les sites d'information sur les lignes directrices (comme l'Internet Stroke Centre, l'Infobanque de l'Association médicale canadienne, et la United States Agency for Healthcare Research and Quality National Guideline Clearinghouse). En outre, des listes de lignes directrices actuelles associées à l'AVC, qui sont disponibles sur le site Web de la World Stroke Organization, sont examinées durant ce processus.

Les méthodes utilisées pour repérer et inclure des lignes directrices externes durant ce processus d'examen et de mise à jour du groupe de rédaction sur les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada comprennent :

- ♦ la détermination préliminaire de lignes directrices externes à l'aide des moteurs de recherche cités ci-dessus;
- ♦ les termes de recherche incluent : des mots associés au sujet d'intérêt utilisés seuls ou en combinaison avec des lignes directrices, des lignes directrices fondées sur des données probantes, des lignes directrices de pratique clinique, des recommandations de pratiques optimales, des énoncés de position, des documents de présentation technique, des énoncés de consensus, des rapports et des règlements.
- ♦ un court examen de lignes directrices repérées pour connaître le contenu associé au thème pertinent;
- ♦ si les lignes directrices contiennent des recommandations associées au thème qui fait l'objet de la recherche, la qualité d'élaboration de ces lignes directrices est évaluée à l'aide de l'outil Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II (AGREEII). (Cet outil évalue les processus d'élaboration des lignes directrices dans six domaines : détermination d'un domaine clinique pour promouvoir des pratiques optimales, participation de l'intervenant, rigueur de l'élaboration, clarté et présentation, applicabilité et indépendance de la rédaction. D'autres renseignements sur AGREEII sont disponibles à www.agreerust.org);
- ♦ si les lignes directrices obtiennent une note d'au moins 60 % pour la rigueur de l'élaboration et les domaines d'indépendance en matière de rédaction, elles sont incluses dans les documents de tableaux de données probantes préparés pour les groupes de rédaction;
- ♦ lorsqu'une ligne directrice associée à l'AVC a été évaluée et répond aux critères d'inclusion, elle peut être incluse aux recherches et aux examens pour d'autres domaines thématiques et est considérée comme une « ligne directrice de référence »;
- ♦ avec chaque mise à jour des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada, les lignes directrices de référence de l'édition précédente sont examinées afin de déterminer si le groupe d'où elles proviennent a publié une mise à jour. Si des mises à jour de ces lignes directrices sont disponibles, elles sont évaluées de nouveau pour s'assurer que leur élaboration est toujours rigoureuse avant de les inclure à titre de référence dans les lignes directrices canadiennes de soins de l'AVC.

Recherche bibliographique initiale et évaluation

La première édition des *Recommandations* a été publiée en 2006 après un examen systématique exhaustif de la littérature effectué au Canada et en collaboration avec d'autres groupes d'élaboration de lignes directrices de soins de l'AVC à l'étranger. Pour toutes les éditions de mise à jour subséquentes des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada, la base de données probantes initiale est examinée et modifiée ou mise à jour avec de nouvelles données qui ont émergé depuis le dernier examen.

Dans le cas de chaque mise à jour, on effectue des recherches bibliographiques afin de repérer les données probantes pour chaque domaine thématique traité dans les *Recommandations*. Toutes les recherches bibliographiques sont exécutées par des personnes compétentes en ce qui a trait à la revue systématique de la littérature, et expérimentées dans le domaine de l'AVC. Pendant les deux ans entre les mises à jour de chaque chapitre, la recherche bibliographique est continuellement surveillée par des membres des groupes de rédaction et du comité consultatif, permettant de repérer rapidement les études clés qui émergent entre les mises à jour et pourraient avoir un impact sur les recommandations actuelles. Les recherches bibliographiques utilisent des échéanciers établis qui chevauchent l'échéancier de recherche précédent pour une période de six mois, afin de s'assurer d'un haut niveau de saisie pendant

l'échéancier visé.

La méthodologie suivie pour la recherche et la sélection des études initiales, que le comité consultatif et les groupes de rédaction doivent prendre en considération, comporte ce qui suit :

- Les bases de données précises, les termes de recherche, les échéanciers et d'autres limites de recherche appliquées à chaque investigation sont initialement déterminés par les membres du groupe de rédaction en consultation avec la personne qui effectue la recherche bibliographique pendant une téléconférence de démarrage à laquelle assistent les présidents du groupe de rédaction, l'analyste de recherche, le ou les présidents du comité de consultation et le responsable des pratiques optimales pour la Fondation.
- Tous les thèmes des recommandations sont généralement organisés de façon à traiter le dépistage, l'évaluation, les interventions, la pharmacothérapie et d'autres stratégies de gestion. Les stratégies et les termes de recherche pour chaque thème sont dérivés de ce format. Le cas échéant, l'incidence, la prévalence, la fréquence, l'impact économique et les répercussions sur le patient et sa famille sont aussi inclus.
- Les questions clés de recherche ont été déterminées pendant la réalisation de la version initiale des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada, conformément au format de traitement du dépistage, de l'évaluation, des interventions et de la gestion. Ces questions clés ont été examinées par chaque groupe de rédaction au début d'une recherche et utilisées pour orienter davantage la sélection des termes de recherche et des recherches subséquentes. Toutes les questions clés et les termes de recherche sont fournis dans les tableaux de données probantes pour chaque thème dans les Recommandations.
- Les critères d'inclusion et d'exclusion pour les recherches bibliographiques ont été déterminés pendant la réalisation de l'édition initiale de 2006 et ont été modifiés en s'appuyant sur une évaluation de la rigueur méthodologique et la solidité de la preuve pour chaque domaine thématique précis au moment de la mise à jour.
- Les critères d'inclusion généraux sont les suivants : la recherche publiée en anglais ou avec une traduction anglaise provenant d'une revue, des articles pour lesquels il existe un échantillon suffisant en matière de taille et de puissance pour le thème exploré et des articles publiés avec une indépendance de rédaction suffisante (particulièrement ceux associés à des études pharmacologiques et sur des dispositifs médicaux).
- Les critères d'exclusion sont fondés sur le type de données probantes disponibles, la langue de publication, une influence exagérée par l'organisme commanditaire menant au manque d'indépendance de rédaction, la validité et la faible puissance ou les préoccupations concernant la taille ou la sélection.
- On accorde aux méta-analyses, aux examens systématiques et aux essais contrôlés randomisés la priorité lors de la sélection d'études à inclure, même si les études observationnelles et les essais non contrôlés sont aussi pris en considération, surtout dans les domaines dont la base de littérature est limitée.
- D'autres articles pertinents peuvent aussi être repérés par la recherche manuelle de listes de référence de lignes directrices ou d'articles déterminés.
- On s'efforce dans toute la mesure du possible de tenir compte d'abord des données probantes directes pour appuyer les Recommandations. Cependant, dans certaines situations, seules des données indirectes sont disponibles ou elles peuvent être utilisées en combinaison avec des données directes (p. ex., la tomodensitométrie pour diagnostiquer l'AVC est considérée comme un moteur clé du système en dépit de l'absence de données probantes provenant d'essais contrôlés randomisés, parce que de tels essais n'ont jamais été effectués et qu'il est improbable qu'ils le soient maintenant, car ils seraient jugés peu pratiques ou éthiques).
- Lorsque la stratégie de recherche est exécutée, l'analyste qui effectue la recherche bibliographique est responsable de l'examen initial du titre, puis de l'examen du résumé de titres sélectionnés.
- Les études à inclure après l'examen du résumé sont soumises à une évaluation complète et inscrites sous forme de synthèse dans un tableau de données probantes conçu pour faciliter les discussions de groupe de rédaction sur le contenu et la détermination des niveaux de données probantes des recommandations.

Mise à jour 2012 - 2013

- Une mise à jour finale de la revue de la littérature est effectuée pendant la période d'examen à l'externe, immédiatement avant la publication du chapitre afin de s'assurer que de nouvelles données probantes n'ont pas émergé depuis que le groupe de rédaction a terminé ses travaux, qui pourraient avoir un impact sur le chapitre avant l'exécution de sa version finale.
- Lorsque l'ébauche des tableaux de données probantes est terminée, elle est soumise à tous les membres du groupe de rédaction aux fins d'examen. Les membres du groupe de rédaction peuvent proposer d'autres articles à examiner et à inclure dans les tableaux de données probantes, en plus de suggérer le retrait de certains articles inclus par l'analyse de recherche, et justifient ces mesures dans les deux cas. La sélection finale d'articles à inclure et à exclure dans les tableaux de données probantes est effectuée d'un commun accord par chaque groupe de rédaction.
- Tous les tableaux de données probantes sont affichés sur le site Web des Recommandations aux fins de transparence et d'accès public gratuit. Ils sont aussi transmis aux membres de l'organisme World Stroke Organization suite à des efforts collaboratifs pour réduire le chevauchement des travaux parmi les groupes d'élaboration des lignes directrices.

2.5.2 Niveaux de données probantes

Chaque recommandation dans les Recommandations est associée à un niveau de données probantes. Les niveaux de données probantes sont attribués par le groupe de rédaction selon un système de classement structuré, qui reflète la conception de la recherche à l'appui et l'équilibre entre les effets désirables et indésirables. La solidité de la recherche à l'appui est déterminée en partie selon la hiérarchie de conception méthodologique suivante (en ordre décroissant de rigueur) :

- Méta-analyses d'études randomisées : de telles analyses offrent une synthèse quantitative des études effectuées antérieurement. La solidité de la preuve d'une méta-analyse est fondée sur la qualité de l'exécution des études individuelles. Les méta-analyses d'études randomisées sont classées dans la même catégorie de solidité de la preuve que les études randomisées.
- Examens systématiques : les examens systématiques et les méthodes explicites sont utilisés pour repérer, évaluer et synthétiser la recherche pertinente dans le cas d'un sujet particulier. Ils incluent la collecte et l'analyse de données provenant d'études sélectionnées pour répondre à des questions précises et minimiser les partis pris. Ces données probantes intègrent les résultats d'études originales visant à déterminer les meilleurs niveaux de données disponibles et les recommandations sur les processus de soins, d'interventions, de traitements et de tests diagnostiques.
- Essais cliniques contrôlés randomisés (à l'aveugle ou non) : il s'agit de la norme d'excellence pour la conception d'étude.
- Essais cliniques contrôlés non randomisés, y compris les études quasi-expérimentales et les études cas/témoins.
- D'autres conceptions d'étude, y compris les essais non contrôlés et les études observationnelles.

Pour déterminer les niveaux de données probantes, les groupes de rédaction considèrent la rigueur méthodologique de la recherche à l'appui, y compris l'utilisation de l'analyse à l'aveugle d'attribution cachée, fondée sur l'intention de traiter et la taille de l'échantillon. Pour chaque recommandation, le niveau de données probantes est déterminé d'un commun accord par le groupe de rédaction suivant l'examen de toutes les données disponibles. Le niveau de données probantes attribué à une recommandation particulière ne signifie pas nécessairement la solidité de cette recommandation.

Le système d'attribution du niveau de données probantes comprend aussi un niveau C de données. Lors de l'élaboration et de l'inclusion de recommandations de « niveau C », un consensus est obtenu parmi les membres du groupe de rédaction et validé par le processus d'examen interne et externe. Ce niveau de données probantes est utilisé avec précaution en l'absence de preuves plus solides, et les thèmes sont considérés comme d'importants moteurs de système pour les soins de l'AVC (p. ex., les services de transport par ambulance ou certaines pratiques de dépistage). Les recommandations avec ce niveau de données probantes peuvent aussi être élaborées en réponse à des demandes d'un éventail de professionnels de la santé, qui cherchent de l'orientation et des directives de la part d'experts en

Mise à jour 2012 - 2013

l'absence d'une preuve solide pour certains thèmes. D'autres recherches sont nécessaires pour bon nombre de thèmes où le niveau de données probantes attribué est « C », si elles sont faisables et éthiques.

Un tableau résumant les critères pour chaque niveau de données probantes est présenté ci-dessous. Ce système d'évaluation des données probantes est semblable aux systèmes de classement utilisés par d'autres développeurs de lignes directrices sur les soins de l'AVC. Il est facile de comprendre et de comparer les approches et les interprétations de données probantes des nombreux groupes d'élaboration des lignes directrices sur les soins de l'AVC. Il est à noter cependant que le niveau de données probantes attribué à une recommandation particulière ne représente pas nécessairement le degré de solidité de cette recommandation (c.-à-d., une recommandation faible ou solide, en fonction du bienfait pour la santé publique); il indique plutôt le degré de solidité et de qualité des données disponibles. Actuellement, les Recommandations n'ont pas encore adopté le système GRADE pour l'attribution de niveaux d'évaluation de données probantes⁵, même si des organismes partenaires, tels que la Société canadienne de cardiologie, utilisent maintenant ce modèle. Les méthodes de classement des données probantes sont examinées au début de chaque cycle de mise à jour, et la méthode sélectionnée fait l'objet d'un suivi pendant un cycle complet aux fins d'uniformité.

Tableau 1 : Sommaire des critères pour les niveaux de données probantes indiqués dans les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2013)

Niveau de données probantes	Critères*
A	Données probantes provenant d'une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés ou résultats uniformes obtenus dans deux essais contrôlés randomisés ou plus. Les effets désirables l'emportent clairement sur les effets indésirables ou vice versa.
B	Données probantes provenant d'un seul essai contrôlé randomisé, ou résultats uniformes obtenus dans deux essais non randomisés ou non contrôlés bien conçus ou plus, et grandes études observationnelles. Les effets désirables l'emportent sur les effets indésirables ou les deux types d'effet sont à peu près équivalents, ou vice versa.
C	Consensus du groupe de rédaction ou appui par des données probantes de recherche limitées. Les effets désirables l'emportent sur les effets indésirables ou les deux types d'effet sont à peu près équivalents, ou vice versa, comme ils sont déterminés d'un commun accord par le groupe de rédaction.

* adapté de Guyatt et coll. 2008

2.5.3 Élaboration des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Les recommandations incluses dans chaque chapitre des Recommandations sont élaborées par un processus itératif de création d'un consensus avec chaque groupe de rédaction. Les groupes de rédaction se rencontrent par téléconférence toutes les deux semaines pendant l'étape de rédaction et de révision. Le directeur des pratiques exemplaires et du rendement ou l'analyste participent à toutes les téléconférences et surveillent étroitement le processus de mise à jour afin d'assurer l'uniformité, la normalisation et la rigueur d'élaboration dans les groupes de rédaction collectivement et individuellement. En outre, la personne qui a effectué les recherches bibliographiques et préparé les tableaux de données probantes initiales participe également aux téléconférences.

Le processus suivi par tous les groupes de rédaction dans l'élaboration de la version actuelle des chapitres des Recommandations comprend les étapes suivantes :

- Tous les membres reçoivent une trousse d'orientation incluant le présent document de méthodologie, la version précédente du chapitre qui les concerne, et l'ébauche de tous les tableaux de données probantes mis à jour (comprenant des renseignements sur les lignes

directrices externes et les tableaux sommaires pour les articles de recherche), qui ont été terminés pendant l'étape de recherche.

- Lors de la première téléconférence, le processus de mise à jour des pratiques optimales est examiné et on répond à des questions à ce sujet. Le chapitre examiné fait l'objet d'une discussion générale, et des idées ainsi que des commentaires sont échangés. On présente aussi de nouvelles études majeures qui ont été effectuées sur le sujet depuis la mise à jour précédente. Les coprésidents animent une discussion sur les ajouts, les révisions et les suppressions qui pourraient être nécessaires pour le chapitre. Les résultats de cette discussion sont transmis au Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC aux fins de considération et de commentaires avant que le groupe de rédaction puisse procéder à des modifications significatives.
- Lors de rencontres subséquentes, tous les thèmes et des recommandations particulières sont examinés et discutés par les membres des groupes de rédaction concernant leur pertinence actuelle et leur exactitude à la lumière de nouvelles données probantes, et la clarté et la possibilité d'application des énoncés de recommandation. Le groupe de rédaction examine toutes les nouvelles données probantes ainsi que les recommandations associées actuelles incluses dans les lignes directrices externes. Cette étape est importante pour aider à promouvoir l'uniformité de lignes directrices semblables dans la mesure du possible, et pour réduire les variations qui pourraient faire obstacle à leur adoption par des utilisateurs finals cibles.
- Les recommandations sont réparties par les groupes de rédaction dans les catégories de dépistage, d'évaluation, d'interventions (pharmacologiques et non pharmacologiques) et d'autres questions de gestion, le cas échéant. Les recommandations peuvent traiter du système et de la structure organisationnelle, des processus cliniques ou des résultats des patients en matière d'AVC. Des recommandations sur le plan du système ou sur le plan clinique peuvent être incluses pour chaque thème au besoin.
- Des énoncés de recommandation existants peuvent être révisés pour refléter le consensus du groupe. De nouvelles recommandations peuvent être proposées et rédigées pendant les téléconférences pour tenir compte de nouvelles données probantes découvertes pendant la recherche bibliographique initiale. De nouvelles recommandations peuvent être i) tirées directement d'autres documents de lignes directrices, ii) adaptées à partir d'une recommandation ou plus, ou iii) rédigées par le groupe de rédaction. Certaines recommandations peuvent être supprimées en tenant compte de données probantes émergentes.
- Toutes les recommandations proposées sont examinées en fonction des niveaux de données probantes attribués, de la solidité des données disponibles à l'appui, des effets nuisibles et des bienfaits des recommandations proposées (voir ci-dessus pour en savoir plus sur les critères de niveaux de données probantes). Les données probantes précédentes peuvent être promues à un niveau supérieur, si suffisamment de nouvelles données sont disponibles pour appuyer de tels changements.
- Les articles ou les lignes directrices de référence qui contribuent à chacune des recommandations sont décrits dans le sommaire des données probantes qui suit les recommandations ainsi que dans les tableaux de données et la liste de références pour chaque thème.
- Des ébauches de recommandations sont fournies au Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC et aux membres du personnel, afin qu'ils examinent et mettent à jour tous les indicateurs de rendement pour s'assurer d'une harmonisation et de mesures appropriées dans les recommandations finales.
- Lorsqu'une version finale du chapitre révisé est prête et approuvée par tous les membres du groupe de rédaction, elle est présentée au Comité consultatif canadien sur les pratiques

Mise à jour 2012 - 2013

optimales en matière d'AVC pour étude, révision et approbation, avant d'être soumise à l'examen par des pairs à l'externe.

- Les divergences d'opinions ou les conflits qui surviennent au sein du groupe de rédaction sont d'abord traités par les coprésidents du groupe et, au besoin, soumis au Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC, afin qu'ils soient résolus.

Pendant toute la durée du processus de mise à jour 2012-2013, d'autres thèmes émergents ont été proposés par des membres du groupe de rédaction, des intervenants et des examinateurs à cause de leur pertinence pour la pratique clinique de soins de l'AVC, et parce qu'ils se situaient dans le cadre des Recommandations. Ces thèmes ont fait l'objet de discussions par les membres du groupe de rédaction, et les présidents de groupe les ont présentés au comité consultatif. Lorsque les données probantes ne répondaient pas aux critères d'inclusion, ces thèmes étaient documentés. Ils feront l'objet d'un suivi afin de repérer des données probantes émergentes de façon progressive, et seront pris en considération potentiellement lors d'une mise à jour future si suffisamment de données ou de justifications pour l'inclusion deviennent disponibles.

Traitement des données probantes de dernière minute : Étant donné que les données probantes de recherche sur la prestation des soins de l'AVC sont très dynamiques et évolutives, un protocole a été établi pour traiter les données les plus récentes en temps opportun. Lorsque de nouvelles données probantes publiées pourraient avoir un impact sur n'importe laquelle des recommandations dans ces lignes directrices, on communique avec le groupe de rédaction concerné qui résume et examine les données. Des discussions appropriées ont lieu et des décisions sont prises concernant leur impact sur les recommandations actuelles. Toute révision proposée est soumise au même processus d'examen rigoureux qui est suivi pour les chapitres complets. L'équipe des Recommandations publie alors un bulletin provisoire concernant toute révision hors cycle, qui a été approuvée. Ces bulletins sont intégrés dans des mises à jour subséquentes le cas échéant.

2.5.4 Examen et préparation d'une version finale des lignes directrices

La troisième étape dans le processus de mise à jour d'un chapitre des pratiques optimales de soins de l'AVC comprend l'examen interne, l'examen externe, l'achèvement du chapitre et son approbation, l'élaboration des outils et la traduction française. Lorsque ces étapes sont terminées, le chapitre est publié et diffusé activement.

Examen interne

Lorsque le groupe de rédaction arrive à un consensus sur la version terminée de la mise à jour du chapitre, le document révisé est soumis au Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC. Les membres du comité consultatif examinent complètement le document et fournissent des commentaires par écrit. Le chapitre fait ensuite l'objet d'une discussion par téléconférence, et tous les commentaires sont compilés et transmis aux présidents du groupe de rédaction. Des modifications mineures sont effectuées par les présidents du groupe de rédaction et le chef d'équipe sur les pratiques optimales de soins de l'AVC de la Fondation. Les problèmes plus importants sont soumis au groupe de rédaction complet, afin qu'ils soient examinés et résolus. Une version finale du chapitre est alors terminée.

Examen externe

Lorsque la version finale d'un chapitre est prête, elle est transmise aux examinateurs à l'externe. Comme indiqué à la section 2.2, il s'agit d'un groupe d'experts qui ne participent pas directement à aucune étape de la mise à jour du chapitre. Les examinateurs à l'externe incluent aussi des personnes qui ont été victimes d'un AVC ou des membres de leur famille et des aidants. Les examinateurs à l'externe reçoivent le chapitre final et l'accès à tous les tableaux de données probantes. Ils reçoivent aussi un modèle normalisé pour les commentaires, qui invite l'examineur à effectuer ce qui suit pour chaque section du chapitre :

- Apposer ses initiales pour signifier son accord avec les recommandations et les données

probantes ou pour indiquer une préoccupation majeure concernant une ou des recommandations particulières au sein d'un thème. Si cette option est choisie, on invite l'examineur à fournir une explication détaillée de ses préoccupations, et d'autres références, le cas échéant, pour les appuyer.

- Fournir des commentaires sur les sections de justification, les exigences pour le système, les indicateurs de rendement et les outils de mise en œuvre.
- Fournir d'autres commentaires généraux concernant le chapitre examiné.

Tous les commentaires provenant de l'examen externe sont compilés par le chef d'équipe sur les pratiques optimales de soins de l'AVC de la Fondation pour le chapitre, et soumis aux présidents du comité consultatif et aux présidents du groupe de rédaction. Des modifications mineures sont traitées au besoin. Les problèmes majeurs sont examinés en téléconférence par les présidents et les membres du groupe de rédaction afin de s'entendre sur une résolution. Une version définitive du chapitre est rédigée et soumise aux présidents du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC et les chefs d'équipe sur les soins de l'AVC de la Fondation aux fins d'approbation finale.

2.6 ÉLABORATION DES INDICATEURS DE RENDEMENT POUR LES PRATIQUES DE SOINS DE L'AVC

Le Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC (voir la liste maîtresse des participants aux Recommandations 2012-2013 pour connaître les membres du comité) a été créé afin de diriger, de guider, d'uniformiser et de normaliser la mesure et la surveillance des soins de l'AVC dans l'ensemble du Canada. Ces objectifs favorisent les possibilités de comparaison du progrès du rendement et de la surveillance dans l'atteinte de la prestation de soins de haute qualité relativement aux repères nationaux, dans les provinces, collectivement et individuellement, et dans les groupes de pairs selon les ressources et la disponibilité des services de soins de l'AVC. Les membres du Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC comprennent des experts en qualité des soins, mesures et évaluation, et prestation de soins optimaux de l'AVC. Les personnes qui ont été victimes d'un AVC, les membres de leur famille ou des aidants participent aussi aux travaux de ce comité.

Ce groupe a créé un cadre de qualité qui permet de déterminer les pratiques optimales de soins de l'AVC, les services et les mécanismes de soutien de la Fondation, les partenariats à l'interne et à l'externe, et les activités de surveillance des données sur l'AVC. Ce cadre a été approuvé lors du sommet sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC, qui a eu lieu en décembre 2013. Le sommet réunissait 45 experts en soins de l'AVC et chefs de file dans la qualité des soins de partout au Canada. Le cadre de qualité et les objectifs du groupe sont appliqués grâce à l'élaboration d'une série normalisée de définitions de cas pour les soins de l'AVC, une série d'indicateurs de rendement et de qualité de base en matière de soins de l'AVC, un répertoire d'autres indicateurs de qualité propres aux recommandations, des outils de vérification et de collecte de données en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et à un manuel complet sur la mesure du rendement.

2.6.1 DÉFINITIONS DE CAS D'AVC

Dans le cadre de son mandat, le Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC a élaboré une série normalisée de **définitions de cas** pour sélectionner les cas d'AVC appropriés aux fins de surveillance de la qualité. Le comité a établi une série d'indicateurs de rendement de base, qui représentent les éléments de pratiques optimales avec les plus hauts niveaux de données probantes et d'impact sur les résultats du patient, ainsi que les éléments qui sont considérés comme des moteurs clés du système (tels que la période allant du début des symptômes de l'AVC à l'arrivée à l'hôpital). Les définitions de cas ont été établies à la suite d'analyses exhaustives des données et de détermination de la validité des scénarios de définition de cas par les chercheurs dans le domaine de l'AVC au Canada. Des analyses de sensibilité et de spécificité ont été effectuées et plusieurs discussions ont eu lieu avec des organismes partenaires tels que l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Agence de la santé publique du Canada. Ces groupes se sont entendus concernant les codes de la Classification

internationale des maladies appropriés pour l'inclusion et l'exclusion dans une série normalisée de définitions de cas. Les définitions de cas tiennent compte de l'âge et des types d'AVC, et comprennent l'ischémie cérébrale transitoire (ICT). L'objectif est l'adoption des mêmes définitions de cas par tous les organismes et groupes de recherche au Canada, qui mesurent les processus de l'AVC et les résultats des soins.

2.6.2 INDICATEURS DE RENDEMENT ET DE QUALITÉ CLÉS DE BASE POUR LES SOINS DE L'AVC

Les *indicateurs de rendement de base*, qui constituent le fondement des activités continues de mesure et de surveillance de la Fondation ont été sélectionnés à l'aide d'un processus Delphi rigoureux ainsi que par l'entremise de partenariats avec l'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Agrément Canada. Tous les indicateurs de base sont examinés et mis à jour, le cas échéant, tous les deux ans à titre de composants du cycle de mise à jour semestrielle des Recommandations. Les indicateurs de rendement de base des soins de l'AVC ont été sélectionnés à l'aide des critères cités ci-dessous par un groupe de 50 experts en AVC et épidémiologie.

En plus de la série d'indicateurs de base, le comité consultatif a aussi établi une liste plus détaillée d'indicateurs de qualité pour chaque domaine thématique et une série de recommandations incluses dans les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada. Ces indicateurs supplémentaires permettent aux groupes de surveiller plus étroitement l'impact de la mise en œuvre de recommandations précises sur la qualité des soins ou des résultats pour les patients. Les indicateurs sont souvent applicables lorsque des initiatives d'amélioration de la qualité sont entreprises sur un thème précis des pratiques optimales de soins de l'AVC.

Les indicateurs de rendement de base et les indicateurs supplémentaires sont repérés par une recherche bibliographique qui est exécutée en même temps que l'examen des recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Les indicateurs sont souvent inclus dans les projets de recherche comme résultats primaires ou secondaires, et certains documents publiés indiquent des indicateurs de qualité de soins de l'AVC précisément. Les articles de recherche qui précisent des indicateurs de rendement sont soumis à la même évaluation critique rigoureuse que les articles utilisés pour le contenu des recommandations.

Tous les indicateurs de qualité inclus dans les recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC sont sélectionnés en s'appuyant sur les critères suivants :

- I. **Données probantes solides** : Ces indicateurs s'harmonisent avec les recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC qui ont le niveau le plus élevé de données probantes à l'appui ou mesurent les moteurs clés du système.
- II. **Pertinence** : Ces indicateurs sont pertinents et importants pour la surveillance de la qualité des soins de l'AVC dans le cadre des priorités de pratiques cliniques actuelles.
- III. **Validité** : Il s'agit d'indicateurs de rendement valides en matière de soins de l'AVC, qui ont été cités dans la littérature ou ont fait l'objet d'essais par des membres du comité consultatif ou des collaborateurs, et présentent un fort degré de validité en ce qui concerne la forme et le contenu.
- IV. **Fiaisabilité** : Ces indicateurs sont fiables pour la mesure au fil du temps et parmi divers groupes.
- V. **Faisabilité** : Il est possible d'utiliser ces indicateurs pour recueillir des données (les données peuvent être disponibles lorsque les mécanismes appropriés sont en place), et les avantages de collecte de données l'emportent sur les coûts de la collecte.
- VI. **Mise en œuvre** : Les indicateurs sont associés à des mesures clairement définies qui pourraient être utilisées pour améliorer la qualité des soins évaluée par l'indicateur.
- VII. **Sans ambiguïté** : Ces indicateurs sont clairement définis et peuvent être calculés systématiquement par différents groupes, avec des numérateurs, des dénominateurs et des critères d'inclusion ou d'exclusion précis.

Le comité consultatif fournit aussi des notes relatives à la mesure des indicateurs pour bon nombre des indicateurs de rendement qui repèrent des sources de données potentielles, des méthodes pour améliorer la collecte de données, des défis en matière d'accès aux données et des problèmes de qualité des données. Ces notes sont incluses dans les modèles de pratiques optimales de soins de l'AVC décrits

à la section 2.4 du présent document.

À titre de supplément des recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, le Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC a publié un manuel complet sur la mesure du rendement intitulé « Canadian Stroke Performance Measurement Manual ». Ce document inclut tous les indicateurs de rendement contenus dans les Recommandations et offre des définitions détaillées, des formules de calcul, des critères d'inclusion et d'exclusion, des sources de données et des notes supplémentaires. Le Manuel sur la mesure du rendement intitulé en anglais « Canadian Stroke Performance Measurement Manual (CSPMM) » a été conçu pour servir de guide à tous les organismes et groupes qui recueillent des données de rendement en matière de soins de l'AVC au Canada. L'objectif des renseignements offerts dans le manuel est d'accroître l'uniformité et la normalisation de la mesure du rendement des soins de l'AVC partout au Canada, et de permettre des comparaisons entre les groupes et l'élaboration d'indices de référence nationaux validés. Des indices de référence sont présentement disponibles pour un nombre limité d'indicateurs de rendement, et plusieurs initiatives sont en cours aux plans national et international pour élaborer davantage ces indices.

Le Manuel sur la mesure du rendement (« Canadian Stroke Performance Measurement Manual ») est disponible à l'adresse www.strokebestpractices.ca.

2.6.3 SYSTÈMES DE MESURE ET DE SURVEILLANCE

Pour chaque recommandation de pratique optimale qui est mise en œuvre, un système de mesure et de surveillance de son impact doit être en place aux niveaux local et régional. Les membres du Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC ont collaboré avec les chercheurs du Registre de l'AVC de l'Ontario (anciennement Registre du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires) afin de créer des outils de vérification et des mécanismes de collecte de données qui sont disponibles à l'échelle nationale pour soutenir la collecte de données essentielles sur l'AVC. En outre, grâce à un partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé, un mécanisme spécial de collecte des données a été établi pour recueillir des données pour six des indicateurs de base dans le cadre de l'abstraction hospitalière routinière de tous les services d'urgence et de tous les dossiers médicaux de patients hospitalisés. Tous les organismes sont encouragés à prendre part à ce projet. D'autres renseignements concernant le Projet spécial de surveillance des soins de qualité de l'AVC 340 de l'ICIS sont disponibles dans le Manuel sur la mesure du rendement, intitulé en anglais « Canadian Stroke Performance Measurement Manual ».

En outre, le Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC a travaillé étroitement avec Agrément Canada à l'élaboration de leur Programme de distinction des services de l'AVC. Dans ce programme, neuf indicateurs obligatoires, et deux des onze indicateurs facultatifs doivent être recueillis et signalés sur une base semestrielle pour maintenir leur état de distinction. Tous ces indicateurs sont tirés directement des indicateurs de qualité de base de la stratégie canadienne de l'AVC, et certains autres indicateurs ont été repérés dans les pratiques optimales. Les mêmes définitions et formules de calcul sont utilisées pour assurer l'uniformisation et la normalisation dans l'ensemble des organismes.

On ne s'attend pas à ce que les utilisateurs soient capables de recueillir des données pour tous les indicateurs de rendement fournis. En conséquence, comme indiqué ci-dessus, les indicateurs de rendement les plus pertinents et importants pour chaque série de recommandations sont présentés en **gras** ou portant l'indication de leur origine dans la série de base. Les autres indicateurs sont destinés à ceux qui peuvent effectuer une évaluation plus approfondie des pratiques en matière de soins de l'AVC dans leur région.

3.0 MOBILISATION DES CONNAISSANCES

La Fondation et l'équipe canadienne des pratiques optimales en matière d'AVC encouragent les programmes provinciaux ou territoriaux et régionaux à adopter les Recommandations dans leur totalité. Même si le processus et la rapidité de mise en œuvre varient selon la disponibilité des ressources, la région et les circonstances locales, la vision d'une prestation de services intégrés, efficaces et de haute qualité en matière d'AVC, à tous les Canadiens et Canadiennes, doit être transmise et soutenue partout au Canada.

L'équipe canadienne de pratiques optimales en matière d'AVC reconnaît que la production et la publication de lignes directrices fondées sur des données probantes ne sont pas suffisantes pour modifier les pratiques. La recherche a démontré qu'un éventail de mécanismes est nécessaire pour obtenir l'adoption et l'observance des soins fondés sur des données probantes. Afin d'améliorer la mise en œuvre des recommandations pour les pratiques optimales, le comité consultatif et les groupes de rédaction collaborent étroitement avec des spécialistes de la formation professionnelle et des développeurs d'outils. Les résultats de ces efforts sont intégrés directement avec les recommandations pour les pratiques optimales afin qu'ils soient facilement accessibles. En outre, les membres de l'équipe des soins de l'AVC de la Fondation, du comité consultatif et du groupe de rédaction offrent des séances éducatives, des conférences, des ateliers de formation ainsi que des présentations de résumés aux réunions locales, nationales et internationales sur les soins de l'AVC, et contribuent à la documentation croissante des données de recherche.

3.1 RESSOURCES DE MISE EN ŒUVRE ET OUTILS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Afin de produire un ensemble complet de pratiques optimales de soins de l'AVC, plusieurs outils de mise en œuvre et ressources sont inclus dans le matériel à l'appui des recommandations. Certaines pièces de ce matériel sont élaborées par les membres des groupes de rédaction et reflètent directement le contenu des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada. D'autres documents du matériel ont été créés par des groupes tiers à l'externe. Le matériel est examiné par les membres du groupe de rédaction et sélectionné en fonction du contenu, de la qualité du matériel et du processus d'élaboration, ainsi que sur l'indépendance de rédaction, qui ressemblent aux critères appliqués dans la sélection des recommandations externes considérés comme des lignes directrices de référence pour le processus de mise à jour des chapitres. Les ressources offertes pour n'importe quel thème ne sont pas complètes par rapport à ce qui pourrait être disponible. Elles sont conçues comme point de départ sérieux si l'on veut faciliter l'adoption et la mise en œuvre.

Selon le thème des recommandations, ce matériel pourrait ne réunir que ce qui suit :

- des liens vers des tableaux sommaires, des sites Web et des outils spécialement élaborés par des groupes canadiens sur les pratiques optimales de soins de l'AVC;
- du matériel didactique pour les professionnels de la santé, y compris une série complète de diapositives couvrant le contenu de chaque chapitre, disponible sur le site Web et dont l'accès est libre à des fins éducatives sans restrictions;
- du matériel de formation et d'acquisition de compétences pour les professionnels de la santé;
- du matériel éducatif et d'acquisition de compétences que les professionnels des équipes de soins de l'AVC peuvent offrir aux patients et aux membres de leur famille;
- des outils de dépistage et d'évaluation qui ont été examinés et sélectionnés par consensus relativement à leurs solides propriétés psychométriques, et leur applicabilité, fiabilité et pertinence pour les populations de patients victimes de l'AVC;
- des modèles de séries de règlements, des protocoles, des listes de vérification et des feuilles de déroulement du travail;
- des liens vers des sites Web et des outils créés par des tiers partenaires et des collaborateurs en matière de pratiques optimales de soins de l'AVC, qui sont examinés et sélectionnés par consensus dans des groupes de rédaction des pratiques optimales de soins de l'AVC.

Tout le matériel inclus dans ces sections des documents de recommandations est disponible en version imprimée ou électronique. Les membres de l'équipe canadienne des pratiques optimales en matière d'AVC ne reçoivent aucune rémunération ou ne font aucun profit pour leur soutien et leur distribution de matériel de tiers.

Certains outils de dépistage et d'évaluation qui sont indiqués dans les ressources de mise en œuvre pourraient être exclusifs. L'accès à ce matériel et le paiement pour leur utilisation sont la responsabilité des personnes qui choisissent de s'en servir.

3.2 ACCÈS AUX RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC

Les Recommandations sont accessibles librement sans frais, en anglais et en français.

La 4^e édition est disponible en ligne seulement, à l'adresse <http://www.strokebestpractices.ca/?lang=fr>.

Même si nos versions antérieures étaient disponibles en version imprimée par l'entremise du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, la Fondation et l'Association médicale canadienne (édition publiée en 2008), notre stratégie de diffusion a changé en réponse aux commentaires des utilisateurs sur la distribution électronique. Le site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC permet à l'équipe des pratiques optimales en matière d'AVC d'offrir une plus vaste gamme de matériel avec des liens directs entre les composants.

Le **public cible** principal du site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC est constitué de professionnels de la santé et de personnes soignantes qui soutiennent ceux qui sont touchés par l'AVC. Ces gens comprennent des personnes victimes d'un AVC, les membres de leur famille, les professionnels et les aidants qui les soignent, ainsi que le grand public.

Les personnes touchées par l'AVC et le grand public peuvent consulter du matériel éducatif créé spécialement à leur intention, y compris des guides pour l'AVC tant chez l'adulte que chez l'enfant, ainsi que pour l'ischémie cérébrale transitoire, et une liste de vérification post-AVC qui aide à orienter la consultation avec les membres de l'équipe de soins de santé.

3.3 DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC

La Fondation participe activement à la diffusion des Recommandations par l'entremise des activités suivantes :

- Affichage des recommandations sur le site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada, dont l'accès est libre à l'échelle internationale;
- Affichage de liens vers le site Web sur des sites de partenaires et de collaborateurs en matière de pratiques optimales de soins de l'AVC, qui sont indiqués à divers endroits dans le présent document;
- Collaboration étroite avec le Groupe consultatif provincial-territorial sur l'AVC de la Fondation afin de diffuser des renseignements sur les pratiques optimales de soins de l'AVC partout dans son réseau, et de travailler avec ces relations pour organiser des séances éducatives;
- Affichage de liens vers le site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC sur les sites Web de répertoires centraux de lignes directrices d'organismes, tels que la World Stroke Organization,

Mise à jour 2012 - 2013

la National Guidelines Clearing House, l'Internet Stroke Centre, et l'Infobanque de l'Association médicale canadienne;

- Rédaction d'articles pour publication décrivant les modifications incluses dans les mises à jour de revues telles que le Journal de l'Association médicale canadienne, et l'International Journal of Stroke;
- Annonces aux médias et communiqués de presse sur tous les sites Web de la Fondation, ainsi que publication dans les bulletins de la Fondation, de ses partenaires et de ses collaborateurs en matière de pratiques optimales de soins de l'AVC lorsqu'un nouveau chapitre est publié;
- Envoi d'annonces par courriel à toutes les relations associées à l'AVC dans la base de données de la Fondation, et utilisation des médias sociaux tels que Twitter et les blogues sur l'AVC pour échanger des données mises à jour et attirer l'attention sur le site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC;
- Collaboration avec des groupes de soutien de l'AVC et des personnes touchées par l'AVC afin de diffuser et d'interpréter le matériel sur les pratiques optimales de soins de l'AVC, y compris prendre la parole lors de réunions, envoyer des bulletins et discuter de façon continue;
- Présentations lors de rencontres nationales, provinciales et régionales de professionnels de la santé dans toutes les disciplines de soins de santé et dans l'ensemble du continuum de soins de l'AVC;
- Présentations aux professionnels de soins de la santé de première ligne au niveau local, et utilisation des processus de consensus locaux pour examiner et évaluer de façon structurée les moteurs et les obstacles relativement à l'application des lignes directrices ainsi qu'aux stratégies de mise en œuvre novatrices;
- Diffusion des recommandations aux rencontres internationales sur l'AVC, et par l'entremise de la World Stroke Organization, du Guidelines International Network, ainsi que des partenaires et des collaborateurs à l'étranger.

L'équipe canadienne des pratiques optimales en matière d'AVC de la Fondation encourage les chefs de file de la stratégie de l'AVC aux niveaux provincial ou territorial et régional d'utiliser ces approches ou d'autres qui sont applicables, afin de diffuser davantage les recommandations et les outils de soutien à des professionnels de la santé, des planificateurs de système de santé, des décideurs et des bailleurs de fonds.

3.4 PROGRAMME DE DISTINCTION DES SERVICES DE L'AVC D'AGRÉMENT CANADA

Agrément Canada, en collaboration avec le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et la Fondation a créé un programme de distinction des services de l'AVC afin de reconnaître les organismes de santé qui démontrent une excellence clinique et un engagement exceptionnel à l'égard du leadership dans les soins de l'AVC. Les organismes reconnus par le programme offrent des normes d'excellence hautement spécialisées, fondées étroitement sur les Recommandations, dans les domaines des services de soins de l'AVC en phase aiguë, des services de réadaptation post-AVC offerts aux patients hospitalisés, et des services de soins de l'AVC complets (utilisés dans un milieu régional). Les organismes actuellement autorisés par Agrément Canada sont admissibles à participer au programme de distinction des services de l'AVC. Depuis 2013, plusieurs centres de soins de l'AVC au Canada ont mérité une distinction pour services de l'AVC.

En plus des normes et des protocoles, la distinction exige la soumission continue de données associées à une série d'indicateurs de base pour la qualité des soins de l'AVC. Ces indicateurs sont dérivés directement des indicateurs de qualité clés intégrés à toutes les pratiques optimales de soins de l'AVC.

Une visite sur place par des évaluateurs experts qui possèdent une vaste expérience dans le domaine des soins de l'AVC a lieu dès que toute la documentation a été soumise à Agrément Canada. Au cours de cette visite, les évaluateurs interagissent étroitement avec les membres de l'équipe de soins de l'AVC ainsi qu'avec un éventail de dispensateurs de soins, afin de déterminer dans quelle mesure les normes et les recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC sont appliquées. Ils consacrent aussi beaucoup de temps à des survivants d'un AVC ainsi qu'aux membres de leur famille pour connaître

leur point de vue sur la prestation de soins.

Dans le cas des chefs de file en matière de soins de l'AVC, la distinction représente une nouvelle occasion pour :

- être reconnus en ce qui concerne leur engagement exceptionnel à l'égard de l'excellence, de l'innovation, du service de haute qualité et des résultats positifs;
- faire partie d'une stratégie novatrice visant à renforcer l'adoption et la diffusion des Recommandations, et des lignes directrices sur les pratiques cliniques;
- atteindre et maintenir les valeurs de qualité et de sécurité en démontrant sa conformité aux normes nationales d'excellence et en respectant les seuils des indicateurs de rendement.

La distinction des services de l'AVC tient compte de la façon dont les programmes sur les soins de l'AVC sont intégrés dans les collectivités qu'ils servent. Ce programme est une initiative importante au sein de la Fondation et de la stratégie canadienne de soins de l'AVC de qualité. Tous les programmes de soins de l'AVC au Canada sont encouragés à participer au programme de distinction comme moyen de promouvoir l'amélioration de la qualité et la surveillance constante des soins et du service.

Agrément Canada collabore étroitement avec l'équipe des soins de l'AVC de la Fondation. Un processus est en place entre les deux groupes pour s'assurer que les normes de distinction des services de l'AVC d'Agrément Canada continuent d'être harmonisées avec les pratiques optimales de soins de l'AVC. À la fin de chaque cycle de mise en œuvre des pratiques optimales de soins de l'AVC, on entreprend un examen des normes de distinction des services de l'AVC, suivi de la présentation d'un rapport à Agrément Canada indiquant les secteurs des pratiques optimales de soins de l'AVC, qui ont été modifiés, ou les indicateurs de qualité qui pourraient exiger une révision dans les normes de distinction.

La participation au programme de distinction est un outil de valeur qui aide les organismes de services de l'AVC dans le continuum de soins à déterminer et à célébrer leurs forces dans la prestation des soins de l'AVC et à repérer les secteurs où la qualité pourrait être améliorée de façon continue.

Pour en savoir plus sur le Programme de distinction des services de l'AVC, veuillez consulter <http://www.accreditation.ca/fr/accreditation-programs/distinction/stroke-services>

RÉFÉRENCES

1. Appraisal of Guidelines Research & Evaluation II (AGREE). Accessible à l'adresse : <http://www.agreetrust.org/>
2. Graham ID, Harrison MB, Brouwers M, Davies BL et Dunn S., Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *JOGNN*, 2002;3:599-611.
3. Graham ID, Harrison MB, Lorimer K, et coll. Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: the Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol. *Adv Skin Wound Care* 2005;18:307-18.
4. Guyatt GH, Cook DJ, Jaeschke R, et coll. Grades of recommendation for antithrombotic agents: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8^e édition) [erratum publié dans *Chest* 2008;134:473]. *Chest* 2008;133(6 Suppl):123S-131S.
5. Guyatt GH, Oxman AD, Akl EA, et coll. GRADE Guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011; 64:383-394.
6. Lindsay MP, Cote, R, Hill MD, au nom du Comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC. Canadian Stroke Performance Measurement Manual; Ottawa (Ont.) Accessible à l'adresse : http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2012/07/CSS-Performance-Manual-2008_EN.p