

Indicateurs de qualité cliniques et organisationnels pour une gestion optimale de l'accident vasculaire cérébral chez les adultes : protocole d'un examen de la portée.

Amélie Bélanger¹⁻² RN MSc., Julie Houle¹⁻² RN PhD, Agathe Lorthios-Guillement³ PhD, Thalia Lapointe⁴ MSc, Line Beaudet⁵⁻⁷, RN PhD

Affiliations :

1. Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
2. Université du Québec à Trois-Rivières, Département des sciences infirmières
3. Institut national d'excellence en santé et services sociaux
4. Université du Québec à Trois-Rivières, Département des sciences de l'activité physique
5. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
6. Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Direction des soins infirmiers
7. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Adresse de correspondance : amelie.belanger1@uqtr.ca

Source de financement : Subvention projet- Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières (RSTR)

Déclaration conflit d'intérêt :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Résumé

Introduction L'offre optimale de soins et de services interdisciplinaires aux personnes victimes d'AVC et à leurs proches sont des facteurs déterminants pour la récupération et la qualité de vie à la suite de l'événement initial. Afin de mesurer les pratiques actuelles dans les différentes organisations, plusieurs indicateurs cliniques et organisationnels ont été développés. Malgré un large inventaire d'indicateurs développés dans la phase aiguë du continuum AVC, peu d'études ont été effectuées en regard de la mesure de ces indicateurs au sein de cette phase. De plus, aucune synthèse de l'ensemble de ces indicateurs n'a été effectuée et il y a un manque de connaissance dans la façon dont ceux-ci ont été testés, validés et intégrés au niveau des organisations et de la pratique clinique. Dans cet article, nous décrivons un protocole d'examen de la portée afin d'identifier des indicateurs cliniques et organisationnels menant à une gestion optimale de l'AVC ischémique en phase aiguë chez les adultes. **Méthode et analyse** Cet examen de la portée s'appuiera sur le cadre méthodologique de Arskey et O'Malley (2005) raffiné par Levac, Colquhoun et O'Brien (2010). Les bases de données Medline, CINAHL, Academic search complete (EBSCO), Cochrane Library ainsi que les deux moteurs de recherche (Google Scholar et Google) seront utilisées afin d'identifier les écrits répondant aux critères d'inclusion. Toutes les études scientifiques menées et publiées depuis 2015, en français et en anglais, ainsi que tous les articles et les publications issus de la littérature grise traitant des indicateurs de qualité cliniques et organisationnels pour une gestion et une prise en charge optimale de la clientèle adulte ayant subi un AVC ischémique en phase aiguë seront retenues. Les indicateurs seront classés selon les dimensions de la performance des soins (accessibilité des services, qualité des soins et optimisation des ressources). Ensuite, un processus Delphi avec un comité avisé constitué d'experts cliniques et scientifiques ainsi que d'un patient et d'un proche aidant partenaires sera effectué pour identifier une liste finale d'indicateurs. **Retombées potentielles** Nous anticipons que cet examen de la portée

permettra de mettre en évidence les indicateurs cliniques et organisationnels favorables à une gestion optimale de l'AVC en phase aiguë. L'identification de ces indicateurs permettra d'assurer une meilleure surveillance de la qualité de soins.

Mots-clés : AVC ischémique, indicateurs de qualité, phase aiguë, organisation des soins

Introduction

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès chez les adultes dans le monde. Environ 17 millions de personnes en décèdent annuellement, dont 6,2 millions à la suite d'un accident vasculaire (Lancet, 2018). Au Canada, l'AVC est l'une des principales causes d'incapacité grave au sein de cette population (Agence de la santé publique du Canada, 2011) et représente la troisième cause de décès après le cancer et les maladies du cœur (Statistique Canada, 2018). De plus, selon les données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le nombre de personnes subissant un AVC devrait augmenter au cours de la prochaine décennie en raison du vieillissement accéléré de la population et de l'amélioration des traitements, des soins et des services permettant de sauver plus de personnes des suites de la maladie (Blais et al., 2018).

Lors d'un AVC ischémique, la priorité du traitement vise à réinstaurer la circulation sanguine cérébrale le plus rapidement possible afin de limiter les déficits pour ensuite faciliter la réadaptation précoce avec le soutien des proches aidants. Les bénéfices associés aux traitements de revascularisation sont scientifiquement bien documentés (Goyal et al., 2016; Menon et al., 2016; Vidale et Agostoni, 2017). Depuis 2015, la thrombectomie ou le traitement endovasculaire (TEV) est devenue une pratique additionnelle reconnue et privilégiée lors du traitement contre l'AVC ischémique pour le blocage des gros vaisseaux (Goyal et al., 2016; Menon et al., 2016; Vidale et Agostoni, 2017). Cependant, ce type d'intervention s'effectue seulement dans des centres ayant reçu une accréditation de centre tertiaire. À cet effet, plusieurs études ont été effectuées dans la dernière décennie sur l'accessibilité à ces traitements ainsi que sur la prise en charge en phase hyperaiguë des personnes qui subissent un AVC (Hall et al., 2014; INESSS, 2016, 2019; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011). Or, les lignes directrices soutiennent que la phase aiguë incluant la réadaptation précoce est aussi primordiale dans la trajectoire de soins

post AVC pour permettre une poursuite de l'amélioration des capacités cognitives, langagières et fonctionnelles (Boulanger et al., 2018; Teasell et al., 2019). Pourtant, la prise en charge en phase aiguë est parfois compromise et la littérature met en évidence une disparité régionale et contextuelle en regard des services offerts à cette population (INESSS, 2016; Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011).

Or, lorsqu'une personne subit un AVC, celle-ci emprunte une trajectoire de soins et de services particulière selon la région géographique, le type de centre hospitalier procédant à l'admission et les ressources disponibles. Ceci peut parfois aller à l'encontre des lignes directrices canadiennes et internationales qui proposent une trajectoire de soins optimale pour l'ensemble de la population. La situation demeure particulièrement préoccupante au Canada. Sur l'ensemble des personnes ayant survécu à un AVC, une estimation de 16% de celles-ci débiteront la réadaptation immédiatement après le congé des soins aigus et 19% débiteront dans le mois suivant (Coeur et AVC, 2017). Ces enjeux peuvent notamment influencer les issues cliniques et les orientations à la fin de la trajectoire de soins pour les personnes ayant subi un AVC et leurs proches dans la phase de la réintégration et du maintien dans la communauté. D'ailleurs, une étude effectuée en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé démontre que l'atteinte des objectifs établis dans le plan d'interventions en phase aiguë tendent à être moins bien atteints chez la population plus âgée ou ayant une déficience fonctionnelle à la suite d'un AVC (Dessureault et al., 2015). Ces constats mettent en évidence des répercussions au niveau de la réintégration dans la communauté pour ces personnes. Bien que l'utilisation inadéquate des ressources disponibles soit soulignée, les auteurs de cette étude expliquent la difficulté de prédire les besoins potentiels de réadaptation de cette population, et ce, même par des cliniciens expérimentés (Dessureault et al., 2015). Il devient donc indispensable de bien comprendre les enjeux de prise en charge suivant la

revascularisation cérébrale de ces personnes et d'intervenir rapidement dans la phase aiguë afin d'identifier les besoins interdisciplinaires tant sur le plan clinique que fonctionnel en matière de réadaptation précoce et d'assistance dans les activités de la vie quotidienne.

De surcroît, le contexte actuel entourant la pandémie due au virus de la Covid-19 (*Corona virus disease*) a apporté des changements et des mesures exceptionnelles quant à la gestion et à l'organisation de la prise en charge des personnes qui subissent un AVC ainsi que sur les familles et les proches aidants. Des écrits font état des conséquences cliniques et organisationnelles occasionnées par cette crise pandémique qui peuvent affecter les décisions des gestionnaires, le rôle des intervenants cliniques ainsi que l'implication des familles et des proches aidants lors d'un AVC (Montaner et al., 2020; Rudilosso et al., 2020; Smith et al., 2020). Notamment, les personnes ayant fait un AVC en contexte pandémique sont généralement retournées à domicile plus précocement, mais les services interdisciplinaires de réadaptation effectués en phase aiguë en milieu hospitalier ne sont malheureusement pas poursuivis dans la majorité des cas.

Pour soutenir les gestionnaires et les cliniciens des milieux hospitaliers et pour optimiser la pratique particulièrement en phase aiguë, les auteurs des lignes directrices, d'études et de littérature grise formulent des recommandations visant à enrichir l'offre de soins et de services. Celles-ci sont aussi mises à jour régulièrement avec les progrès scientifiques et elles permettent d'élaborer un plan d'action personnalisé à mettre en œuvre au sein de chaque organisation selon sa mission. Enfin, elles mettent l'accent sur le développement d'approches interdisciplinaires pour améliorer la prise en charge de la clientèle AVC en apportant des interventions individualisées à la personne ayant subi un AVC incluant également la participation des proches aidants dans le cheminement des soins et des décisions (Boulanger et al., 2018; MSSS, 2017a; Powers et al., 2018; Smith et al., 2020; Teasell et al., 2019). Les auteurs des lignes directrices, d'études scientifiques et de littérature grise

proposent également de nombreux indicateurs de qualité cliniques (en lien avec les interventions) et organisationnels (orientés vers le processus du continuum de soins et de services) afin de mesurer les résultats d'un plan d'actions et d'apporter les ajustements nécessaires (Boulanger et al., 2018; MSSS, 2017b; Powers et al., 2018; Teasell et al., 2019). Un indicateur de qualité se définit par une mesure fiable et valide d'un état de santé, d'une pratique ou d'une organisation des soins (MSSS, 2012). Lorsque développés, ces indicateurs doivent répondre à certains critères spécifiques et rigoureux afin d'assurer leur implantation et leur suivi dans la pratique clinique tels que la pertinence clinique afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins, la validité, la fiabilité, la faisabilité la convivialité et la comparabilité à un standard de pratique (MSSS, 2012).

Les études antérieures se sont beaucoup intéressées à la mesure d'indicateurs concernant l'accessibilité aux traitements et aux services en phase hyperaiguë incluant les soins en pré-hospitalier avec des cibles spécifiques de chronodépendance. Actuellement, un grand nombre d'indicateurs de qualité existent pour l'ensemble du continuum AVC. Toutefois en regard de la phase aiguë, l'état des connaissances ne permet pas de conceptualiser une synthèse de l'ensemble de ces indicateurs identifiés dans la littérature grise, les lignes directrices ou les études scientifiques. De plus, aucune étude n'a été réalisée afin d'identifier et de comprendre les similitudes au niveau des indicateurs développés et mesurés dans la pratique, les divergences reliées possiblement au contexte interne (caractéristiques des intervenants, caractéristiques des patients, ressources internes disponibles, etc.) et au contexte externe (lieu géographique, type de centre, ressources externes disponibles, les politiques des hôpitaux, etc.) ainsi que les variantes (cibles visées par chacune des instances scientifiques, fréquence dans le suivi de l'indicateur, etc.). En outre, lorsqu'un ensemble d'indicateurs est développé en regard d'une pratique, ceux-ci doivent être classés selon des concepts qui sont souhaitables d'atteindre en termes de qualité afin d'obtenir

un portrait plus global d'une situation (MSSS, 1995). À notre connaissance, aucune synthèse du classement des indicateurs en phase aiguë post AVC n'a été effectuée et aucun classement n'a été réalisé selon chacune des dimensions de la performance des soins (accessibilité des services, qualité des soins et optimisation des ressources) qui comprennent les concepts d'accessibilité, d'équité d'accès, d'efficacité, de sécurité, de réactivité du patient et de la famille, de continuité des soins, d'efficience et de viabilité (MSSS, 2012).

À la lumière de ces constats et malgré un large inventaire d'indicateurs traitant de la phase aiguë, la façon dont ils ont été validés, testés et intégrés au niveau des organisations et dans la pratique clinique demeure ambiguë (Jolley et al., 2017). Afin d'améliorer les issues cliniques des personnes post AVC, il importe donc de bien comprendre quels sont les indicateurs de qualité pertinents à cette phase particulière en tenant compte des spécificités régionales en regard des soins et des services de santé et de leur organisation.

Le but de cet examen de la portée sera d'identifier les indicateurs cliniques et organisationnels menant à une gestion optimale de cette phase charnière de l'AVC ischémique. Les objectifs de recherche visent à identifier les indicateurs de qualité cliniques et organisationnels basés sur des résultats probants et à évaluer la qualité des écrits qui soutiennent les indicateurs identifiés.

Méthode

L'examen de la portée sera réalisé et basé sur le cadre méthodologique de Arskey et O'Malley (2005) raffiné par Levac, Colquhoun et O'Brien (2010). Ce cadre s'appuie sur une méthodologie structurée permettant de dresser une cartographie et de réaliser une synthèse exploratoire de la littérature basée sur une collecte de donnée itérative, une analyse critique rigoureuse et interdisciplinaire des écrits répertoriés ainsi qu'une mise en évidence intégrale des constats

entourant le phénomène à l'étude (Arksey et O'Malley, 2005; Levac et al., 2010). Il propose 6 étapes interdépendantes telles: 1) l'identification de la question de recherche, 2) l'identification des études pertinentes à l'aide de mots clés dans différentes bases de données, 3) la sélection des études, 4) l'extraction des données, 5) la synthèse des données et enfin, 6) la consultation auprès des parties prenantes (Arksey et O'Malley, 2005; Levac et al., 2010).

1) Identification de la question de recherche

Afin d'atteindre le but et les objectifs du présent examen de la portée, une question de recherche en cohérence avec ces derniers est formulée. Cette question est la suivante : Quels sont les indicateurs de qualité cliniques et organisationnels basés sur des résultats probants permettant d'identifier les actions qui devraient être prises au niveau clinique (interventions) et organisationnel (processus assurant le continuum de soins et services) pour favoriser une gestion optimale de l'AVC en phase aiguë?

2) Identification des études pertinentes à l'aide de mots clés dans différentes bases de données

Tous les écrits empiriques et théoriques traitant des indicateurs de qualité cliniques et organisationnels pour une gestion et une prise en charge optimale de la clientèle adulte ayant subi un AVC ischémique en phase aiguë seront inclus dans cet examen de la portée. Quatre bases de données (Medline, CINAHL, Academic search complete (EBSCO) et Cochrane Library) et deux moteurs de recherche (Google Scholar et Google) seront consultés pour identifier les études pertinentes. L'aide d'une biblio-technologiste sera apportée pour la recension dans les bases de données en regard de la liste des mots clés prédéterminés avec le PICOS. L'outil mnémotechnique PICOS met en évidence les mots clés associés à la question de recherche. Il facilite la stratégie de recherche documentaire permettant de répertorier des écrits quantitatifs, qualitatifs et issus de la littérature grise tel que présenté au tableau 1 (O'Connor et al., 2011). De plus, une recherche

d'études pertinentes sera effectuée au sein des bibliographies des différents articles qui auront été identifiés. L'ensemble des articles identifiés seront sauvegardés sur la plateforme Endnote X9.2.

3) Sélection des études

Les articles issus de la littérature grise provinciale, nationale et internationale tels que les rapports de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), les lignes directrices canadiennes et internationales en AVC et les documents de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC seront inclus. De plus, toutes les études publiées et menées depuis 2015 seront recensées (essais cliniques randomisés, revues systématiques, études de cas, études quasi-expérimentales et expérimentales, études mixtes, études qualitatives, audits ou rapports d'évaluation de la qualité de la gestion de l'AVC) afin d'avoir un portrait plus juste tenant compte du contexte actuel de soins et de l'essor de traitements reconnus pour l'AVC ischémique depuis le milieu de la précédente décennie. Seulement les articles en anglais et en français seront retenus.

Les critères d'inclusion reposent sur les études traitant des indicateurs de qualité en AVC portant sur la clientèle adulte ayant subi un AVC ischémique dont les soins portent sur la phase aiguë incluant la réadaptation précoce en milieu hospitalier (phase post-revascularisation, phase subaiguë ou phase d'hospitalisation). Les études peuvent inclure tous les types d'intervenants cliniques ou professionnels impliqués dans le continuum d'AVC. Les études peuvent également porter soit sur le développement, l'implantation, l'évaluation ou la comparaison d'indicateurs de qualité. De plus, les études doivent avoir été réalisées dans un pays ayant un système de santé comparable à celui du Canada. Les critères d'exclusion font référence aux études réalisées chez la clientèle ayant subi un AVC hémorragique ou chez la clientèle pédiatrique. Les études qui ne portent pas sur des indicateurs de qualité ou qui sont effectuées dans les phases de pré-revascularisation ou post-réadaptation, en réadaptation interne ou externe incluant les congés à domicile, les soins de longue durée, la phase communautaire et les soins palliatifs seront exclues.

La sélection des études se fera en trois phases. Au cours de la première phase, les doublons seront retirés à l'aide du logiciel Endnote X9.2. Lors de la deuxième phase, un total de 10% des articles retenus seront révisés de façon indépendante et aléatoire par un deuxième expert de l'équipe de recherche afin de s'assurer que la grille de sélection des articles est suffisamment sensible pour répertorier la littérature la plus pertinente et cohérente avec le but et la question de l'examen de la portée. Ce procédé s'effectuera à l'aide du logiciel Covidence, une plateforme qui permet une gestion dans la sélection d'articles lors d'une revue de littérature pouvant inclure plus d'un réviseur. La sélection des articles sera comparée et en cas de divergence, une discussion entre les réviseurs sera effectuée pour obtenir un consensus sur la sélection de l'article. Si les résumés ne permettent pas d'avoir suffisamment d'informations pour inclure ou exclure l'article, celui-ci sera lu au complet. Au besoin, une troisième personne ayant une expertise en AVC et en indicateurs de qualité cliniques et organisationnels pourra émettre son avis afin d'obtenir un consensus sur la sélection ou non de l'article. Ensuite, dans la troisième phase, tous les articles identifiés à partir des mots-clés seront ensuite analysés à l'aide de la grille de sélection pour retenir seulement ceux qui rencontrent les critères de sélection. La sélection des études sera présentée à l'aide d'un Flow Diagram.

4) *Extraction des données*

Dans un premier temps, deux réviseurs feront une extraction indépendante et détaillée de 10 % des articles répondant aux critères de sélection. Les données extraites seront l'année de publication, la ville, le statut de publication (littérature scientifique ou littérature grise), le nom et la discipline des auteurs, le devis de recherche, le but de l'étude, la population/échantillon (âge, comorbidités, facteurs de risque, etc.), les indicateurs de qualité cliniques et organisationnels identifiés, la description et la définition de ces indicateurs, l'association de l'indicateur à un résultat de santé

(permettant l'amélioration des pratiques), contexte d'implantation de l'indicateur (pays, lieu géographique, type de centre, etc.) ainsi que les recommandations émises en lien avec ces indicateurs. Une révision complète des études retenues sera effectuée et celles-ci seront soumises à une analyse de la qualité méthodologique à l'aide d'outils d'évaluation spécifiques à chacun des devis de recherche. Le Strobe (*Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) sera utilisé pour les études observationnelles ou descriptives, le Amstar (*Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*) pour les revues systématiques et les méta-analyses et le Consort (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) pour les études randomisées. L'évaluation de la qualité de la littérature grise sera effectuée avec la liste de vérification AACODS (*Athority, accuracy, coverage, objectivity, date and significance*). Dans un deuxième temps, une cartographie des indicateurs recensés en phase aiguë sera complétée à partir de l'ensemble des études retenues.

5) Synthèse des données

De surcroît, le classement des indicateurs provenant de la cartographie réalisée à l'étape 4 sera effectué selon les dimensions de la performance des soins du MSSS (2012). Ces dimensions ainsi que les définitions sont présentées au tableau 2.

Accessibilité des soins	Accessibilité	Un indicateur d'accessibilité rend compte de l'adéquation entre les services rendus et les services demandés. Il peut s'agir du rapport entre la quantité de services demandés et la quantité de services rendus, ou d'une notion de délai pour obtenir les soins et services.
	Équité d'accès	Un indicateur d'équité d'accès rend compte du caractère égalitaire de l'accessibilité des services entre sous-groupes de population.

Qualité des soins	Efficacité	Un indicateur d'efficacité exprime le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs de santé et de bien-être poursuivis
	Sécurité	Un indicateur de sécurité traduit la mesure selon laquelle les interventions et les milieux de soins et de services sont exempts d'événements menaçant la santé et le bien-être.
	Réactivité	Un indicateur de réactivité rend compte de l'appréciation des usagers à l'égard de la façon dont ils ont été traités.
	Continuité	Un indicateur de continuité traduit l'expérience des patients en regard de la fluidité des services reçus à travers le continuum de services.
Optimisation des ressources	Efficience	Un indicateur d'efficience exprime le rapport entre les quantités de services produits et les quantités de ressources utilisées.
	Viabilité	Un indicateur de viabilité rend compte du caractère durable du système de santé et de services sociaux.

Afin de bien mesurer les concepts liés aux dimensions de la performance des soins, les indicateurs seront classés dans une seule catégorie. Les indicateurs présentant un délai pour recevoir un service seront classés dans le concept d'accessibilité et ceux présentant un enjeu d'accès lié au contexte géographique ou au contexte d'égalité des soins seront classés dans le concept d'équité d'accès. Les indicateurs qui feront référence au taux d'utilisation des services ou la proportion des patients qui utiliseront un service ou qui seront hospitalisés dans une unité de soins seront classés dans le concept d'efficience. Les indicateurs qui feront référence aux protocoles instaurés pour le suivi des patients ou qui feront référence aux formations offertes ou tous autres éléments mis en place pour

s'assurer d'une bonne pratique de soins à long terme seront classés dans le concept de viabilité. Les indicateurs faisant référence à l'atteinte des résultats de santé ou à l'atteinte d'un soin ou d'un service offert seront classés dans l'efficacité. Les indicateurs s'assurant de minimiser les risques ou les complications post AVC ou mesurant le taux des complications post AVC seront classés dans le concept de sécurité. Les indicateurs faisant référence à la coordination et à l'intégration des soins seront classés dans le concept de continuité. Finalement, les indicateurs mesurant la réaction ou la satisfaction du patient ou qui tiendront compte de ses besoins pour personnaliser la prise en charge de celui-ci seront classés dans le concept de réactivité.

6) *Consultation auprès des parties prenantes*

Suite à l'étape 5, les indicateurs émergents seront soumis à un comité aviseur formé de deux médecins provenant de deux centres hospitaliers différents soit un centre universitaire (neurologue) et un centre hospitalier général (médecin de famille), d'un gestionnaire responsable de la trajectoire de soins et de services post-AVC, d'un patient et d'un proche aidant partenaires, de deux infirmières cliniciennes ayant une expertise en AVC ainsi que de trois intervenants cliniques membres de l'équipe interdisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste ou orthophoniste) oeuvrant avec la clientèle AVC. Le recrutement des membres de ce comité aviseur sera effectué par la chercheuse principale. Le patient partenaire et le proche aidant seront recrutés en fonction d'aptitudes essentielles à cette consultation telles un esprit critique, un jugement adéquat et une capacité à exprimer sa position. De plus, ceux-ci devront démontrer une bonne compréhension de leur rôle au sein du comité. L'inclusion d'un patient ou d'un proche aidant partenaires au sein du comité d'experts est planifié afin de faire un choix judicieux dans la pertinence des indicateurs à mesurer en considérant l'impact sur la vie des patients lorsque des écarts sont présents dans le suivi de certains indicateurs.

Le rôle de ces dix collaborateurs interdisciplinaires au sein du comité avisier sera de donner des avis éclairés selon leur expertise, leur point de vue respectif et leur expérience personnelle, clinique ou organisationnelle particulière. Ce comité avisier sera invité à participer à un processus de sélection des indicateurs selon la méthode Delphi. Le choix des indicateurs reposera sur des critères rigoureux de sélection pour assurer l'implantation en milieu clinique tels que la pertinence, la validité, la fiabilité, la faisabilité, la convivialité et la comparabilité à un standard de pratique. Les définitions de ceux-ci sont présentées au tableau 3 (MSSS, 2012). Ces indicateurs seront comparés avec les lignes directrices nationales et internationales connues en AVC en phase aiguë afin de maintenir une cohérence avec celles-ci.

Tableau 3. Critères de qualité pour la sélection d'indicateurs (MSSS, 2012)	
Critères de qualité	Définition
Validité	Existence d'un lien entre l'indicateur considéré et ce que l'on veut mesurer.
Pertinence	Lien avec l'objet de mesure est suffisamment important
Fiabilité	Données à partir desquelles l'indicateur est construit sont de qualité.
Faisabilité	Données accessibles et mesurables en temps opportun (si les données ne sont pas accessibles ou mesurables, évaluation de la possibilité de les collecter en fonction du coût et de la charge de travail nécessaire)
Convivialité	Lien entre l'indicateur et ce qu'il mesure est facile à comprendre

Comparabilité	Adéquation similaire entre les indicateurs comparés et les données sur lesquelles sont basées la mesure de l'indicateur (comparabilité avec un standard de pratique)
---------------	--

La première étape de cette méthode Delphi sera sous forme de questionnaire en ligne que le comité aviseur aura à compléter. Une échelle selon le degré d'accord (*1 : Tout à fait en désaccord, 2 : En désaccord, 3 : Ni en accord, ni en désaccord, 4 : En accord, 5 : Tout à fait en accord*) sera utilisée pour trois des critères de qualité présentés au tableau 3 dans la sélection des indicateurs tels que la pertinence, la validité et la faisabilité puisque ceux-ci sont considérés prioritaires et indispensables lors de la mesure d'indicateurs dans la pratique (MSSS., 2012). Suite à ce premier questionnaire, les indicateurs dont le résultat sera égal ou supérieur à 4 à l'unanimité seront conservés et ceux pour lesquels, le résultat sera égal ou inférieur à 3 à l'unanimité seront retirés. Par la suite, le comité aviseur aura à compléter un deuxième questionnaire en ligne basé sur le même principe pour déterminer quels indicateurs seront conservés ou éliminés parmi ceux où il n'y avait pas de consensus. Pour se faire les critères supplémentaires seront ajoutés tels que la fiabilité, la convivialité et la comparabilité. À cette étape, les indicateurs dont les résultats auront une moyenne supérieure à 3 seront conservés. Finalement, la troisième étape de ce processus Delphi sera une rencontre en présentiel avec le comité aviseur pour évaluer les indicateurs de qualité retenus et s'assurer d'un consensus tant sur le choix de l'indicateur que sur la cible (temps, durée, fréquence, etc.) de ces indicateurs.

Les questionnaires et le guide d'entrevue qui seront utilisés pour la rencontre en présentiel avec le comité aviseur contiendra l'objectif, l'explication du rôle des collaborateurs ainsi que la liste des indicateurs auront préalablement été consultés et validés par le réviseur ayant participé aux étapes

3 et 4. La rencontre permettra également de discuter des résultats de cet examen de la portée afin de décider comment pourrait s'effectuer le transfert de connaissances dans les milieux de soins et d'échanger sur les modalités de diffusion auprès des différentes parties prenantes.

Considérations éthiques et publication

Une approbation éthique et en recherche n'est pas nécessaire puisque le rôle du comité aviseur consiste à apporter un avis éclairé sur le choix des indicateurs et n'agira pas à titre de participants à une étude. La liste des indicateurs finale servira à effectuer une étude ultérieure qui pourra porter sur l'atteinte des indicateurs de qualité cliniques et organisationnels dans des centres hospitaliers au Québec ayant des accréditations différentes.

L'examen de la portée est la méthode privilégiée afin de mettre en évidence l'état actuel et global des connaissances en matière d'indicateurs de qualité cliniques et organisationnels indispensables à une gestion optimale de l'AVC pour les personnes atteintes d'un AVC et à leurs proches en phase aiguë. Cette approche permettra également de réaliser une cartographie de l'état des connaissances soutenues par des données probantes, de faire une analyse critique de la littérature entourant un phénomène à l'étude, de même que de dresser un portrait de l'état des connaissances et ce, en répondant à des objectifs de recherche définis (Lockwood et Tricco, 2020).

En effet, cet examen de la portée apportera un avancement des connaissances en regard des indicateurs de qualité pertinents à mesurer dans la phase aiguë de la prise en charge de l'AVC, notamment dans la synthèse et le classement de ceux-ci selon les dimensions de la performance. D'ailleurs, cet examen de la portée permettra également de répondre au manque de connaissances dans la façon dont les indicateurs ont été testés, validés et intégrés au niveau des organisations et de la pratique clinique au niveau international.

Bien que cet état des connaissances permettra de se questionner sur certaines trajectoires de soins, cet examen de la portée soutiendra une étape subséquente, soit d'évaluer sur le terrain le degré d'atteinte des indicateurs de qualité mesurables, validés et ayant un impact sur la gestion de l'AVC. Cette démarche permettra de mettre en évidence les réussites ainsi que les écarts au niveau de la pratique clinique et organisationnelle en regard de l'AVC. De plus, il sera également possible de mettre en évidence les différences entre les régions selon le type d'établissement. En ce sens, des recommandations pour la pratique et la recherche davantage ciblées en fonction du contexte régional et des ressources disponibles pourront ensuite découler de cette étape. Les résultats de cet examen de la portée seront présentés sous forme d'article scientifique, de présentation par affiche et de conférence dans des congrès ainsi qu'au niveau local et régional au sein des différentes organisations ayant des parties prenantes dispensant des soins et des services aux personnes ayant subi un AVC et leurs proches.

Coordonnées des chercheurs

Chercheuse principale

Amélie Bélanger, M. Sc. inf.

Étudiante au doctorat en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières

Courriel : Amelie.belanger1@uqtr.ca, cellulaire : (819) 314-5040

Conseillère clinique en soins infirmiers, continuum de soins généraux et de soins critiques

Direction adjointe soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et prévention des infections, CIUSSS MCQ, Hôpital Sainte-Croix

570, rue Heriot, Drummondville (Qc) J2B 1C1

Directrices de thèse

Julie Houle inf, PhD, CSIC(c)

Professeure titulaire, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

Co-directrice du Groupe interdisciplinaire de recherche appliquée en santé (GIRAS)

Directrice scientifique de la recherche médicale et clinique, CIUSSS MCQ

819-376-5011, poste 3474, www.uqtr.ca

3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7, Local 4802 pavillon Santé.

Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Courriel : julie.houle@uqtr.ca

Line Beaudet, inf., Ph.D.

Chercheuse régulière, Carrefour innovation, CRCHUM

Chercheuse boursière clinicienne junior 1, FRQS

Conseillère senior en soins spécialisés et en recherche clinique, DSI, CHUM

Professeure associée, FSI, Université de Montréal

CHUM - Tour Saint-Antoine, local S01.138

850, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 0A9

Téléphone : 514 890-8000 poste 12721

Courriel : line.beudet.chum@ssss.gouv.qc.ca

Tableau 1. Stratégies de recherche dans les bases de données (PICOS)

P	Population	brain blood circulation OR brain disease OR brain infarction OR brain pathology OR cerebrovascular accident OR cva OR endovascular OR neurologic disease OR neurovascular disease OR stroke OR stroke caregivers OR stroke patient OR vascular accident OR vessel occlusion
		AND
I	Intervention	acute stroke care OR care management OR care model OR caregiver education OR care system OR clinical care OR clinical pathways OR clinical practice OR clinical protocols OR continuum of care OR good practices OR healthcare organization OR healthcare system OR interdisciplinary intervention OR interventions team OR nursing interventions OR patient education OR patient rehabilitation OR program nursing intervention OR rehabilitation program OR secondary stroke services OR stakeholders training OR stroke care professional OR stroke stakeholders OR stroke procedures OR stroke rehabilitation OR stroke reports
		AND
C	Contexte (remplace le mot comparateur)	accreditation OR acute stroke services OR context particularity OR geographic context OR health system OR hospital characteristics OR hospital setting OR hospital types OR organizational characteristics OR organizational context

		OR patient environment OR stakeholders characteristics OR stakeholders skills OR stroke center OR stroke patients determinants OR patients types OR stroke resources OR stroke units
		AND
O	Outcome	accessibility OR access timing OR audits OR best evidence OR care improvement OR care optimization OR care performance OR clinical indicators OR efficacy OR efficiency OR equity OR length of stay OR morbidity OR mortality OR optimal stroke management OR outcome rehabilitation OR organizational indicators OR process assessment OR quality assessment OR quality improvement OR quality of care OR quality of healthcare OR quality standard OR quality stroke indicators OR relevance OR safety OR stroke best practices OR stroke interventions OR stroke performance OR stroke practice guidelines OR stroke symptom management OR system performance OR task performance OR test performance
		AND
S	Study design Ne sera pas entré dans la recherche	audits OR assessment reports of the quality of stroke management OR case studies OR quasi-experimental studies OR mixed method studies OR qualitative studies OR

	bibliographique puisque l'examen de la portée inclut tous les types de recherche	randomized control trials OR systematic reviews OR grey literature
--	---	---

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada. Faits saillants sur les AVC 2011. http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/sh-fs-2011/pdf/StrokeHighlights_FR.pdf
- Aguiar de Sousa, D., von Martial, R., Abilleira, S., Gattringer, T., Kobayashi, A., Gallofré, M., Fazekas, F., Szikora, I., Feigin, V., Caso, V. et Fischer, U. (2019). Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries *European stroke journal*, 4(1), 13-28. <https://doi.org/10.1177/2396987318786023>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: towards a methodological framework *International Journal of Social Research Methodologie*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Blais, C., Rochette, L. et Fillion, V. (2018). Surveillance des maladies vasculaires cérébrales au Québec : prévalence, incidence et mortalité *Surveillance des maladies chroniques*, (18), 1-24. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2410_surveillance_maladies_vasculaires_cerebrales.pdf
- Boulanger, J. M., Butcher, K., Gubitz, G., Scotts, G., Smith, E. E. et Lindsay, M. P. (2018). Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Prise en charge de l'AVC en phase aiguë: Prise en charge de l'AVC en phase aiguë en milieu hospitalier, au service des urgences et chez le patient hospitalisé. *Coeur et AVC*.

https://journals.sagepub.com/doi/suppl/10.1177/1747493018786616/suppl_file/Supplemental_material.pdf

Coeur et AVC. (2017). Les milles facettes de l'AVC, Les défis et les succès du rétablissement chez les gens de tous âges, Bulletin sur l'AVC 2017. <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/stroke-report/hsf-stroke-report-2017-fr.ashx?rev=76696eaae5b1407abf8989a46aae062b&hash=3ECE9B7AEA9F05C28B5EEC0D8B84AFB>

Dessureault, W., Martin, A.-M., Tehrani, P. et DeVries, Z. (2015). An Examination of Post-Stroke Inpatient Rehabilitation Clients Whose Rehabilitation Goals Were Not Met. https://www.cihi.ca/sites/default/files/poster_nrs-stokecongressconf-web_3.pdf

Eswaradass, P. V., Swartz, R. H., Rosen, J., Hill, M. D. et Lindsay, M. P. (2017). Access to hyperacute stroke services across Canadian provinces: a geospatial analysis CMAJ open, 5(2), E454-E459. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20160166>

Global, regional, and national burden of stroke. (2019). 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurology, 18(5), 439-458. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30034-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30034-1)

Goyal, M., Menon, B. K., van Zwam, W. H., Dippel, D. W. J., Mitchell, P. J., Demchuk, A. M., Dávalos, A., Majoie, C. B. L. M., van der Lugt, A., de Miquel, M. A., Donnan, G. A., Roos, Y. B. W. E. M., Bonafe, A., Jahan, R., Diener, H.-C., van den Berg, L. A., Levy, E. I., Berkhemer, O. A., Pereira, V. M. et Rempel, J. (2016). Endovascular thrombectomy after 18 large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials

Lancet, 387 North American Edition(10029), 1723-1731. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00163-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00163-X)

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). Portrait du traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique en phase hyperaiguë au Québec en 2013-2014. *Cardiologie et maladies neurovasculaires*, 1-21, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Cardio/INESSS_Evaluationterrain_AVC.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2019). Organisation des soins et services pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux afin d'optimiser l'accès au traitement endovasculaire au Québec. 1-69, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Cardio/INESSS_Avis_TEV.pdf

Jolley RJ, Lorenzetti DL, Manalili K, et al. (2017). Protocol for a scoping review study to identify and classify patient-centred quality indicators *BMJ open*, 7(1):e013632.

Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology *Implementation science* : IS, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

Lockwood C, Tricco AC. (2020). Preparing scoping reviews for publication using methodological guides and reporting standards *Nurs Health Sci.*;22(1): 1-4.

Menon, B. K., Sajobi, T. T., Yukun, Z., Rempel, J. L., Shuaib, A., Thornton, J., Williams, D., Roy, D., Poppe, A. Y., Jovin, T. G., Sapkota, B., Baxter, B. W., Krings, T., Silver, F. L., Frei, D. F., Fanale, C., Tampieri, D., Teitelbaum, J., Lum, C. et Dowlatsahi, D. (2016). Analysis of Workflow and Time to Treatment on Thrombectomy Outcome in the Endovascular Treatment for

Small Core and Proximal Occlusion Ischemic Stroke (ESCAPE) Randomized, Controlled Trial
Circulation, 133(23), 2279-2286. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019983>

Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. (2015). Gouvernement du Québec. Les
indicateurs et la gestion par résultats,
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1995/95-760-01.pdf>.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). Gouvernement du Québec. Guide de
sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du
système public de santé et de services sociaux,
[https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la
performance/Guide_de_selection_et_delaboration_des_indicateurs.pdf](https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Guide_de_selection_et_delaboration_des_indicateurs.pdf)

Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). Continuum de services pour les personnes à
risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Plan de mise en oeuvre:
Phase 2016-2018, [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-
01W.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-01W.pdf)

Montaner, J., Barragán-Prieto, A., Pérez-Sánchez, S., Escudero-Martínez, I., Moniche, F., Sánchez-
Miura, J. A., Ruiz-Bayo, L. et González, A. (2020). Break in the Stroke Chain of 19 Survival
due to COVID-19 Stroke (00392499), 51(8), 2307-2314.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030106>

O'Connor, D., Green, S. et Higgins, J. P. T. (2011). Chapter 5: Defining the review question and
developing criteria for including studies. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of
Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration.
<http://community.cochrane.org/handbook>

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V. et Tirschwell, D. L. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association *Stroke*, 49(3), e46-e110. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>

Rudilosso, S., Laredo, C., Vera, V., Vargas, M., Renú, A., Llull, L., Obach, V., Amaro, S., Urra, X., Torres, F., Jiménez-Fàbrega, F. X. et Chamorro, Á. (2020). Acute Stroke Care Is at Risk in the Era of COVID-19: Experience at a Comprehensive Stroke Center in Barcelona *Stroke* (00392499), 51(7), 1991-1995. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030329>

Smith, E. E., Mountain, A., Hill, M. D., Wein, T. H., Blacquiere, D., Casaubon, L. K., Linkewich, E., Foley, N., Gubitz, G., Simard, A. et Lindsay, M. P. (2020). Canadian Stroke Best Practice Guidance During the COVID-19 Pandemic *The Canadian Journal Of Neurological Sciences*, 47(4), 474-478. <https://doi.org/10.1017/cjn.2020.74>

Statistique Canada. (2018). Tableau 102-0561 – Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada. CANSIM (base de données sur les décès) www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14296-fra.htm

Teasell, R., Salbach, N., M., Acerra, N., Bastasi, D., Carter, S., L., Fung, J., Halabi, M.-L., Harris, J., Kim, E., Noland, A., Pooyania, S., Rochette, A., Stack, B., D., Symcox, E., Timpson, D., Varghese, S. et Verrilli, S. (2019). Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Réadaptation, rétablissement et participation

communautaire après un AVC. Première partie : La réadaptation et le rétablissement après un AVC. Mise à jour de 2019. 1-128, https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best_practices/rehabilitation-nov2019/french/2019-csbpr6-rehabrecovery-module-fr-final_dec2019.ashx?rev=-1

Vidale, S. et Agostoni, E. (2017). Endovascular Treatment of Ischemic Stroke: An Updated Meta-Analysis of Efficacy and Safety *Vascular & Endovascular Surgery*, 51(4), 215-219. <https://doi.org/10.1177/153857441769890>