



Dr^e Jennifer Yao, M.D., FRCPC

Téléréadaptation dans le continuum des soins de l'AVC : recommandations canadiennes pour les pratiques optimales

Jennifer K. Yao, M.D., FRCPC

Physiatrie et réadaptation

Professeure clinique agrégée, Université de la Colombie-Britannique

Déclaration des conflits d'intérêts réels ou potentiels

Dr. Jennifer Yao, M.D., FRCPC

Membre bénévole du comité consultatif médical d'After Stroke
BC

Objectifs

- Reconnaître le rôle de la réadaptation virtuelle chez les personnes vivant avec un AVC
- Identifier les éléments clés à prendre en compte lors de la mise en œuvre d'un programme de réadaptation virtuelle après un AVC
- Reconnaître les limites actuelles de la réadaptation virtuelle après un AVC
- Comprendre le rôle de la télésanté dans la gestion de la spasticité post-AVC



Reconnaissance du territoire

J'aimerais tout d'abord reconnaître que la région dans laquelle j'habite et je travaille, à Vancouver, est le territoire non cédé des Salish de la Côte, comprenant les Nations xwməθkwəy'əm (Musqueam), Skwxwú7mesh (Squamish), Stó:lō et Səl'ílwətaʔ/Selilwitulh (Tsleil-Waututh).

Remerciements

- Coprésidente :
D^{re} Nancy Salbach
- Membres du groupe de rédaction (bénévoles)
- Examineurs externes bénévoles
- Financement de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

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

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

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

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

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

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

Objectifs des lignes directrices

- Élaborées afin d'appuyer les pratiques exemplaires en matière de télé-réadaptation, étant donné que la pandémie a entraîné un passage rapide à la prestation de soins virtuelle.
- Fondées sur les chapitres *Les transitions et la participation communautaire après un AVC* et *La réadaptation et le rétablissement après un AVC* des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC de 2019.
- Thème de la 7^e édition des Recommandations :
Établir des liens pour optimiser les résultats individuels
- Protocole d'accord provisoire

Téléréadaptation après un AVC

« La téléréadaptation (réadaptation virtuelle) après un AVC désigne l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour fournir des services de réadaptation à distance. »

Peut être utilisée pour favoriser ce qui suit :

- Prévention
- Évaluation
- Analyse
- Surveillance
- Intervention
- Supervision
- Éducation
- Consultation
- Encadrement

Méthodologie

- Respect de la méthodologie associée aux Recommandations
- Recherche et évaluation systématiques des publications jusqu'en janvier 2022
- Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes à l'aide de la méthode GRADE
 - Force des recommandations et qualité des données probantes
 - Si les données probantes sont insuffisantes – « considération clinique » plutôt que « recommandation »
- Groupe de rédaction et consultation communautaire – examen et révision des recommandations, réponses aux questions cliniques

<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation/telereadaptation-apres-un-avc>

Quatre sections

- Accès, admissibilité, consentement et confidentialité
- Technologie et planification
- Formation et compétences
- Évaluation et prestation de services

Accent mis sur l'accès équitable, la culture numérique et la formation, tout en préservant la sécurité et l'efficacité

Approche pragmatique lorsque les données probantes sont limitées (p. ex., modèles de soins hybrides)

Portée de la télé-réadaptation après un AVC

- Les examens systématiques des études ont permis d'analyser un vaste éventail de capacités fonctionnelles et de résultats :
 - Fonction motrice – membres supérieurs et inférieurs
 - Équilibre
 - Indépendance dans le cadre des activités de la vie quotidienne (AVQ)
 - Déglutition et fonction du langage
 - Qualité de vie
 - Dépression
 - Préférences et perceptions des patients et des aidants
- Les interventions étaient liées à diverses disciplines (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie)

Vue d'ensemble

- Il faut offrir des options de télé-réadaptation aux patients considérés comme admissibles lorsque la réadaptation en personne n'est pas réalisable ou accessible.
- Des données probantes de bonne qualité indiquent que lorsqu'elle est réalisée adéquatement, la télé-réadaptation est aussi efficace que la réadaptation en personne.
- Son utilisation offre de la souplesse pour l'évaluation initiale, la prestation de services et la surveillance continue.
- Même si certains préfèrent encore la réadaptation en personne, de nombreux patients ont indiqué être grandement satisfaits des programmes virtuels de réadaptation.
- L'installation, la planification et la formation doivent être adéquates pour les patients et les dispensateurs de soins de santé.
- L'objectif est d'atteindre la même intensité thérapeutique que lors de la réadaptation en personne en consultation externe (idéalement, 45 min par jour, de 2 à 5 jours par semaine pendant au moins 8 semaines).

Parcours décisionnel détaillé pour la prestation de soins virtuels

Un parcours décisionnel détaillé pour la prestation de soins virtuels a été créé pour le cadre. Il fait en sorte que plusieurs étapes sont prises en compte dans le processus de prise de décisions. Celles-ci sont présentées en cascade, bien qu'elles soient souvent considérées simultanément. Les étapes ont été segmentées au sein du modèle pour permettre aux utilisateurs de bien comprendre la contribution de chacun des éléments et des enjeux, d'y réfléchir et d'en tenir compte, afin qu'ils prennent des décisions éclairées sur la meilleure approche pouvant répondre aux besoins des patients nécessitant des soins de santé. Tous les détails sur les éléments clés et les étapes du parcours décisionnel se trouvent à www.coeuretavc.ca/ce-que-nous-faisons/pour-professionnels.



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2021. L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

<https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/csbp-f20-virtualcaredecisionframework-fr>

Conseils pour les cliniciens

- Préparer un plan de sécurité ou en cas d'événements indésirables
- Obtenir le consentement éclairé conformément aux exigences locales
- Mettre en place un processus pour conserver l'enregistrement des rencontres dans le dossier des patients
- Définir clairement les objectifs de la télé-réadaptation et les moyens d'évaluer les résultats
- Déterminer à l'avance les obstacles et les facteurs favorables à la réussite de la télé-réadaptation

Trousse d'outils pour les soins virtuels de l'AVC : (réadaptation, p. 29)

<https://heartstrokeprod.azureedge.net/-/media/1-stroke-best-practices/csbpr-virtual-stroke-toolkit-final-fr.ashx?rev=306d3ba534c04fcb82333dd6766fd4bc>

Défi : outils d'évaluation

« Il existe peu de données probantes publiées sur la sécurité, la faisabilité, la fiabilité et la validité des approches d'administration d'outils d'évaluation standardisés après un AVC à l'aide de plateformes ou de technologies de téléadaptation. » (section 4.1)

- À l'heure actuelle, la plupart des dispensateurs de soins adaptent des outils d'évaluation en personne pour s'en servir de manière virtuelle, y compris ceux utilisés dans les cas d'aphasie.
- La fiabilité interévaluateurs de l'échelle d'évaluation de l'équilibre, de l'échelle d'évaluation Fugl-Meyer et de l'échelle ARAT (*Action Research Arm Test*) s'est révélée comme étant bonne à excellente lorsque l'on a comparé les évaluations en personne à celles menées virtuellement, par vidéoconférence (Gillespie et coll., 2021; Amano et coll., 2018).



- La technologie transforme la façon dont nous fournissons des soins de santé, y compris les soins de réadaptation.
- La souplesse et l'adaptation sont nécessaires.
- Nous pouvons entrer en contact avec des personnes qui étaient auparavant difficiles à rejoindre.
- Nous économisons des coûts et du temps.
- Nous faisons davantage confiance à l'utilisation de la technologie dans d'autres aspects des soins de santé.

La télé-réadaptation est
incontournable