



FONDATION<sup>MC</sup>  
DES MALADIES  
DU CŒUR  
ET DE L'AVC

RECOMMANDATIONS SUR  
LES PRATIQUES OPTIMALES  
**DE L'AVC**  
AU CANADA

# RECOMMANDATIONS CANADIENNES SUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE L'AVC

## **Humeur, cognition et fatigue après un AVC**

Mise à jour 2015

*Eskes G et Lanctot K (présidents du groupe de rédaction) au nom du  
Groupe de rédaction sur l'humeur, la cognition et la fatigue des  
Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC*

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC 2015  
Janvier 2015

# Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC

## Humeur, cognition et fatigue après un AVC

### CINQUIÈME ÉDITION (Mise À Jour En Janvier 2015)

## Table des matières

Sujet	Page
<b>Section 1 : Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC Introduction et aperçu</b>	3
Introduction	3
Organisation des soins de l'AVC au Canada	4
Aperçu du chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC	5
Modifications notables apportées au chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC (2014)	6
Méthodologie d'élaboration des lignes directrices	7
Remerciements, financement et référence	8
Groupe de rédaction et examinateurs externes du chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue 2014	10
<b>Section 2 : Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC – Humeur, cognition et fatigue</b>	
<b>1. Dépression après un AVC</b>	12
1.1 Dépistage de la dépression après un AVC	12
1.2 Moment opportun du dépistage de la dépression après un AVC	12
1.3 Évaluation de la dépression après un AVC	13
1.4 Gestion non pharmacologique de la dépression après un AVC	13
1.5 Pharmacothérapie pour la dépression après un AVC	13
1.6 Traitement prophylactique de la dépression après un AVC	14
1.7 Autres états d'humeur (anxiété)	14
1.8 Surveillance, soutien et éducation sur une base continue	14
Tableau 1A : Outils validés sélectionnés de dépistage et d'évaluation de la dépression après un AVC	17
Tableau 1B : Sommaire de pharmacothérapie sélectionnée pour la dépression après un AVC	18
<b>2. Déficits cognitifs d'origine vasculaire</b>	19
Définitions des déficits cognitifs d'origine vasculaire	19
2.1 Dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC	19
2.2 Évaluation des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC	19
2.3 Autres considérations associées au dépistage et à l'évaluation	20
2.4 Gestion des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC	21
2.5 Pharmacothérapie pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC	22
Tableau 2A : Critères diagnostiques pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire et la démence	26
Tableau 2B : Sommaire d'outils sélectionnés de dépistage et d'évaluation initiale des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC	29
<b>3. Fatigue après un AVC</b>	30

## Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC Humeur, cognition et fatigue après un AVC Cinquième édition (Mise à jour en AOÛT 2014)

### Section 1 : Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC INTRODUCTION et 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 promeuvent le rétablissement optimal et la réintégration des personnes qui ont vécu 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, de diminuer l'écart entre les connaissances actuelles et la pratique clinique, et d'accroître l'uniformité des soins partout au Canada.

#### 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'un accident ischémique transitoire (AIT) 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 d'autres problèmes vasculaires cérébraux sont la troisième cause de décès au Canada.
- L'AVC est l'une des principales causes 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 sur le 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 communauté 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.

Il s'agit de la cinquième édition des *Recommandations*, lesquelles ont été publiées pour la première fois en 2006. Le thème de la mise à jour 2014-2015 est : **Travailler avec les survivants d'un AVC et leurs aidants afin d'obtenir des résultats optimaux**. Ce thème souligne la nécessité 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 centrés 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* de la Fondation transmettent 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, est intégré à chaque chapitre de la mise à jour 2014-2015 des *Recommandations*.

## Organisation des soins de l'AVC au Canada

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 des soins de l'AVC fondées sur des données probantes à chaque étape du continuum de soins.

Les services de soins optimaux en AVC 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 de soins aigus et de réadaptation en temps opportun qui sont fondés sur des données probantes. Ces services peuvent être prévus le long d'un continuum de soins, allant de services minimaux non spécialisés dans des établissements 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, tel que présenté 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 qui offre 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 dispenser aux patients victimes d'un AVC des soins optimaux, en tenant compte du lieu de l'organisation, de sa population, de ses infrastructures et ressources humaines, 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 poursuivant un travail d'amélioration continue de la qualité du niveau de service actuellement offert.

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



Pour de plus amples renseignements, voir le chapitre « Aperçu et méthodologie des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC » au [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014\\_Overview\\_Methodology\\_FRE.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014_Overview_Methodology_FRE.pdf)

## Aperçu du chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC

**Travailler avec les survivants d'un AVC et leurs aidants afin d'obtenir des résultats optimaux** est essentiel dans les domaines de l'humeur, de la cognition et de la fatigue après un AVC. La dépression ainsi que les changements cognitifs (déficits cognitifs d'origine vasculaire), même subtils, après un AVC, surviennent chez jusqu'à 30 à 60 % des patients au cours de la première année après un AVC. Il est aussi préoccupant de constater la survenue de symptômes de dépression chez un nombre important de membres de la famille et d'aidants au cours de la phase de rétablissement après un AVC, et l'apparition des symptômes peut varier, allant de quelques semaines à un an ou plus après l'AVC.

Les principes fondamentaux de ce chapitre sur les changements cognitifs et d'humeur après un AVC exigent que les personnes victimes d'un AVC ainsi que les membres de leur famille et de l'équipe de soins de santé travaillent ensemble pour déterminer les facteurs de risque, s'entendent sur les objectifs de traitement et de rétablissement, et mettent en œuvre les stratégies de gestion appropriées. Ce thème s'applique partout dans le système de santé, et insiste sur la participation des personnes victimes d'un AVC, les membres de leur famille et les aidants, les fournisseurs de soins de santé et la communauté.

Les premières étapes pour les professionnels de la santé dans le document **Travailler avec les survivants d'un AVC et leurs aidants afin d'obtenir des résultats optimaux**, en ce qui concerne l'humeur et la cognition, consistent à comprendre la fréquence de la survenue des symptômes de la dépression, des déficits cognitifs d'origine vasculaire, et de la fatigue après un AVC, et d'intégrer le dépistage de ces symptômes dans le processus de cheminement régulier. **L'obtention de résultats optimaux** pour les survivants d'un AVC et leur famille exige un processus continu de dépistage et d'évaluation des changements cognitifs et de l'humeur. Les dépistages doivent avoir lieu à toutes les étapes et dans tous les milieux après un AVC, y compris les soins aigus, le rétablissement, les cliniques de prévention et les organismes/dispensateurs de soins dans la communauté (incluant les soins primaires, les soins à domicile et les soins de longue durée).

**Travailler ensemble** implique la participation des professionnels de la santé, des décideurs, des patients victimes d'un AVC, de leur famille et de leurs aidants, ainsi que du grand public. Il doit permettre d'assurer un accès en temps opportun à des cliniciens possédant les compétences nécessaires pour traiter ces problèmes, et une surveillance continue des effets du traitement et de l'atteinte des objectifs. Idéalement, lorsque le dépistage indique un problème d'humeur ou de cognition, les patients et leur famille doivent être orientés sans délai vers ces spécialistes cliniques afin de faciliter l'accès à une évaluation approfondie et une gestion appropriée, et l'obtention de soutien et d'éducation pour mieux s'adapter à la situation et s'autogérer. La continuité des soins et une excellente communication entre les professionnels de la santé, ainsi qu'entre les membres de l'équipe de soins de santé et le patient et sa famille, sont essentielles pour assurer des transitions sans heurts entre les milieux de soins. Cela permet de s'assurer que les problèmes d'humeur, de cognition et de fatigue ne sont pas ignorés.

Des rapports récents sur la qualité des services pour l'AVC dans l'ensemble du Canada et dans certaines provinces ont révélé que le dépistage et la surveillance des problèmes de dépression et de fonction cognitive d'origine vasculaire chez les patients après un AVC, n'étaient pas uniformes tant dans les milieux urbains que ruraux. Des délais dans l'évaluation et la gestion complètes des problèmes d'humeur et de cognition pourraient entraîner des résultats faibles et un rétablissement plus lent.

## Modifications notables apportées au chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC (2014)

La mise à jour 2014 du chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue des *Recommandations* renforce la croissance et l'évolution des données probantes disponibles pour guider le dépistage, l'évaluation et la gestion de ces problèmes de santé après un AVC. Une approche coordonnée et organisée du dépistage, de l'évaluation et de la gestion appropriée est soulignée dans ce chapitre.

Dans certains domaines, les données probantes sont plus faibles ou commencent tout juste à émerger. Pour certains de ces sujets, le groupe de rédaction a été en mesure de fournir une orientation préliminaire fondée sur l'opinion d'experts et les pratiques cliniques actuelles.

Parmi les mises à jour mineures et significatives ainsi que les ajouts pour les recommandations du chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue de 2014, mentionnons :

- ✓ Les recommandations mises à jour sur le moment opportun d'un dépistage de la dépression et des déficits cognitifs d'origine vasculaire.
- ✓ Les nouvelles données suggèrent que les antidépresseurs prophylactiques peuvent être efficaces chez certains patients victimes d'un AVC.
- ✓ Le nouveau tableau comparatif d'antidépresseurs sélectionnés pour la gestion de la dépression après un AVC.
- ✓ De nouveaux renseignements sur les stratégies de rétablissement cognitif pour les patients présentant des déficits cognitifs d'origine vasculaire.
- ✓ Un tableau comparatif mis à jour des outils d'évaluation pour le dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire.
- ✓ L'ajout à ce chapitre de recommandations sur la fatigue après un AVC (incluses auparavant dans Transitions des soins, qui suivent le chapitre sur l'AVC).

### Méthodologie d'élaboration des lignes directrices :

Les *Recommandations* présentent des lignes directrices sur les soins de l'AVC de haute qualité, fondées sur des données probantes, dans un cadre normalisé, afin de soutenir les professionnels de la santé dans toutes les disciplines. Il convient 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.

Les *Recommandations* s'adressent aux professionnels de la santé qui prennent soin des victimes de 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.

La méthodologie utilisée pour mettre à jour les *Recommandations* inclut douze étapes distinctes qui garantissent un processus complet et rigoureux. Ces étapes comprennent les éléments suivants (données détaillées en ligne) :

1. Création d'un groupe interprofessionnel expert de rédaction pour le chapitre, réunissant également des survivants d'un AVC et/ou des aidants.
2. Recherche systématique, évaluation et mise à jour de la littérature scientifique.
3. Recherche systématique et évaluation des recommandations de lignes directrices de référence externes.
4. Mise à jour des tableaux sommaires de données probantes.
5. Examen et révision des recommandations existantes par le groupe de rédaction, et élaboration de nouvelles recommandations au besoin.
6. Soumission de la mise à jour proposée pour le chapitre au Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC.
7. Examen à l'interne de la mise à jour proposée pour le chapitre « Commentaires fournis au groupe de rédaction », achèvement des modifications.
8. Examen à l'externe et modifications finales fondées sur les commentaires.
9. Mise à jour du matériel éducatif et des ressources de mise en œuvre.
10. Approbations finales, acceptation et traduction du chapitre.
11. Diffusion publique et distribution de la mise à jour finale du chapitre.
12. Poursuite du processus continu d'examen et de mise à jour.

La méthodologie détaillée et l'explication de chacune de ces étapes dans l'élaboration et la diffusion des *Recommandations* sont offertes dans le manuel *Aperçu et méthodologie des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* disponible sur le site Web des *Recommandations* au [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014\\_Overview\\_Methodology\\_FRE.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014_Overview_Methodology_FRE.pdf)

**Conflits 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.

**Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes :** On a offert au groupe de rédaction des tableaux de données probantes complètes qui comprennent des sommaires de toutes les données de haute qualité repérées dans le cadre d'un examen de la littérature. Le groupe de rédaction discute de la valeur des données probantes et, par consensus, élabore une série définitive de recommandations proposées. Dans le cadre de ces

discussions, d'autres résultats de recherche peuvent être repérés et ajoutés aux tableaux de données probantes si l'on obtient un consensus sur la valeur de la recherche. Toutes les recommandations reçoivent un niveau de données probantes ou preuve, allant de A à C, selon le critère défini dans le tableau 1. Dans le cadre de l'élaboration et de l'inclusion des recommandations de « niveau C », un consensus est obtenu au sein du groupe de rédaction et validé par un processus d'examen interne et externe. Ce niveau de données probantes est utilisé avec précaution, et seulement en l'absence de preuves plus solides pour des thèmes qui sont considérés comme d'importants moteurs de système des 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 l'absence d'une preuve solide pour certains thèmes auxquels ils sont confrontés régulièrement dans leur pratique.

**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 en 2014)**

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 au moins deux essais non randomisés ou non contrôlés, 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) [12]

## Remerciements

La Fondation remercie sincèrement les chefs et les membres du groupe de rédaction sur l'humeur, la cognition et la fatigue, les examinateurs externes et tous ceux qui ont donné de leur temps et partagé leurs connaissances dans le but de mettre à jour les recommandations. Nous remercions les membres du Groupe consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC pour leur travail de révision et de mise à jour des indicateurs de rendement accompagnant chaque recommandation. Nous remercions tout particulièrement Norine Foley, Katherine Salter et Janet Green pour leur travail de mise à jour des tableaux et des résumés de données probantes; et nous remercions Christelle Desgranges-Farquhar et Paule Chamberland-Martin d'avoir réalisé les traductions et révisions françaises. Nous remercions Lucy Borland, Lauren Webb et Stephanie Shirriff pour leur nouvelle conception visuelle et leur nouveau logo de la Fondation.

## Financement

La Fondation a financé l'intégralité de l'élaboration des *Recommandations*. Aucun financement pour le présent document ne provient d'intérêts commerciaux, y compris des sociétés pharmaceutiques. Les membres des groupes de rédaction de pratiques optimales et les examinateurs externes sont des bénévoles et n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à l'élaboration, à l'actualisation et à l'examen des lignes directrices. Toutes les personnes impliquées dans le projet rédigent une déclaration de conflit d'intérêts avant d'y participer.

## Référence bibliographique du chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC 2014

Eskes G, Lanctôt K au nom du Groupe de rédaction sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC *Chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC 2014*. Dans Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, et Smith EE (éditeurs), au nom du Comité consultatif sur les pratiques optimales et normes des soins de l'AVC. *Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC*, 2014; Ottawa (Ontario), Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

## Commentaires

Nous invitons les intéressés à présenter leurs commentaires, suggestions et questions sur l'élaboration et la mise en œuvre des *Recommandations*.

Faites-en part à l'équipe de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC en envoyant un courriel à [pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca](mailto:pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca).

## Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC Humeur, cognition et fatigue APRÈS UN AVC Groupe de rédaction 2015

NOM	RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES	LIEU DE TRAVAIL
<b>Eskes, Gail A.</b> Ph.D, psych. aut.	Coprésidente du groupe de rédaction Neuropsychologue et professeure, Université Dalhousie, départements de psychiatrie, de psychologie et de neuroscience	Nouvelle-Écosse
<b>Lanctot, Krista L.</b> Ph.D.	Coprésidente du groupe de rédaction Chercheuse principale, Institut de recherche Sunnybrook et Centre for Stroke Recovery (Centre de réadaptation post-AVC) de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; professeure de psychiatrie et de pharmacologie/toxicologie, Université de Toronto	Ontario
<b>Bouvier, Laurie</b> B.Serv.Soc., trav. soc. aut.	Travailleuse sociale, gestionnaire du Service de travail social, Hôpital de Moncton/ Hôpital régional de Miramichi	Nouveau-Brunswick
<b>Dawson, Deirdre R.</b> Ph.D., erg. aut. (On)	Chercheuse principale, Institut Rotman, Baycrest Professeure agrégée, département d'ergothérapie, et département des études supérieures en sciences de réadaptation, Université de Toronto	Ontario
<b>Egi, Sandra</b> B.Serv.Soc., trav. soc. aut.	Travailleuse sociale, Rétablissement en neurologie – Centre de santé Riverview	Manitoba
<b>Gilchrist, Elizabeth</b> Ph.D., psych. aut.	Neuropsychologue, Hôpital <i>Glenrose</i> , Programme de soins de l'AVC	Alberta
<b>Green, Theresa</b> I.A., Ph.D.	Professeure agrégée, Faculté des soins infirmiers, Université de Calgary	Alberta
<b>Herrmann, Nathan</b> M.D. FRCPC	Chef, division de psychiatrie gériatrique, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, faculté de médecine, Université de Toronto	Ontario
<b>Hopper, Tammy</b> Ph.D., orth. aut. (AB)	Orthophoniste, professeure, Sciences et troubles de la communication, Faculté de médecine de réadaptation, Université de l'Alberta	Alberta
<b>Khan, Aisha</b> B.Sc.Erg.	Ergothérapeute, CSSS Cavendish - Hôpital Richardson et Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Royal Victoria	Québec
<b>King, Andrea</b> B.A., BSc.L., M.A., spécialiste en ludothérapie agréée	Ludothérapeute, Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II, Capital District Health Authority	Nouvelle-Écosse
<b>Kirton, Adam</b> M.D. M.Sc. FRCPC	Professeur agrégé, pédiatrie et neurosciences cliniques, Faculté de médecine, Université de Calgary, Alberta Children's Hospital Research Institute (ACHRI); directeur du programme sur l'AVC pédiatrique de Calgary	Alberta
<b>Moorhouse, Paige</b> M.D. FRCPC	Géiatre, Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II	Nouvelle-Écosse
<b>Swartz, Richard</b> M.D. Ph.D. FRCPC	Directeur médical, programme régional de soins de l'AVC du Nord-Est de la région du Grand Toronto; directeur, programme de soins de l'AVC de l'Université de Toronto; professeur adjoint, département de médecine (neurologie), Université de Toronto	Ontario

## Recommandations CANADIENNES sur les pratiques optimales de l'AVC

### Humeur, cognition et fatigue APRÈS UN AVC

Examineurs externes 2015

EXAMINATEUR EXTERNE	RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES	LIEU DE TRAVAIL
<b>Black, Sandra</b>	Chaire Brill en neurologie, département de médecine, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, Université de Toronto; directrice du programme de recherche sur les sciences du cerveau, Institut de recherche Sunnybrook; chef de la direction, Toronto Dementia Research Alliance; chef de site, Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC	Ontario
<b>Bocti, Christian</b>	Professeur Adjoint, Université de Sherbrooke, Clinique de Mémoire et Centre de recherche sur le vieillissement, IUGS Service de Neurologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Québec
<b>Clément, Louise</b>	Médecin-conseil, Direction des affaires universitaires pour le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)	Québec
<b>Cox, Nancy</b>	Chef d'administration de programme - CSSS Cavendish - Hôpital Catherine Booth	Québec
<b>Gorelick, Phillip</b>	Directeur médicale, Hauenstein Neuroscience Center, Saint Mary's Health Care	États-Unis
<b>Levine, Brian</b>	Chercheur principal, Institut Rotman, Baycrest Professeur, département de psychologie et de médecine (neurologie), Université de Toronto Directeur du site de Baycrest, Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC	Ontario
<b>Linkewich, Beth</b>	Directrice régionale, Réseau de l'AVC du nord et de l'est de Toronto Directrice, Centre de soins de l'AVC régional Centre des sciences de la santé Sunnybrook	Ontario
<b>Longman, Stewart</b>	Psychologue en réadaptation Services de santé de l'Alberta, Calgary	Alberta
<b>McNeil, Kevin</b>	Psychologue/neuropsychologue, service de psychologie Réseau de santé Horizon; Hôpital régional de Saint John	Nouveau-Brunswick
<b>Nyenhuis, David</b>	Directeur de neuropsychologie, Hauenstein Neuroscience Center, Mercy Health Saint Mary's Health Care	États-Unis
<b>Sahlas, Jim</b>	Neurologue spécialisé dans l'AVC, Hamilton Health Sciences	Ontario
<b>Snaiderman, A</b>	Directeur, clinique de neuropsychiatrie, programme du cerveau et de la moelle épinière, Institut de réadaptation de Toronto, Réseau universitaire de santé. Professeur adjoint, départements de psychiatrie et de médecine, Université de Toronto	Ontario
<b>Wealleans, Gael</b>	Psychologue, Réseau de santé Horizon	Nouveau-Brunswick

## Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC Humeur, cognition et fatigue APRÈS UN AVC

### Section 2 : RECOMMANDATIONS

#### 1. Dépression après un AVC

##### Humeur, cognition et fatigue

##### 1. Dépression après un AVC

Mise à jour 2014

**1.0 Tous les patients victimes d'un AVC doivent être considérés comme des personnes à risque élevé de dépression après un AVC, laquelle peut survenir à n'importe quelle étape du rétablissement [niveau de preuve A].**

##### 1.1 Dépistage de la dépression après un AVC :

- i. Il faut procéder à un dépistage des symptômes de dépression chez tous les patients, étant donné la prévalence élevée de dépression après un AVC, le besoin de dépistage pour repérer la dépression, et les données probantes solides appuyant le traitement de la dépression symptomatique après un AVC. [niveau de preuve B]. *Pour les patients recevant des soins palliatifs, veuillez consulter la section 4 du chapitre sur les soins aigus.*
- ii. Le dépistage doit être effectué à l'aide d'un outil validé pour maximiser la détection de la dépression [niveau de preuve B]. *Veuillez consulter le tableau 1A pour un résumé des outils validés proposés.*
- iii. L'évaluation du patient victime d'un AVC doit inclure l'évaluation des facteurs de risque de dépression, en particulier les antécédents personnels de dépression [niveau de preuve C].
- iv. Pour les patients qui éprouvent un certain niveau de difficultés ou des déficits de communication après un AVC, des stratégies appropriées de dépistage de la dépression possible après un AVC doivent être mises en œuvre afin de s'assurer que l'évaluation est effectuée correctement et que le patient a accès à un traitement adéquat [niveau de preuve C]. *Pour en savoir plus, veuillez consulter le chapitre sur la réadaptation après un AVC.*

*Remarque : Les facteurs de risque courants associés à la dépression après un AVC comprennent la sévérité de l'AVC, la dépendance fonctionnelle, la présence de déficits cognitifs et les antécédents de dépression. Une dépendance fonctionnelle accrue (p. ex., avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne) et des antécédents de dépression avant l'AVC pourraient être les deux facteurs de risque les plus importants dans la survenue d'une dépression après un AVC. Les déficits de communication et l'isolement social peuvent aussi être considérés comme des facteurs de risque possible de dépression. Veuillez consulter le chapitre sur les transitions de soins pour en savoir plus sur la dépression parmi les membres de la famille et les aidants d'une personne victime d'un AVC.*

##### 1.2 Moment opportun du dépistage de la dépression après un AVC

- i. Le dépistage de la dépression après un AVC peut avoir lieu à diverses étapes dans le continuum de soins de l'AVC, particulièrement aux points de transition [niveau de preuve C]. Plusieurs séances de dépistage peuvent être nécessaires étant donné que le moment idéal pour le dépistage de la dépression après un AVC n'est pas clair.
- ii. Le dépistage des symptômes de dépression peut être envisagé chez les patients à risque élevé de dépression pendant leur séjour au service des soins aigus, particulièrement si des signes de dépression ou de changement d'humeur sont observés. Les patients victimes d'un AVC qui sont considérés à risque pourraient être soumis à un dépistage avant leur congé du service de soins aigus [niveau de preuve C].
- iii. Le dépistage des symptômes de dépression doit être envisagé aux points de transition des soins, tels que lors du transfert d'un service de soins aigus en milieu hospitalier, à un milieu de réadaptation hospitalier, et/ou avant de retourner dans la communauté [niveau de preuve C].

- iv. Le dépistage des symptômes de dépression doit être envisagé après le congé dans la communauté, lors d'évaluation à la clinique de prévention de l'AVC, lors de rendez-vous de suivi, et pendant les évaluations de santé périodiques par des praticiens de soins primaires et des spécialistes de l'AVC [niveau de preuve C].

### 1.3 Évaluation de la dépression après un AVC :

- i. Les patients, chez qui le dépistage a permis de conclure à une forte probabilité de dépression clinique majeure après un AVC, doivent être évalués en temps opportun par un professionnel de la santé ayant des compétences en diagnostic, gestion et suivi de la dépression après un AVC [Niveau de preuve C].

### 1.4 Gestion non pharmacologique de la dépression après un AVC

- i. Il n'existe pas de données probantes pour appuyer l'utilisation de la psychothérapie comme monothérapie dans le traitement de la dépression après un AVC (niveau de preuve C). Cependant, il est raisonnable de considérer ces thérapies (soit la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie interpersonnelle) comme des traitements de première ligne de troubles dépressifs aigus majeurs après un AVC, étant donné leur efficacité démontrée dans les troubles dépressifs primaires [niveau de preuve A]. *Pour en savoir plus, veuillez consulter les lignes directrices du CANMAT.*
- ii. Le traitement de la dépression après un AVC peut inclure la psychothérapie comme thérapie adjointe en combinaison avec des antidépresseurs [niveau de preuve B] pour traiter de façon appropriée selon l'état mental et d'autres déficits du patient (p. ex., la communication et d'autres déficits cognitifs).
- iii. Le traitement doit être offert dans le but de prévenir une rechute [niveau de preuve B].
- iv. Même si d'autres approches de traitement complémentaires de la dépression après un AVC commencent à émerger, elles exigent des recherches supplémentaires. Ces approches comprennent, l'exercice physique, la musique, la thérapie cognitive, l'acupuncture, les exercices de respiration, la méditation, la visualisation et la stimulation magnétique transcrânienne répétée. Elles pourraient être envisagées sur une base individuelle à la discrétion du professionnel de la santé traitant, en consultation avec le patient. [niveau de preuve C].

### 1.5 Pharmacothérapie pour la dépression après un AVC

- i. Les patients qui présentent des symptômes dépressifs **légers**, ou les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression mineure, pourraient bénéficier initialement d'un « suivi attentif »\* (niveau de preuve B). *Voir la remarque ci-dessous pour une définition.*
  - a. Le traitement pharmacologique doit être envisagé/commencé si la dépression est persistante et nuit aux objectifs cliniques, ou s'aggrave [niveau de preuve B].
- ii. Les patients qui **ont reçu un diagnostic** de trouble dépressif après une évaluation formelle, devraient être considérés pour l'essai d'antidépresseurs [niveau de preuve A].
- iii. Aucun médicament ou aucune catégorie de médicament n'a été jugé(e) comme étant supérieur(e) dans le traitement de la dépression après un AVC. Toutefois, tenant compte des effets secondaires, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine seraient préférables dans cette population de patients [niveau de preuve A]. *Veuillez consulter le tableau 1B afin d'obtenir un résumé des agents pharmacologiques proposés pour le traitement de la dépression après un AVC.*
  - a. Le choix d'un antidépresseur dépendra des symptômes de dépression, des effets secondaires connus possibles du médicament, particulièrement chez l'enfant ou la personne âgée, des interactions médicamenteuses avec d'autres médicaments pris à ce moment, et des problèmes médicaux sous-jacents.
- iv. La réaction au traitement doit être surveillée régulièrement par un professionnel de la santé. La surveillance doit inclure l'évaluation de tout changement dans la sévérité de la dépression, la surveillance des effets secondaires possibles, et la mise à jour des plans de prise en charge en cours [niveau de preuve C].
- v. Si de bons résultats sont obtenus, le traitement doit être poursuivi pendant un minimum de six à douze mois. [niveau de preuve C].
  - a. Par exemple, un « bon résultat » peut être indiqué par des changements positifs dans les pensées et la perception de soi (sentiments de désespoir, de dévalorisation, de culpabilité), les symptômes émotionnels (tristesse, tendance à pleurer), les symptômes neurovégétatifs (sommeil, appétit), et une motivation accrue pour exécuter les activités de la vie quotidienne.
  - b. Si l'humeur du patient ne s'est pas améliorée de 2 à 4 semaines après le début du traitement, il faut s'assurer que le patient prend ses médicaments comme prescrit. Dans l'affirmative, on peut envisager d'augmenter la dose ou de remplacer l'antidépresseur par un autre [niveau de preuve B].
  - c. Après le traitement initial, on peut envisager une thérapie d'entretien sur une base individuelle en

tenant compte des antécédents et des facteurs de risque de récurrence de la dépression. [niveau de preuve C].

- d. Si l'on prend la décision d'interrompre l'administration d'un antidépresseur, il faut prévoir un sevrage progressif sur une période d'un à deux mois [niveau de preuve C].
- vi. Après le traitement initial de la dépression suite à un AVC, les patients doivent continuer à être évalués relativement à la récurrence des symptômes dépressifs, dans le cadre d'une gestion globale de l'AVC [niveau de preuve C]. La participation et la rétroaction des patients, de leur famille et des aidants peuvent être un volet important de la surveillance continue.
- vii. **Affect pseudobulbaire** : Dans les cas problématiques et persistants de réaction émotionnelle d'intensité inappropriée quant à leur intensité ou leur contexte d'apparition (incontinence émotionnelle ou labilité), les patients peuvent faire l'objet d'un essai d'antidépresseur [niveau de preuve A]. Les effets secondaires indiquent que certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sélectifs pourraient être préférables à d'autres pour cette population de patients. Il n'existe pas de données probantes qui appuient un traitement autre que la pharmacothérapie pour ce problème. *Veillez consulter le tableau 1B afin d'obtenir un résumé des agents pharmacologiques proposés pour le traitement de la dépression après un AVC.*

*\* Remarque : Le suivi attentif est défini comme une période au cours de laquelle le patient qui présente des symptômes dépressifs légers est surveillé étroitement sans autres interventions thérapeutiques afin de déterminer si ses symptômes dépressifs seront atténués. Dans la littérature, la période de suivi attentif varie entre 2 et 4 semaines. Elle est souvent décrite comme un moment où l'on suggère au patient des stratégies d'autogestion et où il doit être encouragé à pratiquer des activités physiques.*

#### 1.6 Traitement prophylactique de la dépression après un AVC

- i. À ce moment, l'utilisation régulière d'antidépresseurs prophylactiques pour TOUS les patients n'est pas recommandée, étant donné que le rapport risque-bénéfice n'a pas été clairement établi [niveau de preuve B].
- ii. Les données émergentes sur l'utilisation de la pharmacothérapie pour prévenir la dépression après un AVC indiquent que le traitement médicamenteux pourrait être une solution raisonnable dans le cas de certains patients [niveau de preuve A].
- iii. D'autres recherches sont nécessaires pour définir les patients à *risque*, le choix d'antidépresseurs, le moment opportun optimal et la durée de l'intervention.

#### 1.7 Autres états d'humeur (anxiété)

- i. L'anxiété coexiste fréquemment avec la dépression après un AVC, ou peut survenir chez les patients qui ne sont pas déprimés cliniquement. Il semble raisonnable d'offrir la psychothérapie aux patients qui souffrent d'une anxiété marquée accompagnée ou non de dépression clinique [niveau de preuve C].
  - a. Même si les données probantes sont limitées pour les patients victimes d'un AVC, la psychothérapie peut être envisagée comme solution complémentaire à la pharmacothérapie [niveau de preuve C].
- ii. L'apathie coexiste fréquemment avec la dépression après un AVC, ou peut survenir chez les patients qui ne sont pas déprimés cliniquement. Il semble raisonnable d'offrir la psychothérapie aux patients qui souffrent d'une apathie marquée accompagnée ou non de dépression clinique [niveau de preuve C].

#### 1.8 Surveillance, soutien et éducation sur une base continue

- i. Les patients et les membres de leur famille doivent être informés et éduqués sur l'impact possible de l'AVC sur leur humeur et celle des aidants. Ils doivent avoir la possibilité de s'exprimer sur l'impact de l'AVC sur leur vie à toutes les étapes de soins [niveau de preuve C]. *Veillez consulter le chapitre des transitions de soins pour en savoir plus sur l'éducation du patient et de sa famille.*
- ii. Les besoins psychosociaux et de soutien des patients et de leurs aidants doivent être évalués dans le cadre d'une gestion de l'AVC continue [niveau de preuve C].

#### Justification

Environ un tiers des personnes victimes d'un AVC présentent des symptômes de dépression à un moment donné suivant un AVC (aigus, subaigus et au moment du suivi à long terme). La majorité de ces cas de dépression après un AVC peuvent survenir au cours des trois premiers mois après l'AVC, et les taux d'incidence de dépression diminuent avec le temps, même si des rapports de recherche ont indiqué que des symptômes peuvent apparaître jusqu'à deux ans après l'AVC de référence. Une étude a révélé que la dépression après un AVC avait aussi été signalée chez

48 % des 71 jeunes survivants de l'AVC, après au moins un an de suivi. Jusqu'à la moitié des patients atteints de dépression peu après l'AVC présentent des symptômes persistants. L'importance des limites fonctionnelles, la sévérité de l'AVC, les déficits cognitifs et des antécédents de dépression sont tous reconnus comme d'importants facteurs de risque pour la survenue d'une dépression après un AVC.

La dépression après un AVC est associée à un moins bon rétablissement fonctionnel, à un risque de dépendance accru, à une altération des fonctions cognitives et à une réduction de la participation sociale. En outre, la présence de dépression après un AVC a été liée à un risque accru de mortalité. Un dépistage, un diagnostic et un traitement appropriés de la dépression après un AVC ont été associés à de meilleurs résultats.

Les familles et les aidants de patients victimes d'un AVC sont aussi à risque de dépression, une incidence de symptômes dépressifs aussi élevée que de 30 % à 60 % ayant été signalée chez les aidants.

### Exigences pour le système

Les résultats de cette étude ont plusieurs conséquences pour le système de santé incluant ce qui suit :

- Disponibilité d'outils de dépistage sensibles aux circonstances uniques du patient, tels que les déficits de communication, et outils culturellement appropriés.
- Formation sur la reconnaissance, l'évaluation et le dépistage de la dépression après un AVC, pour les fournisseurs de soins de première ligne et de soins de santé généraux dans le continuum des soins.
- Accès en temps opportun et au besoin à des spécialistes en santé mentale compétents, qui peuvent diagnostiquer et évaluer la sévérité de la dépression, et donner des conseils pour la prise en charge continue.
- Accès en temps opportun à des thérapies spécialisées disponibles pour prendre en charge la dépression après un AVC, y compris les médicaments, les conseils et la psychothérapie au besoin.
- Mécanismes permettant d'assurer une excellente communication et transmission d'informations entre les divers spécialistes et programmes au-delà du noyau de fournisseurs de soins de l'AVC, afin de répondre aux besoins variés des personnes victimes d'un AVC (p. ex., spécialistes en santé mentale, spécialistes de la cognition, programmes gériatriques).
- Processus de surveillance continue pour tout patient chez qui le dépistage et le processus d'évaluation permettent de diagnostiquer un trouble dépressif.
- Éducation et soutien offerts aux aidants de survivants d'un AVC.
- Les processus doivent être en place pour offrir l'éducation nécessaire et s'assurer que les besoins émotionnels des aidants sont surveillés et traités, idéalement grâce à la participation de l'équipe de soins de première ligne.
- Optimisation des stratégies de prévention d'une récurrence de l'AVC.

### Indicateurs de rendement

1. **Proportion de patients victimes d'un AVC en phase aiguë pour lesquels la documentation indique qu'un dépistage initial de dépression après un AVC a été réalisé (soit de façon informelle, soit à l'aide d'un outil structuré) en milieu de soins aigus, de réadaptation, de soins à long terme, ou dans la communauté (p. ex., soins à domicile). (Indicateur de base)**
2. Proportion de patients victimes d'un AVC en phase aiguë orientés vers une évaluation ou une intervention supplémentaire à cause d'un diagnostic présumé de dépression.
3. Proportion de patients victimes d'un AVC, ayant reçu un diagnostic de dépression et traités avec des antidépresseurs et/ou la psychothérapie, à un mois, trois mois, six mois et un an après l'AVC initial.

### Notes sur la mesure des indicateurs

- Les recommandations pour un dépistage et une évaluation de la dépression après un AVC, et les indicateurs de rendement correspondants s'appliquent dans le continuum de soins de l'AVC, et doivent être prises en considération dans les phases de soins aigus, de réadaptation initiale et de rétablissement à plus long terme ainsi que dans tous les milieux de soins.
- Lors de la surveillance des indicateurs de rendement, il est important de consigner le moment et le contexte (continuum de soins) dans lequel les mesures sont prises.
- Les données sur les indicateurs sont disponibles en vérifiant les dossiers primaires. La qualité des données dépendra de la qualité de la documentation obtenue par les professionnels de la santé.
- Dans le cas de patients orientés vers la psychiatrie, les renseignements sont disponibles dans les bases provinciales de données de facturation des médecins.
- Dans le cas des personnes âgées de plus de 65 ans, les renseignements sur les ordonnances de médicaments

peuvent être obtenus en cherchant dans les bases de données provinciales et territoriales pour les régimes d'assurance-médicaments des personnes âgées.

- Dans le cas de l'indicateur de rendement 3, la solution consiste à augmenter le nombre de patients atteints de dépression après un AVC, qui sont traités adéquatement, et de réduire le nombre de patients atteints de dépression qui ne sont pas traités (trouble dépressif + aucun antidépresseur), et sous-traités (symptômes dépressifs + antidépresseur + symptômes persistants). Cette solution devrait être considérée dans le cadre du plan de mesure et d'analyse.

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

### Renseignements sur les fournisseurs de soins de santé

- Tableau 1A : Outils validés sélectionnés de dépistage et d'évaluation de la dépression après un AVC
- Tableau 1B : Tableau sommaire de pharmacothérapie sélectionnée pour la dépression après un AVC
- Examen de la dépression après un AVC, fondé sur des données probantes <http://www.ebsr.com/evidence-review/18-post-stroke-depression> (en anglais)
- StrokEngine, paragraphe sur la dépression : <http://strokengine.ca/> (en anglais)
- Soins psychologiques après un AVC du NHS : <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130221101407/http://www.improvement.nhs.uk/stroke/NationalProjects1011/Psychologicaltherapy/tabid/177/Default.aspx> (en anglais)
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de l'APA <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>

### Information relative au patient

- Prendre en main son rétablissement : « Guide du survivant selon les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC » : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébrale [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/03/YOURSTROKEJOURNEY.FINAL\\_FRENCH1.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/03/YOURSTROKEJOURNEY.FINAL_FRENCH1.pdf)
- Info AVC : <http://strokengine.ca/> (en anglais)
- Programme La vie après un AVC<sup>MC</sup> de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Émotions, humeurs et relations : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629661/k.D93F/201motions\\_humeurs\\_et\\_relations.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629661/k.D93F/201motions_humeurs_et_relations.htm)
- Programme La vie après un AVC<sup>MC</sup> de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC - La vie après un AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- Trucs et Trouvilles sur les soins de l'AVC - Un guide pour les personnes soignant les victimes d'un AVC [http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/TrucsetTrouvilles\\_FRENCH.pdf?\\_ga=1.177063136.436474289.1433955741](http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/TrucsetTrouvilles_FRENCH.pdf?_ga=1.177063136.436474289.1433955741)
- Le stress apprivoisé : [http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVoxFoG/b.5591631/k.8EE/Maladies\\_du\\_coeur\\_Le\\_stress\\_apprivois\\_233.htm](http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVoxFoG/b.5591631/k.8EE/Maladies_du_coeur_Le_stress_apprivois_233.htm)
- Liste de contrôle POST-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/06/HSF%20Post%20Stroke%20Checklist\\_French\\_May4\\_2.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/06/HSF%20Post%20Stroke%20Checklist_French_May4_2.pdf)

## Résumé des données probantes

Tableaux de données probantes et liste de référence sur la dépression et l'humeur après un AVC ([hypertien](#))

## Tableau 1A : Outils validés sélectionnés de dépistage et d'évaluation de la dépression après un AVC

Ce tableau offre un résumé des propriétés psychométriques d'une sélection d'outils de dépistage et d'évaluation qui ont été validés aux fins d'utilisation avec des patients victimes d'un AVC, ou rapportés fréquemment dans la littérature. Cette liste n'est pas exhaustive, mais souligne plutôt les outils validés et le plus fréquemment utilisés. Il est recommandé de considérer ces outils comme des solutions de première ligne pour tous les services de l'AVC. (Tableau réalisé par Katherine Salter, doctorante dont la thèse de recherche porte sur la dépression après un AVC).

Remarques :

- Il est à noter qu'un score indiquant une dépression dans un outil de dépistage n'équivaut pas à un diagnostic de dépression. Un score positif indique plutôt le besoin d'un suivi et d'une évaluation supplémentaires.
- Un examen plus détaillé de ces outils de dépistage peut être obtenu en consultant [ebrsr.com](http://ebrsr.com), [strokengine.com](http://strokengine.com) ou Salter et coll. (2007).

Outil d'évaluation et lien	Nombre d'éléments	Format de réponse	Score total	Fiabilité/validité propre à l'AVC	Interprétation des scores*	Sensibilité/spécificité pour la dépression après un AVC
----------------------------	-------------------	-------------------	-------------	-----------------------------------	----------------------------	---

## Tableau 1B : sommaire de pharmacothérapie sélectionnée pour la dépression après un AVC

Ce tableau offre un résumé des propriétés pharmacothérapeutiques, des effets secondaires, des interactions médicamenteuses et d'autres renseignements importants sur des catégories sélectionnées de médicaments disponibles au Canada, et plus fréquemment recommandées pour traiter la dépression après un AVC. Le tableau a pour but de servir de guide de référence pour les professionnels de la santé qui doivent choisir un médicament pour un patient en particulier. Ce choix doit tenir compte de l'observance par le patient, de ses préférences ou de ses expériences antérieures, des effets secondaires et des interactions médicamenteuses, ainsi que d'autres renseignements sur le médicament indiqués dans le tableau ou provenant d'autres sources. (Tableau réalisé par Krista Lanctot, Ph.D., D<sup>r</sup> Nathan Herrmann et leur équipe au Centre des sciences de la santé Sunnybrook à Toronto, Canada).

## 2. Déficits cognitifs d'origine vasculaire

### Définition des déficits cognitifs d'origine vasculaire : (mise à jour 2014)

Les **déficits cognitifs d'origine vasculaire** (DCV) comprennent les troubles cognitifs et du comportement associés aux maladies et facteurs de risque vasculaires cérébraux, allant des déficits cognitifs légers jusqu'à la démence franche. Les DCV sont un syndrome associé à des déficits cognitifs touchant au moins un domaine cognitif (p. ex., l'attention, la mémoire, le langage, la perception ou les fonctions exécutives), et à des données probantes d'un AVC clinique ou d'une lésion vasculaire cérébrale subclinique. Les DCV incluent une vaste gamme de déficits cognitifs, allant des troubles cognitifs légers d'origine vasculaire, à la démence, la forme la plus grave des DCV. Les DCV jouent aussi un rôle important chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui présentent des lésions vasculaires coexistantes.

**Déficits cognitifs** : Le modèle des déficits cognitifs dans les DCV peut comprendre tous les domaines cognitifs, y compris les syndromes focaux d'un AVC. Les déficits d'attention et de fonctions exécutives incluent un ralentissement du traitement de l'information, l'incapacité de poursuivre une tâche fixée ou de passer à une autre, et une déficience de la capacité de manipuler l'information (p. ex., mémoire de travail).

**Pathologie vasculaire** : Les déficits cognitifs peuvent résulter de diverses pathologies vasculaires, y compris plusieurs infarctus corticaux, plusieurs infarctus sous-corticaux, des infarctus « silencieux », des infarctus stratégiques, la maladie des petits vaisseaux avec lésions de la substance blanche et de lacunes, et une hémorragie cérébrale.

*Les critères diagnostiques pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC ont été définis par Gorelick et coll. (2011), et sont présentés au tableau 2A (hyperlien).*

#### Humeur, cognition et fatigue

#### 2. Déficits cognitifs d'origine vasculaire

##### Mise à jour 2014

**2.0 Tous les patients victimes d'un AVC ou d'un AIT cliniquement manifestes doivent être considérés comme à risque de déficits cognitifs d'origine vasculaire (DCV) [niveau de preuve A].**

##### 2.1 Dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC

- i. On doit envisager un dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire pour les patients victimes d'un AVC ou d'un AIT [niveau de preuve C].
- ii. Les patients avec d'autres facteurs de risque importants pour les maladies vasculaires et les DCV après un AVC, tels que des résultats de neuro-imagerie confirmant un AVC silencieux ou une maladie de la matière blanche, de l'hypertension, du diabète, une fibrillation auriculaire, d'autres maladies cardiaques, et/ou une apnée du sommeil, doivent faire l'objet d'un dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire, surtout ceux qui présentent des changements au niveau perceptuels ou fonctionnels cliniquement manifestes ou rapportés pendant l'anamnèse [niveau de preuve C].
- iii. Le dépistage du DCV doit être effectué à l'aide d'un outil de dépistage validé, tel que le test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [niveau de preuve C].

*Le tableau 2B présente un résumé des outils de dépistage et d'évaluation de DCV suggérés, et leurs propriétés psychométriques, qui pourraient aider à orienter le choix de l'outil approprié pour un patient individuel.*

##### 2.2 Évaluation des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC

- i. Les patients qui démontrent des déficits cognitifs au cours du processus de dépistage doivent être suivis par des professionnels de la santé possédant des compétences en évaluation et gestion du fonctionnement neurocognitif.\* *Au besoin*, on peut orienter le patient vers un spécialiste en cognition approprié [niveau de preuve C].
  - a. Les déficits cognitifs d'origine vasculaire sont associés à un éventail de déficits possible. Ainsi, un dépistage et/ou évaluation en profondeur sur le plan cognitif pourrait examiner le niveau d'éveil et

de vigilance, la fonction sensorimotrice, l'attention, l'orientation, la mémoire, le langage, l'agnosie, la fonction visuo-spatiale ou perceptuelle, les praxies et les fonctions exécutives. [niveau de preuve B].

- b. L'évaluation des fonctions exécutives peut comprendre l'examen des fonctions suivantes : apprentissage, inhibition, évolution, intuition, planification et organisation, jugement, résolution de problème, raisonnement abstrait, et cognition sociale [niveau de preuve B].
- c. D'autres évaluations pourraient être entreprises pour déterminer la nature et la sévérité des déficits cognitifs, ainsi que la préservation des capacités et des forces cognitives restantes [niveau de preuve C].
- d. L'impact des déficits sur le fonctionnement et la sécurité du patient dans les activités de la vie quotidienne, les activités instrumentales de la vie quotidienne ainsi que les activités professionnelles et scolaires, doit aussi être évalué (p. ex., conduite d'un véhicule, sécurité à la maison) [niveau de preuve C]. *Veillez consulter le chapitre sur les transitions de soins après un AVC pour en savoir plus sur la conduite d'un véhicule.*
- e. Les résultats de ces évaluations doivent être utilisés pour orienter le choix et l'application de mesures correctives et de stratégies d'intervention compensatoires et/ou adaptatives, selon les objectifs centrés sur le client et le milieu de vie actuel ou prévu (p. ex., aider à planifier le congé) [niveau de preuve B]. *Veillez consulter les paragraphes 2.3 et 2.4 pour en savoir plus sur la gestion des patients victimes d'un AVC et atteints de DCV.*

*\* Remarque : Les experts en évaluation neurocognitive peuvent inclure le neuropsychologue, le psychologue, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, l'infirmière clinicienne spécialisée, le psychiatre, le physiatre, le gériatre, le neurologue, le spécialiste de la mémoire, et le pédiatre spécialisé en développement. Les experts doivent posséder des compétences particulières pour administrer bon nombre des évaluations indiquées.*

### 2.3 Autres considérations associées au dépistage et à l'évaluation

#### A. Comorbidités

- i. Le dépistage du DCV doit tenir compte de tout facteur immédiat qui pourrait avoir un effet sur les résultats de l'évaluation, comme les déficits sensorimoteurs et de communication (élocution et langage, vision, ouïe), le délirium, un niveau inférieur d'hypovigilance, et d'autres problèmes médicaux pouvant avoir un impact possible temporaire sur la cognition [niveau de preuve B].
- ii. Les survivants d'un AVC, chez qui l'on soupçonne des déficits cognitifs, doivent aussi faire l'objet d'un dépistage de la dépression, étant donné qu'il est démontré que la dépression contribue aux déficits cognitifs d'origine vasculaire [niveau de preuve A] *Veillez consulter la recommandation 1.0 sur la dépression après un AVC pour en savoir plus.*

#### B. Durée

- i. L'impact et la présentation des DCV varient avec le temps. Tous les patients considérés à risque de déficits cognitifs doivent être soumis à un dépistage et/ou évalués périodiquement afin de détecter des changements avec le temps sur le plan de la cognition, des déficits perceptuels et de la dépression, et/ou des changements dans les fonctions [niveau de preuve C].
- ii. Le dépistage et l'évaluation doivent avoir lieu à différentes étapes des soins comme le suggère la sévérité du tableau clinique, des antécédents et/ou des anomalies à l'imagerie [niveau de preuve C].

#### C. Âge

- i. Les effets de l'âge ou du stade de développement doivent aussi être pris en considération en décidant du moment ou de l'objet de l'évaluation [niveau de preuve C].
  - a. Par exemple, chez l'enfant victime d'un AVC, les résultats évoluent parallèlement avec le développement, et les déficits ne sont peut-être pas pleinement réalisés avant plusieurs années [niveau de preuve C].
  - b. Chez le jeune adulte, le choix de l'objet de l'évaluation doit tenir compte des objectifs propres à l'âge tels que les besoins éducatifs et professionnels [niveau de preuve C].

#### D. Évaluations multiples

- i. Même si le dépistage et les évaluations à différentes étapes des soins sont importants pour guider le diagnostic et la prise en charge, il faut aussi être conscient de l'impact possible de plusieurs évaluations sur la validité des résultats ainsi que sur le patient (p. ex., effets d'apprentissage, fatigue causée par les

tests) [niveau de preuve B]. En conséquence, l'utilisation de différentes formes d'évaluation équivalentes est recommandée lorsqu'elles sont disponibles (p. ex., MOCA a 3 versions).

#### 2.4 Gestion des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC

- i. Les facteurs de risque cardiovasculaires (p. ex., hypertension, diabète) doivent être gérés agressivement pour réduire au maximum le risque de récurrence d'un AVC [niveau de preuve B].
  - a. Le traitement de l'hypertension réduit le déclin de la cognition, même en l'absence d'AVC, et doit être envisagé pour tous les patients victimes d'un AVC et souffrant d'hypertension [niveau de preuve A].
  - b. Les bienfaits de la réduction du risque cardiovasculaire pour le déclin cognitif chez les populations plus âgées indiquent qu'il est justifié d'extrapoler aux personnes ayant subi un AVC et devrait donc être appliquée [niveau de preuve B]. *Veillez consulter le chapitre sur la prévention de l'AVC pour en savoir plus.*
- ii. Les interventions dans les cas de déficits cognitifs doivent être personnalisées en tenant compte des considérations suivantes :
  - a. Les objectifs doivent être axés sur le patient et sensibles aux valeurs et attentes du patient, de sa famille et des aidants [niveau de preuve B].
  - b. Les objectifs et les interventions doivent tenir compte des forces et des faiblesses du profil cognitif et des capacités de communication [niveau de preuve C].
  - c. Les patients qui éprouvent des problèmes de cognition ou de communication pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire (p. ex., l'engagement des membres de la famille) pour optimiser la participation du patient à l'établissement d'objectifs et/ou à la réadaptation [niveau de preuve C].
  - d. Les interventions doivent être personnalisées en se fondant sur les meilleures données probantes disponibles, et avoir pour objectif à long terme de faciliter la reprise de la participation et des activités souhaitées (p. ex., soins personnels, gestion financière et domestique, loisirs, conduite d'un véhicule, retour au travail) [niveau de preuve C].
  - e. Sévérité des déficits : Si le niveau de déficit a atteint la démence modérée, il est raisonnable que les interventions soient davantage axées sur la formation et le soutien de l'aidant en plus, ou en remplacement de la réadaptation cognitive du patient (niveau de preuve C).

*Veillez consulter le chapitre sur la réadaptation après un AVC pour en savoir plus.*

*REMARQUE : Des problèmes tels que l'intensité, la dose et l'étape du traitement, ainsi que l'impact de la sévérité des déficits, peuvent modifier l'efficacité du traitement, et nécessitent davantage de recherche.*

- iii. Les interventions avec le patient peuvent être classées globalement comme une formation en stratégies compensatoires, ou une formation directe en habiletés cognitives et mesures correctives. Ces approches ne s'excluent pas mutuellement et, selon les déficits, les limites imposées aux activités et aux objectifs, elles peuvent être offertes ensemble.
  - a. La formation en stratégie compensatoire doit être axée sur l'enseignement de stratégies visant à prendre en charge les déficits, et elle cible souvent les limitations liées aux activités afin de promouvoir l'autonomie. Elle peut inclure les changements environnementaux ou la modification des moyens utilisés pour exécuter une activité [niveau de preuve B].
  - b. La formation directe en mesure de correction ou en compétences cognitives doit être axée sur un enseignement particulier intense visant à améliorer directement le domaine cognitif atteint. Elle peut inclure des exercices d'entraînement et de pratique, des stratégies mnémoniques (p. ex., acronymes, chansons), ou des outils informatiques visant certains déficits particuliers [niveau de preuve B].
  - c. Il est raisonnable de traiter les déficits d'attention à l'aide d'une formation en compétences informatiques sous la supervision d'un thérapeute, qui vise certains aspects d'attention particuliers [niveau de preuve B].
  - d. Cependant, il existe peu de données probantes indiquant l'impact des limitations sur l'activité ou la participation, et nécessite davantage de recherche. [niveau de preuve C].
- iv. Les déficits de mémoire peuvent être traités à l'aide de compensations reposant sur des stratégies externes (p. ex., appareils et accessoires fonctionnels électroniques ou non), et des stratégies internes (p. ex., stratégies de codage et de récupération, formation en autoefficacité). Certaines données probantes

sur ces traitements indiquent des bienfaits relativement à la limitation des activités [niveau de preuve B].

- v. Les déficits de fonctions exécutives peuvent être traités à l'aide d'une formation en compétences informatiques sous la supervision d'un thérapeute, et/ou à l'aide de stratégies compensatoires, selon le déficit particulier. On a observé certains bienfaits dans le cas des limites d'activités [niveau de preuve B].
  - a. La formation en compétences informatiques dirigée par un thérapeute peut être envisagée pour les déficits de mémoire de travail [niveau de preuve B]
  - b. La formation en stratégie interne qui peut être envisagée inclut des stratégies visant à améliorer la gestion des objectifs, la résolution de problème, la gestion liée au manque de temps, et le raisonnement métacognitif [niveau de preuve B].
- vi. Les exercices aérobiques peuvent être considérés pour le traitement des déficits cognitifs, y compris l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives [niveau de preuve B], même s'il existe peu de données probantes qui indiquent que des bienfaits ont été obtenus dans les cas d'activité physique et/ou de participation limitée.
  - a. On peut envisager l'exercice pour ralentir le déclin cognitif chez ceux souffrant d'une maladie vasculaire sans AVC [niveau de preuve B].
- vii. De nouvelles avancées en intervention cognitive, qui pourraient être bénéfiques, comprennent la stimulation magnétique transcrânienne répétitive ou la stimulation directe, l'utilisation d'environnements de réalité virtuelle, et l'application d'approches thérapeutiques par contrainte induite pour le domaine cognitif déficient. Ces stratégies nécessitent d'autres recherches avant que des recommandations puissent être élaborées sur leur utilisation [niveau de preuve C].
- viii. Les patients qui sont atteints de déficits cognitifs et présentent des changements d'humeur (p. ex., dépression, anxiété), ou d'autres changements de comportement lors du dépistage, doivent être orientés vers un professionnel de la santé mentale qualifié et pris en charge par ce dernier [niveau de preuve B].  
*Veillez consulter la recommandation 1 sur la dépression après un AVC pour en savoir plus.*

*Veillez consulter le chapitre sur la réadaptation après un AVC pour en savoir plus sur le traitement dans d'autres domaines, y compris la communication, les troubles visuo-spatiaux, et la négligence chez les patients victimes d'un AVC, qui souffrent de déficits cognitifs d'origine vasculaire.*

## 2.5 Pharmacothérapie pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC

- i. On peut envisager les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine) et la mémantine, antagoniste du récepteur NMDA, chez les patients victimes d'un AVC et atteints de démence vasculaire, d'après des essais randomisés indiquant des bienfaits légèrement positifs dans les résultats cognitifs. Cependant, la pertinence clinique de ces bienfaits demeure controversée. En conséquence, l'utilisation de ces médicaments doit être fondée sur un jugement clinique selon lequel de petites améliorations cognitives pourraient avoir un impact significatif sur la qualité de vie du patient [niveau de preuve B].
- ii. Pour les patients qui manifestent des déficits cognitifs vasculaires, on doit envisager une orientation vers un professionnel ou une équipe de santé possédant des compétences en déficits cognitifs d'origine vasculaire, afin d'obtenir une évaluation supplémentaire et des recommandations sur la pharmacothérapie [niveau de preuve C].

### **Considérations cliniques :**

- On doit noter que la plupart des données probantes disponibles sont fondées sur des personnes qui répondent aux critères pour la démence vasculaire ou la démence mixte. En conséquence, les données sur les effets du traitement pharmacologique dans les cas de déficits cognitifs d'origine vasculaire sans démence sont limitées actuellement.
- On doit tenir compte de la sévérité en prenant une décision dans le cadre de la gestion pharmacologique.
- Les patients atteints de DCV pourraient être susceptibles à des effets secondaires étant donné les comorbidités médicales fréquentes et l'utilisation concomitante de médicaments.
- Les étapes de soins dans le continuum peuvent inclure :
  - le moment de la consultation à l'urgence, lorsque des problèmes cognitifs, perceptuels ou fonctionnels sont notés;
  - pendant le séjour aux soins aigus, surtout si des problèmes cognitifs, perceptuels ou fonctionnels sont notés en l'absence de délirium;
  - pendant la réadaptation dans les milieux hospitalier et extrahospitalier, et à la maison, selon

les progrès du client;

- après le congé du service d'urgence ou du milieu hospitalier pour retourner dans un milieu de soins de santé communautaire ou extrahospitalier.
- *Remarque : Ces médicaments sont actuellement autorisés par Santé Canada pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. Ils n'ont pas encore reçu d'approbation dans le cas d'une indication de déficits cognitifs vasculaires.*

### Justification

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire touchent jusqu'à 60 % des survivants d'un AVC, et il est associé à un moins bon rétablissement et une fonction réduite dans les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne. Les patients pourraient nécessiter une intervention et une réadaptation continues à long terme (Teasell et coll., 2009; Madureira et coll., 2001). Les capacités cognitives dans les domaines des fonctions exécutives, de l'attention et de la mémoire semblent importantes pour prédire l'état fonctionnel au moment du congé. En outre, les déficits cognitifs peuvent être chroniques et évolutifs après un AVC. Selon les estimations, la démence après un AVC survient à trois mois chez 26 % des patients victimes d'un AVC (intervalle de confiance à 95 %, 3 % parmi les témoins du même âge) et nuit au rétablissement. Les déficits cognitifs augmentent la dépendance à long terme et sont associés à un taux de mortalité accru (61 % comparativement à 25 %) (Black, 2007).

Les déficits cognitifs dus à une pathologie vasculaire silencieuse est également en hausse. Les AVC silencieux, visualisés comme des lacunes ou des hyper signaux dans la substance blanche sur les images pondérées selon T2, sont fréquents (23 % des personnes âgées dans la communauté), et associés au déclin cognitif, à la démence et à l'AVC. Des données commencent à démontrer que, pour chaque AVC clinique évident, il pourrait y avoir jusqu'à 10 AVC silencieux. La maladie des petits vaisseaux intracérébraux est un trouble à la hausse avec le vieillissement de la population, menant à une augmentation du besoin de services de soutien à long terme.

On sait que des changements émotionnels et de comportement peuvent survenir après un AVC, des comportements particuliers étant liés à l'hémisphère touché et le site de l'AVC. Des troubles comme l'apathie, l'anxiété, le rire ou les pleurs instables, et d'autres comportements comme la désinhibition, le déni, l'indifférence, la tristesse évidente, et l'agressivité, peuvent survenir au cours des premiers jours après un AVC. Certains de ces comportements peuvent être liés à la survenue ultérieure de la dépression. Cependant, des études prospectives de changement d'humeur pendant et immédiatement après un AVC sont limitées à l'heure actuelle.

Dans la plupart des études de population, la démence vasculaire vient au second rang parmi les causes de démence après la maladie d'Alzheimer. La combinaison de la maladie d'Alzheimer et de la maladie vasculaire mène communément à la démence chez les personnes âgées. Un seul infarctus hémisphérique macroscopique est suffisant pour causer la démence chez des personnes manifestant la pathologie d'Alzheimer intermédiaire.

### Exigences pour le système

- Éducation du public afin d'accroître la sensibilisation au fait que les changements cognitifs peuvent être considérés comme des manifestations de la maladie vasculaire et de l'AVC.
- Éducation du public afin d'accroître la sensibilisation à une hypertension non traitée ou non maîtrisée et d'autres facteurs de risque cardiovasculaires et leur relation avec les changements cognitifs et la démence.
- Éducation des professionnels afin d'accroître la sensibilisation parmi les médecins de famille et les fournisseurs de soins primaires au fait que les patients avec des facteurs de risque cardiovasculaires, s'ils ne sont pas traités, augmenteront leur risque de déficits cognitifs.
- Éducation des professionnels de toutes les spécialités (p. ex., néphrologie, ophtalmologie, médecine familiale) afin qu'ils soient plus sensibles au fait que les patients présentant une maladie des petits vaisseaux doivent subir un dépistage des facteurs de risque de l'AVC et des déficits cognitifs.
- Accès aux équipes interprofessionnelles possédant les compétences nécessaires pour gérer de façon appropriée dans le continuum de soins de l'AVC et dans la communauté des patients atteints de déficits cognitifs d'origine vasculaire.
- Mécanismes permettant d'assurer une excellente communication et transmission d'informations entre les divers spécialistes et programmes au-delà du noyau de fournisseurs de soins de l'AVC, afin de répondre aux besoins variés des personnes victimes d'un AVC (p. ex., spécialistes en santé mentale, spécialistes de la cognition, programmes gériatriques).
- Formation professionnelle continue pour s'assurer d'une exécution compétente de l'administration et de l'interprétation d'une évaluation, ainsi que de la gestion de patients présentant des déficits cognitifs après l'AVC et d'origine vasculaire, ou à risque de déficits cognitifs vasculaires.

### Indicateurs de rendement

1. **Pourcentage de patients victimes d'un AVC ou présentant des facteurs de risque d'AVC, qui sont soumis à un bref dépistage cognitif à chaque point de transition dans le continuum de soins de l'AVC (c.-à-d., soins aigus hospitaliers, réadaptation en milieu hospitalier, cliniques extrahospitalières et de prévention de l'AVC) et dans la communauté après avoir obtenu leur congé de l'hôpital et à n'importe quel moment lorsqu'un changement dans l'état cognitif est soupçonné. (Indicateur de base)**
2. Pourcentage de patients victimes d'un AVC, qui sont orientés vers une évaluation cognitive ou neuropsychologique partout dans le continuum de soins de l'AVC (par exemple, pendant les soins et la réadaptation à l'hôpital, dans les cliniques extrahospitalières et ambulatoires, ou dans le cadre d'un programme comme la clinique de prévention de l'AVC), et/ou après avoir reçu un congé de l'hôpital pour retourner dans la communauté.
3. Pourcentage de changement cognitif, p. ex., scores du test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ou d'autres mesures recommandées au départ et à trois mois, six mois et un an après le début du traitement.
4. Pourcentage d'amélioration du contrôle de l'hypertension artérielle et autres facteurs de risque vasculaire chez les patients présentant une atteinte cognitive d'origine vasculaire.
5. Proportion de patients victimes d'un AVC ayant reçu un diagnostic de DCV et selon le domaine cognitif, à un mois, 6 mois et un an après un AVC.

### Notes sur la mesure des indicateurs

- Les recommandations pour les DCV et les indicateurs de rendement correspondants s'appliquent au continuum de soins de l'AVC et doivent être prises en considération dans le contexte des soins hospitaliers, de la réadaptation en milieu hospitalier, des cliniques extrahospitalières, des services à domicile, et des cliniques de prévention de l'AVC, et/ou après le congé de l'hôpital pour retourner dans la communauté.
- En utilisant ces indicateurs de rendement, il est important de consigner le moment et le contexte (continuum de soins) des mesures prises. Les données sur les indicateurs sont disponibles en vérifiant les dossiers primaires. La qualité des données dépendra de la qualité de la documentation obtenue par les professionnels de la santé.
- Indicateur de rendement 3 : Le rétablissement naturel amène un changement en l'absence de traitement. Donc, pour que cet indicateur soit significatif, il faut tenir compte de ce fait et, lorsque c'est possible, comparer le changement dû au rétablissement naturel à celui obtenu avec un traitement.
- Il s'agit d'un nouveau domaine qui exigera une importante éducation des professionnels de la santé, surtout dans le secteur de la documentation.

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

#### Renseignements à l'intention des professionnels de la santé

- Tableau 2A : Critères de diagnostic pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire et la démence
- Tableau 2B : Résumé d'outils sélectionnés de dépistage et d'évaluation initiale des déficits cognitifs d'origine vasculaire chez les patients victimes d'un AVC.
- Lignes directrices d'harmonisation vasculaire <http://stroke.ahajournals.org/content/37/9/2220.full> (en anglais)
- Examen fondé sur les données probantes des troubles cognitifs et de l'apraxie (EBRSR) : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/12-cognitive-disorders-and-apraxia> (en anglais)
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/>
- Énoncé scientifique de l'AHA/ASA sur les contributions d'origine vasculaire aux déficits cognitifs et à la démence <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2011/07/21/STR.0b013e3182299496> (en anglais)
- Examen fondé sur des données probantes de la dépression après un AVC (EBRSR) : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/18-post-stroke-depression> (en anglais)
- Soins psychologiques après un AVC du NHS : <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130221101407/http://www.improvement.nhs.uk/stroke/NationalProjects1011/Psychologicaltherapy/tabid/177/Default.aspx> (en anglais)
- Trousse d'ergothérapie pour l'évaluation de la cognition, de la Winnipeg Regional Health Authority : <http://www.wrha.mb.ca/professionals/cognition/index.php> (en anglais)

### Information relative au patient

- Prendre en main son rétablissement : « Guide du survivant selon les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC » : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébrale [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/03/YOURSTROKEJOURNEY.FINAL\\_FRENCH1.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/03/YOURSTROKEJOURNEY.FINAL_FRENCH1.pdf)
- Info AVC : <http://strokengine.ca/> (en anglais)
- Comportement, réflexion et mémoire : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629659/k.8F29/Comportement\\_r233flexion\\_et\\_m233moire.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629659/k.8F29/Comportement_r233flexion_et_m233moire.htm)
- Les changements d'humeur – Dépression : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629661/k.D93F/201motions\\_humeurs\\_et\\_relations.htm#mods-tab](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629661/k.D93F/201motions_humeurs_et_relations.htm#mods-tab)
- Programme La vie après un AVC<sup>MC</sup> de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Parlons de l'accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.4069995/k.13D3/AVC\\_Parlons\\_de\\_l8217AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.4069995/k.13D3/AVC_Parlons_de_l8217AVC.htm)
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC - La vie après un AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- Trucs et trouvailles sur les soins de l'AVC - Un guide pour les personnes soignant les victimes d'un AVC [http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvI3leNWJwE/b.6292285/k.7FC6/Trucs\\_et\\_Trouvailles.htm](http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvI3leNWJwE/b.6292285/k.7FC6/Trucs_et_Trouvailles.htm)
- Le stress apprivoisé : [http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.5591631/k.8EE/Maladies\\_du\\_coeur\\_Le\\_stress\\_apprivois233.htm](http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.5591631/k.8EE/Maladies_du_coeur_Le_stress_apprivois233.htm)
- Liste de contrôle POST-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/06/HSF%20Post%20Stroke%20Checklist\\_French\\_May4\\_2.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/06/HSF%20Post%20Stroke%20Checklist_French_May4_2.pdf)

#### Résumé des données probantes (version 2014)

Tableaux de données probantes et liste de référence sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire ([hyperlien](#))

## **TABLEAU 2A : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES POUR LES DÉFICITS COGNITIFS D'ORIGINE VASCULAIRE ET LA DÉMENCE (GORELICK ET COLL., 2011)**

1. L'acronyme *DCV* caractérise toutes les formes de déficits cognitifs allant de la démence vasculaire (DVa) aux déficits cognitifs légers (DCL) d'origine vasculaire.
2. Ces critères ne peuvent pas être utilisés pour des sujets qui ont reçu un diagnostic actif de consommation excessive de drogues ou d'alcool, ou de dépendance à ces substances. Les sujets doivent être exempts de toute substance pendant au moins trois mois.
3. Ces critères ne peuvent être utilisés pour des sujets souffrant de délirium.

### **Démence**

1. Le diagnostic de démence doit être fondé sur un déclin de la fonction cognitive à partir d'une évaluation de référence antérieure, et d'un déficit affectant deux domaines cognitifs, qui est suffisamment grave pour nuire aux activités de la vie quotidienne.
2. Le diagnostic de démence doit être fondé sur un test de la cognition, et un minimum de quatre domaines cognitifs doivent être évalués : fonctions exécutives/attention, mémoire, langage, et fonctions visuo-spatiales.
3. Les déficits dans les activités de la vie quotidienne doivent être indépendants des séquelles motrices ou sensorielles de l'événement vasculaire.

### **Démence vasculaire probable**

1. Des déficits cognitifs sont présents, et l'imagerie indique une maladie vasculaire cérébrale et
  - a. On observe une relation temporelle claire entre un événement vasculaire (p. ex., AVC clinique) et le début des déficits cognitifs, ou
  - b. On observe une relation claire dans la sévérité et le schéma de déficits cognitifs et la présence d'une pathologie sous-corticale diffuse de maladie cardiovasculaire (p. ex., dans l'artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et lymphoencéphalopathie (ACADISL).
2. Il n'existe pas d'antécédents de déficits cognitifs graduellement évolutifs avant ou après un AVC, qui suggèrent la présence d'une maladie neurodégénérative non vasculaire.

### **Démence vasculaire possible (DVa)**

Des déficits cognitifs sont présents, et l'imagerie indique une maladie vasculaire cérébrale, mais

1. Il n'y a aucune relation claire (sur le plan temporel, de la sévérité, ou du régime cognitif) entre la maladie vasculaire (p. ex., les infarctus silencieux, la maladie des petits vaisseaux sous-corticaux) et les déficits cognitifs.
2. Il n'existe pas suffisamment de données pour établir un diagnostic de DVa (p. ex., les symptômes cliniques suggèrent la présence d'une maladie vasculaire, mais aucune étude de TDM/IRM n'est disponible).
3. La sévérité de l'aphasie empêche une évaluation appropriée de la cognition. Cependant, les patients avec une fonction cognitive normale documentée (p. ex., évaluations cognitives annuelles) avant l'événement clinique qui a causé l'aphasie *pourraient* recevoir un diagnostic de DVa probable.
4. Il existe des signes d'autres maladies ou problèmes neurodégénératifs en plus de la maladie vasculaire cérébrale, qui pourraient nuire à la cognition, tels que
  - a. Des antécédents d'autres maladies neurodégénératives (p. ex., maladie de Parkinson, paralysie supranucléaire évolutive, démence avec corps de Lewy);
  - b. La présence d'une biologie de la maladie d'Alzheimer est confirmée par des biomarqueurs (p. ex., TEP, LCR, ligands amyloïdes) ou des études génétiques (p. ex., mutation *PS1*); ou

- c. Des antécédents de cancer actif ou de troubles psychiatriques ou métaboliques qui pourraient nuire à la fonction cognitive.

### Déficits cognitifs légers d'origine vasculaire (DCLVa)

1. Les DCLVa comprennent 4 sous-types proposés pour la classification des DCL : amnestique, amnestique plus d'autres domaines, non amnestique - domaine unique, et non amnestique - multiples domaines.
2. Le diagnostic de DCLVa doit être fondé sur un test de la cognition, et un minimum de quatre domaines cognitifs doivent être évalués : fonctions exécutives/attention, mémoire, langage, et fonctions visuo-spatiales. Le diagnostic doit être fondé sur une supposition du déclin de la fonction cognitive à partir d'une évaluation de référence antérieure, et un déficit dans au moins un domaine cognitif.
3. Les activités instrumentales de la vie quotidienne pourraient être normales ou légèrement déficientes, indépendamment de la présence de symptômes moteurs ou sensoriels.

### Déficits cognitifs légers d'origine vasculaire (DCLVa) probables

1. Des déficits cognitifs sont présents, et l'imagerie indique une maladie vasculaire cérébrale et
  - a. On observe une relation temporelle claire entre un événement vasculaire (p. ex., AVC clinique) et le début des déficits cognitifs, ou
  - b. On observe une relation claire dans la sévérité et le régime de déficits cognitifs et la présence d'une pathologie sous-corticale diffuse de maladie cardiovasculaire (p. ex., dans l'artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et lymphoencéphalopathie (ACADISL)).
2. Il n'existe pas d'antécédents de déficits cognitifs graduellement évolutifs avant ou après un AVC, qui suggèrent la présence d'une maladie neurodégénérative non vasculaire.

### Déficits cognitifs légers d'origine vasculaire (DCLVa) possibles

Des déficits cognitifs sont présents, et l'imagerie indique une maladie vasculaire cérébrale, mais

1. Il n'y a aucune relation claire (sur le plan temporel, de la sévérité, ou du régime cognitif) entre la maladie vasculaire (p. ex., les infarctus silencieux, la maladie des petits vaisseaux sous-corticaux) et le début des déficits cognitifs.
2. Il n'existe pas suffisamment de données pour établir un diagnostic de DCLVa (p. ex., les symptômes cliniques suggèrent la présence d'une maladie vasculaire, mais aucune étude de TDM/IRM n'est disponible).
3. La sévérité de l'aphasie empêche une évaluation appropriée de la cognition. Cependant, les patients avec une fonction cognitive normale documentée (p. ex., évaluations cognitives annuelles) avant l'événement clinique qui a causé l'aphasie *pourraient* recevoir un diagnostic de DCLVa probables.
4. Il existe des signes d'autres maladies ou problèmes neurodégénératifs en plus de la maladie vasculaire cérébrale, qui pourraient nuire à la cognition, tels que
  - a. Des antécédents d'autres maladies neurodégénératives (p. ex., maladie de Parkinson, paralysie supranucléaire évolutive, démence avec corps de Lewy);
  - b. La présence d'une biologie de la maladie d'Alzheimer est confirmée par des biomarqueurs (p. ex., TEP, LCR, ligands amyloïdes) ou des études génétiques (p. ex., mutation *PS1*); ou
  - c. Des antécédents de cancer actif ou de troubles psychiatriques ou métaboliques qui pourraient nuire à la fonction cognitive.

### Déficits cognitifs légers d'origine vasculaire (DCLVa) instables

1. Les sujets ayant reçu un diagnostic de DCLVa probables ou possibles, dont les symptômes reviennent à la normale, doivent être considérés comme souffrant de « DCLVa ».

*Remarques : DCV indique des déficits cognitifs d'origine vasculaire; DVA, une démence vasculaire; DCL, des déficits cognitifs légers; ACADISL, une artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et l'leukoencéphalopathie; TDM/IRM, une tomographie par résonance magnétique; TEP, une*

tomographie par émission de positron; LCR, le liquide céphalo-rachidien; et DCLVa, des déficits cognitifs légers d'origine vasculaire.

Reproduit avec autorisation de :

Philip B. Gorelick, Angelo Scuteri, Sandra E. Black, Charles DeCarli, Steven M. Greenberg, Costantino Iadecola, Lenore J. Launer, Stéphane Laurent, Oscar L. Lopez, David Nyenhuis, Ronald C. Petersen, Julie A. Schneider, Christophe Tzourio, Donna K. Arnett, David A. Bennett, Helena C. Chui, Randall T. Higashida, Ruth Lindquist, Peter M. Nilsson, Gustavo C. Roman, Frank W. Sellke et Sudha Seshadri. **Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.** *Stroke* 2011, 42:2672-2713: publié initialement en ligne le 21 juillet 2011 (tableau 2, page 2678)

Reproduit avec autorisation, Wolters Kluwer Health 2012

### Autres critères de diagnostic :

- Veuillez consulter *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) de l'American Psychological Association pour obtenir des critères mis à jour concernant la classification de la démence vasculaire (disponible à <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).
- Consultez également l'article suivant : Perminder S. Sachdev, Deborah Blacker, Dan G. Blazer, Mary Ganguli, Dilip V. Jeste, Jane S. Paulsen, Ronald C. Petersen. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology*, 2014; Volume: 10: Pages: 634–642.  
Disponible à [http://www.pubfacts.com/fulltext\\_frame.php?PMID=25266297&title=Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach](http://www.pubfacts.com/fulltext_frame.php?PMID=25266297&title=Classifying%20neurocognitive%20disorders:%20the%20DSM-5%20approach).

**Tableau 2B : SOMMAIRE d'outils sélectionnés de dépistage et d'évaluation initiale des déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC  
(mis à jour en 2014)**

Outil d'évaluation et références	Objectif	Contenu et population	Durée du test	Fiabilité et validité	Sensibilité et spécificité
----------------------------------	----------	-----------------------	---------------	-----------------------	----------------------------

REMARQUE : On doit tenir compte des facteurs associés au patient, tels que les défis de communication, pendant le dépistage et l'évaluation. Veuillez consulter la recommandation 2.3A pour en savoir plus.

### 3. Fatigue après un AVC

Humeur, cognition et fatigue  
Mise à jour 2014

#### 3. Fatigue après un AVC

**3.0** La fatigue après un AVC est un problème courant qui peut survenir après un AIT ou un AVC à n'importe quel moment du processus de rétablissement. La fatigue après un AVC passe souvent inaperçue. En conséquence, les professionnels de la santé doivent prévoir la possibilité de fatigue après un AVC, et préparer les patients et leur famille à atténuer la fatigue en évaluant, éduquant et intervenant à n'importe quel moment dans le continuum de rétablissement après un AVC.

#### 3.1 Dépistage et évaluation

- ii. Il faut systématiquement poser des questions sur la fatigue après un AVC aux survivants d'un AVC et d'un AIT lors des consultations médicales (p. ex., soins primaires, soins à domicile, consultations extrahospitalières) après le retour dans la communauté et aux points de transition [niveau de preuve C].
- i. Avant d'accorder un congé d'un service de l'hôpital, de l'unité d'AVC ou du service des urgences, il faut fournir au patient victime d'un AVC, à sa famille et aux aidants des renseignements de base sur la fréquence et sur l'éventualité de la fatigue après un AVC [niveau de preuve B].
  - a. L'expérience de fatigue après un AVC comprend :
    - Fatigue et absence d'énergie disproportionnées pour exécuter les tâches de la vie quotidienne;
    - Besoin anormal de sommeil prolongé;
    - Plus facilement fatigué par des activités qu'avant l'AVC, et besoin anormal de siestes ou de périodes de repos;
    - Fatigue non prévisible ressentie sans raison apparente.
- iii. Les survivants d'un AVC qui éprouvent de la fatigue doivent être soumis à un dépistage de comorbidités communes après un AVC et traitables, et de médicaments qui sont associés à la fatigue et/ou l'aggravent, y compris [niveau de preuve B].
  - a. Signes de dépression ou d'autres problèmes associés à l'humeur;
  - b. Troubles du sommeil ou facteurs qui réduisent la qualité du sommeil (p. ex., apnée du sommeil, douleur);
  - c. Autres problèmes médicaux courants après un AVC, et médicaments qui augmentent la fatigue, p. ex., pour une infection systémique telle que l'infection des voies urinaires, la déshydratation, les médicaments à effet sédatif.

#### 3.2 Gestion de la fatigue après un AVC

- i. Les stratégies de gestion de la fatigue après un AVC peuvent varier, et elles ne s'excluent pas mutuellement en raison de la nature multifactorielle possible de la fatigue après un AVC. En plus de l'éducation du patient et des aidants sur la fatigue après un AVC, et du traitement de tout problème concomitant qui pourrait causer ou aggraver la fatigue (comme ci-dessus), les stratégies peuvent inclure les catégories suivantes :
  - a. Stratégies de conservation de l'énergie et de gestion de la fatigue, visant à optimiser la fonction quotidienne dans les activités prioritaires (p. ex., les routines quotidiennes et les tâches modifiées qui prévoient des besoins énergétiques et offrent un équilibre activité/repos) [niveau de preuve C]. *Veillez consulter la case 3 pour obtenir des exemples de techniques de conservation de l'énergie.*
  - b. Participation à un programme d'exercices réguliers comportant des exigences physiques croissantes appropriées au niveau de tolérance, afin de prévenir le déconditionnement et améliorer la tolérance physique [niveau de preuve C].
  - c. Éducation en comportements favorisant une bonne hygiène du sommeil [niveau de preuve B]); *Pour en savoir plus, veuillez consulter la section 10 sur l'apnée du sommeil au chapitre sur la prévention de l'AVC.*
  - d. Communication des besoins en état énergétique et repos aux membres de la famille, aux aidants, aux employeurs et aux groupes sociaux [niveau de preuve C].

- ii. Les patients ayant subi un AVC doivent recevoir des soins prodigués par des professionnels de la santé habilités à reconnaître les symptômes de fatigue et leur prise en charge. [niveau de preuve C].
- iii. Il n'y a pas pour le moment suffisamment de données probantes qui permettraient de formuler une recommandation précise de traitement pharmacologique pour la fatigue après un AVC [niveau de preuve B].

### Case 3 : Exemples de stratégies de conservation d'énergie plus particulières

*La liste suivante inclut des stratégies de conservation d'énergie décrites dans une base de documentation élargie. Elles sont offertes à titre d'information et d'orientation pour conseiller les patients. Elles ne doivent pas être considérées comme des recommandations fondées sur des données probantes.*

- Structurer la journée pour inclure un équilibre d'activités et de périodes de repos fixées à l'avance. Prévoir des exigences énergétiques pour chaque tâche et pour terminer des activités hautement prioritaires;
- Tenir un agenda des activités quotidiennes et faire en sorte que les activités physiquement exigeantes viennent après une période de repos, planifier les activités une journée à l'avance, prévoir le niveau d'énergie qu'exige chaque tâche, établir des priorités parmi les tâches et la dépense d'énergie qu'elles représentent
- Organiser son milieu physique afin de réduire l'effort lié aux déplacements, réduire la fréquence d'utilisation des escaliers et avoir à portée de la main les objets les plus souvent utilisés;
- Adopter la position assise plutôt que la position debout lorsque c'est possible pour certaines tâches (comme repasser ou laver la vaisselle);
- Comprendre comment utiliser de façon appropriée la mécanique de l'organisme, les positions à privilégier, les positions assises et les emplacements (se reposer dans un lit plutôt que sur une chaise);
- Acquérir de bonnes habitudes d'hygiène du sommeil et éviter les médicaments sédatifs et une consommation excessive d'alcool;
- Utiliser de l'équipement et des technologies de conservation de l'énergie afin de réduire l'effort physique (p. ex., ouvre-boîte électrique, magasinage en ligne);
- Choisir des activités professionnelles et de loisirs agréables qui sont prévues pour s'assurer que le patient a eu le temps de se reposer au préalable;
- Confier à d'autres l'exécution de certaines tâches qui ne sont pas prioritaires ou dont quelqu'un d'autre (comme un membre de la famille) peut s'acquitter;
- Élaborer un régime alimentaire de saine alimentation qui favorise les niveaux d'énergie.

### Justification

La fatigue post-AVC est généralement sous-diagnostiquée et elle n'est pas évaluée d'une manière systématique chez les patients qui ont subi un AVC. Pourtant, les patients en phase aiguë et en phase chronique d'un rétablissement post-AVC signalent souvent des symptômes de fatigue. Les taux de prévalence de la fatigue post-AVC (Fondation) sont assez élevés, et varient de 38 à 73 %. De plus, ces taux n'ont pas tendance à baisser d'une manière considérable après la phase post-aiguë, même après plusieurs années post-AVC. Cette fatigue est observée chez tous les types de patients ayant subi un AVC et ne dépend pas de la taille, de la localisation ou de la sévérité de l'accident. Elle est souvent associée à une humeur dépressive et à des troubles du sommeil, s'observe aussi en leur absence. Les données montrent qu'elle a un effet négatif sur la capacité du patient de participer activement à la réadaptation, ce qui se traduit par de moins bons résultats à long terme. De nouvelles recommandations ont donc été ajoutées aux *Recommandations* afin de faire mieux connaître la fréquence de la fatigue post-AVC, son effet physique et psychologique sur les patients et l'effet négatif sur le rétablissement et sur les résultats.

### Exigences pour le système

- i. Protocoles visant l'inclusion de la fatigue post-AVC dans le dépistage et l'évaluation des patients à tous les points de transition et étapes de soins après un AVC.
- ii. Ressources et mécanismes pour la planification et la mise en œuvre des services en milieu extrahospitalier qui tiennent compte des besoins du patient, de la famille et des aidants et qui mettent l'accent sur la conservation de l'énergie (p. ex., accès à des aides de locomotion, à des services de transport, à des conseils).
- iii. Modèles de soins comprenant des technologies comme la télémédecine, le suivi téléphonique et le soutien par le Web afin de réduire le nombre de rendez-vous médicaux qui représentent une dépense d'énergie.

- iv. Éducation et sensibilisation accrue à la fatigue après un AVC, et aux stratégies de gestion pour les patients, les aidants, les employeurs et les professionnels de la santé.

#### Indicateurs de rendement

1. Nombre et pourcentage de patients signalant des symptômes de fatigue post-AVC, calculé à chaque point de transition par rapport au nombre total de cas d'AVC.
2. Proportion de patients ayant subi un AVC qui retournent au service des urgences ou sont admis à nouveau à l'hôpital pour une incapacité de s'adapter ou une autre raison liée à la fatigue.

#### Notes sur la mesure des indicateurs

- Aucune mesure normalisée et validée de la fatigue post-AVC n'a été publiée pour cette population. Certaines échelles validées de la fatigue en tant qu'état pathologique s'appliquent à ces patients et constituent un choix raisonnable pour le moment.

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

##### Renseignements sur les fournisseurs de soins de santé

- Tableau sommaire de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : Outils pour évaluer la participation, la QVLS et la fatigue
- Inventaire multidimensionnel : <http://www.cas.usf.edu/~jacobsen/HANDOUT.FSI&MFSI.pdf> (en anglais)
- Échelle de la sévérité de la fatigue : <http://www.healthywomen.org/sites/default/files/FatigueSeverityScale.pdf> (en anglais)

##### Information relative au patient

- Prendre en main son rétablissement : « Guide du survivant selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC » : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Fatigue après l'AVC : <http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Fatigue%20after%20stroke.pdf> (en anglais)
- Fatigue <http://www.stroke.org.uk/about/fatigue> (en anglais)
- Fatigue <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=fatigue> (en anglais)
- Parlons de la fatigue après un AVC : [http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm\\_309719.pdf](http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_309719.pdf) (en anglais)
- Journal d'activités : [http://www.cdc.gov/healthyweight/pdf/physical\\_activity\\_diary\\_cdc.pdf](http://www.cdc.gov/healthyweight/pdf/physical_activity_diary_cdc.pdf) (en anglais)

#### Résumé des données probantes

[Tableaux de données probantes et liste de référence sur la fatigue après un AVC \(hyperlien\)](#)