



# Pratiques optimales de l'AVC au Canada

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

**Réadaptation, rétablissement et participation communautaire  
après un AVC**

***Première partie : Planification de la réadaptation post-AVC  
pour la prestation de soins optimaux  
Septième édition, 2025***

**Encadré 8 : Liste de vérification pour le soutien aux transitions de  
soins réussies**

*Salbach N, Yao J (Présidents du groupe de rédaction)*

*Nelson M, Shi J (chefs de section)*

*au nom du groupe de rédaction sur la réadaptation et rétablissement après un  
AVC des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins  
de l'AVC*

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2025.

## Encadré 8 : Liste de vérification pour le soutien aux transitions de soins réussies

*Cette liste de vérification est fournie à titre de guide pour s'assurer que les recommandations fondées sur des données probantes et un consensus sont appliquées afin d'élaborer un plan d'action pour chaque personne lors de sa transition vers différents milieux et phases de soins. Cette liste de vérification s'applique à tous les milieux de soins et doit permettre aux membres de l'équipe soignante de travailler avec la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidantes et aidants pour avoir des échanges constructifs sur le soutien et les services appropriés afin de garantir des transitions positives et réussies dans les soins.*

Le soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants doit être fondé sur une prise de décision partagée et adapté aux capacités cognitives, sensorielles et de communication de la personne. Il peut s'agir de ce qui suit :

- ☐ Prise de décision partagée et participation concernant les transitions entre les différentes étapes de soins.
- ☐ Renseignements précis et à jour sur le prochain milieu de soins, ce à quoi on peut s'attendre et comment s'y préparer.
- ☐ Accès aux soins de rétablissement et de réadaptation active afin d'améliorer ou de maintenir les capacités fonctionnelles, conformément au plan de soins personnalisés.
- ☐ Conseils, préparation et évaluation continue pour l'adaptation au changement du milieu de vie, des capacités, des relations et des rôles sociaux, de la participation, des loisirs et des activités professionnelles, et de domicile. Il faut aussi tenir compte des répercussions sur la famille (p. ex. conjoint ou conjointe ou partenaire, enfants), des problèmes de ressources potentielles (financières) et de l'autonomie (p. ex. la conduite).
- ☐ Instructions et recommandations écrites relatives au congé, qui doivent être incluses dans les plans d'action concertés et comprendre les objectifs et les soins de suivi.
- ☐ Accès à une personne-ressource désignée à l'hôpital et dans la communauté qui assure la continuité des soins et répond aux questions.
- ☐ Accès à des organismes de santé et de services sociaux et à des conseils de leur part, en fonction des besoins et de l'étape de la transition et du rétablissement.
- ☐ Liens vers des organismes communautaires locaux, tels que les groupes de soutien pour les personnes ayant subi un AVC, les programmes de visite par des pairs, les organismes de fourniture de repas et d'autres services et organismes, ainsi que des renseignements à leur sujet.
- ☐ Lignes directrices et renseignements sur la planification préalable des soins, les soins palliatifs et les soins de fin de vie, le cas échéant.
- ☐ Accès, dans la mesure du possible, à des services de soutien par les pairs qui ont subi un AVC et ont vécu des transitions après la phase aiguë.
- ☐ Communications adaptées aux capacités cognitives, sensorielles et de communication de la personne ayant subi un AVC (comme des formats conviviaux pour une personne atteinte d'aphasie), au besoin et en fonction de ses connaissances en matière de santé, et de celles de sa famille et de ses aidantes et aidants.