



Pratiques optimales de l'AVC au Canada

Réadaptation, rétablissement et participation communautaire
après un AVC

**Troisième partie : Optimisation de l'activité et de la
participation communautaire après un AVC**

Septième édition, 2025

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

**Groupe de rédaction scientifique sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire
après un AVC**

Direction : Jennifer Yao (coprésidente), Nancy M. Salbach (coprésidente), M. Patrice Lindsay (éditrice en chef), Michelle Nelson (cochef de la première partie), Jing Shi (cochef de la première partie), Anita Mountain (conseillère principale), Colleen O'Connell (conseillère), Debbie Timpson, Dylan Blacquiere (conseiller principal), Chelsy Martin (chef de projet), Rebecca Lund (rédactrice). **Membres :** Ruth Barclay, Diana Bastasi, Mark I. Boulos, Joy Boyce, Geneviève Claveau, Heather L. Flowers, Norine Foley, Urvashy Gopaul, Esther S. Kim, Alto Lo, Alison M. McDonald, Amanda McIntyre, Colleen O'Connor, Kara K. Patterson, Tricia Shoniker, Theodore Wein, Janice Wright, Brenda Yeates, Jeanne Yiu, Sarvenaz Mehrabi; Benjamin Ritsma, Ada Tang, Louis-Pierre Auger, Jenna Beaumont, Rebecca Bowes, Imane Samah Chibane, Sarah J. Courtice, Rhina Delgado, Melanie Dunlop, Kimia Ghavami, Teresa Guolla, Deborah Kean, Sandra MacFayden, Jasmine Masse, Phyllis Paterson, Elyse Shumway, Alda Tee, Clinton Yin Hang Tsang, Stacey Turnbull, Katie White. **Réadaptation cognitive :** Richard H. Swartz, Eric E. Smith, Aravind Ganesh, Gail A. Eskes, R. Stewart Longman. **Humeur et dépression :** Treena Blake, Sabrina Celarie, Geneviève Claveau, Lee-Anne Greer, Jasmine Masse, Ronak Patel, Gayla Tennen, Manav Vyas; **au nom du comité consultatif des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien, la plateforme CanStroke Essais post-AVC et la Fédération des sciences neurologiques du Canada.**

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

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

Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC
**Troisième partie : Optimisation de l'activité et de la participation communautaire
après un AVC**

Septième édition, 2025

TABLE DES MATIÈRES

| Contenu | Page |
|--|------|
| Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Introduction et aperçu | |
| Introduction et aperçu | 3 |
| Aperçu du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC | 4 |
| Définitions et descriptions | 5 |
| Mises à jour importantes dans la septième édition | 7 |
| Méthodologie d'élaboration des lignes directrices | 9 |
| Remerciements | 11 |
| Comité de consultation et d'examen communautaire | 12 |
| Financement | 12 |
| Citation | 12 |
| Recommandations – Troisième partie : Optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC – Mise à jour en 2025 | 14 |
| 1.0 Humeur et dépression | 14 |
| 2.0 Hygiène de sommeil et fatigue post-AVC | 26 |
| 3.0 Réadaptation cognitive pour les personnes ayant subi un AVC | 34 |
| 4.0 Prise en charge de la santé, reprise de la conduite automobile et retour à la vie professionnelle | 45 |
| 5.0 Participation aux activités sociales et de loisirs après un AVC | 56 |
| ANNEXE I : Groupe de rédaction scientifique et autrices et auteurs du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire post-AVC, 2025 | 64 |
| ANNEXE II : Responsables de l'examen externe de la partie sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC, 2025 | 82 |
| ANNEXE III : Références | 89 |

INTRODUCTION ET APERÇU

Présentation des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (ci-après, les « *Recommandations* ») offrent des lignes directrices actualisées et fondées sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge de l'AVC. Elles promeuvent le rétablissement optimal et la réintégration des personnes ayant subi un AVC de même que le soutien de leur famille et de leurs aidantes et aidants. Les *Recommandations* sont sous la direction de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (ci-après, « Cœur + AVC »).

Le thème de la septième édition des *Recommandations* est « **établir des liens pour optimiser les résultats individuels** ». Les personnes ayant subi un AVC ont souvent de multiples troubles concomitants; certains peuvent avoir contribué à l'AVC, d'autres en être les conséquences, et d'autres encore peuvent ne pas y être liés. Nelson et ses collaborateurs¹ ont constaté qu'environ 80 % des survivantes et survivants à un AVC ont en moyenne cinq autres affections et plusieurs problèmes psychosociaux. Les interactions entre les troubles concomitants complexes doivent être prises en compte pour que le traitement et la planification des soins continus soient personnalisés et axés sur la personne.

La conception du système de santé favorise souvent le travail en vase clos, ce qui fait en sorte que chaque affection comporte ses propres processus de planification et d'organisation, sans que ces processus soient intégrés aux traitements d'autres maladies, même des affections vasculaires connexes. Même au sein des systèmes de soins de l'AVC, à l'échelle locale et régionale, des cloisonnements peuvent exister et la continuité des soins peut être rompue. Les personnes qui passent par différents milieux et phases de soins après un AVC se sentent souvent anxieuses et dépassées. L'élaboration d'un plan de soins personnalisés et l'établissement de liens au sein du milieu extrahospitalier ont des répercussions importantes sur les résultats de la personne à court et à long terme.

La septième édition des *Recommandations* adopte une approche holistique élargie et tient compte de la comorbidité et de la complexité croissante des cas des personnes ayant subi un AVC. De plus, un examen plus approfondi de la représentation des sexes et des genres dans les essais cliniques précurseurs sur lesquels sont fondées les recommandations a été entrepris afin de déterminer dans quelle mesure les données probantes disponibles comprenaient des participants masculins et féminins dans des proportions suffisantes pour permettre la détection de résultats et la généralisation pour une population plus vaste. Ces conclusions sont présentées dans les sections de discussion du module et sont intégrées dans les recommandations proprement dites, le cas échéant. Les indicateurs de rendement connexes ont été élargis pour inclure des indicateurs du système, des indicateurs cliniques et de nouveaux indicateurs de résultats rapportés par les patientes et patients, en appui à notre approche holistique.

La diffusion et l'adoption de ces recommandations ont pour but d'optimiser à l'échelle du pays les soins de l'AVC fondés sur des données probantes, de réduire les variations dans les soins fournis aux personnes ayant subi un AVC, et de diminuer l'écart entre les connaissances actuelles et la pratique clinique.

Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien, la plateforme CanStroke Essais post-AVC, la plateforme StrokeCog et la Fédération des sciences neurologiques du Canada. Nous travaillons en étroite collaboration afin d'assurer l'harmonisation des recommandations propres aux différentes lignes directrices lorsque cela est possible et approprié.

Avis de non-responsabilité : Les Recommandations visent à appuyer l'adoption de pratiques optimales de soins de l'AVC dans l'ensemble du pays. Les systèmes de santé, les organismes du secteur de la santé et les organisations professionnelles, ainsi que les lois et les normes, varient d'une province à l'autre. Les présentes Recommandations fournissent une orientation à l'échelle nationale; elles ne

tiennent pas compte, dans l'ensemble, des variations des lois ou des normes provinciales. Elles ne visent pas à remplacer une loi provinciale ou locale ou une norme organisationnelle ou professionnelle. Dans le cadre de l'examen et de la mise en œuvre des Recommandations, les utilisatrices et les utilisateurs sont encouragés à consulter et à suivre toutes les lois ou normes appropriées.

Aperçu du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC

Les cas d'AVC sont en hausse au pays, avec plus de 108 000 cas survenant chaque année². L'AVC est l'une des principales causes d'incapacité chez les adultes : on estime que 947 895 personnes de 20 ans et plus vivent avec les séquelles d'un AVC au pays³. À l'échelle nationale, un tiers des personnes ayant subi un AVC, généralement un accident ischémique transitoire (AIT) ou un AVC léger, reçoivent leur congé du service des urgences pour réintégrer directement la communauté⁴. Parmi les personnes hospitalisées en soins de courte durée, 39 % seront renvoyées à leur domicile sans services de soutien, 19 % seront renvoyées à leur domicile avec certains services de soutien, 15 % seront transférées à un service de réadaptation pour personnes hospitalisées, et 8 % seront transférées dans un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes⁵. Pour celles qui avaient accès à la réadaptation en milieu hospitalier, la durée médiane du séjour était de 29 jours, et 74 % ont été renvoyées chez elles, avec une efficacité médiane de la mesure de l'indépendance fonctionnelle [MIF] de 0,84 point MIF gagné par jour⁵.

En fin de compte, la plupart des personnes ayant subi un AVC retourneront dans leur communauté, pour y vivre de façon autonome ou avec un léger soutien. La complexité des cas et les besoins des personnes qui ont subi un AVC et vivent dans la communauté ainsi que de leur famille ont augmenté, la durée du séjour à l'hôpital étant plus courte et le temps d'attente plus long pour les services communautaires. Les personnes qui se rétablissent après un AVC ont souvent besoin de l'aide de plusieurs membres de l'équipe interdisciplinaire et de divers services. Ces personnes et leur famille ont déclaré que la coordination et l'intégration des services sont souvent des défis majeurs lorsqu'elles tentent de recourir aux services de soins de santé communautaires. Elles déclarent avoir parfois été laissées pour compte et, par conséquent, ne pas être en mesure d'atteindre leurs objectifs en matière de réadaptation (comité de consultation et d'examen communautaire, 2024). En outre, des déterminants sociaux, tels que le statut socio-économique, l'éducation et la situation géographique, peuvent également constituer des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins.

La septième édition du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* a été revampée afin de mieux correspondre au cadre de travail sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). De plus, compte tenu du large éventail de sujets traités dans ce module, cette mise à jour de la septième édition a été divisée en trois parties :

- **Première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux**
- **Deuxième partie : Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles**
- **Troisième partie : Optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC, mise à jour de 2025**

La troisième partie de ce module porte sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC. Elle reflète le nombre croissant et changeant de données probantes de recherche disponibles sur les soins centrés sur la personne, l'optimisation du retour d'une personne ayant subi un AVC dans sa communauté, le rétablissement à plus long terme après un AVC et la participation active et significative. Elle met l'accent sur l'importance d'un suivi de santé régulier, l'optimisation des stratégies de prévention secondaire, l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge des troubles de l'humeur (comme l'anxiété et la dépression) et de l'état cognitif, l'hygiène de sommeil et la fatigue post-AVC. De plus, elle

aborde des sujets plus personnels qui sont importants et significatifs pour les personnes ayant subi un AVC, notamment la reprise de la conduite automobile, le retour à la vie professionnelle, les relations, la sexualité, les rôles sociaux, les loisirs, la participation sociale, la planification préalable des soins et les soins palliatifs.

La troisième partie de ce module met l'accent sur la nécessité de mettre en place des systèmes de soins coordonnés et continus qui vont au-delà des premiers mois suivant un AVC, en tirant parti des progrès réalisés au cours des phases initiales du rétablissement, pour favoriser la réintégration harmonieuse dans la communauté. Un des principaux objectifs de ces recommandations est de permettre aux personnes ayant subi un AVC de retrouver le plus d'autonomie possible et de reprendre leurs rôles sociaux et leurs loisirs. La planification à plus long terme de toutes les transitions exige des efforts intégrés, coordonnés et axés sur la personne de la part des membres des équipes soignantes qui interviennent auprès des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants, ainsi que de la communauté dans son ensemble. La participation active de la personne ayant subi un AVC et de sa famille à toutes les étapes de la planification et de l'établissement des objectifs est essentielle.

Combler les lacunes en matière de soutien à la participation sociale et communautaire est un enjeu prioritaire : les systèmes de santé doivent assurer un accès équitable aux services et aux ressources qui facilitent non seulement le rétablissement physique, mais aussi la reprise des rôles sociaux, des loisirs et des relations communautaires, qui sont essentiels pour obtenir des résultats optimaux à long terme en matière de santé holistique et d'adaptation après un AVC. Les sujets abordés dans ce module sont souvent omis dans le cadre du processus de rétablissement. Ils peuvent toutefois causer des difficultés importantes pour les personnes ayant subi un AVC et leur famille lors du passage du rétablissement à court terme à l'optimisation à plus long terme de la santé, de l'adaptation et de la participation. Les besoins physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux et environnementaux des personnes ayant subi un AVC sont pris en compte dans l'intégralité des *Recommandations*. Les questions d'équité de l'accès et de la réception des services nécessaires et de la facilitation des liens avec les ressources doivent être abordées à toutes les phases du rétablissement.

Définitions et descriptions

La **réadaptation post-AVC** est un processus progressif, dynamique et axé sur les objectifs qui traite les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation liées à l'AVC afin d'optimiser les niveaux fonctionnels physiques, cognitifs, émotionnels, communicatifs et sociaux des personnes ayant subi un AVC. Au stade chronique de l'AVC, la réadaptation peut aussi être axée sur le maintien des capacités fonctionnelles actuelles et la prévention ou le ralentissement de la dégradation fonctionnelle et des problèmes de santé secondaires (comme la dépression).

La réadaptation ne constitue PAS un milieu de soins, mais plutôt un ensemble d'activités qui s'enclenchent rapidement après l'AVC initial, dès que l'état de santé de la personne est stable et que celle-ci peut participer et déterminer ses buts en matière de réadaptation, de rétablissement et de participation.

Elle se déroule dans tout le continuum des soins de l'AVC et dans divers milieux formels et informels, comme les unités de soins de courte durée ou pour affections subaiguës; les unités de réadaptation générale ou mixte; les unités de soins palliatifs; les milieux ambulatoires ou communautaires, comme les cliniques externes ou de jour; les services à domicile (y compris les services de congé précoce assisté et les services de soins à long terme); les centres de loisirs; et les équipes communautaires. La réadaptation tient compte des objectifs de soins de la personne, y compris l'intégration des principes des soins palliatifs appropriés dans le cadre du continuum de soins.

La réadaptation palliative fait partie intégrante de ce continuum en se concentrant sur l'amélioration de la qualité de vie et en contribuant à prendre en charge les symptômes, à maintenir les capacités fonctionnelles et à soutenir l'autonomie ([voir la section 9 sur les soins palliatifs du module sur les systèmes de soins de l'AVC des *Recommandations*](#)).

Les **systèmes de soins de l'AVC** sont un système complet, diversifié et longitudinal qui aborde tous les aspects des soins de l'AVC dans le cadre d'une approche intégrée, organisée et coordonnée. Un système de soins de l'AVC couvre le continuum des soins, de la prévention primaire à la fin de vie. Un système de soins de l'AVC garantit l'accès à des traitements fondés sur des données probantes qui optimisent la survie et le rétablissement des personnes.

Les **systèmes de soins de l'AVC intégrés** tiennent compte de tous les aspects de la planification et de la prestation des soins, tels que l'accès, l'évaluation, le traitement, les considérations cliniques, les données, les résultats, l'étalonnage, les lignes directrices, la planification, l'organisation des services, le financement et l'éducation.

La **spasticité** se manifeste par une augmentation de la résistance à l'étiirement musculaire imposé par une force extérieure en fonction de la vitesse du mouvement et de la longueur du muscle. Elle est causée par l'hyperexcitabilité des voies excitatrices descendantes du tronc cérébral et l'exagération des réflexes d'étirement qui en découle. D'autres déficiences motrices connexes, notamment des synergies anormales, une activation musculaire inappropriée et une coactivation musculaire anormale, coexistent avec la spasticité et ont des origines physiopathologiques similaires⁶.

Dépression après un AVC : La prévalence de la dépression après un AVC est nettement plus élevée et a été signalée chez 24 % des personnes. *Dans le cadre de ce module, nous examinons la dépression après un AVC.* La catégorie du *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, 5^e édition* (DSM-5) qui s'applique est « trouble dépressif dû à une autre affection médicale », comme un AVC, « avec caractéristiques dépressives », « avec épisode évoquant un épisode dépressif caractérisé » ou « avec caractéristiques mixtes ». Elle est souvent associée à un infarctus des gros vaisseaux⁷.

- Une personne candidate à ce diagnostic présente une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir, ainsi que quatre autres symptômes de dépression (p. ex. perte de poids, insomnie, agitation psychomotrice, fatigue, sentiment d'être inutile, diminution de la concentration et idées suicidaires) pendant deux semaines ou plus.
- Plusieurs mécanismes, notamment des facteurs biologiques, comportementaux et sociaux, interviennent dans sa pathogenèse.
- Les symptômes se manifestent habituellement dans les trois premiers mois suivant l'AVC (dépression précoce après un AVC); cependant, ils peuvent aussi se manifester plus tard (dépression tardive après un AVC). Les symptômes ressemblent à ceux d'une dépression due à d'autres causes, bien qu'il existe quelques différences. Les personnes ayant subi un AVC et atteintes de dépression présentent davantage de troubles du sommeil, de symptômes végétatifs et de retrait social.

La **dépression vasculaire** est un concept qui englobe un éventail plus large de troubles dépressifs. La dépression vasculaire est liée à une ischémie des petits vaisseaux et les personnes atteintes de dépression vasculaire peuvent présenter une maladie de la substance blanche visible à l'imagerie cérébrale. La dépression post-AVC est une sous-catégorie de la dépression vasculaire. Les personnes ayant subi un AVC et atteintes de dépression vasculaire ont un âge plus avancé au moment de l'apparition, présentent des déficits cognitifs plus importants, ont moins d'antécédents familiaux et personnels de dépression et des déficiences physiques plus importantes que les personnes âgées atteintes de dépression non vasculaire. On a constaté qu'elles réagissaient différemment au traitement et que leur pronostic était différent. En outre, les personnes atteintes de dépression vasculaire avec dysfonctionnement exécutif ou les personnes qui affichent une progression lente des hypersignaux de la substance blanche au fil du temps obtiennent une réponse faible au traitement par antidépresseurs et présentent une évolution clinique plus chronique et ponctuée de récidives⁸.

L'**apathie** est le plus souvent définie comme un syndrome multidimensionnel de diminution des comportements axés sur des objectifs, de l'émotion et des capacités cognitives^{9, 10}. Les personnes présentent une perte de motivation, de préoccupation, d'intérêt et de réponse émotionnelle, qui

entraîne une perte d'initiative, une diminution des interactions avec leur environnement et un intérêt réduit pour la vie sociale. Cela peut avoir des répercussions négatives sur le rétablissement post-AVC. L'apathie peut se présenter comme un syndrome indépendant, bien qu'elle puisse également survenir comme un symptôme de dépression ou de démence^{11, 12}. Des cas d'apathie ont été signalés chez 29 % à 40 % des personnes ayant subi un AVC¹³.

L'**anxiété** après un AVC est caractérisée par un sentiment de tension, une appréhension ou une inquiétude extrême, et des manifestations physiques comme une pression artérielle plus élevée. Les troubles anxieux se manifestent lorsque les symptômes deviennent excessifs ou chroniques. Dans la littérature sur les affections post-AVC, l'anxiété a été définie en tenant compte à la fois de la présence et de la gravité des symptômes à l'aide d'échelles de dépistage et d'évaluation validées (comme l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier [ÉHAD]) ou en définissant les syndromes à l'aide de critères diagnostiques (p. ex. trouble panique, trouble d'anxiété généralisée et phobie sociale).

Le **syndrome pseudobulbaire** après un AVC est caractérisé par une labilité émotionnelle (pleurs ou rires incontrôlés ou exagérés). L'expression émotionnelle est généralement brève, allant de quelques secondes à quelques minutes, plutôt que quelques heures. Ces réactions émotionnelles sont incongrues par rapport à l'humeur sous-jacente et sont causées par l'affection neurologique ou l'AVC, plutôt que par la dépression. Cependant, le syndrome pseudobulbaire peut également survenir avec une dépression concomitante¹⁴.

L'**observation vigilante** est définie comme une période durant laquelle la personne ayant subi un AVC qui présente des symptômes dépressifs légers est surveillée de près, sans intervention thérapeutique supplémentaire, afin de déterminer si les symptômes dépressifs légers vont s'améliorer. La durée de l'observation vigilante varie dans la littérature, mais se situe généralement entre deux et quatre semaines.

L'**hygiène de sommeil** est un cycle de sommeil-éveil multidimensionnel, adapté aux exigences individuelles, sociales et environnementales, qui favorise le bien-être physique et mental. Une bonne hygiène de sommeil est caractérisée par une satisfaction subjective, un horaire approprié, une durée adéquate, une efficacité élevée et une vigilance soutenue pendant les heures d'éveil¹⁵.

La **fatigue post-AVC** est une expérience multidimensionnelle motrice, perceptuelle, émotionnelle et cognitive, caractérisée par une sensation d'épuisement précoce accompagnée de lassitude, d'un manque d'énergie et d'une aversion pour l'effort, qui se développe au cours d'une activité physique ou mentale et qui ne s'améliore généralement pas avec le repos. La fatigue peut être qualifiée d'objective ou de subjective. La fatigue objective est définie comme une diminution observable et mesurable du rendement, survenant avec la répétition d'une tâche physique ou mentale, tandis que la fatigue subjective est un sentiment d'épuisement précoce, de lassitude et d'aversion à l'effort¹⁶⁻¹⁹.

Les **caractéristiques de la fatigue post-AVC** peuvent comprendre une fatigue accablante et un manque d'énergie pour accomplir les activités de la vie quotidienne; un besoin anormal de siestes, de repos ou de sommeil prolongé; une plus grande facilité à se fatiguer lors des activités de la vie quotidienne qu'avant l'AVC; des sensations de fatigue imprévisibles et sans raison apparente. La fatigue post-AVC peut survenir à différentes phases du rétablissement, à la fois lors de la phase précoce et à plus long terme.

Voir la [première partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations portant sur la planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux pour d'autres définitions et descriptions](#).

Considérations relatives à la réadaptation après un AVC

Le **dépistage** est un processus d'évaluation de la présence éventuelle d'un problème particulier. Le dépistage est une action ou une investigation délibérée visant l'identification précoce des personnes à risque de développer une affection, un trouble ou un problème particulier. Le dépistage peut révéler l'existence possible d'un problème. Les résultats d'un dépistage peuvent

indiquer la nécessité d'une évaluation plus exhaustive. Le dépistage est généralement bref et sert à cerner d'éventuelles préoccupations, et non à poser un diagnostic. Les prestataires de soins de santé peuvent utiliser des mesures de dépistage préliminaires pour faciliter la prise de décision clinique.

L'évaluation est un processus qui permet de définir et de mesurer la nature du problème de santé lié à l'AVC, d'orienter l'établissement d'un diagnostic, d'établir un pronostic et de contribuer à l'élaboration de recommandations de traitement particulières liées au problème ou au diagnostic. L'évaluation peut aussi comprendre le suivi de la réponse à l'intervention thérapeutique. L'objectif de l'évaluation consiste à recueillir des renseignements plus précis et plus détaillés afin d'acquérir une compréhension globale d'un problème potentiel. L'évaluation inclut d'autres renseignements qui permettent d'inscrire les résultats dans un contexte plus vaste.

Remarque : Le dépistage et l'évaluation des personnes ayant subi un AVC doivent tenir compte de multiples facteurs. Idéalement, il faut confirmer que les outils de dépistage et d'évaluation conviennent à une utilisation précise et à la population cible afin de permettre l'interprétation des résultats la plus juste possible.

Milieux : Les milieux des soins de réadaptation post-AVC désignent les lieux physiques où les soins et les services de réadaptation sont offerts et reçus par les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants. Les évaluations et les interventions en matière de réadaptation, composantes clés des soins complets de l'AVC, sont offertes dans divers milieux, comme des unités de soins de courte durée en milieu hospitalier ou pour affections subaiguës; des unités de réadaptation spécifique à l'AVC, de réadaptation générale ou mixte en milieu hospitalier; des services de consultation externe et des milieux ambulatoires ou communautaires, comme les cliniques externes ou de jour et les centres de loisirs; des services de soins de longue durée et de soins complexes ainsi que des services à domicile et sur le lieu de résidence de la personne (qui y reçoit des services, comme des services de congé précoce assisté, et les équipes communautaires et de réadaptation). Les soins peuvent être offerts en présentiel ou en mode virtuel.

Durée : La durée des services ou du séjour en établissement de réadaptation varie selon le type de services nécessaires, l'accessibilité de ces services ainsi que les objectifs et besoins de la personne ayant subi un AVC, de sa famille et de ses aidantes et aidants. Dans certaines régions, la disponibilité du personnel et des ressources peut influer sur la durée. L'ensemble des prestataires doivent s'efforcer de respecter les recommandations thérapeutiques fondées sur des lignes directrices.

Délai : Les besoins en matière de réadaptation post-AVC continuent souvent de se manifester pendant plusieurs mois, voire des années, après l'AVC de référence. Actuellement au pays, les systèmes de santé publics offrent des soins de réadaptation post-AVC pendant les six mois qui suivent l'apparition des symptômes de l'AVC, malgré le fait que de nombreuses personnes ayant subi un AVC auront besoin de certains de ces services après ce délai arbitraire. La réadaptation est un processus continu et les besoins et objectifs en matière de réadaptation doivent être réévalués périodiquement, et les plans mis à jour, au besoin.

Prestation de soins de réadaptation post-AVC : Les soins de réadaptation post-AVC peuvent être offerts en présentiel ou en mode virtuel, sous forme de séances individuelles ou d'activités de groupe. Les décisions quant aux modalités des traitements de réadaptation post-AVC et des interventions doivent être fondées sur les facteurs personnels de la personne ayant subi un AVC, les objectifs de la rencontre, le type de services à fournir ainsi que sur la pertinence et la faisabilité de chaque modalité.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)²⁰

Déficiences : problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.

Limitation d'activité : difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.

Restrictions de participation : problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

Mises à jour importantes de la troisième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC, portant sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC (mise à jour en 2025)

- **Réorganisation du module sur la réadaptation** : Le module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC a été divisé en trois parties, et les sujets ont généralement été restructurés pour correspondre au cadre de travail sur la Classification internationale du fonctionnement (CIF), pour plus de clarté et de fluidité.
- **Conversion au système d'évaluation GRADE** : En passant au système d'évaluation GRADE, certaines recommandations établies par consensus dans la sixième édition sont maintenant passées dans les considérations cliniques.
- **Quantité accrue de données probantes** : Les données probantes étayant les multiples recommandations de ce module ont été mises à niveau et sont désormais désignées par une « qualité élevée des données probantes » couplée à une « recommandation forte ».
- **Relations, intimité et sexualité** : Les considérations concernant les relations, l'intimité et la sexualité dans le contexte de la réadaptation et du rétablissement à plus long terme ont été élargies.
- **Inclusion élargie des professionnels de la santé** : Participation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé ayant l'expertise nécessaire pour appuyer la prise en charge continue des affections médicales concomitantes et des autres besoins médicaux dans le cadre des programmes de réadaptation en milieu hospitalier et communautaire.
- **Utilisation d'outils validés** : Accent mis sur l'utilisation d'outils d'évaluation validés dans le cadre des soins de réadaptation, y compris pour l'évaluation des activités récréatives, de loisirs et sociales.

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. La mise en œuvre de ces recommandations par les prestataires de soins de santé de toutes les disciplines devrait permettre de réduire les variations dans les soins et de commencer à combler les écarts entre les données probantes et la pratique, ce qui améliorera les résultats pour les personnes ayant subi un AVC.

La méthodologie utilisée pour élaborer ce module était conforme à un processus complet et rigoureux. *Pour obtenir des détails supplémentaires, voir le document « Overview of Methodology » des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (en anglais seulement)*²¹. Voici les principales étapes du processus d'élaboration des *Recommandations*.

1. Mise sur pied d'un groupe de rédaction interprofessionnel composé de spécialistes représentant les disciplines pertinentes dans l'ensemble du continuum de soins et dans divers milieux, et tentative d'atteindre un équilibre relatif à la situation géographique, au genre et à la diversité globale. *Voir l'annexe I pour consulter la liste des membres du groupe de rédaction et leurs affiliations.*

2. Entretiens avec les comités de consultation et d'examen communautaire sur la réadaptation post-AVC, composés de personnes ayant subi un AVC, d'aides, d'aides et de membres de la famille.
3. Sélection des questions cliniques à traiter dans le module selon le modèle PICO (population ou problème, intervention ou exposition, comparaison et résultat) lorsque cela est approprié et applicable.
4. Recherche et évaluation systématiques des études publiées jusqu'en mars 2025 et mise à jour du résumé des données probantes. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthode GRADE, consulter la section [« Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes »](#).
5. Recherche et évaluation systématiques des recommandations de lignes directrices de référence externes.
6. Élaboration, examen et finalisation des recommandations; réponse aux questions cliniques; et évaluation et discussions relatives aux avantages, aux risques et aux conséquences potentiellement néfastes des recommandations proposées par le groupe de rédaction scientifique et les comités de consultation communautaire, dans le respect de tous les critères de la grille AGREE II, le cas échéant²². Il s'agit notamment de prendre en considération les valeurs et les préférences des personnes concernées, en s'appuyant sur les comités de consultation communautaire et sur les données probantes accessibles.
7. Évaluation de la force des recommandations et de la qualité des données probantes selon les critères GRADE par le groupe de rédaction scientifique²³⁻²⁵.
8. Examen du module proposé par le comité consultatif canadien sur les pratiques optimales de soins de l'AVC et intégration des modifications nécessaires en accordant une attention particulière aux avantages, aux risques et aux conséquences potentiellement néfastes.
9. Examen du module proposé par des spécialistes externes de premier plan au Canada et à l'étranger, et intégration des modifications nécessaires. *Voir l'annexe II pour consulter une liste des responsables de l'examen externe.*
10. Approbation finale et traduction vers le français.
11. Mise à jour du matériel éducatif et des ressources de mise en œuvre.
12. Diffusion par publication et activités publiques de transfert des connaissances.
13. Poursuite du processus continu d'examen et de mise à jour.

Des détails sur chacune de ces étapes se trouvent dans le manuel [Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances des Recommandations](#) sur le site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada, www.pratiquesoptimalesavc.ca²¹.

Attribution de niveaux d'évaluation des données probantes

La méthode et la terminologie GRADE ([Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation](#))²⁶ ont été utilisées tout au long de ces lignes directrices. Selon cette méthode, chaque recommandation a été évaluée en fonction de ce qui suit.

1. **La force de la recommandation** (forte ou conditionnelle) en fonction de l'équilibre entre les conséquences souhaitables et indésirables, la qualité des données probantes, les valeurs et les préférences des personnes touchées, et l'utilisation des ressources.
 - Une recommandation forte est une recommandation pour laquelle le groupe de spécialistes est convaincu que les effets souhaitables d'une intervention l'emportent sur ses effets indésirables.

- Une recommandation conditionnelle est une recommandation pour laquelle le groupe de spécialistes estime que les effets souhaitables l'emportent probablement sur les effets indésirables, mais qu'il existe une incertitude notable.

2. **La qualité des données probantes** (élevée, modérée ou faible) selon lesquelles les recommandations sont formulées : risque de partialité, caractère direct des données probantes, cohérence et précision des résultats, risque de biais de publication, ampleur des effets, relation dose-effet et influence des facteurs de confusion résiduels plausibles²⁵.

On a offert au groupe de rédaction des tableaux de données probantes complètes qui comprenaient des sommaires des données de haute qualité repérées dans le cadre d'un examen structuré de la littérature. Le groupe a discuté de la qualité des données probantes et, par consensus, a élaboré une série définitive de recommandations. Une note a été attribuée à chaque recommandation en fonction de sa force et de la qualité des données probantes. Dans la mesure où c'était approprié et possible, une évaluation et une analyse GRADE complètes ont été effectuées en utilisant les tableaux GRADE pertinents ([GRADE Handbook](#), en anglais seulement)²⁶.

Considérations cliniques

Les *Recommandations* comprennent une catégorie supplémentaire, soit les considérations cliniques, qui consistent en des opinions de spécialistes. Les considérations cliniques sont incluses lorsqu'il est déterminé que des lignes directrices liées à des problèmes cliniques courants seraient utiles, mais que les données probantes sont insuffisantes pour formuler une véritable recommandation.

Conflits d'intérêts

L'ensemble des participantes et des participants potentiels à l'élaboration des recommandations et au processus de révision devaient remplir des ententes de confidentialité et, au préalable, divulguer tout conflit d'intérêts réel ou potentiel. Tout conflit d'intérêts a été examiné par les coprésidentes et coprésidents du comité consultatif des *Recommandations* et les membres du personnel de Cœur + AVC afin d'en évaluer l'incidence potentielle. Les personnes ayant des conflits d'intérêts importants en lien avec le sujet du module n'ont pas été sélectionnées comme membres du groupe de rédaction ou responsables de l'examen.

Celles ayant des conflits d'intérêts sur un sujet particulier ont été signalées au début des discussions sur ce sujet et ont été exclues du vote. Si un coprésident ou une coprésidente avait un conflit d'intérêts, cette personne devait se récuser de ses responsabilités pour cette discussion; une autre personne sans conflit d'intérêts prenait sa place et son vote. Des membres de la haute direction de Cœur + AVC ont participé à toutes les discussions des groupes de rédaction et sont intervenus en cas de parti pris malvenu de l'un ou l'une des membres de ces groupes.

Les déclarations de conflits d'intérêts des membres du groupe de rédaction de la troisième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC, portant sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC, figurent à l'[annexe I](#).

Remerciements

Cœur + AVC remercie sincèrement les chefs et les membres du groupe de rédaction de la troisième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC, portant sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC, qui ont donné de leur temps et fait appel à leurs connaissances dans le but d'élaborer ces recommandations. Nous saluons M. Patrice Lindsay, inf. aut., Ph. D., pour son expertise et son travail en tant que rédactrice et éditrice en chef des présentes recommandations, du module et du manuscrit, de même que les conseillères principales, soit les Drs Anita Mountain, Debbie Timpson et Colleen O'Connell. Nous tenons aussi à remercier les membres du Consortium Neurovasculaire Canadien, de la plateforme CanStroke Essais post-AVC, de la Fédération des sciences neurologiques du Canada et de l'équipe de l'Evidence-based Review of Stroke Rehabilitation qui ont participé à l'élaboration de ces recommandations. Ces recommandations ont fait l'objet d'un examen externe, en totalité ou en partie,

par Paula Barker, Joyce Chen, Jill Congram, Kenneth Curtis, Luciana de Olivera Nerves, Celina Ducroux, Hillel M. Finestone, Margaret Grant, Mary Halpine, Anne Harris, Sylvie Houde, Zainab Al Iawati, Dorothy Kessler, Jaylyn Leighton, Swati Mehta, Stuart Miller, Jennifer Milliken, Asha Shelton, Shamala Thilarajah, Ankur Wadhwa, Ismalia De Sousa, Marika Demers, Sarah J. Donkers, Kate Hayward, Alyson Kwok, Alexander Lo, Lauren Mai, Susan Marzolini, Erin McHattie, Catherine Sackley, Lisa Sheehy, Hardeep Singh et Ricardo Viana. Nous remercions les membres du comité consultatif canadien sur les pratiques optimales de soins de l'AVC : Anita Mountain (coprésidente), Dylan Blacquiere (coprésident), Eric E. Smith (ancien président), Gord Gubitz, Dar Dowlatshahi, Margie Burns, Emma Ferguson, Thalia S. Field, Farrell Leibovitch, Christine Papoushek, Michael D. Hill, Pascale Lavoie, Erin McHattie, Colleen O'Connell, Debbie Timpson, Theodore Wein, Manraj Heran, Katie Lin, Richard H. Swartz, Adam Kirton, Ruth Whelan, Trish Helm-Neima, Kathleen McKeen, Shannon Bayluk, Janice Daitchman et Katie White. Les exigences pour le système ont été examinées par Mary-Lou Halabi, Leslie James et Geoffrey Law. Les indicateurs de rendement ont été examinés et mis à jour par des membres du conseil sur la qualité des systèmes de santé de Cœur + AVC, notamment : Patrice Lindsay, Debbie Timpson, Sacha Arsenault, Shannon MacDonald, Raed Joundi, Alison McDonald, Colleen O'Connell et Amy Yu. Nous reconnaissons et remercions les membres du groupe de rédaction du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire de la septième édition des *Recommandations* de 2024 pour leurs contributions. Nous reconnaissons et remercions Norine Foley et l'équipe d'analyse des données probantes de workHORSE; Laurie Charest de Cœur + AVC pour sa coordination des équipes et des processus des *Recommandations*; ainsi que Francine Forget Marin et les équipes internes de Cœur + AVC qui ont contribué à l'élaboration et à la publication de ces recommandations (traduction, communications, transfert de connaissances, engagement, politique de santé et solutions numériques).

Comité de consultation et d'examen communautaire

Cœur + AVC est particulièrement reconnaissante envers les membres des comités de consultation et d'examen communautaire sur la planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux et sur la prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles, qui, de concert avec le groupe de rédaction scientifique, ont passé en revue ce module, ont raconté leurs expériences personnelles et ont fourni leur point de vue sur la vie après un AVC ainsi que sur l'amélioration du rétablissement et des résultats en matière de santé. Les membres du comité de consultation et d'examen communautaire comprennent Allan Beaver, Suzanne Bélanger, Suzanne Cady, Sheila Farrell, Katie Fung, Margie Hesom, Elizabeth Pease, Wes Reinhardt, Lori Beaver, Glen Brouwer, Maureen Brouwer, Janice Daitchman, Lilli Law, Ed Mitchell, Jennifer EJ Monaghan, Urainab Peerbhoy, Alda Tee (liaison avec le groupe de rédaction) et Kara Patterson (liaison avec le groupe de rédaction).

Financement

L'élaboration des *Recommandations* est financée par Cœur + AVC. Aucun financement ne provient d'intérêts commerciaux, y compris des sociétés pharmaceutiques et des fabricants de dispositifs médicaux. Les membres du groupe de rédaction scientifique et les responsables de l'examen externe sont des bénévoles qui ne reçoivent aucune rémunération pour leur participation.

Renseignements pour la citation

Citation de la mise à jour de 2025 de la troisième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC, portant sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC, septième édition

Jennifer K Yao (First Author, Co-Chair), Nancy M. Salbach (Second Author, Co-Chair), M Patrice Lindsay (Corresponding Author, Senior Editor), Michelle LA Nelson, Jing Shi, Colleen O'Connell, Ruth Barclay, Diana Bastasi, Mark I Boulos, Joy Boyce, Geneviève Claveau, Heather L Flowers, Norine Foley, Urvashi Gopaul, Esther S Kim, Alto Lo, Alison M McDonald, Amanda McIntyre, Colleen O'Connor, Kara K Patterson, Tricia Shoniker, Theodore Wein, Janice Wright, Brenda Yeates, Jeanne Yiu, Chelsy Martin, Rebecca Lund (Co-Corresponding Author), Sarvenaz Mehrabi, Dylan Blacquiere, Debbie Timpson, Richard H Swartz, Eric E Smith, Gail A Eskes, Aravind Ganesh, R Stewart Longman, Treema Blake, Sabrina Celarie, Lee-Anne Greer, Jasmine Masse, Ronak Patel, Gayla Tennen, Manav Vyas, Benjamin Ritsma, Ada Tang, Louis-Pierre Auger, Jenna Beaumont, Rebecca Bowes, Imane Samah Chibane, Sarah J Courtice, Rhina Delgado, Melanie Dunlop, Kimia Ghavami, Teresa Guolla, Deborah Kean, Sandra MacFayden, Phyllis Paterson, Elyse Shumway, Alda Tee, Clinton Y H Tsang, Stacey Turnbull, Katie White; Anita Mountain (Senior Author); on behalf of the Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee, in collaboration with the Canadian Stroke Consortium, CanStroke Recovery Trials Platform and the Canadian Neurological Sciences Federation. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part Three: Optimizing Activity and Community Participation following Stroke, 7th Edition, 2025; Toronto, Ontario, Canada: Heart and Stroke Foundation.

Les recommandations du présent module sont aussi publiées dans la revue *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*.

Yao JK, Salbach NM, Lindsay MP, et al.; on behalf of the Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee, in collaboration with the Canadian Stroke Consortium, Canadian Neurological Sciences Federation, and CanStroke Recovery Trials Platform. Canadian Stroke Best Practice Recommendations Rehabilitation, Recovery, and Community Participation Following Stroke, Part Three: Optimizing Activity and Community Participation Following Stroke, 7th Edition Update, 2025. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation:10.1097/PHM.0000000000002845, November 19, 2025. | DOI: 10.1097/PHM.0000000000002845

Lien vers la version française :

https://journals.lww.com/ajpmr/fulltext/9900/canadian_stroke_best_practice_recommendations.806.aspx (Documents supplémentaires en ligne)

Lien vers la version anglaise :

https://journals.lww.com/ajpmr/fulltext/9900/canadian_stroke_best_practice_recommendations.806.aspx

Commentaires

L'équipe de prise en charge de l'AVC de Cœur + AVC vous invite à envoyer vos commentaires, suggestions et questions au sujet de l'élaboration et de l'application des *Recommandations* à l'adresse pratiquesoptimalesAVC@coeuretavc.ca.

MODULE SUR LA RÉADAPTATION, LE RÉTABLISSEMENT ET LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE APRÈS UN AVC

**Troisième partie : Optimisation de l'activité et de la participation communautaire
après un AVC, septième édition, mise à jour en 2025**

Section 1 Humeur et dépression

1. Humeur et dépression : recommandations de 2025

Remarque : De multiples troubles de l'humeur sont associés à l'AVC. Cette section traite des troubles les plus répandus. Ils sont définis ici et mentionnés, le cas échéant, dans les recommandations qui suivent.

Voir les [définitions et descriptions](#) fournies dans l'aperçu du module pour obtenir de plus amples renseignements en lien avec cette section.

1.0 Recommandations générales

- i. Les personnes ayant subi un AVC doivent être considérées comme étant à risque de dépression post-AVC, laquelle peut survenir à n'importe quelle phase du rétablissement [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
- ii. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent être renseignés sur l'incidence potentielle de l'AVC sur l'humeur, ainsi que sur les ressources et les soutiens pertinents pour prendre en charge les états d'humeur altérés après l'AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent avoir la possibilité de parler des répercussions de l'AVC sur leur vie et leur santé mentale à toutes les étapes de leurs soins [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Consulter le module sur les systèmes de soins de l'AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements sur l'éducation des personnes ayant subi un AVC et de leur famille, et le suivi en milieu communautaire.

1.1 Dépistage de la dépression post-AVC

- i. Toutes les personnes ayant subi un AVC doivent faire l'objet d'un dépistage de la dépression post-AVC, si cela est jugé approprié sur le plan médical, compte tenu de la prévalence élevée de la dépression post-AVC et des données probantes sur le traitement de la dépression symptomatique post-AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Remarque : L'expression « approprié sur le plan médical » exclut les personnes ayant subi un AVC qui sont inconscientes ou qui présentent des déficits qui interfèrent avec le dépistage des troubles de l'humeur. Tout diagnostic de santé mentale ou diagnostic cognitif antérieur à l'AVC doit être pris en compte lors du processus de dépistage.*
- ii. Le dépistage doit être effectué par des professionnels formés à l'aide d'un outil de dépistage validé [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les évaluations des personnes ayant subi un AVC doivent inclure l'évaluation des facteurs de risque de dépression, en particulier des antécédents de dépression afin de garantir le caractère approprié de l'évaluation et l'accès à un traitement approprié [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir la remarque ci-dessous pour obtenir la liste des facteurs de risque.*

- iv. Pour les personnes présentant un certain niveau de difficulté ou de déficit de communication après un AVC, des stratégies de dépistage appropriées ne reposant pas sur la communication verbale doivent être mises en œuvre pour détecter une éventuelle dépression post-AVC afin de garantir une évaluation et un dépistage adéquats et l'accès à un traitement approprié [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Remarque : Les facteurs de risque courants associés à la dépression post-AVC comprennent la dépendance fonctionnelle, la présence de déficits cognitifs et les antécédents de dépression. Une dépendance fonctionnelle accrue (c'est-à-dire nécessitant une aide pour les activités de la vie quotidienne) et des antécédents de dépression antérieure à l'AVC peuvent être les deux facteurs de risque les plus marquants de dépression post-AVC. Les déficits de communication et l'isolement social peuvent aussi être considérés comme des facteurs de risque possibles de dépression. Consulter le module sur les systèmes de soins de l'AVC des Recommandations pour obtenir des renseignements sur la dépression chez les membres de la famille et les aidantes et aidants des personnes ayant subi un AVC.

Considérations cliniques de la section 1.1 : Moment approprié pour le dépistage de la dépression post-AVC

1. Le dépistage de la dépression post-AVC peut avoir lieu à différentes étapes du continuum de soins de l'AVC, en particulier aux points de transition, car le moment de l'apparition de la dépression post-AVC peut varier et avoir lieu notamment :
 - a. lors du transfert d'une unité de soins de courte durée en milieu hospitalier vers une unité de réadaptation en milieu hospitalier;
 - b. dans une unité de réadaptation en milieu hospitalier avant le retour dans la communauté;
 - c. lors de rendez-vous de prévention secondaire à la clinique;
 - d. après le congé de l'hôpital, au moment du retour dans la communauté, lors de rendez-vous de suivi avec des spécialistes et lors d'évaluations périodiques de l'état de santé par des prestataires de soins primaires.
2. Le dépistage des symptômes dépressifs pourrait être envisagé lors du séjour initial dans une unité de soins de courte durée, si cela est jugé approprié sur le plan médical, en particulier en cas de signes de dépression ou de changements d'humeur ou en présence de facteurs de risque de dépression, comme cela est souligné à la section 1.1 iii.
3. Des dépistages répétés peuvent s'avérer nécessaires, car le moment idéal pour effectuer un dépistage de la dépression post-AVC n'est pas clairement établi.

1.2 Évaluation de la dépression post-AVC

- i. Les personnes ayant subi un AVC dont les résultats du dépistage indiquent un risque de dépression doivent être évaluées en temps opportun par des professionnels de la santé ayant l'expertise nécessaire pour le diagnostic, la prise en charge et le suivi de la dépression [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

1.3 Prise en charge non pharmacologique de la dépression post-AVC

- i. Il est raisonnable d'envisager des interventions psychologiques (comme une thérapie cognitivo-comportementale, une thérapie interpersonnelle, une thérapie de résolution de problèmes, une entrevue motivationnelle, une thérapie d'acceptation et d'engagement), comme l'un des traitements de première intention des symptômes dépressifs post-AVC en monothérapie, à condition que les personnes ayant subi un AVC aient les capacités cognitives et linguistiques suffisantes pour s'impliquer activement dans la thérapie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

- ii. Le traitement de la dépression post-AVC peut comprendre des interventions psychologiques en combinaison avec des antidépresseurs pour les personnes concernées [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Des exercices supervisés, au moins trois fois par semaine idéalement, sont recommandés pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes présentant des symptômes dépressifs post-AVC légers [recommandation forte; qualité élevée des données probantes] et des symptômes dépressifs post-AVC modérés [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]²⁷.

Considérations cliniques de la section 1.3

- 1. D'autres approches de traitements complémentaires de la dépression post-AVC sont en train d'émerger, les recherches étant encore à des stades très précoce. Il peut s'agir de thérapies basées sur la pleine conscience et de thérapies par le jeu, comme la musicothérapie, et la zoothérapie. Ces thérapies peuvent être envisagées au cas par cas, à la discréption du professionnel de santé traitant, lors d'une consultation avec la personne ayant subi un AVC et sa famille, le cas échéant.
- 2. Les autres thérapies comprennent la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMT) ou, pour une dépression grave et réfractaire, une thérapie électroconvulsive ou une stimulation cérébrale profonde. Elles ont toutes été évoquées dans la littérature, mais ne disposent pas de données probantes suffisantes pour une utilisation systématique et nécessitent davantage de recherches. *Il convient de noter que ces interventions ne sont pas encore disponibles ou approuvées au Canada.*

1.4 Pharmacothérapie de la dépression post-AVC

- i. Les personnes ayant subi un AVC et qui présentent des symptômes dépressifs légers ou celles qui ont reçu un diagnostic de dépression mineure pourraient être prises en charge initialement selon une approche « d'observation vigilante » [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir les définitions et descriptions fournies dans l'aperçu du module pour connaître la définition de l'observation vigilante.*
 - a. Un traitement pharmacologique doit être envisagé et instauré si la dépression persiste ou s'aggrave et interfère avec les objectifs cliniques [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. L'essai d'un antidépresseur doit être envisagé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif après un AVC [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
- iii. Aucun médicament ou classe de médicaments ne s'est avéré supérieur pour le traitement de la dépression post-AVC. Les profils d'effets secondaires suggèrent toutefois que certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine pourraient être privilégiés chez cette population de patientes et patients [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. Le choix d'un antidépresseur dépendra des symptômes de dépression, des effets secondaires potentiels du médicament, du profil médical de la personne et des interactions médicamenteuses possibles avec d'autres médicaments pris actuellement et des diagnostics médicaux [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. La réponse au traitement doit faire l'objet d'un suivi régulier par un professionnel de la santé. La surveillance doit comprendre une évaluation de tout changement en ce qui a trait à la gravité de la dépression, un passage en revue des effets secondaires potentiels et une mise à jour des plans de prise en charge continue [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

- v. Si la personne répond bien au traitement, il convient de le poursuivre pendant une période minimale de 6 à 12 mois [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. En l'absence d'amélioration de l'humeur de la personne dans les deux à quatre semaines après l'instauration du traitement, il convient d'évaluer l'adhésion de la personne au schéma thérapeutique. En cas d'adhésion thérapeutique, il faudra alors envisager d'augmenter la dose, d'ajouter un autre médicament ou de passer à un autre antidépresseur [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir les lignes directrices du réseau CANMAT sur la pharmacothérapie des troubles de l'humeur et de l'anxiété*²⁷.
 - b. Après le traitement initial, un traitement pharmacologique continu pourrait être envisagé au cas par cas (en tenant compte des antécédents et des facteurs de risque de récidive de la dépression) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - c. Si la décision d'interrompre un antidépresseur est prise, il faut en réduire la dose progressivement sur une période d'un à deux mois [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- vi. Après le traitement initial de la dépression post-AVC, il convient de poursuivre la surveillance des personnes quant à une éventuelle récidive de la dépression [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Remarque : Des cas de « bonne réponse » peuvent être le signe de changements positifs en ce qui a trait aux pensées et aux perceptions de soi (p. ex. désespoir, dévalorisation et culpabilité), aux symptômes émotionnels (p. ex. tristesse et tendance à pleurer) et aux symptômes neurovégétatifs (p. ex. sommeil et appétit), ainsi que d'une amélioration de la motivation pour mener à bien les activités de la vie quotidienne.

Considérations cliniques de la section 1.4

1. La participation et les commentaires des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants sont des éléments importants de la surveillance continue des changements d'humeur et des affections post-AVC.
2. Les conseils et l'information doivent inclure des renseignements sur la récurrence potentielle des symptômes, les autres symptômes à connaître, l'importance de l'adhésion au schéma thérapeutique prescrit et la nécessité de contacter leur médecin traitant ou des spécialistes de la santé mentale si ces signes réapparaissent.

1.5 Traitement prophylactique de la dépression post-AVC

- i. Même si on a démontré que la pharmacothérapie prophylactique permet de prévenir les symptômes dépressifs post-AVC [recommandation forte; qualité élevée des données probantes], son incidence sur le fonctionnement est moins claire. À l'heure actuelle, l'utilisation systématique d'antidépresseurs prophylactiques pour TOUTES les personnes ayant subi un AVC n'est pas recommandée, car le rapport risques-avantages n'a pas été clairement établi [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les interventions psychologiques (comme une thérapie de résolution de problèmes et une thérapie cognitivo-comportementale) ont démontré leur efficacité pour le traitement prophylactique de la dépression post-AVC et doivent être envisagées le cas échéant [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 1.5

1. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir quelles personnes ayant subi un AVC présentent un risque plus élevé de troubles de l'humeur, mais aussi pour

déterminer le choix des agents antidépresseurs, le moment optimal et la durée de l'intervention.

1.6 Autres états de santé mentale

- i. Un dépistage de l'anxiété peut être envisagé chez les personnes ayant subi un AVC, car cette affection a démontré une prévalence accrue après un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. Un outil de dépistage validé doit être utilisé pour déceler une anxiété préexistante ou l'apparition d'une anxiété [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Les personnes ayant subi un AVC qui présentent des troubles de la communication doivent faire l'objet d'un dépistage de l'anxiété à l'aide de méthodes appropriées et validées auprès de personnes atteintes d'aphasie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les interventions psychologiques (comme une thérapie cognitivo-comportementale) se sont révélées efficaces contre l'anxiété et doivent être envisagées chez les personnes ayant subi un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. L'anxiété peut survenir chez des personnes ayant subi un AVC qui ne sont pas déprimées sur le plan clinique. Elle coexiste aussi souvent avec la dépression post-AVC. Il est raisonnable de proposer une pharmacothérapie aux personnes ayant subi un AVC qui présentent une anxiété marquée, avec ou sans dépression clinique [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. L'apathie peut se manifester chez des personnes ayant subi un AVC qui ne sont pas déprimées sur le plan clinique. Elle coexiste aussi souvent avec la dépression post-AVC. Pour les personnes ayant subi un AVC qui présentent une apathie marquée, avec ou sans dépression clinique, il est raisonnable de proposer une intervention non pharmacologique, comme la rééducation par l'exercice ou la musicothérapie [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. L'utilisation de psychostimulants peut être envisagée chez certaines personnes; toutefois, les données probantes demeurent limitées [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Même si les données probantes sont limitées chez les personnes ayant subi un AVC, une psychothérapie peut être envisagée en complément de la pharmacothérapie [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- v. Syndrome pseudobulbaire : En présence d'une tendance à pleurer intense et persistante, d'incontinence ou de labilité émotionnelle, l'essai d'un antidépresseur doit être envisagé [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
 - a. Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine peuvent être préférés à d'autres pour cette population de patientes et patients en raison de leurs profils d'effets secondaires [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Il n'existe pas de données probantes sur les interventions non pharmacologiques pour cette affection [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Justification

Les troubles de l'humeur post-AVC, notamment la dépression et l'anxiété, sont très répandus chez les personnes ayant subi un AVC. Environ un tiers des personnes ayant subi un AVC présenteront des symptômes de dépression à un moment donné après l'incident (en phase aiguë, en phase subaiguë et lors du suivi à long terme). Une prévalence nettement plus élevée de la dépression après un AVC a été signalée chez 24 % des personnes ayant subi un AVC (24 % par rapport à 8 % pour la population

générale)²⁸. Des cas d'anxiété et d'apathie ont été signalés chez 20 % à 30 % des personnes ayant subi un AVC, qu'elles aient reçu ou non un diagnostic de dépression post-AVC^{29, 30}.

L'importance des limites fonctionnelles, la gravité de l'AVC, les déficits cognitifs, l'âge du patient au moment de l'AVC et des antécédents de dépression sont tous reconnus comme des facteurs de risque déterminants de dépression post-AVC. Des symptômes, comme la tristesse persistante, le désespoir, l'irritabilité et le retrait des activités sociales, peuvent compromettre la motivation et l'engagement dans la réadaptation. En outre, les troubles de l'humeur peuvent compliquer le processus de rétablissement en perturbant les fonctions cognitives et les résultats en matière de santé générale. La dépression post-AVC est associée à un moins bon rétablissement des capacités fonctionnelles, à un risque accru de dépendance, à une réduction de la participation sociale et à une mortalité accrue. Une identification et une intervention précoces, y compris du soutien psychologique et des médicaments, le cas échéant, sont essentielles pour prendre en charge les troubles de l'humeur.

Les membres de la famille et les aidantes et aidants des personnes ayant subi un AVC sont également exposés à un risque de dépression, avec une incidence signalée aussi élevée que 30 % à 60 % des aidantes et aidants présentant des symptômes dépressifs.

Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants insistent sur l'importance pour les prestataires de soins de reconnaître la santé mentale et de garantir l'accès à des évaluations, une prise en charge et un soutien tout au long du rétablissement après un AVC, à l'aide d'une approche personnalisée. Ils soulignent le lien entre la santé mentale, la santé physique et le rétablissement, et l'importance d'une prise en charge de la santé mentale pour optimiser les résultats, tant pour la personne ayant subi un AVC que pour sa famille et ses aidantes et aidants. Étant donné que le rétablissement n'est pas un processus linéaire ou chronologique, et que les différentes peurs, angoisses et émotions peuvent survenir par vagues, un suivi cohérent permet à une personne d'accéder ou d'accéder de nouveau à du soutien au moment où elle en a le plus besoin.

Exigences pour le système

Pour une évaluation et une prise en charge appropriées et en temps opportun de la santé mentale, les organismes doivent optimiser les éléments suivants du système :

1. La formation des prestataires de soins primaires et de soins de santé dans tout le continuum des soins de l'AVC sur la reconnaissance, l'évaluation et la prise en charge de la dépression et de l'anxiété post-AVC, ainsi que l'importance de l'activité physique et sociale et de l'accès à des programmes de soutien communautaires.
2. La mise en place d'un processus de dépistage de la dépression post-AVC, y compris un parcours de soins qui pourrait faciliter l'accès en temps opportun à des professionnels de la santé ayant l'expertise appropriée dans le domaine des troubles de l'humeur.
3. La disponibilité d'outils de dépistage adaptés à des circonstances exceptionnelles, comme pour des personnes ayant subi un AVC qui présentent des déficits cognitifs et de communication. Les outils doivent également être culturellement sûrs et appropriés.
4. L'accès en temps opportun à des spécialistes de la santé mentale tout au long du parcours de rétablissement et aux points de transition, qui sont capables de diagnostiquer et d'évaluer la gravité de la dépression et de fournir des conseils pour une prise en charge et un traitement continu.
5. L'accès en temps opportun à des thérapies spécialisées pour la prise en charge de la dépression post-AVC, notamment à des conseils et à une psychothérapie selon les besoins, sans obstacle financier.
6. L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'assurance médicaments équitable et universel, déployé en partenariat avec les provinces et les territoires, et conçu pour améliorer l'accès à des médicaments à moindre coût pour toutes les personnes au pays, indépendamment de leur situation géographique, de leur âge ou de leur capacité à payer. Ce programme doit

- comprendre une liste étoffée de médicaments admissibles pour laquelle le payeur public est le premier payeur.
7. Les mécanismes visant à assurer une bonne communication et une bonne circulation de l'information entre les divers spécialistes et programmes au-delà des principaux prestataires de soins de l'AVC pour répondre aux besoins variés des personnes ayant subi un AVC (p. ex. les spécialistes de la santé mentale, les spécialistes des fonctions cognitives et les programmes gériatriques).
 8. Les processus de surveillance continue de toute personne ayant subi un AVC et ayant obtenu un résultat positif de dépression pendant les processus de dépistage et d'évaluation.
 9. L'éducation et le soutien pour les membres de la famille et les aidantes et aidants des personnes ayant subi un AVC, qui soulignent les répercussions de la dépression et de l'isolement social potentiel, et la nécessité de veiller à fournir des occasions d'intégration sociale, même pour les personnes dont les déficiences physiques, cognitives ou de communication limitent leur capacité à reprendre leurs activités sociales antérieures.
 10. Les processus visant à fournir une éducation et à garantir un suivi et une prise en compte des besoins émotionnels des aidantes et aidants, idéalement par l'implication de l'équipe de soins primaires.
 11. Les processus de dépistage et d'évaluation des autres troubles de l'humeur (p. ex. anxiété et apathie) après un AVC.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Disponibilité de renseignements et de ressources en milieu hospitalier et communautaire pour les personnes ayant subi un AVC qui présentent des troubles de l'humeur et des problèmes de santé mentale.
2. Disponibilité de prestataires de soins de santé ayant l'expertise appropriée en santé mentale dans le cadre de tous les programmes liés à l'AVC.
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui présentent des troubles de l'humeur ou une dépression après un AVC.

Indicateurs de processus

4. Proportion de personnes ayant subi un AVC en phase aiguë dont le dossier indique qu'un dépistage initial de la dépression post-AVC a été effectué (soit de manière informelle, soit à l'aide d'un outil de dépistage formel) dans le cadre de soins de courte durée, de la réadaptation, de soins de longue durée et de soins en milieu communautaire (p. ex. soins à domicile) (conformément aux normes d'Agrément Canada).
5. Proportion de personnes ayant subi un AVC en phase aiguë qui sont orientées pour passer une autre évaluation ou une autre intervention pour un diagnostic de dépression présumée.
6. Proportion de personnes ayant subi un AVC et reçue un diagnostic de dépression post-AVC qui sont traitées par des antidépresseurs ou qui suivent une psychothérapie.

Indicateurs axés sur la personne

7. Changements dans les scores de l'évaluation de la dépression depuis l'amorce des traitements, mesurés à intervalles réguliers, aux points de transition et lors des changements dans l'état de santé, à l'aide d'échelles d'évaluation de la dépression uniformisées.
8. Changements en ce qui a trait à la qualité de vie des personnes ayant subi un AVC qui présentent des changements d'humeur ou une dépression, mesurés à l'aide d'une échelle uniformisée et à des intervalles de suivi réguliers.

9. Changements en ce qui a trait à la qualité de vie des membres de la famille qui s'occupent d'une personne ayant subi un AVC et qui présente des changements d'humeur ou une dépression, mesurés à l'aide d'une échelle uniformisée et à des intervalles de suivi réguliers.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Module Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC – *Première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux*; et *Deuxième partie : Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles*, mise à jour de 2025
- Cœur + AVC. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée : une ressource pour les prestataires de soins de santé : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl>
- The Canadian Journal of Psychiatry. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults (en anglais seulement) : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38711351/>
- Evidence-based Review of Post-Stroke Depression (EBSR) (en anglais seulement) : <http://www.ebsr.com/evidence-review/18-post-stroke-depression>
- Info AVC. Évaluations par sujet – Humeur/dépression : <https://strokengine.ca/fr/evaluations-par-sujet/>
- NHS. Stroke Recovery (en anglais seulement) : <https://www.nhs.uk/conditions/stroke/recovery/>
- American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) : <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-tr-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-texte-revise-9782294781353.html>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. Signes de l'AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc>
- Cœur + AVC. Existe-t-il d'autres signes de l'AVC que VITE ? : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc/existe-t-il-d-autres-signes-de-l-avc-que-vite>
- Cœur + AVC. Votre cheminement après un AVC : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Cœur + AVC. Liste de vérification après un AVC : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
- Cœur + AVC. Infographie sur la réadaptation et le rétablissement : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>

- Cœur + AVC. Infographie sur les transitions et la participation communautaire :
<https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr-checklist-to-support-self-management1jan2021-final-fr.pdf?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels* :
<https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
- Cœur + AVC. Rétablissement et soutien : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Cœur + AVC. Soutien en ligne et soutien par les pairs : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
- Cœur + AVC. Répertoire des services et ressources : <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- Cœur + AVC. Rétablissement et relations :
<https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/relations>
- Cœur + AVC. Dépression, énergie, réflexion et perception :
<https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/emotions>
- Cœur + AVC. La dépression : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/emotions/la-depression>
- Cœur + AVC. Soutien pour les aidantes et aidants :
<https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/les-aidants-naturels-ont-aussi-besoin-d-aide>
- Cœur + AVC. Reconnaître et gérer le stress : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/emotions-et-pensees/stress>
- Aphasia Institute (en anglais seulement) : <https://www.aphasia.ca/>
- CanStroke Essais post-AVC. Outils et ressources : <https://canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/>
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>
- American Stroke Association. Pseudobulbar Affect (PBA) (en anglais seulement) :
<https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/emotional-effects/pseudobulbar-affect>
- Anxiété Canada : <https://www.anxietecanada.com>

Résumé des données probantes

Post-stroke depression (PSD) is a common consequence of stroke, although reported estimates may be unreliable given possible under-reporting of unusual mood, and the variability in the methods used to assess and define cases of depression. In a systematic review of 61 prospective, observational studies of post-stroke depression conducted in hospital-, rehabilitation-, and population-based settings, Hackett & Pickles ³¹ estimated that approximately one-third of all individuals who experience stroke exhibited depressive symptoms at some point following the event (i.e., at acute, sub-acute or long-term follow-up). The overall pooled frequency estimate of PSD was 31% (95% CI 28% to 35%). Ayerbe et al. ³² reported that most cases of PSD develop within the first three months post stroke in a

prospective study including 3,689 patients included in the South London Stroke Register. Salinas et al.³³ reported that of 1,424 postmenopausal women included in the Women's Health Initiative who experienced a first-ever stroke, new-onset PSD occurred in 21.4% of participants, an average of 16 months post stroke. Jorgensen et al.²⁸ reported the incidence of persons developing depression was significantly higher compared with those of the general population matched for age and sex. During a 2-year observation period, the incidence of depression was 25.4% vs. 7.8% (adj hazard ratio [HR]=4.09, 95% CI 4.00-4.18). In the prospective *Depression Predictors after Ischemic Stroke* study (*DEPRESS*), Guiraud et al.³⁴ reported that among 251 patients with new onset stroke, the incidence of depression was 19% at two months and 24.3% at 6 months. Risk factors for the development of PSD include increasing age, living alone, high levels of comorbidity, a history of depression, female gender, physical disability (modified Rankin Scale [mRS] score >2 at discharge), increased initial stroke severity, cognitive impairment and prior history of stroke.^{28, 32, 34, 35}

The best time to screen formally for the possible presence of PSD is not certain. Although incident rates decline over time and there is a general trend toward improvement in depressive symptomatology during the first-year post stroke, PSD may prove to be persistent for a longer duration for a significant proportion of individuals. Screening for depression should be considered during the acute inpatient stay, at the point of transition to, or during inpatient rehabilitation, upon discharge to the community and during periodic health assessments. Swartz et al.³⁶ describes the feasibility of using the 2-item version of the Patient Health Questionnaire during routine clinical practice using 1,500 outpatients attending a stroke prevention clinic. All patients were able to complete the screen, 89% of whom did so in less than 5 minutes. Karamchandani et al.³⁷ reported that 70% of patients of patients were eligible for depression screening prior to hospital discharge or transfer to another service. The remaining patients were not eligible due to aphasia, other medical condition, hospice/comfort measures, or prolonged intubation.

The diagnostic accuracies of several PSD screening tools have been examined. Meader et al.³⁸ included the results of 24 studies and evaluated the performance of 18 previously validated scales. The three best performing scales for the identification of any depression included Center of Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) with a sensitivity and specificity of 75% and 85%, the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS, sensitivity 84%, specificity 83%) and the 9-item version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9, sensitivity 86%, specificity 79%). The best two performing scales for the identification of major depression were HDRS and the PHQ-9. In a Canadian study, Prisnie et al.³⁹ including 122 outpatients attending a stroke prevention clinic, the diagnostic accuracies of the PHQ-9 and PHQ-2 were evaluated. Using a cut-point of 13, the sensitivity and specificity of the PHQ-9 was 81.8% and 97.1%, and 75.0% and 96.3%, for PHQ-2, using a cut point of 3.

For pharmacological treatment, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the most frequently used form of antidepressants to treat post stroke depression. In a recently updated Cochrane review, the results of 65 RCTs representing 3,342 participants with post-stroke depression, were included.⁴⁰ The treatments evaluated included pharmacological, non-invasive brain stimulation and psychological interventions, and their combinations. Among the 18 trials evaluating pharmacological agents, 12 compared an SSRI (citalopram, fluoxetine, paroxetine and sertraline) with placebo. Other agents assessed included tricyclic antidepressants (TCA), and other varied agents (deanxit, aniracetam, reboxetine, trazodone and nefiracetam). Overall, pharmacological agents were associated with a significant decrease in the number of people meeting the study criteria for depression at end of treatment (RR=0.70, 95% CI 0.55 to 0.88, 8 trials) and decreased the number of people with inadequate response to treatment (RR=0.47, 95% CI 0.32 to 0.70, 6 trials). The level of certainty for both outcomes was very low. While doses and duration of treatment were not summarized, the authors noted that the interventions in most trials were probably not given for an adequate length of time to show maximal or sustained response. In three trials the combination of pharmacological and psychotherapy resulted in a significant reduction in depression scores at the end of treatment (MD=-1.60, 95% CI -2.13 to -1.08). Pharmacological treatment was associated with a significantly increased risk of adverse events (RR=1.55, 95% CI 1.12 to 2.15). In another systematic review Xu et al.⁴¹ included the results from 11 RCTs of patients with a clinical diagnosis of post-stroke depression. Treatment with an antidepressant including SSRIs, (n=7), TCAs (n=3) and other agents (n=2) was associated with a significant reduction in depression scores (SMD=-0.96, 95% CI -1.41 to -0.51,

p<0.0001), and better response to treatment (RR=1.36, 95% CI 1.01-1.83, p=0.04), compared with a placebo.

Non-pharmacological approaches for the treatment of PSD include different forms of psychotherapy, physical activity, non-invasive brain stimulation, and acupuncture. In the same Cochrane review mentioned above, Allida et al.⁴⁰ also evaluated psychological interventions, (individual or group cognitive behavioral therapy, delivered in-person or remotely, motivational interviewing, and group psychotherapy) which were assessed in 22 trials. Compared with usual care and/or attention control, psychological interventions significantly decreased the number of individuals meeting the study criteria for depression at end of treatment (RR= 0.77, 95% CI 0.62 to 0.95), an effect similar to that of pharmacological interventions.

Prevention of PSD

Given the high prevalence of PSD and the negative consequences associated with it, there is increased focus on prevention strategies. The same interventions examined in the recent Cochrane review⁴⁰ for the treatment of PSD, were also examined as interventions for the prevention of PSD. Allida et al.⁴² included 19 RCTs (21 interventions), involving 1,771 participants recovering from stroke without depression at study entry. Compared with placebo, antidepressants significantly reduced the risk of depression at the end of the treatment period (RR=0.50, 95% CI 0.37 to 0.68, 9 trials), but were not associated with a significant reduction in Hamilton Depression Rating Scale scores (MD=0.59, 95% CI -1.46 to 2.63, 4 trials) or improvement in Barthel Index scores (MD=-3.86, 95% CI -9.48 to 1.77, 3 trials). Compared with usual care, psychological therapy was associated with a significantly lower risk of depression (RR=0.68, 95% CI 0.49 to 0.94, 2 trials). No trials were included that examined noninvasive brain stimulation (NIBS), or combinations of interventions. In a pooled analysis based on 776 observations from 12 RCTs, Salter et al.⁴³ reported the odds of developing PSD were reduced significantly with the use of prophylactic pharmacotherapy (odds ratio [OR]=0.34, 95% 0.22-0.53, p<0.001). Similar effects have been reported in other systematic reviews.

In a trial that included pharmacological and non-pharmacological study arms with long-term follow-up, Robinson et al.⁴⁴ randomized 176 patients without depression to receive escitalopram, problem-solving therapy (PST) or placebo, which was provided for 12 months. At one year, in the per-protocol analysis, adjusted for previous history of mood disorders, patients assigned to the placebo condition were significantly more likely to develop depression compared with those receiving either therapy with escitalopram (adj. HR= 4.5, 95% CI 2.4-8.2) or PST (adj. HR=2.2, 95% CI 1.4-3.5). In a follow-up study, Mikami et al.⁴⁵ reported that when escitalopram was discontinued at the end of the study period, persons were more likely to develop major depression and had increased Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) scores during the next 6 months, compared with those given placebo or PST. Finally, after a mean duration of 8 years of follow-up, Robinson et al.⁴⁶ reported that participants who received PST were significantly less likely to have died, compared with the combined group of escitalopram + placebo. Increasing age and the development of depression were found to be significant predictors of mortality.

Treatment of other Mood States

People with depression may also suffer with a comorbid anxiety disorder, the most common of which is generalized anxiety disorder (GAD). The overall prevalence of anxiety following stroke is 19%-24%, depending on the method used for identification (interview vs. rating scale).⁴⁷ Despite the high prevalence of post-stroke anxiety, very few studies have included evaluation of the effectiveness of potential treatments. A Cochrane review⁴⁸ identified only 3 RCTs examining pharmacotherapy (paroxetine, buspirone) and a self-help autogenic relaxation CD. While the results from individual trials were positive, the results could not be pooled. The authors concluded there was insufficient evidence to guide treatment. Another systematic review⁴⁹ including the results of 14 RCT, of which two included patients with traumatic head injuries. Interventions included in this review were psychotherapy (n=6), pharmacotherapy (n=4), pharmacotherapy + psychotherapy (n=1), exercise therapy (n=2) and other interventions (forest therapy, relaxation CD and acupuncture + alprazolam). Compared with a control

group, both psychotherapy interventions and pharmacotherapy were associated with significant reductions in anxiety scores ($SMD = -0.41$, 95% CI -0.79 to -0.03 , 6 trials and $SMD = -2.12$, 95% CI -3.05 to -1.18 , 4 trials, respectively).

Post-stroke apathy is another form of mood disturbance that occurs not infrequently post stroke with estimates of 36% reported,⁵⁰ which are comparable to that of post stroke depression. Nonpharmacological treatments that have been evaluated for post stroke apathy include NIBS, music therapy, cognitive therapy, and occupational therapy. In a network meta-analysis, when all interventions were combined in a pooled analysis, including the results from 8 RCTs of 334 patients with neurological conditions (dementia or mild cognitive impairment) and stroke in one trial, nonpharmacological interventions were associated with a significant reduction in Apathy Evaluation Scale (AES) ($MD = -6.88$, 95% CI -8.50 to -5.26).⁵¹ In direct comparisons with the control condition, all interventions except music therapy were associated with significant reductions in AES scores. Mean differences ranged from -8.25 to cognitive rehabilitation to -4.87 for occupational therapy. In head-to-head comparisons, no active intervention was superior to another.

Pharmacotherapy can also be used for the treatment of post- stroke emotionalism. In a Cochrane review including 7 RCTs, Allida et al.⁵² reported that fluoxetine (20 mg/day for 10 days) was associated with a $\geq 50\%$ reduction in emotionalism, the primary outcome ($RR = 0.26$, 95% CI 0.09 to 0.77), although data were only available for one small trial with 19 participants. The use of SSRIs was also associated with a significant improvement (reduction) in tearfulness when compared to placebo ($RR = 0.32$, 95% CI 0.12 to 0.86 ; 3 trials).

Sex & Gender Considerations

While female sex has been consistently identified as a significant risk factor for the development of PSD, there is little research focused on sex differences in treatment. In one of the few trials identified on the topic, The Preventive Effect of Escitalopram on Depression and Related Emotional Disorders in Acute Stroke Patients (EMOTION) trial that included 478 patients, women had a better response to a three-month course of antidepressant medication (10 mg/day escitalopram) compared with men.⁵³

[Tableaux des données probantes et liste de références 1](#) (en anglais seulement)

Section 2 Hygiène de sommeil et fatigue post-AVC

2. Hygiène de sommeil et fatigue post-AVC : recommandations de 2025

Définitions et descriptions :

Remarque : La fatigue post-AVC ne semble pas être en corrélation avec la gravité de l'AVC. Les personnes ayant subi un AVC très léger peuvent aussi ressentir une fatigue post-AVC.

Voir les [définitions et descriptions](#) fournies dans l'aperçu du module pour obtenir de plus amples renseignements en lien avec cette section.

2.0 Recommandations générales

- i. Les personnes doivent faire l'objet d'une surveillance de la fatigue post-AVC tout au long du rétablissement après un AVC, car il s'agit d'une affection courante et invalidante [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les professionnels de la santé doivent anticiper la possibilité d'une fatigue post-AVC chez les personnes ayant subi un AVC, et atténuer la fatigue par l'évaluation, par l'éducation de la personne et de sa famille ainsi que par des interventions tout au long du continuum des soins de rétablissement après un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

2.1 Dépistage et évaluation

- i. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent recevoir des informations sur les habitudes de sommeil et la fatigue post-AVC, et ce, avant que la personne obtienne son congé d'une unité de soins de courte durée ou d'une unité de réadaptation [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Après leur retour dans la communauté, les personnes ayant subi un AVC doivent faire l'objet d'un dépistage périodique de la fatigue post-AVC lors des rendez-vous de suivi (p. ex. soins primaires, soins à domicile et consultations externes de prévention ou de réadaptation) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Les personnes présentant une fatigue post-AVC doivent faire l'objet d'un dépistage des troubles concomitants traitables, des affections et des médicaments qui sont associés à une fatigue, qui l'exacerbent ou qui ont un effet sur le sommeil [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Les personnes ayant subi un AVC doivent faire l'objet d'un dépistage quant à la présence éventuelle d'apnée du sommeil [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. En cas d'apnée du sommeil soupçonnée, les personnes ayant subi un AVC doivent être orientées vers des prestataires de soins de santé ayant l'expertise appropriée en hygiène de sommeil pour une évaluation et une prise en charge plus approfondies visant à améliorer les résultats, y compris la capacité à participer à d'autres aspects de la réadaptation post-AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 2.1

1. Les troubles concomitants susceptibles d'avoir des répercussions sur le sommeil et la fatigue peuvent inclure les signes de dépression ou d'autres troubles de l'humeur; les troubles du sommeil ou les facteurs (p. ex. apnée du sommeil, douleur) qui diminuent la qualité du sommeil; ainsi que d'autres affections médicales post-AVC courantes (p. ex. infection

générale, comme une infection urinaire, déshydratation, hypothyroïdie, anémie, carences nutritionnelles) et des médicaments (p. ex. sédatifs) qui augmentent la fatigue.

2.2 Prise en charge de la fatigue post-AVC

- i. Les personnes ayant subi un AVC doivent être prises en charge par des professionnels de la santé qui connaissent bien les symptômes de fatigue et leur prise en charge [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Le modafinil peut être envisagé pour le traitement de la fatigue post-AVC [recommandation conditionnelle; faible qualité des données probantes].
- iii. Les antidépresseurs ne sont pas recommandés pour le traitement de la fatigue post-AVC en l'absence d'autres indications pour des troubles concomitants, comme la dépression et l'anxiété [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. La thérapie cognitivo-comportementale peut être envisagée comme traitement complémentaire de la fatigue post-AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- v. La réduction du stress basée sur la pleine conscience peut être envisagée comme traitement complémentaire de la fatigue post-AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- vi. Une reprise graduelle des activités et des exercices progressifs sont recommandés pour améliorer le déconditionnement et la tolérance physique [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- vii. Des renseignements et des conseils sur la fatigue post-AVC doivent être fournis aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants. Il convient également de leur expliquer des stratégies de conservation d'énergie qui permettent d'optimiser le fonctionnement quotidien dans les activités hautement prioritaires (p. ex. routines quotidiennes et tâches modifiées qui anticipent les besoins énergétiques et assurent un équilibre entre l'activité et le repos) [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir l'[encadré 2](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les stratégies de conservation d'énergie.*
- viii. Il convient d'encourager les personnes qui présentent une fatigue post-AVC à faire part de leur niveau d'énergie et de leurs besoins de repos aux membres de leur famille, à leurs aidantes et aidants, à leurs prestataires de soins de santé, à leur employeur et à leurs groupes sociaux; il s'agit d'un mécanisme permettant d'accroître la prise en charge autonome [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

2.3 Hygiène de sommeil

- i. Il est recommandé de fournir des conseils et de l'information sur l'adoption de comportements favorisant une bonne hygiène de sommeil aux personnes ayant subi un AVC et à leur famille [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Encadré 2 : Exemples de stratégies de conservation d'énergie

La liste suivante comprend des stratégies de conservation d'énergie décrites dans un large éventail de publications. Elles sont fournies pour renseigner et conseiller les personnes ayant subi un AVC; elles ne doivent pas être considérées comme des recommandations fondées sur des données probantes.

1. Tenir à jour un agenda des niveaux d'énergie et des activités quotidiennes et prioriser les tâches à accomplir quand le niveau d'énergie est optimal.
2. Structurer la journée de manière à équilibrer les activités qui exigent beaucoup et peu d'énergie ainsi que les périodes de repos planifiées. Prévoir le niveau d'énergie

- nécessaire pour réaliser chaque tâche et pour accomplir les activités hautement prioritaires.
3. Organiser l'environnement physique de manière à réduire le plus possible les efforts ou la nécessité de se déplacer (p. ex. utiliser l'ascenseur plutôt que les escaliers, et avoir un accès facile aux objets les plus fréquemment utilisés) afin de maximiser l'efficacité des mouvements.
 4. Diviser les tâches en segments plus petits (p. ex. tout au long de la semaine, en faire un peu chaque jour).
 5. Placer des chaises à des endroits stratégiques pour pouvoir s'asseoir pendant les activités (comme s'habiller, mettre ou enlever ses chaussures).
 6. S'asseoir plutôt que rester debout lorsque cela est possible pour les tâches ménagères (comme préparer des repas ou plier du linge).
 7. Utiliser la mécanique corporelle, la posture et l'aménagement appropriés pour optimiser son efficacité lors de la réalisation de tâches.
 8. Acquérir de bonnes habitudes en matière d'hygiène de sommeil en adoptant un horaire de sommeil régulier et en évitant les siestes en fin de journée.
 9. Éviter la prise de sédatifs lorsque cela n'est pas requis (sur les conseils de professionnels de la santé) ainsi que la consommation excessive d'alcool (conformément aux *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*).
 10. Utiliser des dispositifs, de l'équipement et des technologies qui permettent d'économiser de l'énergie (p. ex. ouvre-boîte électrique, livraison d'épicerie) afin de réduire les efforts physiques.
 11. Participer à des activités professionnelles et de loisirs planifiées pour s'assurer que la personne ayant subi un AVC soit bien reposée au préalable.
 12. Déléguer les activités qui peuvent être effectuées par quelqu'un d'autre, comme des proches.
 13. Élaborer un plan pour une alimentation saine et équilibrée afin de maintenir le niveau d'énergie.
 14. Parler à quelqu'un de ce que vous ressentez et de l'efficacité de vos stratégies en matière de sommeil et de fatigue post-AVC.

Justification

Les habitudes de sommeil saines contribuent positivement à la participation à la réadaptation post-AVC et à ses résultats. Les troubles du sommeil, comme la fatigue post-AVC, sont fréquents et touchent plus de la moitié des personnes ayant subi un AVC à un moment ou à un autre de leur rétablissement. Ils peuvent avoir un impact négatif sur la capacité d'une personne à participer activement à la réadaptation. La fatigue post-AVC est généralement sous-diagnostiquée et n'est pas systématiquement évaluée chez les personnes ayant subi un AVC. Bien que ce trouble soit généralement associé à un moral bas et à des troubles du sommeil, il peut survenir en leur absence. Les personnes qui présentent une fatigue post-AVC font état d'expériences communes, notamment le fait d'avoir moins d'énergie et une capacité moindre, de ressentir une fatigue anormale et un besoin impérieux de dormir longtemps, d'être facilement fatiguées, d'être fatiguées sans cause ni explication apparente et de présenter une sensibilité accrue au stress. Cette affection peut survenir chez toute personne ayant subi un AVC, et il n'a pas été démontré qu'elle était liée à l'importance de l'AVC, à son emplacement ou à sa gravité. La fatigue post-AVC peut entraîner des difficultés cognitives, des limitations physiques et des troubles émotionnels, qui persistent souvent des années après l'AVC. La fatigue peut perturber les habitudes de sommeil, réduire l'activité physique et, ultimement, entraver le rétablissement global. L'accès à des modalités d'évaluation et de traitement des troubles du sommeil et de la fatigue peut améliorer l'humeur, les capacités cognitives et l'état neurologique.

Les personnes ayant subi un AVC indiquent que l'information sur la fatigue post-AVC et la sensibilisation à ce sujet sont essentielles pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille, leurs aidantes et aidants, ainsi que pour les prestataires de soins de santé, afin de les aider à comprendre ce qu'est la fatigue post-AVC, les raisons pour lesquelles une personne ayant subi un AVC peut ressentir de la fatigue et les stratégies susceptibles de l'aider. L'éducation et les stratégies visant à faciliter la prise en charge de la fatigue post-AVC, comme adapter le rythme de ses activités, avoir une bonne hygiène de sommeil et adopter une alimentation saine et équilibrée, sont très importantes. Les personnes ayant subi un AVC militent pour un meilleur suivi de la fatigue post-AVC, car ses effets peuvent se faire davantage sentir après le retour dans leur communauté et la participation communautaire. Les personnes ayant subi un AVC soulignent que la fatigue post-AVC peut avoir un impact sur la santé mentale, les émotions, le langage et la communication, ainsi que sur la réadaptation et le rétablissement en général.

Exigences pour le système

Pour une évaluation et une prise en charge appropriées et en temps opportun de l'hygiène de sommeil et de la fatigue post-AVC, les organismes doivent optimiser les éléments suivants du système :

1. L'éducation et la sensibilisation accrue sur l'hygiène de sommeil et les affections liées au sommeil pour les personnes ayant subi un AVC, les aidantes et aidants, les employeurs et les professionnels de la santé.
2. Les protocoles pour l'inclusion de la fatigue post-AVC dans le dépistage et les évaluations à tous les points de transition et à toutes les étapes des soins après un AVC.
3. L'accès à des professionnels de la santé ayant l'expertise appropriée en matière d'hygiène de sommeil, et l'accès en temps opportun à des études sur le sommeil.
4. Les ressources et les mécanismes permettant de planifier et de fournir des services communautaires qui tiennent compte des besoins de la personne ayant subi un AVC, de sa famille et de ses aidantes et aidants, et qui sont axés sur la conservation d'énergie (p. ex. accès à des appareils fonctionnels, à un moyen de transport et à des conseils) sans obstacle financier.
5. Les modèles de soins faisant appel à des technologies, comme les soins virtuels, le suivi régulier par téléphone et l'assistance en ligne, afin de réduire le nombre de rendez-vous chez des prestataires de soins de santé qui peuvent s'avérer épuisants.
6. L'éducation et la sensibilisation accrue sur la fatigue post-AVC et les stratégies de prise en charge pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille, leurs aidantes et aidants, les employeurs et les professionnels de la santé.
7. L'accès à un financement pour couvrir les coûts des dispositifs et des traitements d'aide au sommeil, y compris la ventilation en pression positive continue (VPPC).

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Disponibilité de ressources et de services d'évaluation en milieu hospitalier et communautaire pour les personnes ayant subi un AVC qui présentent une fatigue post-AVC et d'autres troubles du sommeil.
2. Disponibilité de prestataires de soins de santé ayant l'expertise appropriée en matière de fatigue post-AVC et d'autres troubles du sommeil.
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui signalent des symptômes de fatigue post-AVC, mesurée à chaque point de transition par rapport au nombre total de personnes ayant subi un AVC.

Indicateurs de processus

4. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui reviennent au service des urgences ou qui sont admises de nouveau à l'hôpital en raison d'une incapacité à s'adapter ou pour d'autres raisons liées à la fatigue.

Indicateurs axés sur la personne

5. Changements en ce qui a trait à la qualité de vie des personnes ayant subi un AVC qui présentent une fatigue post-AVC et d'autres troubles du sommeil, mesurés à l'aide d'une échelle uniformisée et à des intervalles de suivi réguliers.
6. Changements en ce qui concerne les niveaux de fatigue des personnes ayant subi un AVC qui présentent une fatigue post-AVC et d'autres troubles du sommeil, mesurés à l'aide d'une échelle uniformisée et à des intervalles de suivi réguliers.
7. Évaluation d'une dépression potentielle pour les personnes présentant une fatigue post-AVC et d'autres troubles du sommeil, mesurée à des intervalles réguliers, aux points de transition et lors de changements de l'état de santé, au moyen d'échelles d'évaluation de la dépression.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Module Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC – Troisième partie : Optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC – [Encadré 2 : Exemples de stratégies de conservation d'énergie](#)
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Module Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC – [Première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux](#); et [Deuxième partie : Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles](#), mise à jour de 2025
- Cœur + AVC. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée : une ressource pour les prestataires de soins de santé : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac1>
- Multidimensional Inventory (en anglais seulement) : <http://www.cas.usf.edu/~jacobsen/HANDOUT.FSI&MFSI.pdf>
- Fatigue severity scale (en anglais seulement) : <https://www.healthywomen.org/sites/default/files/FatigueSeverityScale.pdf>
- Info AVC. Fatigue : <https://strokengine.ca/fr/consequences/fatigue/>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. Signes de l'AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc>

- Cœur + AVC. Existe-t-il d'autres signes de l'AVC que VITE? :
<https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc/existe-t-il-d-autres-signes-de-l-avc-que-vite>
 - Cœur + AVC. Votre cheminement après un AVC : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
 - Cœur + AVC. Liste de vérification après un AVC : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
 - Cœur + AVC. Infographie sur la réadaptation et le rétablissement :
<https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>
 - Cœur + AVC. Infographie sur les transitions et la participation communautaire :
<https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>
 - Cœur + AVC. Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr-checklist-to-support-self-management11jan2021-final-fr.pdf?rev=-1>
 - Cœur + AVC. Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels :
<https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
 - Cœur + AVC. Rétablissement et soutien : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
 - Cœur + AVC. Soutien en ligne et soutien par les pairs : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
 - Cœur + AVC. Répertoire des services et ressources : <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
 - Cœur + AVC. Faible niveau d'énergie : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/emotions/faible-niveau-d-energie>
 - CanStroke Essais post-AVC. Outils et ressources : <https://canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/>
 - Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>
 - Central East Stroke Network (en anglais seulement) : <https://cesstroke.ca/post-stroke-fatigue-toolkit/>
 - Stroke Association. Fatigue After Stroke (en anglais seulement) :
<https://www.stroke.org.uk/resources/fatigue-after-stroke>
 - Stroke Association. Post-stroke Fatigue and Tiredness (en anglais seulement) :
<http://www.stroke.org.uk/about/fatigue>
- American Stroke Association. Let's Talk About Feeling Tired After Stroke :
https://www.stroke.org/en/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Life-After-Stroke/Feeling-Tired-After-Stroke.pdf?sc_lang=en
- CDC. Activity Journal (en anglais seulement) :
http://www.cdc.gov/healthyweight/pdf/physical_activity_diary_cdc.pdf
 - New Zealand Stroke Education (charitable) Trust. Stroke Recovery Videos (en anglais seulement) : <https://stroke.net.nz/videoguide>

Résumé des données probantes

Post-stroke sleep disorders

While the incidence of sleep disordered breathing, including obstructive sleep apnea is high post stroke, and is associated with an increased risk of stroke recurrence, screening for sleep apnea is uncommon post stroke and does not appear to be part of routine practice. Brown et al.⁵⁴ surveyed a group of 981 participants of the Brain Attack Surveillance program, who had sustained a stroke within the previous 90 days. Within the group, 13.6% of participants self-reported being sleepy during the day and 2.5% reported that they had stopped breathing during the night. Despite, these symptoms, less than 10% of healthcare providers asked patients about their sleep symptoms, while 5.6% were offered a sleep test. In only 2.24% of patients was a sleep test completed.

Post-stroke fatigue

The incidence of PSF is difficult to estimate given that many patients report symptoms of pre-stroke fatigue; however, estimates of the prevalence of PSF are available from two recent systematic reviews. Zhan et al.⁵⁵ pooled the results from 66 observational studies including 11,697 participants. The mean time from stroke onset to assessment varied widely from 3 days to 10.6 years, although assessment was conducted within one year in 41 of the studies. The global pooled prevalence of PSF was 46.8% (95% CI 43.4%–50.2%). The prevalence of PSF was higher in participants with depression (48.2% vs. 42.2%) and in women (53.2% vs. 45.0%). Cumming et al.⁵⁶ included the results of 49 studies and estimated the prevalence of PSF at any point following stroke. Using the results from 22 studies that used the Fatigue Severity Scale and a cut-off level of ≥4 (or >4 in 3 studies), the prevalence of post-stroke fatigue was 50% (95% CI 43%–57%).

The clinical course of PSF is unclear; therefore, it's even unknown if PSF increases or decreases over time. Snaphaan et al.⁵⁷ reported that the prevalence of fatigue was 35% at two months post stroke and 33% at 18 months. 26% of patients reported fatigue at both assessment points, while 9% reported fatigue at baseline but not at follow-up, and 8% reported no fatigue at baseline but did at follow-up. In a systematic review,⁵⁸ which included the results of 9 studies, the percentage of patients reporting fatigue increased from assessment time one to time two in 7 studies, while it had decreased between assessment points in 2 studies. In contrast, Cumming et al.⁵⁶ reported the estimates of fatigue were relatively stable across time (within 3 months of stroke 55%, 95% CI 25%-85%; 1-6 months 46%, 95% CI 31%-62%; and >6 months 53%, 95% CI 48%-58%). Independent predictors of fatigue that have been identified include depression, low levels of physical functioning, and pre-stroke fatigue.¹⁹

There are few treatments for post-stroke fatigue that have been evaluated. A Cochrane review⁵⁹ included the results from 12 RCTs, 4 evaluating pharmacological and 4 evaluating non-pharmacological approaches. In the remaining 4 trials, PSF was not the primary target of investigation, but fatigue was reported as an outcome. Treatments in these trials included continuous positive airway pressure (CPAP), a chronic-disease self-management program, tirilazad mesylate and antidepressants. Using the results from 7 trials (5 pharmacological, 2 non-pharmacological), treatment was associated with a significant reduction in fatigue scores (WMD= -1.07, 95% CI -1.93 to -0.21, p=0.014).

Pharmacological agents that have been evaluated in the treatment of PSF include selective serotonin reuptake inhibitors (fluoxetine) and modafinil, an agent that promotes wakefulness and is used to treat excessive daytime sleepiness. In the Modafinil in Debilitating Fatigue After Stroke (MIDAS) trial, 36 participants with PSF an average of 9 months post stroke, received 200 mg modafinil or placebo for 6 weeks.⁶⁰ Active treatment was associated with a significantly greater decrease in mean total Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)-20 scores (MD= -7.38, 95% CI -21.76 to -2.99; p<0.001), mean Fatigue Severity Scale (FSS) scores (MD= -6.31, 95% CI -10.7 to -1.9, p=0.048) and a significantly greater increase in total mean Stroke-Specific Quality of Life scores (MD=11.8, 95% CI 2.3 to 21.3, p=0.015). Poulsen et al.⁶¹ randomized 41 persons with PSF to receive 400 mg modafinil for 90 days. The results were ambiguous. At 90 days, there was no significant difference between groups in the median MFI-20 GF score (11 modafinil vs placebo 14, p=0.32), or in the median score

of other MFI domains (physical fatigue, reduced activity, reduced motivation); however, median FSS and FSS-7 were significantly lower at 90 days for patients in the modafinil group (36 vs. 49.5, p=0.02 and 22 vs. 37.5, p=0.042, respectively). Fluoxetine was examined in a trial including 83 participants with post-stroke emotional disturbances. At an average of 14 months after stroke onset, participants were randomized to receive 20 mg/day of fluoxetine (n=40) or placebo, (n=43) for 3 months.⁶² At the end of treatment, there were no significant differences in the number of patients with PSF. At 6 months, 34 patients (85%) in the fluoxetine group reported PSF compared with 40 (93%) in the control group. However, at 3 months, fewer patients in the fluoxetine group reported excessive/inappropriate crying (40% vs. 62.8%, p=0.038), and at 6 months fewer patients in the fluoxetine group were identified with depression (12.5% vs. 30.2%, p=0.05).

Among trials evaluating non-pharmacological treatments for PSF, cognitive behavioral therapy (CBT) may be an effective strategy, although it has not been well-studied. In a small RCT, Nguyen et al.⁶³ randomized 15 participants with post-stroke fatigue (FSS score ≥4) and/or poor sleep, whose stroke had occurred two years previously. Participants were randomized to receive CBT emphasizing specific napping schedules and re-organising activity levels as a means of energy conservation in addition to pacing and graded activity exposure or treatment as usual (control group) for two months. At the end of the intervention and at 4-month follow-up, there was significantly greater decline in the mean FSS-7 score in the CBT group; however, there was no significant difference in mean change on Brief Fatigue Inventory (BFI), at either assessment point. Zedlitz et al.⁶⁴ randomized 83 participants with severe fatigue, >4 months post stroke to participate in a 12-week program consisting of group cognitive treatment (control condition) or group cognitive treatment combined with graded activity training (COGRAT). Cognitive treatment consisted of CBT and compensatory strategy teaching. Those in the COGRAT group also received 24 sessions, each 2-hours in duration of graded activity training, including treadmill walking, strength training, and homework assignments. Participants who received COGRAT were significantly more likely to experience clinically relevant improvement in fatigue severity (57.9% vs. 24.4%, p=0.002).

Mindfulness stress reduction is another non-pharmacological technique that may help to improve PSF. Johansson et al.⁶⁵ randomized 29 patients, of whom 18 were recovering from stroke (11 from traumatic brain injury) with mental fatigue to participate in an 8-week program of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), which included yoga, body scan, and sitting meditation, or to a wait list control group. Compared with those in the wait-list control group, participants who received the MBSR program immediately reported a significantly greater decrease in Mental Fatigue Scale scores.

There is an association between sleep-disordered breathing (SDB) and vascular morbidity and mortality. SDB independently increases the risk of stroke in the general population and is also associated with stroke recurrence. Sleep-disordered breathing is highly prevalent post stroke. Seiler et al.⁶⁶ included 86 studies with over 7,000 patients in the acute, sub acute and chronic stages of stroke. The overall prevalences of SDB with an apnea-hypopnea index (AHI) >5/hr was 71%, 40% for an AHI >20/hr, and 30% for an AHI >30/hr. The overall prevalence of central sleep apnea was lower with a pooled prevalence of 12% for AHI >5/hr. No data were available for central sleep apnea with an AHI >20/hr or >30/hr.

Sex & Gender Considerations

While women may be at higher risk of PSF, no intervention trials were reviewed that examined sex or gender as a potential determinant of outcome.

[Tableaux des données probantes et liste de références 2a](#) (en anglais seulement)

[Tableaux des données probantes et liste de références 2b](#) (en anglais seulement)

Section 3 Réadaptation cognitive pour les personnes ayant subi un AVC

3. Réadaptation cognitive pour les personnes ayant subi un AVC : recommandations de 2025

Remarques :

- Les données probantes en faveur de la réadaptation visant à corriger les problèmes cognitifs liés aux déficits cognitifs d'origine vasculaire sont de plus en plus nombreuses. Toutefois, elles proviennent généralement d'études menées auprès d'un nombre limité de cohortes, regroupant notamment des personnes ayant subi un AVC ou présentant des lésions cérébrales acquises, *un déficit cognitif léger* ou des troubles neurocognitifs mixtes. Pour que les études portant sur ces populations variées soient prises en compte, leurs critères doivent définir que les personnes dont le déficit cognitif résulte d'une atteinte vasculaire sont admissibles.
- Dans l'ensemble, les interventions cognitives particulières se répartissent en deux grandes approches, qui mettent l'accent sur l'enseignement de stratégies de compensation ou sur une rééducation ciblée et un entraînement cognitif.
 - La **compensation** se concentre sur l'enseignement de stratégies, l'adoption de comportements ou l'utilisation d'outils externes pour prendre en charge les déficiences et est souvent destinée à des limitations d'activité particulières afin de favoriser l'autonomie. Il peut s'agir de changements dans l'environnement physique et social ou d'un changement dans la façon d'accomplir une activité.
 - La **rééducation ciblée** est axée sur un entraînement cognitif afin d'améliorer directement le domaine cognitif affecté, avec pour objectif une généralisation ou un transfert des bienfaits aux activités liées à ce domaine. Il peut s'agir d'exercices de rééducation dirigés par un thérapeute, généralement au moyen d'un ordinateur ou d'une tablette, destinés à des déficits particuliers.
 - Il convient de noter que les jeux de réflexion commerciaux ne sont pas inclus dans ces recommandations. Les données probantes en faveur de bienfaits ou de répercussions fonctionnelles sur les limitations d'activité et de participation sont limitées et nécessitent davantage de recherches avant d'être intégrées dans ces lignes directrices.

Voir le [module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire de la septième édition des Recommandations](#) afin d'obtenir de plus amples renseignements sur l'évaluation, la prise en charge et la réadaptation des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire⁶⁷.

3.0 Réadaptation cognitive pour les personnes ayant subi un AVC

- i. Les personnes ayant subi un AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT) doivent faire l'objet d'un dépistage de tout changement cognitif à la suite de l'AVC par rapport à leur état cognitif avant l'AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Les changements peuvent être signalés par la personne concernée, les membres de sa famille, les aidantes et aidants ou les cliniciennes et cliniciens. Voir l'annexe III du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire de la septième édition des Recommandations* afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire⁶⁷.
- ii. Toutes les personnes ayant subi un AVC doivent faire l'objet d'une évaluation visant à déterminer leurs besoins en matière de réadaptation cognitive, à l'aide d'outils d'évaluation validés lorsqu'ils sont accessibles [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Les personnes ayant subi un AVC et atteintes d'un déficit cognitif, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent participer à l'élaboration d'un plan de réadaptation cognitive qui s'attaque aux

- limitations et aux déficits actuels, qui est axé sur les objectifs et qui favorise la prise de décisions partagée [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- a. Les plans de réadaptation cognitive doivent tenir compte de la nature évolutive des déficits cognitifs d'origine vasculaire et être régulièrement revus et adaptés en fonction des modifications de l'état cognitif de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Les interventions doivent être personnalisées, fondées sur les meilleures données probantes accessibles et avoir pour objectif à long terme de faciliter la reprise ou la poursuite en toute sécurité des activités souhaitées (p. ex. les soins personnels, la gestion du foyer et des finances, les loisirs, la conduite automobile, le retour au travail) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - c. Les interventions doivent être effectuées en tenant compte des approches pharmacologiques et non pharmacologiques [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - iv. L'équipe soignante doit utiliser une approche multidimensionnelle de la réadaptation cognitive, comprenant à la fois des stratégies propres à un domaine (p. ex. l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives) et des stratégies globales (p. ex. l'activité physique et les exercices) [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
 - v. Les personnes ayant subi un AVC qui sont atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et qui présentent également des troubles de la communication doivent faire l'objet d'une évaluation visant à déterminer leurs besoins en matière de réadaptation cognitive, à l'aide de méthodes validées, particulièrement pour les personnes atteintes d'aphasie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 3.0

1. Une évaluation complète des forces et faiblesses cognitives est nécessaire pour prendre en compte l'incidence des difficultés (comme la détérioration de la perception visuelle, des capacités d'apprentissage, de la conscience et de la perception des changements) sur la motivation, la capacité à participer à la planification et au traitement, et les approches particulières de la mise en œuvre du traitement.
2. Pour la planification du traitement, il faut considérer le pronostic de rétablissement ou de déclin cognitif et l'incidence potentielle des effets de l'AVC et d'autres troubles concomitants existants (comme la fatigue, la douleur, la dépression ou l'anxiété) sur la capacité de la personne à participer à la réadaptation cognitive et à en tirer profit.
3. Lorsque les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, leur famille et leurs aidantes et aidants prennent part à la réadaptation cognitive, il convient de tenir compte des éléments suivants :
 - a. Les séances d'éducation interactives sur les forces et les faiblesses cognitives et leurs implications pour le traitement, les capacités fonctionnelles, la sécurité et le pronostic.
 - b. Le pronostic de rétablissement ou de déclin cognitif qui peut avoir une incidence sur la planification et la mise en œuvre du traitement (p. ex. en fonction du temps écoulé depuis l'AVC, de la gravité de la pathologie vasculaire).
 - c. La disponibilité d'un soutien social et l'environnement physique actuel peuvent avoir des répercussions sur la participation, la sécurité et les résultats. La modification de l'environnement social ou physique et l'intégration d'une structure et d'une routine peuvent être envisagées pour optimiser des techniques particulières de réadaptation cognitive.

4. Des mesures de compensation et de rééducation peuvent être appliquées dans le cadre d'une approche centrée sur la personne afin d'optimiser les capacités fonctionnelles de cette dernière.
5. Outre les interventions adaptées à des fonctions cognitives particulières, d'autres approches ayant une incidence directe sur les fonctions cérébrales ou la santé (p. ex. la stimulation cérébrale non invasive, l'activité physique) ont fait l'objet d'une attention croissante en tant que modulateurs de la cognition.
6. Des approches multimodales (p. ex. régime alimentaire, activités sociales, musique, éducation à la santé) peuvent être envisagées pour améliorer les performances cognitives ou prévenir le déclin cognitif.
7. La réalité virtuelle a été étudiée pour remédier aux troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives post-AVC et peut être envisagée. Toutefois, son efficacité n'a pas été établie (des recherches supplémentaires sont nécessaires).
8. Des interventions assistées par ordinateur peuvent être envisagées en complément d'un traitement guidé par une clinicienne ou un clinicien. La recherche dans ce domaine continue d'évoluer rapidement.
9. Les données probantes relatives à l'incidence et aux résultats du traitement sur les limitations d'activité et de participation sont limitées et nécessitent davantage de recherches.

3.1 Fonctions exécutives

Remarque : Cette section traite des interventions pour le domaine cognitif des fonctions exécutives (planification, organisation, autosurveillance et conscience de soi). Dans la plupart des cas, elles doivent être envisagées en cas de dysfonctionnement exécutif léger ou modéré.

- i. La réadaptation cognitive, qui se concentre sur les déficits des fonctions exécutives, peut être envisagée avec des stratégies de compensation et de rééducation adaptées aux besoins et au profil clinique de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Les stratégies de **compensation** peuvent comprendre les suivantes :
 - a. L'apprentissage de stratégies métacognitives et de stratégies formelles de résolution de problèmes, sous la supervision d'un thérapeute ayant reçu la formation appropriée, doit être envisagé pour les personnes présentant des déficits cognitifs légers ou modérés [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Chez les personnes ayant une conscience de soi réduite, une rétroaction explicite et un entraînement axé sur une compétence en particulier peuvent être envisagés pour accroître le rendement lors de l'accomplissement de tâches fonctionnelles [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - c. Les modifications de l'environnement et les stratégies externes (p. ex. aide-mémoire écrits ou électroniques) doivent être envisagées pour les personnes présentant un dysfonctionnement exécutif léger ou modéré [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. La **rééducation** faisant appel à un entraînement ciblé des compétences exécutives assisté par ordinateur et dirigé par un thérapeute peut être envisagée [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

3.2 Attention

Remarque : Cette section traite des interventions pour le domaine cognitif de l'attention (p. ex. vigilance, mémoire de travail). Dans la plupart des cas, elles doivent être envisagées pour les déficits de l'attention légers ou modérés.

- i. La réadaptation cognitive qui se concentre sur les déficits de l'attention peut être mise en œuvre avec des stratégies de compensation et de rééducation adaptées aux besoins et au profil clinique de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. **Compensation :** Des modifications des exigences cognitives, par l'adaptation de l'environnement, des tâches ou des séances de traitement (p. ex. durée, moments de repos planifiés, réduction des distractions), peuvent être envisagées [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. **Rééducation :** Un entraînement cognitif ciblé dirigé par un thérapeute, comme la gestion des contraintes de temps, l'entraînement relatif au processus de l'attention ou la réadaptation cognitive assistée par ordinateur, peut être envisagé pour les personnes concernées [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Les déficits de la mémoire de travail peuvent être corrigés au moyen d'un entraînement informatisé ciblé, axé sur les compétences de la mémoire de travail et dirigé par un thérapeute [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

3.3 Mémoire

- i. Des stratégies de compensation peuvent être envisagées pour les personnes ayant subi un AVC et présentant des déficiences ou des troubles de la mémoire, notamment les suivantes :
 - a. L'utilisation de stratégies qui fournissent du soutien ou des aide-mémoire *externes* (p. ex. appareils d'assistance électroniques ou non électroniques) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. L'utilisation de stratégies *internes* pour les personnes présentant des déficiences ou des troubles légers de la mémoire. Ces stratégies sont enseignées à la personne et peuvent comprendre des stratégies visant à augmenter la mémorabilité (p. ex. imagerie visuelle, association et organisation sémantique) et des techniques d'entraînement (p. ex. entraînement axé sur l'efficacité personnelle et récupération espacée) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - c. Pour les personnes présentant des troubles de la mémoire modérés ou graves, l'apprentissage sans erreur pour des tâches fonctionnelles particulières (p. ex. prévention des erreurs lors de la répétition d'une tâche avec une réduction du recours à des aide-mémoire au fur et à mesure de la réussite de l'apprentissage) est recommandé comme technique d'entraînement supplémentaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 3.3

1. Le traitement des déficiences et des troubles de la mémoire peut être offert individuellement ou en groupe.

3.4 Exercices aérobiques

- i. Les exercices aérobiques doivent être envisagés, le cas échéant, comme une modalité visant à améliorer l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la section 4.4 de la deuxième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements sur les exercices aérobiques.*
- ii. **Approches multimodales :** Les exercices aérobiques peuvent être combinés à un entraînement axé sur la réadaptation cognitive pour améliorer l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine

vasculaire [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. [Voir la section 4.4 de la deuxième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations pour de plus amples renseignements sur les exercices aérobiques.](#)

Justification

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire sont une conséquence courante de l'AVC. Ils affectent les processus mentaux comme la mémoire, l'attention, la résolution de problèmes et les fonctions exécutives. Ces problèmes cognitifs peuvent entraver la capacité d'une personne à planifier ses activités quotidiennes, à suivre des conversations et à prendre des décisions, ce qui entraîne des répercussions importantes sur son autonomie et sa qualité de vie. De nombreuses personnes ayant subi un AVC éprouvent de la frustration et de l'anxiété en raison de ces déficits cognitifs, ce qui peut mener à un retrait social et à une participation réduite à la réadaptation. Les déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent compliquer le rétablissement, car ils peuvent entraver l'implication dans le traitement, la capacité à suivre les plans de réadaptation et l'adoption de saines habitudes de vie.

Les personnes ayant subi un AVC insistent sur l'importance d'un accès équitable à la réadaptation cognitive. Elles soulignent que les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent participer activement à l'élaboration de plans de réadaptation cognitive personnalisés et axés sur des objectifs centrés sur la personne. Les mesures de compensation et de rééducation relatives à la réadaptation cognitive sont toutes deux importantes et utiles pour les personnes ayant subi un AVC. Une éducation précoce axée sur la sensibilisation aux changements cognitifs possibles après un AVC est également considérée comme étant utile pour les personnes ayant subi un AVC. Les problèmes cognitifs peuvent varier en fonction du milieu (p. ex. réadaptation en milieu hospitalier ou transition vers la communauté), et il est utile de savoir ce qu'il faut rechercher et communiquer à l'équipe soignante en vue d'une évaluation et d'une prise en charge plus approfondies.

Exigences pour le système

Pour une évaluation et une prise en charge appropriées et en temps opportun des besoins relatifs aux capacités cognitives et à la réadaptation cognitive des personnes ayant subi un AVC, les organismes doivent optimiser les éléments suivants du système :

1. Un nombre suffisant de prestataires de soins de santé ayant une expérience en matière de réadaptation cognitive dans toutes les régions, avec un accès à une éducation et une formation continues dans ce domaine.
2. Les processus d'orientation des patientes et patients vers des professionnels et des programmes de réadaptation à la suite d'un diagnostic et en cas de nouveau besoin de réadaptation au fil du temps.
3. Des outils de dépistage et d'évaluation uniformisés, validés et fondés sur un consensus de spécialistes, et des formations portant sur les déficits cognitifs et la réadaptation cognitive.
4. Les processus d'orientation en temps utile vers des services spécialisés de réadaptation cognitive dans tous les centres (p. ex. un système d'orientation électronique et des outils d'évaluation uniformisés).
5. Les mécanismes visant à réévaluer périodiquement les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire (étant donné que cette affection peut progresser au fil du temps), afin de garantir qu'elles ont accès à de la réadaptation continue pour répondre à leurs besoins en évolution.
6. L'établissement et la coordination de partenariats solides au sein de la communauté, et les ressources adéquates pour garantir l'accès à un soutien et à des services de réadaptation

- complets. Cela est particulièrement important en milieu rural et éloigné, où l'utilisation des technologies de soins virtuels doit être optimisée.
7. Le soutien aux membres de la famille et aux aidantes et aidants leur permettant de mieux comprendre les changements cognitifs de la personne ayant subi un AVC et de discuter de la manière d'accéder à des ressources de soutien émotionnel, et même à un service de relève dans certains cas.
 8. L'accès à des communautés et à des environnements sûrs pour les personnes dont les besoins cognitifs évoluent et qui souhaitent rester chez elles.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Nombre de programmes de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier et en milieu communautaire qui proposent une réadaptation cognitive pour les déficits cognitifs primaires.
2. Proportion de communautés éloignées ayant accès à des soins virtuels qui appuient le modèle de soins de l'AVC organisés dans l'ensemble du continuum, y compris l'évaluation des besoins en matière de réadaptation cognitive et les traitements pour les personnes ayant subi un AVC.
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui présentent de nouveaux symptômes cognitifs ou une aggravation des symptômes cognitifs après un AVC.

Indicateurs de processus

4. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont fait l'objet d'un dépistage des déficits cognitifs.
5. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif post-AVC qui font l'objet d'une évaluation initiale relative à la réadaptation cognitive après le diagnostic obtenu lors d'une hospitalisation ou de l'admission dans un programme de réadaptation en milieu communautaire.
6. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif post-AVC qui ont été orientées vers des services de réadaptation cognitive en milieu hospitalier ou en consultation externe (programmes en établissement ou programmes communautaires).
7. Temps médian qui s'écoule entre l'orientation vers des services de réadaptation cognitive et le commencement de celle-ci.

Indicateurs axés sur la personne

8. Qualité de vie après un diagnostic de déficit cognitif post-AVC selon une auto-évaluation longitudinale effectuée au moyen d'un outil de mesure validé.
9. Résultats fonctionnels après un diagnostic de déficit cognitif post-AVC, mesurés de façon longitudinale.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire :
<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/nouveau-deficits-cognitifs-dorigine-vasculaire>
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Module Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC – *Première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux*; et *Deuxième partie : Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles*, mise à jour de 2025
- Cœur + AVC. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée : une ressource pour les prestataires de soins de santé :
<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac/>
- Vascular Harmonization Guidelines (en anglais seulement) :
<http://stroke.ahajournals.org/content/37/9/2220.full>
- Evidence-based Review of Post-Stroke Cognitive Disorders (EBRSR) (en anglais seulement) :
<http://www.ebrsr.com/evidence-review/12-post-stroke-cognitive-disorders>
- CanStroke Essais post-AVC : <https://canadianstroke.ca/fr/>
- Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD5). *Guidelines for management of vascular cognitive impairment* (en anglais seulement) :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7657196/>
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) 168 : Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers (en anglais seulement) :
<https://www.sign.ac.uk/>
- AHA/ASA Scientific Statement on Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia (en anglais seulement) :
<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0b013e3182299496>
- NHS Psychological care after stroke (en anglais seulement) :
https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531_strokepsychologalsupportfinal.pdf
- Info AVC. Évaluations par sujet – Cognition : <https://strokengine.ca/fr/evaluations-par-sujet/>
- Info AVC. Réadaptation cognitive : <https://strokengine.ca/fr/interventions/readaptation-cognitive/>
- Aphasia Institute (en anglais seulement) : <https://www.aphasia.ca/>
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. Infographie sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire et carte du parcours :
<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/vascular-cognitive-impairment/csbpr7-infographic-vci-fr.pdf?rev=3a282d9bba284dfc8fde0e53435d6b8d>
- Cœur + AVC. Signes de l'AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc>
- Cœur + AVC. Existe-t-il d'autres signes de l'AVC que VITE ? :
<https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc/existe-t-il-d-autres-signes-de-l-avc-que-vite>
- Cœur + AVC. Votre cheminement après un AVC : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>

- Cœur + AVC. *Liste de vérification après un AVC* : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
- Cœur + AVC. Infographie sur la réadaptation et le rétablissement : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. Infographie sur les transitions et la participation communautaire : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Aide à l'autogestion après un AVC* : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr-checklist-to-support-self-management11jan2021-final-fr.pdf?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels* : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
- Cœur + AVC. Rétablissement et soutien : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Cœur + AVC. Déficit cognitif d'origine vasculaire : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc/deficit-cognitif-d-origine-vasculaire>
- Cœur + AVC. Dépression, énergie, réflexion et perception : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/emotions>
- Cœur + AVC. Soutien pour les aidantes et aidants : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/les-aidants-naturels-ont-aussi-besoin-d-aide>
- Cœur + AVC. Reconnaître et gérer le stress : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/emotions-et-pensees/stress>
- Cœur + AVC. Soutien en ligne et soutien par les pairs : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
- Cœur + AVC. Répertoire des services et ressources : <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- New Zealand Stroke Education (charitable) Trust. Stroke Recovery Videos (en anglais seulement) : <https://stroke.net.nz/videoguide>
- CanStroke Essais post-AVC. Outils et ressources : <https://canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/>
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes

Cognitive Rehabilitation

The incidence of post-stroke cognitive impairment during the first year following stroke is estimated at 38%⁶⁸ but may be affected by factors such as pre-stroke cognition, stroke severity, stroke type, and assessment method. Cognitive rehabilitation interventions typically focus on common deficits of attention, memory or executive function. In general, interventions may be considered to have one of two objectives: 1) to reinforce or re-establish previous behavioural skills or function (e.g., to remediate

with computerized exercises) or 2) to teach compensatory mechanisms (e.g., strategy training) that may be either internal or external to the individual.⁶⁹

In a systematic review including the results of 64 RCTs, including 4,005 individuals with/without cognitive impairment following stroke, trials compared cognitive rehabilitation strategies to improve cognitive function with a control group.⁷⁰ In 21 studies, multiple component interventions were assessed and included physical activity, lifestyle modifications, rhythm and music therapy, patient and family member education, gait training, computer assisted rehabilitation training, acupuncture, sensory training, and aerobic exercise, among others. Multiple component interventions were associated with higher mean Montreal Cognitive Assessment (MoCA) scores, in patients who had sustained a stroke ≤3 months previously ($MD=1.56$, 95% CI, 0.69 to 2.43), improved measures of memory, ($SMD=0.49$, 95% CI, 0.27 to 0.72), and better functional status ($SMD=0.33$, 95% CI, 0.05–0.62), compared with individuals receiving standard care. There were no significant differences between groups comparing traditional cognitive rehabilitation interventions with a standard control group in any of the outcomes assessed (general cognitive functioning, memory, executive function, or attention), nor was there a difference between groups comparing cognitive rehabilitation interventions vs. wait list control (memory). Rogers et al.⁷¹ included the results of 22 RCTs including 1,098 persons with cognitive deficits following stroke. Trials compared cognitive remediation strategies vs. treatment as usual, placebo, or a waitlist control. Types of interventions included computer training (n=8), therapist led interventions (n=7), pen/paper or workbook (n=3), and group therapy (n=4). Overall, cognitive rehabilitation was associated with a small overall effect (Hedges' $g=0.48$, 95% CI 0.35–0.60). Domains in which cognitive rehabilitation had the greatest impacts were visio-spatial (Hedges' $g=0.75$, 95% CI 0.18-1.31) and language (Hedges' $g=0.66$, 95% CI 0.35-0.96).

Rehabilitation of executive function

Evidence for the effectiveness of the rehabilitation of executive function and problem solving is less compelling. Rozental-Illuz et al.⁷² reported no significant differences between groups in mean scores of The Executive Function Performance Test following 3 months of participation in an interactive video-game group intervention, compared with persons randomized to a traditional group intervention for motor recovery at least 6 months post stroke. A Cochrane review⁷³ included the results of 19 RCTs of persons with stroke and other acquired brain injuries. Thirteen trials examined strategies restoring components of executive function (restorative and compensative interventions). No significant treatment effects were reported with respect to concept formation, planning, flexibility, working memory, or extended ADLs between intervention and control groups. Poulin et al.⁷⁴ included 10 studies examining cognitive rehabilitation strategies to remediate executive function impairments. Nine studies examined an intervention provided during the chronic phase of care. The authors concluded that there is limited evidence to suggest that problem-solving strategies and paging systems are associated with significant improvement in performance on functional tasks that involve executive control, compared to no treatment.

Rehabilitation of attention deficits

A Cochrane review⁷⁵ included the results of 6 RCTs evaluating interventions designed to either restore attentional functions or provide compensatory strategies for persons with attention deficits post stroke that were provided for 3 to 11 weeks. At the end of the treatment period, cognitive rehabilitation was not associated with significantly greater improvement in measures of subjective reports of global attention ($SMD=0.53$, 95% CI -0.03 to 1.08, $p=0.06$), or with significant long-term improvements (>3 months following the end of treatment) on global attention functions ($SMD=0.16$, 95% CI -0.23 to 0.56, $p=0.41$). In no trials were objective measures of global attention reported, either immediately after treatment, or long-term. Cognitive rehabilitation was associated with significantly greater improvement on divided attention, measured using the Paced Auditory Serial Addition Test ($SMD=0.67$, 95% CI 0.35 to 0.98, $p<0.001$). There were no significant effects on other domains of attention associated with cognitive rehabilitation.

Rehabilitation of memory deficits

In a Cochrane review, das Nair et al.⁷⁶ included the results of 13 RCTs (n=514) examining various memory rehabilitation strategies in persons with memory problems following stroke. Interventions included computerized memory training, strategy training, the use of external memory aides and imagery mnemonics. Memory training was associated with significant improvements in short-term subjective memory measures ($SMD= 0.36$, 95% CI 0.08-0.64, $p=0.01$), but not objective memory measures. Training was also not associated with long-term effects of either subjective or objective memory measures, assessed 3-7 months following treatment. Memory self-efficacy training was reported to improve subjective daily memory reports and quality of life in one RCT with 153 stroke patients in the chronic phase of stroke,⁷⁷ with benefits persisting at 6 and 14 months.⁷⁸

Physical activity

Physical activity may also be beneficial for the rehabilitation of cognitive impairment post stroke. Oberlin et al.⁷⁹ included the results of 14 RCTs and reported a small to moderate mean effect size (Hedges' $g = 0.304$, 95% CI 0.14–0.47, $p<0.001$). Cumming et al.⁸⁰ included 9 trials investigating the effect of exercise on cognition in stroke patients, also reported a significant, but small, pooled treatment effect ($SMD= 0.2$, 95%, CI 0.04 to 0.36, $p=0.015$).

Virtual reality (VR)

Zang et al.⁸¹ included 23 RCTs including 894 patients recovering from stroke. Participants in these trials were randomized to receive usual care or VR-based interventions (single, or multiple-component interventions) using a screen or a head-mounted device, including games with immersive, semi-immersive, and non-immersive systems, simulating virtual environments. Interventions were provided for an average of 4 weeks (2-5x/week). VR interventions were not associated with significant improvements in global cognition or attention but were associated with significant improvements in executive function ($SMD=0.88$, 95% CI 0.6 to 1.70), and memory ($SMD=1.44$, 95% CI 0.21 to 2.68).

Computer-based training

Two recent systematic reviews examined outcomes in cognitive function following rehabilitation using commercially available computer assisted cognitive rehabilitation. Mingming et al.⁸² included the results from 10 RCTs including 600 adults with post-stroke cognitive impairments. Participants were randomized to receive computer-based cognitive training (CBCT), using commercially available systems (e.g., RehaCom) or usual cognitive rehabilitation. The duration of therapy ranged from 7 to 60 hours. The training dose and frequency in most studies was 30 min per session with 5 sessions per week. Pooling the results from 6 trials, CBCT was not associated with significant improvement in overall cognition ($SMD=0.59$, 95% CI -0.06 to 1.24). In contrast, Nie et al.⁸³ included 32 RCTs in which 1,837 participants, were also randomized to receive computer-assisted cognitive rehabilitation (CACR) using commercially available systems or usual cognitive rehabilitation. CACR was associated with significant improvement in MoCA scores ($MD= 2.67$, 95% CI 2.21 to 3.13), Mini Mental State Examination scores ($MD= 2.51$, 95% CI 1.94 to 3.08), Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment scores ($MD= 8.63$, 95% CI 4.99 to 12.28) and Functional Independence Measure and Barthel Index scores at the end of treatment.

Sex & gender considerations

Exalto et al.⁸⁴ reported an equal percentage of men and women experienced post-stroke cognitive impairment, (51%), when assessed within 15 months of stroke; however, there were sex differences within the cognitive domains. Compared with women, men had lower odds of impairment of attention

and execute function (24% lower) and language (33% lower), while their odds of verbal memory impairment were 43% higher. There were no significant differences between the sexes in information processing speed, language, visuospatial perception/construction, and visuospatial memory. No sex & gender differences were found with respect to response to interventions for cognitive rehabilitation.

[Tableaux des données probantes et liste de références 3](#) (en anglais seulement)

Section 4 Prise en charge de la santé, reprise de la conduite automobile et retour à la vie professionnelle

4. Prise en charge de la santé, reprise de la conduite automobile et retour à la vie professionnelle : recommandations de 2025

4.0 Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent recevoir de l'information, de l'éducation, de la formation, du soutien et un accès aux services tout au long des transitions vers la communauté afin d'optimiser la reprise de leurs rôles sociaux, de leurs activités et de leur participation sociale [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

4.1 Prise en charge de la santé après un AVC

- i. De retour dans la communauté, les personnes ayant subi un AVC doivent faire l'objet d'un suivi de santé régulier, continu et adapté à leurs besoins personnels, afin d'évaluer la progression du rétablissement, de prévenir la détérioration de l'état de santé, d'optimiser les résultats fonctionnels et psychosociaux, de prévenir les récidives de l'AVC et d'améliorer la qualité de vie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. L'examen initial par des prestataires de soins primaires doit idéalement avoir lieu au cours du premier mois suivant le congé de l'hôpital et porter sur la prévention secondaire et les problèmes médicaux et fonctionnels. Un suivi continu doit s'en suivre au besoin [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir le module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations⁸⁵ pour obtenir de plus amples renseignements ainsi que la Liste de vérification après un AVC.*
- ii. Les personnes ayant subi un AVC ou un AIT doivent faire l'objet d'un dépistage de tout changement cognitif à la suite de l'AVC ou de l'AIT par rapport à leur état cognitif avant l'AVC ou l'AIT [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Les changements peuvent être signalés par la personne concernée, les membres de sa famille, les aidantes et aidants ou les cliniciennes et cliniciens. Voir l'annexe III du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations⁶⁷ pour obtenir de plus amples renseignements sur les signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire.*
- iii. Les personnes ayant subi un AVC ou un AIT doivent faire l'objet d'un dépistage de tout changement de l'humeur et de l'anxiété à la suite de l'AVC par rapport à leur état de santé mental avant l'AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. Il faut optimiser la gestion de la prévention secondaire de l'AVC ainsi que les stratégies de réduction des facteurs de risque dans tous les milieux, y compris les établissements de soins de longue durée [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. *Voir le module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations⁸⁵ pour obtenir de plus amples renseignements.*
- v. Les personnes doivent être orientées vers les spécialistes appropriés pour soutenir la prise en charge des facteurs de risque vasculaire particuliers, des comportements et habitudes de vie, s'il y a lieu [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir le module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations⁸⁵ pour obtenir de plus amples renseignements.*

4.2 Prise en charge de la santé fonctionnelle

- i. Les personnes ayant subi un AVC qui sont de retour dans la communauté et dont l'état fonctionnel se détériore doivent faire l'objet d'interventions ciblées, le cas échéant [recommandation forte; qualité modérée des données probantes], même si le changement survient plusieurs mois ou années après l'AVC. *Consulter les sujets pertinents de ce module pour connaître les interventions ciblées.*

- ii. Des processus doivent être mis en place pour permettre aux personnes ayant subi un AVC d'accéder à nouveau à une réadaptation ou à d'autres ressources et services en fonction de l'évolution de leurs besoins au cours de leur rétablissement à long terme [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les personnes ayant subi un AVC doivent avoir accès à des programmes d'exercices en milieu communautaire qui sont fondés sur des données probantes, le cas échéant [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].

4.3 Planification préalable des soins

- i. L'équipe soignante doit s'assurer que les objectifs individuels de soins et les décisions relatives à la planification préalable des soins de la personne ayant subi un AVC sont examinés et mis à jour périodiquement (p. ex. annuellement) avec elle, sa famille et ses aidantes et aidants, s'il y a lieu, par exemple lorsqu'un changement survient dans son état de santé [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir la section 8 du module sur les systèmes de soins de l'AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.*
- ii. La planification préalable des soins peut comprendre une ou un mandataire spécial et doit se conformer aux lois provinciales [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Les discussions sur la planification préalable des soins doivent être documentées; réévaluées régulièrement, y compris aux points de transition ou lors d'un changement dans l'état de santé, avec l'équipe de soins actifs et la personne ayant subi un AVC ou la ou le mandataire spécial; et être consignées avec la feuille sommaire d'hospitalisation [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Une planification préalable des soins effectuée avec respect doit être intégrée dans un plan de soins complet, en tenant compte des valeurs et des préférences de la personne relativement aux éléments suivants : son état de santé, sa capacité de compréhension, son pronostic, les traitements appropriés sur le plan médical et les soins médicaux futurs [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

4.4 Soins palliatifs en milieu communautaire

- i. L'orientation vers des soins de fin de vie et de soins palliatifs en milieu communautaire et la prise de contact avec ceux-ci doivent être coordonnées, au besoin, en fonction de l'état de la personne et de ses objectifs de soins [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir le module sur les systèmes de soins de l'AVC pour obtenir de plus amples renseignements.*

4.5 Conduite automobile après un AVC

4.5.1 Éducation et dépistage

- i. Il faut aviser les personnes de ne pas conduire pendant au moins un mois après un AVC, comme le prescrivent les *Normes médicales pour les conducteurs* du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. La personne ayant subi un AVC doit savoir si l'autorité chargée de délivrer les permis a été mise au fait du changement de son état de santé pouvant avoir une incidence négative sur sa capacité de conduire de façon sécuritaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les personnes qui ont subi au moins un AIT doivent recevoir l'instruction de ne pas conduire jusqu'à la réalisation d'une évaluation neurologique complète et l'obtention de résultats ne révélant aucune perte résiduelle de capacité fonctionnelle et aucun risque évident de récidive soudaine qui pourrait présenter un danger au volant, conformément aux *Normes médicales*

pour les conducteurs du CCATM [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. Voir les lois provinciales ou territoriales en matière de signalement aux autorités de l'aptitude à conduire d'une personne et les exigences relatives à la reprise de la conduite automobile.

- iv. Les personnes ayant subi un AVC peuvent être questionnées sur leur désir de reprendre la conduite automobile aux points de transition et lors des rendez-vous de suivi [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

4.5.2 Évaluation de l'aptitude à la conduite automobile

- i. Les personnes qui désirent reprendre le volant après un AVC doivent être évaluées en fonction de leurs déficiences résiduelles, de leurs aptitudes à la conduite et de leurs besoins de réadaptation à l'aide de méthodes validées et fiables, conformément aux critères provinciaux ou territoriaux en matière de reprise de la conduite automobile [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. L'évaluation sensorielle et perceptuelle doit être axée sur la vision, les champs visuels, l'attention visuelle et la négligence spatiale [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. L'évaluation de la motricité doit tenir compte de la force, de l'amplitude des mouvements, de la coordination et du temps de réaction [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - c. L'évaluation cognitive doit être axée sur la résolution de problèmes, la rapidité de la prise de décision, l'attention, la concentration, le contrôle des pulsions, le jugement, la lecture et la compréhension des symboles [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les personnes qui présentent des déficits neurologiques résiduels touchant la capacité à conduire après un AVC doivent faire l'objet d'une évaluation approfondie de leur aptitude à conduire, y compris une évaluation sur route approuvée par le gouvernement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

4.5.3 Réadaptation et prise en charge en vue de la reprise de la conduite automobile

- i. Après un AVC, les personnes qui ont le potentiel fonctionnel et qui souhaitent reprendre le volant doivent se voir offrir des traitements de réadaptation appropriés, au besoin, pour corriger les problèmes fonctionnels, sensoriels, perceptuels, moteurs et cognitifs, et augmenter leurs chances de réussir [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les personnes ayant subi un AVC qui ont le potentiel fonctionnel et qui souhaitent reprendre le volant peuvent être orientées vers des programmes de formation validés afin de les préparer à reprendre la conduite automobile [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les personnes ayant subi un AVC qui sont incapables de reprendre le volant doivent être informées des solutions de recharge en matière de transport et recevoir de l'assistance pour y avoir accès [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Du soutien ou des conseils pour faire face à la perte de la capacité de conduire doivent être offerts aux personnes ayant subi un AVC qui sont incapables de reprendre le volant [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

4.6 Vie professionnelle

- i. Il convient de questionner les personnes qui ont subi un AVC sur leurs rôles et intérêts professionnels, y compris le travail rémunéré et non rémunéré (p. ex., emploi, études ou bénévolat) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Cette évaluation doit avoir lieu tôt dans la phase de réadaptation et être faite à nouveau lors des points de transition, le cas échéant [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Les résultats doivent être pris en compte pour planifier une réadaptation précoce et continue et pour établir des objectifs personnalisés, le cas échéant [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Une évaluation cognitive et perceptuelle détaillée par des professionnels de la santé appropriés doit être envisagée pour aider à déterminer la capacité de la personne à répondre aux besoins actuels ou potentiels de son emploi et pour contribuer à la planification professionnelle [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Les personnes ayant subi un AVC doivent être encouragées à reprendre leurs activités professionnelles, dans la mesure du possible et si elles le souhaitent. Cette reprise peut se faire de manière graduelle, si nécessaire, et des mesures d'adaptation peuvent être prises pour tenir compte des limitations ou des difficultés résiduelles (comme la vision, la communication) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Si une personne ayant subi un AVC souhaite retourner au travail ou aux études, il faut mettre en place et faciliter son orientation vers des services professionnels ou éducatifs ou des conseils, afin de l'aider dans le processus de reprise des activités professionnelles lors des transitions vers la communauté [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Les personnes ayant subi un AVC doivent recevoir des conseils et des renseignements sur les droits en matière d'emploi et les prestations offertes, au besoin [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- v. Les préoccupations financières et les options en matière de prestations doivent être examinées et réévaluées au moment de l'admission et avant le congé, ainsi que lors des évaluations de suivi et des transitions. De plus, une aide pour élaborer et mettre en œuvre un plan financier durable doit être fournie, si nécessaire [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- vi. Les personnes ayant subi un AVC doivent obtenir du soutien avec leur plan de retour au travail ou aux études, notamment au moyen de l'engagement avec les employeurs et le personnel enseignant, ainsi que de recommandations sur les modifications à apporter au travail, les mesures d'adaptation et le retour progressif [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Justification

Les personnes qui ont subi un AVC et leur famille décrivent constamment la période qui suit le congé de l'hôpital comme stressante et difficile, alors qu'elles s'adaptent à de nouvelles responsabilités et à des capacités fonctionnelles et cognitives potentiellement altérées. La participation au travail et la reprise de la conduite automobile après un AVC sont essentielles pour favoriser l'autonomie et améliorer la qualité de vie et le bien-être général. Les données probantes montrent qu'en présence d'une coordination des soins hors du milieu hospitalier et de services de soutien communautaires, les résultats de santé de la personne s'améliorent et sa satisfaction augmente. Les programmes de retour au travail adaptés aux capacités de la personne contribuent à lui redonner confiance, mais aussi à se sentir de nouveau utile et à retrouver une sécurité financière. De plus, le fait de pouvoir recommencer à conduire peut accroître considérablement le sentiment d'autonomie, ce qui permet une plus grande

interaction sociale et une plus grande participation communautaire. Cela met également en avant les aspects pratiques consistant à pouvoir se rendre à des rendez-vous et à d'autres activités.

Les personnes ayant subi un AVC et leur famille ont indiqué à quel point un rendez-vous de suivi ou d'autres consultations planifiées après leur retour à la maison seraient bénéfiques. Elles ont exprimé un fort désir de reprendre le contrôle de leur vie et de regagner leur autonomie, de surmonter les difficultés d'accès aux services et aux ressources. Elles ont aussi souligné que les systèmes et services de santé devraient viser ces objectifs.

Les personnes ayant subi un AVC ont également insisté sur l'importance d'un meilleur accès à du soutien et à des services de réadaptation personnalisés. Elles ont fait remarquer que le processus de reprise de la conduite automobile peut être difficile et frustrant, et qu'il serait particulièrement utile de disposer de renseignements clairs sur le processus et les critères de reprise de la conduite après un AVC, ainsi que d'informations sur les personnes à contacter en cas de questions. Elles ont également souligné l'importance de reprendre la conduite automobile lorsqu'elle est jugée sûre, en collaboration avec l'équipe soignante. Elles ont aussi reconnu l'incidence que la conduite automobile peut avoir sur l'autonomie.

Les personnes ayant subi un AVC ont indiqué qu'il est important que les conversations sur les études et la vie professionnelle aient lieu rapidement après l'AVC. Elles ont discuté de l'importance de ces objectifs, en particulier pour les personnes plus jeunes ayant subi un AVC, et ont plaidé en faveur d'un soutien continu après la reprise des études ou de la vie professionnelle. Lorsqu'il est impossible de reprendre une activité professionnelle antérieure, la participation à des programmes de soutien par les pairs ou à d'autres activités de bénévolat peut avoir des répercussions positives sur le bien-être et donner un sentiment d'utilité.

Exigences pour le système

Après un AVC, des systèmes doivent être mis en place pour optimiser la réussite des transitions et la reprise des rôles sociaux, la prise en charge de la santé, les activités et la participation sociale. Voici quelques exemples :

1. L'éducation et la formation des professionnels de la santé, ainsi que des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants en matière de soins centrés sur la personne et de compétences et de stratégies de prise de décisions partagée.
2. Des soins de suivi adéquats et en temps opportun dans toutes les provinces et tous les territoires pour appuyer la participation communautaire.
3. L'assistance aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants dans le cadre d'un plan de soins évolutif et d'évaluations de suivi régulières.
4. L'accès à des moyens de transport public appropriés venant en aide aux personnes ayant une incapacité.
5. Des programmes favorisant un accès rapide et abordable à des dispositifs d'aide à la mobilité et à d'autres appareils fonctionnels pour les personnes ayant subi un AVC.
6. Des professionnels de la santé et des aidantes et aidants dans les établissements de soins communautaires et de longue durée possédant une expertise en soins de l'AVC et ayant accès à une formation continue.
7. Des programmes communautaires, des services de relève et des possibilités de formation pour soutenir les aidantes et aidants qui concilient leurs besoins personnels et leurs responsabilités d'aide.
8. La mise en place de processus pour permettre aux personnes ayant subi un AVC d'accéder à nouveau à une réadaptation ou à d'autres services de soutien, étant donné que les capacités fonctionnelles et les objectifs changent et évoluent tout au long du rétablissement.

9. Des stratégies visant à aider les personnes ayant subi un AVC à maintenir, à renforcer et à cultiver un réseau social de soutien approprié et à reprendre les activités professionnelles, sociales et récréatives qu'elles aiment pratiquer.
10. L'éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants sur la conduite automobile après un AVC et le processus de reprise de la conduite automobile.
11. La coordination entre les prestataires de soins primaires et les organismes communautaires pour faciliter l'orientation vers les programmes et les services appropriés en matière d'évaluation pour la reprise de la conduite automobile.
12. Les professionnels de la santé doivent militer pour garantir l'offre de solutions de recharge à la conduite automobile dans la communauté.
13. La mise en place d'un processus permettant de s'assurer que les plans préalables des soins sont examinés et mis à jour périodiquement avec les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants, s'il y a lieu.
14. Une communication et un parcours d'orientation établis entre l'hôpital et les organismes de soins palliatifs en milieu communautaire permettant de s'assurer que les personnes ayant subi un AVC sont prises en charge de manière appropriée et en temps voulu.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Disponibilité de ressources et de services d'évaluation en milieu hospitalier et en milieu communautaire pour les personnes ayant subi un AVC qui obtiennent leur congé d'une unité de soins de courte durée ou d'un programme de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier.
2. Accès à des prestataires de soins primaires après le congé de l'hôpital des personnes admises en raison d'un AVC en phase aiguë.
3. Nombre de personnes ayant subi un AVC pour qui, selon la documentation, des renseignements ont été fournis à elles ou à leur famille sur les programmes éducatifs formels et informels, les soins après un AVC, les services disponibles et les processus pour accéder à ces services.
4. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui obtiennent leur congé d'une unité de soins de courte durée et qui bénéficient d'une assurance maladie.

Indicateurs de processus

5. Documentation de la prise de décisions partagée et collaborative entre les professionnels de la santé et les personnes ayant subi un AVC concernant les plans de transition personnalisés.
6. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui sont orientées vers des services de prévention secondaire par l'équipe de réadaptation à leur congé de l'hôpital.
7. Nombre médian de consultations avec des prestataires de soins primaires dans des délais précis pour des problèmes liés à l'AVC après le congé d'une unité de soins en milieu hospitalier.
8. Nombre médian de consultations au service des urgences dans des délais précis pour des problèmes liés à l'AVC après le congé d'une unité de soins en milieu hospitalier.
9. Proportion de réadmissions dans une unité de soins de courte durée depuis un centre de réadaptation post-AVC pour des causes liées à l'AVC (p. ex. complications médicales, difficulté à récupérer, déclin de l'état de santé).
10. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui retournent chez elles après un séjour en réadaptation et qui ont besoin de services de santé communautaires (p. ex. soins à domicile ou soins de relève).

11. Intervalle entre le congé de l'hôpital (que ce soit d'une unité de soins de courte durée ou de réadaptation en milieu hospitalier) et la mise en place des services de santé communautaires.
12. Fréquence et durée des services de santé communautaires, classés selon le type de service fourni.
13. Proportion de personnes ayant subi un AVC de retour dans la communauté après une hospitalisation dans une unité de soins de courte durée ou un séjour en réadaptation qui doivent être admises dans un établissement de soins de longue durée ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans les 6 mois ou dans l'année.
14. Proportion de personnes ayant subi un AVC ischémique en phase aiguë admises dans une unité de soins de courte durée ou de réadaptation en milieu hospitalier qui ont reçu une anticoagulothérapie en raison d'un diagnostic de fibrillation auriculaire au moment de leur congé (conformément aux normes d'Agrément Canada).
15. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont été invitées à participer à la planification préalable des soins ou qui ont eu une conversation consignée avec un prestataire de soins de santé.
16. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui désignent une ou un mandataire spécial.
17. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui établissent un plan de soins personnel ou un plan préalable de soins et qui demandent à ce qu'il soit annexé à leur dossier médical.
18. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont été orientées vers des services de soins palliatifs spécialisés pendant leur hospitalisation.
19. Proportion de personnes dont la mort des suites d'un AVC est imminente, dont les symptômes sont évalués et surveillés systématiquement et dont le plan de soins est modifié à mesure que leur état de santé change.
20. Proportion de personnes dont la mort des suites d'un AVC est imminente qui reçoivent des soins selon une approche de soins palliatifs.
21. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui décèdent dans le lieu précisé dans leur plan de soins palliatifs.

Indicateurs axés sur la personne

22. Proportion de personnes ayant subi un AVC dont l'état fonctionnel, mesuré à l'aide d'un outil uniformisé, s'est amélioré entre le moment de leur admission dans une unité de réadaptation en milieu hospitalier et le moment de leur congé (conformément aux normes d'Agrément Canada).
23. Mesure du fardeau des soins pour la famille et les aidantes et aidants vivant dans la communauté.
24. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui déclarent que leurs besoins en matière de soins continus ont été examinés par leur prestataire de soins primaires dans les trois mois suivant leur congé de l'hôpital.
25. Changements en ce qui a trait à la qualité de vie mesurés à intervalles réguliers pendant le rétablissement et la participation, puis réévalués lorsque des changements dans l'état de santé ou d'autres événements de la vie surviennent (p. ex. 60, 90 et 180 jours après l'AVC).
26. Proportion de personnes ayant subi un AVC dont le plan préalable de soins a été respecté.
27. Évaluations des familles et des aidantes et aidants quant à l'expérience des soins palliatifs après le décès à l'hôpital d'une personne ayant subi un AVC.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Module Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC – *Première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux*; et *Deuxième partie : Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles*, mise à jour de 2025
- Cœur + AVC. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée : une ressource pour les prestataires de soins de santé : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl>
- Info AVC. Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) : <https://strokengine.ca/fr/assessments/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- Info AVC. Chedoke-McMaster Stroke Assessment Scale (échelle d'évaluation d'AVC Chedoke-McMaster) : <https://strokengine.ca/fr/assessments/chedoke-mcmaster-stroke-assessment/>
- Info AVC : <https://strokengine.ca/fr/>
- CRAIG. Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) (en anglais seulement) : <https://craighospital.org/research/instruments>
- Réseau universitaire de santé KITE. Recommandations canadiennes sur les programmes communautaires d'exercice après un AVC, version 2020 – Une ressource pour les fournisseurs d'exercices communautaires : <https://kite-uhn.com/can-stroke-community-based-exercise-recommendations/fr>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. Signes de l'AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc>
- Cœur + AVC. Existe-t-il d'autres signes de l'AVC que VITE ? : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc/existe-t-il-d-autres-signes-de-l-avc-que-vite>
- Cœur + AVC. Votre cheminement après un AVC : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Cœur + AVC. Liste de vérification après un AVC : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
- Cœur + AVC. Infographie sur la réadaptation et le rétablissement : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. Infographie sur les transitions et la participation communautaire : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>

- Cœur + AVC. *Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr-checklist-to-support-self-management1jan2021-final-fr.pdf?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels* : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
- Cœur + AVC. Rétablissement et soutien : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Cœur + AVC. Soutien en ligne et soutien par les pairs : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
- Cœur + AVC. Répertoire des services et ressources : <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- CanStroke Essais post-AVC. Outils et ressources : <https://canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/>
- Info AVC : <https://strokengine.ca/fr/>
- Réseau universitaire de santé KITE. Guide *Choisir un programme communautaire d'exercice après un AVC* : <https://kite-uhn.com/can-stroke-community-based-exercise-recommendations/fr>

Résumé des données probantes

Functional Health Management

Functional health management is a holistic and proactive approach to maintaining and improving an individual's ability to perform activities of daily living and to fully engage in social roles across the lifespan, particularly in the presence of chronic conditions, such as stroke and its related disability, or aging-related changes. Targeted interventions such as home-based rehabilitation⁸⁶ and exercise programs,^{87, 88} cardiorespiratory program or resistance training⁸⁹ can be helpful to promote independence, prevent decline, and enhance quality of life.

Community-based Palliative Care

No trials, specific to stroke have been published on the topic of palliative care. A Cochrane review⁹⁰ included the results from 4 RCTs (1,234 participants, mainly with a diagnosis of cancer) and evaluated the effectiveness of home-based end-of-life care compared to inpatient hospital or hospice care. At 6 to 24 months, individuals who received end-of-life care at home were significantly more likely to die at home (RR=1.33, 95% CI 1.14 to 1.55), aligning with many patients' preferences. However, home-based care was not associated with a significant reduction in unplanned hospital admission (RR=0.89, 95% CI 0.73 to 1.09). Pooled analyses were not conducted on any of the other outcomes (participant health outcomes, patient satisfaction, caregiver outcomes, health service resource use and cost), due to limited data availability.

Advance Care Planning

Although no stroke-specific studies have been published that examine the effectiveness of advance care planning, several exist that include patients with mixed diagnoses, as well as those who are healthy. Malhotra et al.⁹¹ included the results of 132 RCTs that examined the efficacy of ACP interventions in both healthy individuals and those with chronic diseases. Trials were conducted in a variety of settings, including hospitals, communities, primary care clinics, and nursing homes. While

ACP interventions had limited impact on distal outcomes such as quality of life, mental health, and healthcare utilization, they consistently improved proximal outcomes, such as enhanced patient–physician communication, reduced decisional conflict, and increased alignment between patient and caregiver preferences. These findings suggest that ACP is more effective in facilitating meaningful conversations and shared understanding about end-of-life care rather than directly influencing clinical outcomes. Results from a small number of studies also suggest that interventions aimed at increasing advance care planning have been successful in significantly increasing the likelihood that end-of-life wishes are known and respected. In a study of 309 patients admitted to internal medicine, cardiology, or respiratory medicine, Detering et al.⁹² randomized patients to receive formal advance care planning from a trained facilitator or usual care. The intervention was based on the Respecting Patient Choices model, which involves reflection on goals, values, and beliefs, documentation of future health care wishes, and appointment of a surrogate decision maker. Of those who died, end-of life wishes were significantly more likely to be known and respected for participants in the intervention group compared with those in the control group (86% vs. 30%, $p<0.01$). Following the death of a loved one, family members of those in the intervention group reported significantly less anxiety and depression and more satisfaction with the quality of their relative's death, compared to control group family members. Kirchhoff et al.⁹³ randomized 313 patients (and their surrogate decision makers) with congestive heart failure or end-stage renal disease who were expected to experience serious complication or death within 2 years, to receive a patient-centered advance care planning intervention or usual care. The intervention was composed of a 60 to 90-minute interview with a trained facilitator to discuss disease-specific end-of-life care issues and options and documentation of treatment preferences. 110 patients died within the study period, of which 26% required a surrogate decision maker at the end-of-life. Only a single patient in the intervention group and 3 in the control group received end-of-life care that was contrary to their wishes for reasons other than medical futility. With respect to resuscitation preferences, non-significantly fewer patients in the intervention group received care that was contrary to their wishes (1/62 vs. 6/48).

Return to Driving

Since driving was part of many individuals' daily routine prior to stroke, returning to driving is often a high priority for individuals with stroke and their families; however, motor, sensory, and cognitive impairments and visual fields defects can limit an individual's ability to drive safely. Beyond its use for completing everyday tasks and travelling to work, driving is often seen as a symbol of independence and freedom. For those who have suffered a minor stroke or TIA, temporary restrictions place on driving may be confusing and seem unwarranted. Independent predictors of successful return to driving following stroke include independence in activities of daily living and return to paid work.⁹⁴ Performance of cognitive measures such as the Trail Making Test and the Snellgrove Maze Test have been shown to predict fitness to drive.^{95, 96} In one recent study that included 359 participants, 26.7% returned to driving after one month.⁹⁴

Interventions to help individuals with stroke improve driving skills have not been well studied. A Cochrane review⁹⁷ included the results from 4 RCTs. The interventions examined included driving simulators ($n=2$) and skills development using the Dynavision device ($n=1$) and Useful Field of View training ($n=1$). No pooled analyses of the primary outcome, performance (pass/fail) during on-road assessment, were possible due to heterogeneity. Based on the results from a single trial, there was no significant difference in the mean on-road scores between groups at 6 months ($MD = 15.0$, 95% CI -4.6-34.6, $p=0.13$), although participants in the intervention group had significantly higher scores on road sign recognition test ($MD=1.69$, 95% CI 0.51-2.87, $p=0.0051$).

Return to Work

Return to work (RTW) is one of the most important issues for the young individual with stroke. Following stroke, the reported rates of RTW vary widely. Using the results from 29 studies, Edwards et al.⁹⁸ reported that the overall frequency of return to either full or part-time work, assessed up to 12 years following stroke ranged from 7.3%-74.5%. Up to 6 months following stroke, 41% of persons

had returned to work, increasing to 66% at 4-6 years. Hackett et al.⁹⁹ reported that 75% of persons previously employed at the time of stroke had returned to work at one year. Hannerz et al.¹⁰⁰ reported that of 19,985 persons included in the Danish Occupational Hospitalization Register who were 20-57 years and had sustained a stroke, 62.1% were employed 2 years post stroke. At 4 years following stroke, Tryggd et al.¹⁰¹ reported that 4,867 (69%) of 7,081 Swedes who had been employed prior to stroke, aged 40-59 years had successfully returned to work. The most commonly-cited predictors of successful RTW included independence in ADLs, younger age, milder stroke severity higher cognitive functioning, fewer neurological deficits, strong family support, having realistic and flexible vocational goals, higher income and education, having a white-collar job and being male,^{98, 100, 102, 103} while hemorrhagic stroke, increasing age and stroke severity, and depression, have been citing as factors associated with a decreasing probability of RTW.^{100, 103}

Interventions to help improve the odds of successful RTW have not been well studied. Ntsiea et al.¹⁰⁴ reported that a 6-week individualized workplace intervention program group was associated with an increase in the number of persons who had returned to work following a recent stroke (<8 weeks), compared with persons receiving usual care, at 6 months (60% vs. 20%, p<0.001). Baldwin & Brusco¹⁰⁵ included the results from 6 studies, which examined rehabilitation programs that included vocational training post stroke. Vocational rehabilitation programs were defined as those that included medical, psychological, social, physical and/or occupational rehabilitation activities with the purpose to return to work. Following completion of the programs, the RTW rates varied among the studies from 12% to 49%. The pre-stroke vocation status was reported in 3 studies and ranged from 48% to 100%. Treatment with intravenous thrombolysis was also identified as a treatment that improved the odds of return to work.¹⁰⁶

Sex & Gender Considerations

While there is limited research focused on sex differences in the areas of return to work or return to driving, the available evidence suggests that men may be more likely to return to work and return to driving post stroke. In a recent systematic review including the results of 39 studies examining predictors of return-to-work post stroke, Orange et al.¹⁰⁷ reported that male sex was an independent predictor (OR=1.26, 95% CI 1.14-1.40). Using data from 1,354 participants from South Korea who had sustained a first-ever ischemic stroke, Jee et al.¹⁰⁸ conducted face-to-face interviews to identify predictors of return to driving within one year of stroke onset. Of the 640 pre-stroke drivers, 66.1% of participants (410) had returned to driving. In the regression model, male sex was an independent predictor of return to driving (OR=2.80, 95% CI 1.51–5.20). The generalizability of both of these estimates may be limited as they may vary between countries depending on culture and policies.

[Tableaux des données probantes et liste de références 4a](#) (en anglais seulement)

[Tableaux des données probantes et liste de références 4b](#) (en anglais seulement)

Section 5 Participation aux activités sociales et de loisirs après un AVC

5. Participation aux activités sociales et de loisirs après un AVC : recommandations de 2025

REMARQUES :

Les activités récréatives et de loisirs désignent les activités auxquelles les gens s'adonnent à des fins de plaisir, de détente et d'épanouissement personnel. Il peut s'agir de passe-temps, de sports ou d'arts. Ces activités sont essentielles pour favoriser une bonne santé mentale et physique. Chez les personnes ayant survécu à un AVC, la pratique d'activités récréatives peut contribuer à la réadaptation physique en améliorant les capacités motrices et la coordination, tout en procurant un sentiment d'accomplissement et de joie.

La participation sociale englobe la manière dont les personnes se connectent aux autres et participent à la vie communautaire. Pour les personnes ayant survécu à un AVC, il est essentiel de maintenir des liens sociaux pour lutter contre le sentiment d'isolement et de dépression qui peut souvent accompagner le processus de rétablissement. L'engagement social peut également faciliter le partage d'expériences et de ressources, favorisant un réseau de soutien qui contribue au rétablissement émotionnel.

5.1 Participation à des activités récréatives, sociales et de loisirs

- i. Les personnes ayant subi un AVC doivent faire l'objet d'une évaluation pour déterminer les objectifs spécifiques à la participation à des activités récréatives, sociales et de loisirs [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Une évaluation complète de l'intérêt et des capacités à reprendre des activités récréatives, sociales et de loisirs (anciennes ou nouvelles) doit être réalisée à l'aide d'outils validés, lorsque cela est possible [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les personnes ayant subi un AVC qui éprouvent des difficultés à participer à des activités récréatives, sociales et de loisirs doivent bénéficier d'interventions et de plans thérapeutiques personnalisés et élaborés en collaboration avec leur équipe soignante [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
- iv. Les personnes ayant subi un AVC doivent recevoir de l'information et être orientées vers des ressources communautaires qui pourront répondre à leurs besoins physiques, sociaux, émotionnels, intellectuels et spirituels [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

5.2 Relations et sexualité

- i. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent être informés et conseillés concernant les répercussions possibles de l'AVC sur les relations interpersonnelles, y compris les relations entre conjoints, les relations familiales et les relations avec d'autres proches [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. La capacité à faire face aux difficultés, à s'adapter et à s'ajuster; la modification des rôles familiaux et les relations parentales; la perturbation de l'identité sociale, la perte d'occasions sociales, les difficultés émotionnelles, les répercussions de la fatigue post-AVC sur la participation sociale; la solitude et l'isolement social sont des exemples de sujets à aborder lors des discussions [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Toutes les personnes ayant subi un AVC doivent avoir l'occasion de discuter de leur intimité, de leur sexualité et de leur fonction sexuelle à toutes les étapes des soins de l'AVC et du

rétablissement après l'AVC, à un moment propice pour la personne [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

- a. Les préoccupations en matière de sécurité, les changements dans le désir sexuel et les répercussions possibles de l'AVC sur la sexualité (p. ex. incidence physique, émotionnelle, cognitive ou sur la communication) et la reprise de l'activité sexuelle sont des exemples de sujets à aborder lors des discussions [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les séances d'information à l'intention des personnes ayant subi un AVC ou de leur partenaire peuvent porter sur les changements possibles relatifs à l'intimité et à la sexualité, le rétablissement de l'intimité et la reprise des activités sexuelles, et répondre aux questions fréquentes sur les relations après un AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. L'orientation vers des spécialistes de la santé sexuelle peut être envisagée pour les personnes présentant des difficultés sexuelles complexes ou persistantes [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 5.2

1. Lorsque l'intimité, la fonction sexuelle et la sexualité sont abordées, les éléments ci-dessous doivent être pris en compte et mis en œuvre indépendamment de l'état actuel de la relation, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de la personne ayant subi un AVC :
 - a. S'assurer que les conversations se déroulent dans un environnement qui priviliege l'intimité, la sécurité et le confort de la personne ayant subi un AVC et inclut ses proches, si elle le souhaite.
 - b. Établir une relation thérapeutique avant d'aborder des sujets sensibles.
 - c. Adapter les renseignements transmis verbalement et par écrit aux capacités cognitives, sensorielles et de communication de la personne.
 - d. Entamer ces discussions avant et les poursuivre après la transition vers la communauté, y compris dans une résidence.
 - e. Aborder l'influence de facteurs, comme la douleur, l'humeur, l'anxiété, les fonctions sensorimotrices, la capacité de communication, les médicaments et la spasticité, sur la fonction sexuelle.
 - f. Discuter des indications, des contre-indications et des effets secondaires des médicaments visant à améliorer la fonction sexuelle.

5.3 Soutien à la participation communautaire

- i. Les membres de l'équipe soignante, quel que soit le milieu, doivent transmettre aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants, des renseignements concernant les services de soutien locaux et les prestations d'invalidité et les façons d'y accéder [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. Les membres de l'équipe soignante, les personnes ayant subi un AVC ainsi que leur famille et leurs aidantes et aidants doivent travailler ensemble à l'élaboration d'un **plan d'accessibilité** qui détermine les obstacles à la participation et les aider à les surmonter avant la transition vers le domicile ou un milieu de vie communautaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Ce plan doit tenir compte des capacités physiques ainsi que des capacités et déficits de communication et de nature émotionnelle, cognitive et perceptuelle de la personne

- après l'AVC, en se concentrant sur ses objectifs en matière de participation communautaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- c. Les lois et les lignes directrices régionales en matière d'invalidité doivent être expliquées aux personnes ayant subi un AVC, aux membres de leur famille et à leurs aidantes et aidants, le cas échéant, afin de faciliter les transitions et l'accès aux services requis [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - d. Les membres de l'équipe soignante doivent s'assurer de remplir les demandes et les documents requis dans les délais prescrits, en collaboration avec les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants, ce qui peut contribuer à réduire le plus possible les retards dans l'accès aux services et aux prestations admissibles [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Justification

La reprise des activités sociales et de loisirs après un AVC pose de nombreux défis, car des obstacles physiques et psychologiques peuvent entraver la capacité d'une personne à participer à des activités qu'elle appréciait auparavant. Les personnes ayant subi un AVC et leur famille craignent souvent les transitions et la perte du soutien social, émotionnel et pratique qu'offrait le milieu hospitalier. Les limitations physiques, telles que la mobilité réduite, la faiblesse, les difficultés sensorielles, les troubles de la communication, les difficultés de coordination ou la fatigue, empêchent souvent les personnes ayant subi un AVC de participer à des sports, à des passe-temps et à des activités sociales qu'elles aimait auparavant. En outre, les déficits cognitifs peuvent rendre difficile la poursuite d'activités complexes, comme jouer d'un instrument de musique, lire ou participer à des activités de groupe.

Malgré les difficultés potentielles, les personnes ayant subi un AVC ont souligné l'importance de l'accès à des programmes communautaires qui favorisent les loisirs et la participation sociale tout au long du parcours de rétablissement. Les programmes communautaires peuvent offrir la possibilité de nouer des liens et d'apprendre des autres, de recevoir des encouragements et de la motivation, de renforcer la confiance en soi et de favoriser l'autonomie. Ces activités peuvent également être l'occasion de socialiser et de réduire l'isolement, en donnant à la personne un sentiment d'appartenance à la communauté, ce qui peut avoir des répercussions positives sur la santé mentale et émotionnelle. Il est important de veiller à informer les personnes ayant subi un AVC et leur famille des programmes et ressources disponibles, et de discuter des obstacles à la participation (p. ex. transport, coût) lors de la transition vers la communauté. Après le congé de l'hôpital, les rendez-vous de suivi avec l'équipe soignante sont très utiles pour soutenir les personnes et leur permettre d'accéder aux programmes et services communautaires appropriés. Ils permettent également de les aider à atteindre leurs objectifs et à relever les défis (qu'ils soient permanents ou changeants) en ce qui a trait à leurs loisirs et à leur participation sociale.

Sachant que l'AVC peut avoir des répercussions sur la reprise des activités et sur les relations interpersonnelles (conjointe, conjoint ou partenaire, enfants, amis et autres membres de la famille), il est important de fournir une éducation ciblée sur ces sujets aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants. Après un AVC, les rôles, les responsabilités et la dynamique des relations peuvent changer, et du soutien peut être bénéfique pour faire face à ces changements. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants trouvent très utile de recevoir des renseignements sur les services de soutien locaux et les prestations d'invalidité. Les documents et formulaires nécessaires à l'accès aux services et aux prestations sont souvent difficiles à remplir et prêtent à confusion. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants apprécient grandement le soutien qui leur est apporté pour remplir correctement les documents dans les délais prescrits.

Les relations personnelles, y compris l'intimité, peuvent être profondément perturbées par un AVC. Les personnes ayant subi un AVC déclarent éprouver des difficultés importantes sur le plan des relations interpersonnelles et de la sexualité. Au-delà des changements physiques, les conséquences émotionnelles et psychologiques d'un AVC peuvent également affecter les relations. Pour de nombreuses personnes ayant subi un AVC, les déficiences physiques, comme la mobilité réduite, la

fatigue ou les difficultés de coordination, peuvent interférer avec la capacité à s'adonner à une activité sexuelle.

Les personnes ayant subi un AVC ont fait part de la nécessité de prendre en compte des facteurs, comme la santé mentale, la spasticité et d'autres changements, pour faciliter la gestion des relations et des attentes. Elles ont souligné l'importance pour les prestataires de soins santé d'établir une relation thérapeutique afin de favoriser les conversations sur les relations, l'intimité et la sexualité. En outre, il serait utile d'indiquer clairement les membres de l'équipe soignante qui peuvent fournir des renseignements et du soutien sur ces sujets. Les conversations sur les relations et la sexualité doivent avoir lieu tout au long du continuum de soins. Toutefois, les personnes ayant subi un AVC ont insisté sur l'importance d'obtenir du soutien à ce sujet au retour dans la communauté.

Exigences pour le système

Après un AVC, le succès des transitions et de la participation communautaire, portant expressément sur les activités de loisirs, les relations et la sexualité, repose sur ce qui suit :

1. L'accès à des moyens de transport public appropriés venant en aide aux personnes ayant une incapacité.
2. Des programmes favorisant un accès rapide et abordable à des dispositifs d'aide à la mobilité et à d'autres appareils fonctionnels pour les personnes ayant subi un AVC.
3. Des stratégies visant à aider les personnes ayant subi un AVC à maintenir, à renforcer et à cultiver un réseau social de soutien approprié et à reprendre les activités professionnelles, sociales et récréatives qu'elles aiment pratiquer.
4. L'éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants sur les changements possibles de la dynamique des relations et de la sexualité.
5. Des renseignements sur les ressources communautaires et les processus pour y accéder, qui sont fournis aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants.
6. Des programmes communautaires, des services de relève et des possibilités de formation pour soutenir les aidantes et aidants qui concilient leurs besoins personnels et leurs responsabilités d'aide.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Disponibilité de ressources et de services d'évaluation en milieu hospitalier et en milieu communautaire pour les personnes ayant subi un AVC qui obtiennent leur congé d'une unité de soins de courte durée ou d'un programme de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC pour qui, selon la documentation, des renseignements ont été fournis à elles ou à leur famille sur les programmes éducatifs formels et informels, les soins après un AVC, les services disponibles et les processus pour accéder à ces services.
3. Accès à des ressources communautaires dans le domaine de la santé sexuelle et des relations après un AVC.

Indicateurs de processus

4. Documentation de la prise de décisions partagée et collaborative entre les professionnels de la santé et les personnes ayant subi un AVC concernant les plans de transition personnalisés.
5. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui retournent chez elles après un séjour en réadaptation et qui ont besoin de services de santé communautaires (p. ex. soins à domicile ou soins de relève).

6. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui retournent chez elles après un séjour en réadaptation et qui sont orientées vers des soins à domicile ou des services de soutien communautaires.
7. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui retournent au service des urgences ou à l'hôpital pour des raisons liées à l'AVC ou autres que physiques après un AVC (p. ex. incapacité à s'adapter).
8. Intervalle médian entre le congé de l'hôpital (que ce soit d'une unité de soins de courte durée ou d'une unité de réadaptation en milieu hospitalier) et la mise en place des services de santé communautaires.
9. Fréquence et durée des services de santé communautaires, classés selon le type de service fourni.
10. Proportion de personnes ayant subi un AVC de retour dans la communauté après une hospitalisation dans une unité de soins de courte durée ou un séjour en réadaptation qui doivent être admises dans un établissement de soins de longue durée ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans les 6 mois ou dans l'année.
11. Temps d'attente médian entre l'orientation vers un CHSLD, un centre de soins continus complexes ou un établissement de soins de longue durée et l'admission.
12. Documentation indiquant que l'évaluation de l'aptitude à la conduite a été effectuée et que des conseils connexes ont été donnés.
13. Nombre de personnes ayant subi un AVC orientées vers un ergothérapeute dans la communauté pour l'évaluation de leur aptitude à la conduite.

Indicateurs axés sur la personne :

14. Mesure du fardeau des soins pour la famille et les aidantes et aidants vivant dans la communauté.
15. Mesure de la participation à des activités sociales et de loisirs après le retour à la maison.
16. Changements en ce qui a trait à la qualité de vie mesurés à intervalles réguliers pendant le rétablissement et la participation, puis réévalués lorsque des changements dans l'état de santé ou d'autres événements de la vie surviennent (p. ex. 60, 90 et 180 jours après l'AVC).

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Module Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC – [Première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux](#); et [Deuxième partie : Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles](#), mise à jour de 2025
- Cœur + AVC. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée : une ressource pour les prestataires de soins de santé : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl>

- Info AVC. Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) :
<https://strokengine.ca/fr/assessments/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- Info AVC : <https://strokengine.ca/fr/>
- CRAIG. Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) (en anglais seulement) : <https://craighospital.org/programs/research/research-instruments>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. Signes de l'AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc>
- Cœur + AVC. Existe-t-il d'autres signes de l'AVC que VITE ? :
<https://www.coeuretavc.ca/avc/signes-de-l-avc/existe-t-il-d-autres-signes-de-l-avc-que-vite>
- Cœur + AVC. Votre cheminement après un AVC : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Cœur + AVC. Liste de vérification après un AVC : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
- Cœur + AVC. Infographie sur la réadaptation et le rétablissement :
<https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. Infographie sur les transitions et la participation communautaire :
<https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr-checklist-to-support-self-management11jan2021-final-fr.pdf?rev=-1>
- Cœur + AVC. Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
- Cœur + AVC. Rétablissement et soutien : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Cœur + AVC. Soutien en ligne et soutien par les pairs : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
- Cœur + AVC. Répertoire des services et ressources : <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- CanStroke Essais post-AVC. Outils et ressources : <https://canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/>
- Info AVC : <https://strokengine.ca/fr/>
- Accès troubles de la communication Canada – L'accessibilité inclut la communication :
<https://www.cdacanada.com/fr/>
- Toronto Rehab. Ressources en ligne pour les patientes, patients et prestataires de soins de santé concernant la santé sexuelle après un AVC (en anglais seulement) :
https://www.uhn.ca/TorontoRehab/Clinics/Outpatient_Stroke_Services

Résumé des données probantes

Leisure Activity

Many individuals recovering from stroke are unable to resume their previous leisure activities. Factors including physical limitations, attributable to residual disability, decreased motivation, environmental barriers, including transportation and affordability, have been cited as reasons for decreased participation.

A variety of programs and interventions have been evaluated to help improve participation following stroke, although few have used an assessment of leisure as the primary outcome. Lee et al.¹⁰⁹ conducted a systematic review including 17 studies evaluating interventions addressing community participation, of which leisure activities were assessed in 8 studies. Interventions included individually tailored occupational therapy sessions, home leisure program, community-based group leisure education program, group yoga, exercise and leisure program and an aerobic training program. In 6 of the trials in which participation was assessed, there was a significant improvement in only one study.

A systematic review by Dorstyn et al¹¹⁰ including the results from 8 RCTs that examined the benefit of a community-based intervention focusing on leisure therapy, leisure therapy + physical activity or leisure education, which provided an average of 17 sessions over 23 weeks. The majority of participants had experienced a mild or moderately disabling stroke within the previous year. While no pooled analyses were conducted, within individual trials significant improvement was noted at the end of treatment on measures of quality of life, mood and satisfaction with leisure activity. An 8-week peer-volunteer facilitated exercise and education program was associated with significantly greater improvement in median perceived Subjective Index of Physical and Social Outcome (physical component) scores at both at the end of treatment and at one year, compared with participants who received standard care.¹¹¹ Desrosiers et al.¹¹² included 62 participants residing in the community with a history of stroke within the previous 5 years and who were experiencing some limitations in leisure participation or satisfaction. The intervention involved 8-12, 60-minute, weekly education sessions, while participants in the control groups received home visits from a recreational therapist following the same schedule as the intervention group. At the completion of the study, participants in the intervention group reported significantly more time spent in active leisure activities (MD=14.0 minutes, 95% CI 3.2-24.9, p=0.01) and involvement in a greater number of different activities (MD= 2.9, 95% CI 1.1-4.8, p=0.002). Participants in the intervention group had also gained significantly more points on the Leisure Satisfaction Scale (MD= 11.9, 95% CI 4.2-19.5, p=0.003) and in the satisfaction of leisure needs and expectations (MD=6.9, 95% CI 1.3-12.6, p=0.02).

Sexuality

Reports of sexual dysfunction following stroke are common. Among several surveys including small samples, declines in sexual activity have been reported. Stein et al.¹¹³ surveyed 35 individuals who agreed to participate, out of 268 who were included in a stroke rehabilitation research registry. Of those, 100% of men and 58% of women met the criteria for sexual dysfunction, 42% indicated their sexual functioning was worse following stroke, 94% reported that physical limitations impacted their sexual activity and 58.8% reported feeling less sexually desirable following stroke. Buzzelli et al.¹¹⁴ also reported that among 60 patients (83.3%) reported a decline in sexual activity during the first year following stroke. Variables associated with disruption of sexual activity included fear of relapse, belief that one must be healthy to have a sex life and partner who is "turned off" at the prospect of sexual activity with a "sick person".

Only a few small trials examining interventions designed to address issues relating to sexuality post stroke have been published. Sansom et al.¹¹⁵ reported no significant differences between groups on median Sexual Function Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) scores following a single 30-minute structured sexual rehabilitation session, conducted by a rehabilitation physician, compared with individuals who received a fact sheet. Guo et al.¹¹⁶ reported that the percentage of stroke rehabilitation inpatients given the opportunity to talk about sexual issues increased from 0% at months 1-3 to 80% at month 10 following an intervention designed to ensure patients had opportunity to discuss sexual health with one of their healthcare providers. A study assessing a sexual education intervention found that patients who received a short (40-50 minute) education session that outlined

the changes that they can expect in their sexuality post-stroke, addressed frequently asked questions and provided tips to avoid sexual dysfunction were more sexually active and experienced greater sexual satisfaction than patients who did not.¹¹⁷ A Cochrane review¹¹⁸ aimed to evaluate the effectiveness of interventions designed to reduce sexual dysfunction following stroke, which include 3 RCTs (212 individuals). Interventions included 50 mg oral sertraline to prevent premature ejaculation compared with placebo for 8 weeks; pelvic floor muscle training (1-2x/day x 12 weeks) compared with standard rehabilitation for erectile dysfunction after stroke; and a single, 30-minute individualised sexual rehabilitation session compared with written educational materials. The pharmacological intervention was associated with a significant improvement in sexual function at 4, 8 and 12 weeks and in a significant increase in partner satisfaction. The sexual rehabilitation program was not associated with significant improvement in median total CSFQ-14 scores at 6 weeks or 6 months. Finally, pelvic floor muscle training was not associated with significantly greater improvement median International Index of Erectile Function Questionnaire at 3 or 6 months.

Sex & Gender Considerations

There is limited evidence examining sex or gender differences in participation outcomes post stroke. Women were reported to have had greater handicap (i.e. participation restriction) in the long term after stroke, in a review that included the results from five studies,¹¹⁹ although the difference was blunted after adjustment for age, functional outcome, and depression. More recently, Chen et al.¹²⁰ used data from the US National Health and Aging Trends Study to examine sex differences in participation restriction among 471 stroke survivors, which assessed four social activities including two formal activities (attending religious services and participating in clubs, classes, or other organized activities) and two informal activities (visiting with friends/family and going out for enjoyment such as dinner, a movie, or gambling). Compared with men, the odds of any participation restriction across all 4 social activities were not increased significantly in women after adjustment (OR=1.36, 95% CI 0.70- 2.65), nor were the odds of restriction in either formal or informal social activities increased.

[Tableaux des données probantes et liste de références 5a](#) (en anglais seulement)

[Tableaux des données probantes et liste de références 5b](#) (en anglais seulement)

ANNEXE I : GROUPE DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE ET AUTRICES ET AUTEURS DU MODULE SUR LA RÉADAPTATION, LE RÉTABLISSEMENT ET LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE POST-AVC, 2025

TROISIÈME PARTIE : OPTIMISATION DE L'ACTIVITÉ ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE APRÈS UN AVC

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|---|--|---------------|---|
| Jennifer K. Yao, MD, FRCPC Module Co-Chair | Medical Manager Acquired Brain Injury Program, G.F. Strong Rehab Centre, Vancouver Coastal Health Clinical Associate Professor, University of British Columbia, Division Head, Division of Physical Medicine and Rehabilitation Writing Group Co-Chair | Vancouver, BC | Support for attending meetings and/or travel from Heart and Stroke Foundation of Canada - reimbursement to self for conference travel Leadership or fiduciary role with Canadian Stroke Best Practice Review Advisory Committee member |
| Nancy M. Salbach, PT, PhD Module Co-Chair | Professor University of Toronto, Department of Physical Therapy The KITE Research Institute, Toronto Rehabilitation Institute-University Health Network Writing Group Co-Chair | Toronto, ON | All support for the present manuscript - Toronto Rehabilitation Institute Chair at the University of Toronto, payment to institution Grant or contracts with Canadian Institutes of Health Research, payment to institution Honorarium for a lecture with Canadian Institutes for Health Research, honorarium paid to self from research team |
| Michelle LA Nelson, PhD Section One Co-Lead | Principal Investigator, Science of Care Institute, Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute, Sinai Health Associate Professor, University of Toronto, Institute of Health Policy, Management and Evaluation Section One Co-Lead | Toronto, ON | All support for the present manuscript - March of Dimes Canada, World Stroke Organization, American Stroke Association, International Foundation of Integrated Care, small honoraria provided for talk at IFIC conference Grant funding paid from CIHR, Walton's Trust, AMS, paid to Sinai Health Payment or honoraria for speaking at IFIC |

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| | | | (International Foundation of Integrated Care) educational event Participation on the International Journal of Integrated Care Editorial Board Leadership or fiduciary role at World Stroke Organization, American Stroke Association, International Foundation for Integrated Care |
| Jing Shi, MD, FRCPC Section One Co-Lead | Director Stroke Rehabilitation, Saskatoon City Hospital Assistant Professor, University of Saskatchewan, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Section One Co- Lead | Saskatoon, SK | Grants or contracts from the Saskatchewan Health Research Foundation, all funds directed to research activity costs Leadership or fiduciary role with the Saskatchewan Stroke Expert Panel Advisory Board and as medical director of stroke rehabilitation at Saskatoon City Hospital, as part of the academic clinical alternative payment (ACFP) physician contract |
| Patrice Lindsay RN, PhD | Previous Lead PWLE Engagement Strategy and Stroke, Heart and Stroke Foundation of Canada; Principal, MarcLind Health Systems and Engagement Consulting. | Toronto, ON | Consulting fees from Canadian Neurological Sciences Federation, payment to self Payment or honoraria from CHEP PLUS, honorarium payment to self Leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group with Canadian Institutes of Health Research – ICRH IAB, unpaid |
| Ruth Barclay, PhD, MHSc, BMR(PT) | Professor, Department of Physical Therapy, University of Manitoba, Riverview Health Centre | Winnipeg, MB | Grant or contracts from CIHR, not related to manuscript Support for attending meetings and/or travel from CIHR – CIHR reviewer, not related to manuscript Leadership or fiduciary role on editorial board of the |

| | | | |
|---|---|--------------|---|
| | | | Journal of Aging and Physical Activity until January 2025, unpaid |
| Diana Bastasi, B.Sc. (PT), MBA | <p>Coordinator of Physiotherapy In-patient Services, The McGill University Health Centre, Montreal General Hospital</p> <p>Faculty (part-time) Lecturer, McGill University, School of Physical and Occupational Therapy</p> | Montreal, QC | None to declare |
| Dylan Blacquiere, MD MSc | <p>Medical Director, Champlain Regional Stroke Network</p> <p>Assistant Professor, University of Ottawa, Department of Medicine, Division of Neurology</p> | Ottawa, ON | <p>Payment or honoraria from Healthing (honorarium), Heart and Stroke Foundation of New Brunswick (Lecture honorarium), payment to self</p> <p>Payment for expert testimony from Burchells LLP, payment to self</p> <p>Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory board with Abbevie – advisory board payment to self</p> <p>Leadership or fiduciary role with Heart and Stroke Foundation of Canada Stroke Best Practice Guidelines; Canadian Stroke Consortium – unpaid advisory/executive board</p> |
| Mark I. Boulos, MD FRCPC, CSCN(EEG), MSc | <p>Hurvitz Brain Sciences Research Program, Sunnybrook Research Institute, Sunnybrook Health Sciences Centre</p> <p>Department of Medicine, Division of Neurology, University of Toronto</p> | Toronto, ON | <p>Grants or contracts from Canadian Institutes of Health Research; Alternative Funding Plan from the Academic Health Sciences Centres of Ontario; Heart & Stroke Foundation of Canada; Division of Neurology at the University of Toronto; Sunnybrook Education Advisory Council and Education Research Unit; Ontario Genomics; Toronto Dementia Research Alliance, paid to my institution</p> <p>Consulting fees from Precision AQ, paid to self</p> |

| | | | |
|---|--|--------------|---|
| | | | Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Paladin Labs; Jazz Pharmaceuticals; Eisai, paid to self Receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services from Braebon Medical Corporation, In-kind support to Dr. Boulos' research program |
| Joy Boyce, OT Reg. (NS), BScOT and BA Hons | Occupational Therapist, Early Supported Stroke Discharge Coordinator, Nova Scotia Health Authority | Halifax, NS | Leadership or fiduciary role with the Atlantic Canada Stroke conference committee, co chair and member |
| Geneviève Claveau, MD, FRCPC | Staff Physiatrist, Stroke and Non-Traumatic Brain Injury Program, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal Clinical Associate Professor, Division of Physical Medicine and Rehabilitation, Department of Medicine and Medical Specialties, Université de Montréal | Montreal, QC | Receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services From Abbvie, Merz, Ipsen that included free lunches, educational material (handbooks) and participation in local conferences/educational sessions organized by them |
| Norine Foley, MSc | Partner, workHORSE Consulting Group | London, ON | None to declare |
| Heather L. Flowers, PhD, SLP (C), Reg. CASLPO, CCC-SLP | Associate Professor, University of Ottawa, School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health Sciences, | Ottawa, ON | None to declare |
| Urvashy Gopaul, MSc, PhD, PT | Toronto Rehabilitation Institute-KITE Research | Toronto, ON | None to declare |
| Esther S. Kim, PhD, R.SLP, CCC-SLP | Professor, Chair, University of Alberta, Department of Communication Sciences and Disorders | Edmonton, AB | Grants or contracts from SSHRC, CIHR - Unrelated to this manuscript, payment to institution Support for attending meetings and/or travel with University of Alberta and Canadian Stroke Congress, conference travel support (reimbursements) Leadership or fiduciary role as chair of the Council of |

| | | | |
|--|---|--------------|--|
| | | | Chairs of Canadian University Programs in Speech-Language Pathology and Audiology (CCUP), unpaid Other financial or non-financial disclosures, salary from University of Alberta |
| Alto Lo, MD | Stroke Physiatrist, Glenrose Rehabilitation Hospital Associate Professor, University of Alberta, Department of Medicine in the Faculty of Medicine & Dentistry | Edmonton, AB | Payment for expert testimony from Lambert Law; Brownlee LLP, payments to self Support for attending meetings and/or travel from Abbvie Canada, Ipsen Canada, Merz Canada, Air Travel and Accommodations arranged directly by entities above |
| Rebecca Lund MSc (OT), OT Reg. (Ont.) | Manager, Stroke, Heart and Stroke Foundation of Canada | Toronto, ON | None to declare |
| Chelsy Martin PT, MScPT | Project Lead, Stroke Best Practices, Heart and Stroke Foundation of Canada | Ottawa, ON | None to declare |
| Alison M. McDonald, BScPT | Physiotherapist, Acquired Brain Injury Program, Nova Scotia Rehabilitation and Arthritis Centre Adjunct Professor (Clinical) Dalhousie University, School of Physiotherapy | Halifax, NS | None to declare |
| Amanda McIntyre, PhD, RN | Registered Nurse, Emergency Medicine, London Health Sciences Centre Assistant Professor, Arthur Labatt Family School of Nursing, Western University | London, ON | None to declare |
| Sarvenaz Mehrabi MD, MSc | Lawson Research Institute, St. Joseph's Health care London, Department of Physical Medicine and Rehabilitation | London, ON | All support for the present manuscript - helped in providing data through 1) Database systematic searches & review, 2) updating evidence-based tables - paid by my employer, funded by St. Joseph healthcare London and Heart & Stroke foundation of Canada. |

| | | | |
|---|--|------------------|---|
| Anita Mountain, MD, FRCPC | Medical Lead, Acquired Brain Injury Program, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre Assistant Professor Division of Physical Medicine & Rehabilitation, Department of Medicine, Dalhousie University | Halifax, N.S | All support for the present manuscript, Heart and Stroke Foundation of Canada, no payments Grants or contracts from any entity - Qualified site investigator for research supported by Brain Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada, Canadian Partnership for Stroke Recovery/CIHR/Governors of the University of Calgary. No payments to self. Support for research coordinator and research activities related to research grants from primary organization Leadership or fiduciary role as Rehabilitation co-chair for Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee, no payments. |
| Colleen O'Connell, MD, FRCPC | Medical and Research Director, Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, Horizon Health Network Professor, Dalhousie University Faculty of Medicine, Dalhousie Medicine New Brunswick Clinical Research Director, Institute for Biomedical Engineering University of New Brunswick | Fredericton, N.B | Payments for lectures provided from MT Pharma Leadership or fiduciary role as Chair of Canadian Psychiatry Research and Development Foundation, volunteer role |
| Colleen O'Connor, PhD, RD | Associate Professor and Undergraduate Program Chair, Brescia School of Food and Nutritional Sciences, Western University | London, ON | None to declare |
| Kara K. Patterson, PT, PhD | Senior Scientist, The KITE Research Institute, University Health Network Associate Professor University of Toronto, Department of Physical Therapy | Toronto, ON | Grants or contracts from Canadian Institutes of Health Research project grant; Heart and Stroke Grant in Aid; Rehabilitation Science Research Network for COVID catalyst grant, payments made to KITE Research Institute Support for attending meetings and/or travel, Heart and Stroke - Grant in Aid |

| | | | |
|--|---|--------------------|--|
| | | | reviews, Stroke Cog Canadian Stroke Congress, travel expense reimbursement |
| | | | Leadership or fiduciary role as board member of the International Society for Posture and Gait Research |
| Tricia Shoniker, OT Reg. (Ont.), BSc OT, MOT | Occupational Therapist, Stroke, Neurological Program Parkwood Institute Professor, Fanshawe College, School of Health Sciences | London, ON | None to declare |
| Debbie Timpson, BSc(PT), MD, FRCPC | Physiatrist, Chief of Rehabilitation, Pembroke Regional Hospital | Pembroke, ON | Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory board with Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee |
| Theodore Wein, MD, FRCPC, FAHA | Assistant Professor of Neurology and Neurosurgery, McGill University | Montreal, QC | Research grant, consulting fees, honoraria, honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events, support for attending meetings and/or travel, plane ticket provided from Abbvie, Ipsen Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board, Pharmazzz, Syneos, Artivion, payment to self |
| Janice Wright, MS, ACNP(c), RN-EC | Nurse Practitioner, Rehabilitation and Restorative Medicine, Hotel Dieu Shaver | St. Catharines, ON | None to declare |
| Brenda Yeates, MSW, RSW | Social Worker, Stroke Early Supported Discharge Team, Queen Elizabeth II Health Centre Ambulatory Care Centre | Grand Prairie, AB | Support for attending meetings and/or travel from Alberta Health Services, paid my wage to attend Writing Group Zoom Meetings as they took place during work time |
| Jeanne Yiu, OTR, BSc (OT), MSc (Rehab Sciences) | Regional Clinical Resource Educator, Occupational Therapy, Vancouver Coastal Health. | Vancouver, BC | Support for attending meetings and/or travel from Vancouver Coastal Health, attended meetings during work hours |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Clinical Associate Professor, Department of Occupational Science & Occupational Therapy, Faculty of Medicine, University of British Columbia | | |
|--|--|--|--|

PREMIÈRE PARTIE : PLANIFICATION DE LA RÉADAPTATION POST-AVC POUR LA PRESTATION DE SOINS OPTIMAUX

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|--|---|---------------|---|
| Michelle LA Nelson, PhD Section Co-Lead | Principal Investigator, Science of Care Institute, Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute, Sinai Health | Toronto, ON | All support for the present manuscript - March of Dimes Canada, World Stroke Organization, American Stroke Association, International Foundation of Integrated Care, small honoraria provided for talk at IFIC conference |
| | Associate Professor, University of Toronto, Institute of Health Policy, Management and Evaluation | | Grant funding paid from CIHR, Walton's Trust, AMS, paid to Sinai Health |
| | Section Lead | | Payment or honoraria for speaking at IFIC (International Foundation of Integrated Care) educational event |
| Jing Shi, MD, FRCPC Section Co-Lead | Director Stroke Rehabilitation, Saskatoon City Hospital | Saskatoon, SK | Participation on the International Journal of Integrated Care Editorial Board |
| | Assistant Professor, University of Saskatchewan, Department of Physical Medicine and Rehabilitation | | Leadership or fiduciary role at World Stroke Organization, American Stroke Association, International Foundation for Integrated Care |
| | Section Lead | | Grants or contracts from the Saskatchewan Health Research Foundation, all funds directed to research activity costs |
| | | | Leadership or fiduciary role with the Saskatchewan Stroke Expert Panel Advisory Board and as |
| | | | |

| | | | |
|---|--|------------------|---|
| | | | medical director of stroke rehabilitation at Saskatoon City Hospital, as part of the academic clinical alternative payment (ACFP) physician contract |
| Nancy M. Salbach, PT, PhD Module Co-Chair | Professor, University of Toronto, Department of Physical Therapy The KITE Research Institute, Toronto Rehabilitation Institute- University Health Network Writing Group Co-Chair | Toronto, ON | All support for the present manuscript - Toronto Rehabilitation Institute Chair at the University of Toronto, payment to institution Grant or contracts with Canadian Institutes of Health Research, payment to institution Honorarium for a lecture with Canadian Institutes for Health Research, honorarium paid to self from research team |
| Jennifer K. Yao, MD, FRCPC Module Co-Chair | Medical Manager Acquired Brain Injury Program, G.F. Strong Rehab Centre, Vancouver Coastal Health Clinical Associate Professor, University of British Columbia Division Head, Division of Physical Medicine and Rehabilitation Writing Group Co-Chair | Vancouver, BC | Support for attending meetings and/or travel from Heart and Stroke Foundation of Canada - reimbursement to self for conference travel Leadership or fiduciary role with Canadian Stroke Best Practice Review Advisory Committee member |
| Louis-Pierre Auger, OT, PhD | Postdoctoral Fellow, Institute of Health Sciences Education, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University School of Physical and Occupational Therapy, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of the Greater Montreal | Montreal, QC | All support for the present manuscript - Fonds de recherche du Québec, Santé, Doctoral scholarship and postdoctoral fellowship Grants or contracts from Fonds de recherche du Québec - Santé for postdoctoral fellowship |
| Jenna Beaumont, RSLP, MRSc. | Lead, Clinical Initiatives, Stroke Services BC, PHSA | Nelson, BC | Support for attending meetings and/or travel, by workplace to attend meetings - Stroke Services BC (Provincial Government) |

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------------|--|
| Dylan Blacquiere, MD MSc | Medical Director, Champlain Regional Stroke Network Assistant Professor, University of Ottawa, Department of Medicine, Division of Neurology | Ottawa, ON | Payment or honoraria from Healthing (honorarium), Heart and Stroke Foundation of New Brunswick (Lecture honorarium), payment to self Payment for expert testimony from Burchells LLP, payment to self Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory board with Abbevie – advisory board payment to self Leadership or fiduciary role with Heart and Stroke Foundation of Canada Stroke Best Practice Guidelines; Canadian Stroke Consortium – unpaid advisory/executive board |
| Rebecca Bowes, HBA | Stroke Navigator, West GTA Stroke Network, Trillium Health Partners | Toronto, ON | Support for attending meetings and/or travel from Trillium Health Partners, West GTA Stroke Network, paid by employer; participation paid as part of work role/duties Other financial or non-financial interests - Trillium Health Partners, West GTA Stroke Network, I was supported to participate as part of my regular salaried duties |
| Imane Samah Chibane, MD | Neurologist, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal and Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM) Assistant Professor Université de Montréal, Department of Neurosciences | Montréal, QC | Consulting fees from Merz, consultant as a moderator for an educational program |
| Sarah J. Courtice MD, FRCPC | Medical Manager ABI/Stroke and Transitional Rehabilitation Programs, GF Strong Rehabilitation Centre, Vancouver Coastal Health | Vancouver, BC | Leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group, paid or unpaid - Medical manager for the ABI |

| | | | |
|---|--|---------------|---|
| | Clinical Instructor, University of British Columbia, Division of Physical Medicine and Rehabilitation | | and TRU programs at GF Strong Rehabilitation Centre - Physician leadership within health authority |
| Rhina Delgado, BSc.OT | Stroke Service Coordinator, Stroke Program Edmonton Zone, Alberta Health Services | Edmonton, AB | None to declare |
| Melanie Dunlop, NP, BScN, MN, BA | Acquired Brain Injury Nurse Practitioner, Nova Scotia Rehabilitation & Arthritis Center | Halifax, NS | Support for attending meetings and/or travel - funding from NS Health to attend and present at ICN APN conference; not related to stroke practice |
| Norine Foley, MSc | Partner, workHORSE Consulting Group | London, ON | None to declare |
| Kimia Ghavami, MD FRCPC FCSCE | Neurologist, Vancouver Stroke Program, Vancouver General Hospital Clinical Assistant Professor, University of British Columbia, Division of Neurology | Vancouver, BC | Payment or honoraria for lectures provided to students and residents as part of teaching commitment with the University of British Columbia Leadership or fiduciary role with Stroke Services BC, Acute Medical Chair |
| Teresa Guolla, OT Reg.(Ont.), MHA., BSc.OT | National Lead, Program Development and Clinical Integration, Vision Loss Rehabilitation Canada, Inc. | Ottawa, ON | Consulting fees from the Canadian National Institute for the blind for consulting on visual accessibility of the environment, payments directly to self. Payment or honoraria from the Ontario stroke network (SE, NW, SW), Montfort Hospital, Ontario Society for Occupational Therapists, The Ottawa Hospital, Sunnybrook Hospital, Ottawa Home and Community Support, Queen's University Occupational Therapy Program, Ontario Regional Rehabilitation Coordinators, Sudbury General Hospital, small honoraria were paid either to my institution |

| | | | |
|--|--|-------------------|--|
| | | | (Vision Loss Rehabilitation Canada) or to self. Leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group, with the Academy for Certification of Vision Rehabilitation Specialists (ACVREP) committee on certification standards for occupational therapists - unpaid |
| Deborah Kean OT(R)NL | Clinical Occupational Therapist II, Primary Health Care, NL Health Services | St. John's NL | None to declare |
| Patrice Lindsay RN, PhD | Previous Lead PWLE Engagement Strategy and Stroke, Heart and Stroke Foundation of Canada; Principal, MarcLind Health Systems and Engagement Consulting | Toronto, ON | Consulting fees from Canadian Neurological Sciences Federation, payment to self Payment or honoraria from CHEP PLUS, honorarium payment to self Leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group with Canadian Institutes of Health Research – ICRH IAB, unpaid |
| Rebecca Lund MSc (OT), OT Reg. (Ont.) | Manager, Stroke, Heart and Stroke Foundation of Canada | Toronto, ON | None to declare |
| Sandra MacFayden, P.T. | PT, Provincial Ambulatory Stroke Clinic, Queen Elizabeth Hospital | Charlottetown, PE | None to declare |
| Chelsy Martin PT, MScPT | Project Lead, Stroke Best Practices, Heart and Stroke Foundation of Canada | Ottawa, ON | None to declare |
| Jasmine Masse, BSW, RSW | Social Worker, Community Stroke Care Service | Winnipeg, MB | Support for attending meetings and/or travel from Winnipeg Regional Health Authority, have been supported by my workplace but only through payment of regular wage during scheduled work hours when attending meetings for SBPR |

| | | | |
|--------------------------------------|--|------------------|---|
| Anita Mountain, MD, FRCPC | Medical Lead, Acquired Brain Injury Program, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre Assistant Professor Division of Physical Medicine & Rehabilitation, Department of Medicine, Dalhousie University; | Hallifax, NS | All support for the present manuscript, Heart and Stroke Foundation of Canada, no payments Grants or contracts from any entity - Qualified site investigator for research supported by Brain Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada, Canadian Partnership for Stroke Recovery/CIHR/Governors of the University of Calgary. No payments to self. Support for research coordinator and research activities related to research grants from primary organization Leadership or fiduciary role as Rehabilitation co-chair for Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee, no payments. |
| Colleen O'Connell, MD, FRCPC | Medical and Research Director, Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, Horizon Health Network Professor, Dalhousie University Faculty of Medicine, Dalhousie Medicine New Brunswick Clinical Research Director, Institute for Biomedical Engineering University of New Brunswick | Fredericton, N.B | Payments for lectures provided from MT Pharma Leadership or fiduciary role as Chair of Canadian Psychiatry Research and Development Foundation, volunteer role |
| Phyllis G. Paterson, PhD | Professor Emerita, University of Saskatchewan, College of Pharmacy and Nutrition | Saskatoon, SK | Grant or contracts from CIHR; Saskatchewan Flax Development Commission – payments made to institution |
| Benjamin R. Ritsma, MD, FRCPC | Clinical Director – Rehabilitation, Providence Care Hospital Assistant Professor | Kingston, ON | Grants or contracts from SEAMO (Southeastern Ontario Academic Medical Organization) Endowed Scholarship and Education Fund; University Hospitals Kingston Foundation |

| | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| | Queen's University, Department of Physical Medicine and Rehabilitation | (UHKF); Brain Canada - Platform Support Grants (PSG); Heart & Stroke – Grant-in-Aid (GIA) Program Grant; Canada Research Coordinating Committee (CRCC) – New Frontiers in Research Fund (NFRF) - Exploration Grants. All funds directly to research activity costs. | |
| Elyse Shumway, SLP, M.A. | Director, Clinical and Education Services, Aphasia Institute Adjunct Lecturer (Status Only), University of Toronto, Department of Rehabilitation Science | Toronto, ON | Leadership or fiduciary role with Stroke Rehabilitation Advisory Committee (Co-Chair) – Ontario Health - CorHealth; Stroke Network of Southeastern Ontario (Member) – Regional Stroke Steering Committee (RSSC); Community Stroke Rehabilitation (CSR) Initiative - Expert Panel – Ontario Health - CorHealth Ontario; Community Stroke Rehabilitation (CSR) Initiative - Executive Committee – Ontario Health - CorHealth Ontario; Stroke Leadership Council – Ontario Health - CorHealth Ontario. All unpaid. |
| Ada Tang, PT PhD | Professor and Assistant Dean (Rehabilitation Science) McMaster University, School of Rehabilitation Science | Hamilton, ON | None to declare Grants or contracts from Canadian Institutes of Health Research, Heart & Stroke, Physiotherapy Foundation of Canada. Paid to institution. Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Canadian Society for Exercise Physiology, Canadian Physiotherapy Association Neurosciences Division. Paid to self. |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| | | | Support for attending meetings and/or travel for Work Congress for Neurorehabilitation, paid to self. Participation on a Data Safety Monitoring or Advisory board with CanStim |
| Alda Tee, MHS., BSC.PT reg. PT | Regional Rehabilitation Coordinator, Central East Stroke Network Royal Victoria Regional Health Centre | Barrie, ON | None to declare |
| Debbie Timpson, BSc(PT), MD, FRCPC | Physiatrist, Chief of Rehabilitation, Pembroke Regional Hospital | Pembroke, ON | Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory board with Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee |
| Clinton Yin Hang Tsang, MPH, MSc, RSLP | Regional Practice Initiatives Lead, Professional Practice Allied Health, Vancouver Coastal Health Clinical Assistant Professor, School of Audiology and Speech Sciences, University of British Columbia | Vancouver, BC | None to declare |
| Stacey Turnbull, RN CRN | Nurse Coordinator, Provincial Ambulatory Stroke Rehabilitation Services PEI | Charlottetown, PEI | None to declare |
| Katie White, B.Sc.PT, M.Sc | Director, Health Systems, Heart and Stroke Foundation of Canada Previous: Lead, Provincial Clinical Initiatives and Innovation, Stroke Services BC, Provincial Health Services Authority | Vancouver, BC | None to declare |

SOUS-GROUPE DE RÉDACTION COMPOSÉ DE SPÉcialistes EN RÉADAPTATION COGNITIVE

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|-----------------------------------|---|-------------|--|
| Richard H. Swartz, MD Ph.D. FRCPC | Stroke Neurologist; Medical Director Northeast GTA Regional Stroke Program; | Toronto, ON | Grants or contracts from OBI, CIHR, NIH, payments made to institutions |

| | | | |
|---|---|-------------|--|
| | Director, Institute of Health Sciences, University of Toronto Associate Professor, University of Toronto | | Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board with Roche Advisory Board 2023, payments made to self Stock with Follow MD Inc. |
| Eric E. Smith, MD, MPH | Professor of Neurology, University of Calgary Department of Clinical Neurosciences | Calgary, AB | No conflicts to declare |
| Gail A. Eskes, Ph.D., R. Psych. | Professor, Dalhousie University, Departments of Psychiatry and Psychology & Neuroscience | Halifax, NS | Grant from Nova Scotia Health (NSH), CIHR, Innovacorp - NSH, Innovacorp operating grants paid to university; CIHR - training grant Honoria for lectures and thesis review from LaTrobe University, Parkinson Canada, Mt. Allison University Support for attending meetings and/or travel from CanStim, Canadian Platform for Research in Non-Invasive Brain Stimulation, reimbursement for travel and attending meeting Patents planned, issued or pending - UK Patent application with the University of Birmingham/Dalhousie for cognitive enhancement technology |
| Aravind Ganesh, MD, DPhil, FRCPC | Vascular and Cognitive Neurologist, Department of Clinical Neurosciences Faculty of Medicine, University of Calgary Assistant Professor, University of Calgary, Cumming School of Medicine, Department of Clinical Neurosciences | Calgary, AB | Grants or contracts from Canadian Institutes of Health Research, Alberta Innovates, Campus Alberta Neuroscience, Government of Canada – INOVAIT Program, Government of Canada –New Frontiers in Research Fund, Microvention, Alzheimer Society of Canada, Alzheimer Society of Alberta and Northwest Territories, Heart and Stroke |

| | | | |
|-----------------------------------|--|----------------|---|
| | | | Foundation of Canada, Panmure House, Brain Canada, MSI Foundation, France-Canada Research Fund, payments made to institution |
| | | | Consulting fees from Servier Canada, paid to self |
| | | | Payment for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Alexion, Biogen, payments to self |
| | | | Patents planned, issued or pending for US17/317,771, System for patient monitoring and cuff-based therapies |
| | | | Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board with Eisai, payment made to self |
| | | | Stock options with SnapDx Inc, Collavidence Inc (Let's Get Proof) |
| R Stewart Longman, PhD | Neuropsychologist, Alberta Health Services, Foothills Medical Centre | Calgary, AB | None to declare |

SOUS-GROUPE DE RÉDACTION COMPOSÉ DE SPÉcialistes DE L'HUMEUR ET DE LA DÉPRESSION

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|---|--|------------------|--|
| Treema Blake, Ph.D., RPsych | Psychologist, GF Strong Rehabilitation Centre | Vancouver, BC | None to declare |
| Sabrina Celarie, MN, RN | Nurse Clinician, Carewest Dr. Vernon Fanning Neuro Rehabilitation | Calgary, AB | None to declare |
| Geneviève Claveau, MD, FRCPC | Staff Physiatrist, Stroke and Non-Traumatic Brain Injury Program, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal | Montreal, QC | Receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services From Abbvie, Merz, Ipsen that included |

| | | | |
|---|--|-------------------|---|
| | Associate Clinical Professor Université de Montréal, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, | | free lunches, educational material (handbooks) and participation in local conferences/educational sessions organized by them |
| Lee-Anne Greer, Ph.D, C. Psych. | Psychologist, Queen Elizabeth Hospital and PEI Organized Stroke Care Program | Charlottetown, PE | None to declare |
| Jasmine Masse, BSW, RSW | Social Worker, Community Stroke Care Service | Winnipeg, MB | Support for attending meetings and/or travel from Winnipeg Regional Health Authority, have been supported by my workplace but only through payment of regular wage during scheduled work hours when attending meetings for SBPR |
| Ronak Patel, PhD, C. Psych., ABPP-CN | Clinical Neuropsychologist and Assistant Professor, University of Manitoba, Max Rady College of Medicine, Rady Faculty of Health Sciences, | Winnipeg, MB | None to declare |
| Gayla Tennen, MD, FRCPC | Staff Psychiatrist, Post-Stroke Psychiatry Clinic, Sunnybrook Health Sciences Centre. Assistant Professor, University of Toronto, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry | Toronto, ON | Grant or contracts from Alzheimer's Drug Discovery Foundation, Weston Foundation, supportive investigator for agitation in dementia trials |
| Manav Vyas, MBBS MSc PhD | Neurologist, Clinician Scientist, St. Michael's Hospital-Unity Health Toronto. Assistant Professor, University of Toronto, Faculty of Medicine, Division of Neurology | Toronto, ON | Grant from Heart and Stroke Foundation of Canada and Canadian Institutes of Health Research |

ANNEXE II : RESPONSABLES DE L'EXAMEN EXTERNE DE LA PARTIE SUR L'OPTIMISATION DE L'ACTIVITÉ ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE APRÈS UN AVC, 2025

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|--|---|------------------|---|
| Zainab Al Lawati MD, MedEd, FRCPC, FAAPMR | Spasticity Director, Assistant Professor, University of Miami, Department of PM&R | USA | None to declare |
| Paula Barker MD, FRCPC | Clinical Assistant Professor, Memorial University | Corner Brook, NL | None to declare |
| Joyce L Chen BSc PT, PhD | Associate Professor, University of Toronto, Faculty of Kinesiology and Physical Education | Toronto, ON | None to declare |
| Jill Congram, RN, BN | Nurse Clinician, Tertiary Neuro Rehabilitation | Calgary, AB | None to declare |
| Kenneth Curtis OT(R)NL | OT Clinical Lead, NLHS-LG Zone | Lab City, NL | None to declare |
| Céline Ducroux MD, MSc | Stroke Physician Assistant Professor, University of Ottawa, Department of Medicine | Ottawa, ON | Currently participating, or have participated within the past two years, in a clinical trial as Co-investigator on Clinical Trial for Escape Mevo, EASI toc |
| Hillel M. Finestone MDCM, FRCPC | Physiatrist, Director of Stroke Rehabilitation Research, Bruyere Continuing Care, Elisabeth Bruyere Hospital Professor, University of Ottawa, Department of Medicine, Division of Physical Medicine and Rehabilitation | Ottawa, ON | None to declare |

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|---|--|---------------|---|
| Margaret Grant MScOT(c), BScOT | Senior Consultant, Alberta Health Services | Calgary, AB | All support for the work reported in the manuscript – Alberta Health Services, employee Support for attending meetings and/or travel, congress fee for Canadian Stroke Congress in Calgary was covered through Canadian Stroke Congress, Congress EyeSee After Stroke Pre-Conference Workshop Planning Committee |
| Mary E. Halpine MD, FRCPC | Head of Neurorehabilitation program, Moncton City Hospital Associate Professor, Dalhousie University, Faculty of Medicine | Halifax, NS | None to declare |
| Anne Harris, MScPT | Physiotherapist, Acquired Brain Injury Unit, GF Strong Rehab Centre Vancouver Coastal Health | Vancouver, BC | Received/will be receiving a grant or honorarium CIHR Project Grant (2020-2024), co-applicant Currently participating, or have participated within the past two years in a clinical trial - University of British Columbia, clinical therapist |
| Sylvie Houde, MD, FRCP | Physiatre, neurologue, gestionnaire médical du programme AVC et autres lésions neurologiques acquises non-traumatiques Professeur adjointe de Clinique, Université de Montréal, département de médecine de réadaptation | Montréal QC | None to declare |
| Dorothy Kessler PhD, | Associate Professor, Queen's University, School of Rehabilitation Therapy | Kingston, ON | Received/will be receiving a grant or honorarium from Queen's University and |

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|---|---|-------------|---|
| O.T. Reg. (Ont.) | | | Providence Care for Scientist in Rehabilitation fellowship |
| Jaylyn Leighton, PhD | Postdoctoral Fellow, Lunendeld-Tanenbaum Research Institute, Sinai Health | Toronto, ON | None to declare |
| Swati Mehta, PhD | Assistant Professor, Scientist, Western University, Schulich School of Medicine and Dentistry, Lawson Research Institute | London, ON | None to declare |
| Stuart Miller BScPT | Physiotherapist, Community Accessible Rehabilitation, Alberta Health Services | Calgary, AB | All support for the work reported in the manuscript – AHS, employee of Alberta Health Services Involved in other investment(s) or relationship(s) that could be seen by a reasonable, well-informed participant as having the potential to influence the content of the educational activity - participated in developing National FES Toolkit however I declined any honorarium or funding for this |
| Jennifer Milliken RD, HBSc | Clinical Neurological Sciences, Registered Dietitian, London Health Sciences Centre | London, ON | None to declare |
| Luciana de Oliveira Neves, MD, MSc | Former Head of Neurology and Head of Palliative Care, Hospital São Carlos University of Fortaleza, Department of Public Health | Brazil | All support for the work reported in the manuscript – UNIFOR, I am doing a postgraduate degree (doctorate) |

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|---|---|---------------|--|
| | | | |
| Asha Shelton, Speech-Language Pathologist Reg. CASLPO | S-LP, North & East GTA Stroke Network, Regional Stroke Best Practice Team, Sunnybrook Health Science Centre Adjunct Lecturer, University of Toronto, Department of Speech-Language Pathology | Toronto, ON | None to declare |
| Shamala Thilarajah, PhD | Allied Health Research & Innovation Lead (Implementation Science), Snr Principal Physiotherapist Associate Professor, Singapore Institute of Technology | Singapore | None to declare |
| Ankur Wadhwa, MD, DM, FRCPC, Fellowship Canadian Stroke Consortium - scholar | Assistant Professor, University of Manitoba | Winnipeg, MB | None to declare |
| Marika Demers OT, PhD | Assistant Professor, Universite of Montreal, School of Rehabilitation | Montreal, QC | Currenting participating, or have participated within the past two years, in a clinical trial. Received funding for a research project I was a collaborator to from the National Institute of Health |
| Sarah J Donkers PT, PhD | Associate Professor, University of Saskatchewan, College of Medicine | Saskatoon, SK | None to declare |
| Ismalia De Sousa RN, PhD(c), MSc | PhD Candidate, University of British Columbia, School of Nursing | Vancouver, BC | Received a grant from Heart and Stroke Foundation of Canada/CIHR/Brain Canada |
| Kate Hayward PT, PhD, FACP | Associate Professor -Stroke Recovery and Rehabilitation, University of Melbourne, Departments of Physiotherapy and Medicine | Australia | Received/will be receiving a grant or an honorarium from National Health and Medical Research Council of Australia, Medical Research Future Fund of |

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|--|---|--------------|--|
| | | | Australia, Heart Foundation of Australia – researching funding Support for attending meeting and/or travel for World Congress of NeuroRehabilitation 2022 & 2024, World Stroke Congress 2023, European Stroke Congress 2024, International Stroke Conference 2025 – conference registration supported |
| Alyson Kwok BScPT, MSc | Physical Therapist and Healthcare Improvement Specialist, Glenrose Rehabilitation Hospital, Alberta Health Services Adjunct Professor, University of Alberta, Department of Physical Therapy | Edmonton, AB | None to declare |
| Alexander Lo MD, MSc, FRCPC | Medical Lead, Stroke Rehabilitation Program, Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network Associate Professor, University of Toronto, Department of Medicine | Toronto, ON | None to declare |
| Lauren M. Mai MD | Neurologist, Assistant Professor of Neurology, Western University | London, ON | All support for the work reported in the manuscript - Western University, Dept Clinical Neurological Sciences, Assistant Professor Received/will receiving grant support from Academic Medical Organization of Southwestern Ontario (AMOSO) Currently participating or have participated within the past two years in a clinical trial with AMOSO (Sponsor/Principal Investigator); Bayer (Site Principal Investigator OCEANIC-Stroke; Population Health Research Institute (Site Principal Investigator CoVasc-ICH Clinical Trials) |
| Susan Marzolini PhD, RKin | Scientist, Clinician at KITE Research Institute, Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network | Toronto, ON | All support for the work reported in the manuscript - KITE-University Health Network, employee |

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|---|---|-------------|--|
| | Assistant Professor, University of Toronto, Faculty of Kinesiology and Physical Education | | |
| Erin McHattie R.Kin, BSc.Kin | Stroke Distinction Lead, Accreditation Canada | Ottawa, ON | None to declare |
| Catherine Sackley MCSP, MSc, PhD, FCOT, FCSP | Professor, University of Nottingham, Faculty of Medicine & Health | UK | <p>Have/had an affiliation or relationship (financial or otherwise) with a for-profit or not-for-profit organization – paid employment</p> <p>All support for the work reported in the manuscript – University of Nottingham; National institute for health services research uk, grantholder</p> <p>Received/will be receiving a grant from The Stroke Association UK, grantholder; National Institute for Health Research UK, grant holder</p> <p>Received payment from an organization (including gifts, other consideration, or in-kind compensation) from European Union, expert Reviewer</p> |
| Lisa Sheehy PT, PhD | Investigator, Bruyère Health Research Institute | Ottawa, ON | None to declare |
| Hardeep Singh MScOT, PhD | Assistant Professor, University of Toronto | Toronto, ON | <p>Have/had an affiliation or relationship (financial or otherwise) with a for-profit or not-for-profit organization with Brain injury association of Peel and halton (biaph) and Heart and Stroke Foundation of Canada</p> <p>All support for the work reported in the manuscript - March of dimes, heart and stroke, biaph. Holds the March of Dimes early career professorship at the University of Toronto. Holds a grant in aid and new investigator award (deferred) from Heart & Stroke</p> <p>Received/will be receiving a grant or an honorarium from March of</p> |

| NAME | PROFESSIONAL ROLE | LOCATION | DECLARED CONFLICTS OF INTEREST |
|------------------------------------|---|------------|--|
| | | | <p>Dimes, current position at UofT is funded by March of Dimes</p> <p>Received in kind support for recruitment assistance for research studies from March of Dimes</p> <p>Currently participating, or have participated within the past two years, in a clinical trial with Sinai health as a coinvestigator on the DASH trial</p> |
| Ricardo Viana MD, FRCPC | <p>Medical Director, Stroke Rehabilitation, Parkwood Institute, St. Joseph's Healthcare</p> <p>Associate Professor, Western University, Schulich School of Medicine & Dentistry, Department of Physical Medicine & Rehabilitation</p> | London, ON | <p>Currently participating or have participated within the past two years as a Trial Physician of the Direction Trial comparing the efficacy of Dysport and Botox. Identify patients who may meet criteria, provide study injections and outcome measure assessments. I am not aware of the results, nor do I have a preference for any of the agents.</p> |

ANNEXE III : RÉFÉRENCES

1. Nelson MLA, Hanna E, Hall S, Calvert M. What makes stroke rehabilitation patients complex? Clinician perspectives and the role of discharge pressure. *J Comorb.* 2016;6:35-41.
2. Holodinsky JK, Lindsay P, Yu AYX, Ganesh A, Joudi RA, Hill MD. Estimating the number of hospital or emergency department presentations for stroke in Canada. *Can J Neurol Sci.* 2023;50:820-825.
3. Government of Canada. Canadian Chronic Disease Surveillance System (CCDSS). 2023. Government of Canada. Accessed March 3, 2025 Available at: <https://health-infobase.canada.ca/ccdss/data-tool/Index>
4. Kapral MK, Hall R, Fang J, Austin PC, Silver FL, Casaubon LK, et al. Predictors of hospitalization in patients with transient ischemic attack or minor ischemic stroke. *Can J Neurol Sci.* 2016;43:523-528.
5. Canadian Institutes of Health Research. Transitions in care: Overview. 2019. Accessed October 31, 2024 Available at: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/50972.html>
6. Li S, Francisco GE, Rymer WZ. A new definition of poststroke spasticity and the interference of spasticity with motor recovery from acute to chronic stages. *Neurorehabil Neural Repair.* 2021;35:601-610.
7. Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: A review. *Am J Psychiatry.* 2016;173:221-231.
8. Taylor WD, Steffens DC, MacFall JR, McQuoid DR, Payne ME, Provenzale JM, et al. White matter hyperintensity progression and late-life depression outcomes. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:1090-1096.
9. Chen L, Xiong S, Liu Y, Lin M, Wang J, Zhong R, et al. C-reactive protein can be an early predictor of poststroke apathy in acute ischemic stroke patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018;27:1861-1869.
10. Miller DS, Robert P, Ereshefsky L, Adler L, Bateman D, Cummings J, et al. Diagnostic criteria for apathy in neurocognitive disorders. *Alzheimers Dement.* 2021;17:1892-1904.
11. Marin RS. Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1991;3:243-254.
12. Steffens DC, Fahed M, Manning KJ, Wang L. The neurobiology of apathy in depression and neurocognitive impairment in older adults: A review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological research. *Transl Psychiatry.* 2022;12:525.
13. van Dalen JW, Moll van Charante EP, Nederkoorn PJ, van Gool WA, Richard E. Poststroke apathy. *Stroke.* 2013;44:851-860.
14. Lapchak PA. Neuronal dysregulation in stroke-associated pseudobulbar affect (pba): Diagnostic scales and current treatment options. *J Neurol Neurophysiol.* 2015;6
15. Buysse DJ. Sleep health: Can we define it? Does it matter? *Sleep.* 2014;37:9-17.

16. Acciaresi M, Bogousslavsky J, Paciaroni M. Post-stroke fatigue: Epidemiology, clinical characteristics and treatment. *Eur Neurol.* 2014;72:255-261.
17. Staub F, Bogousslavsky J. Fatigue after stroke: A major but neglected issue. *Cerebrovasc Dis.* 2001;12:75-81.
18. Annoni JM, Staub F, Bogousslavsky J, Brioschi A. Frequency, characterisation and therapies of fatigue after stroke. *Neurol Sci.* 2008;29 Suppl 2:S244-246.
19. Lerdal A, Bakken LN, Kouwenhoven SE, Pedersen G, Kirkevold M, Finset A, et al. Poststroke fatigue-a review. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38:928-949.
20. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. 2001. WHO,. Accessed June 12, 2024 Available at:<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9241545429-eng.pdf>
21. Canadian Stroke Best Practices. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Overview of methodology 7th edition 2019-2023. The Heart & Stroke Foundation of Canada. Accessed March 3, 2025 Available at:<https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/overview-methods-and-knowledge-translation>
22. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Agree ii: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J.* 2010;182:E839-842.
23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. Grade guidelines: 1. Introduction-grade evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011;64:383-394.
24. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. Grade: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336:924-926.
25. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ.* 2008;336:995-998.
26. Schünemann H BJ, Guyatt G, Oxman A, editors. Grade handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. 2013. The GRADE Working Group. Accessed March 3, 2025 Available at: <https://guidelinedevelopment.org/handbook>.
27. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *Can J Psychiatry.* 2024;69:641-687.
28. Jørgensen TS, Wium-Andersen IK, Wium-Andersen MK, Jørgensen MB, Prescott E, Maartensson S, et al. Incidence of depression after stroke, and associated risk factors and mortality outcomes, in a large cohort of danish patients. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:1032-1040.

29. Horne KS, Gibson EC, Byrne J, Bender JR, Robinson GA. Post-stroke apathy: A case series investigation of neuropsychological and lesion characteristics. *Neuropsychologia*. 2022;171:108244.
30. Nelsone L, Rafsten L, Abzhandadze T, Sunnerhagen KS. A cohort study on anxiety and perceived recovery 3 and 12 months after mild to moderate stroke. *Front Neurol*. 2023;14:1273864.
31. Hackett ML, Pickles K. Part i: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9:1017-1025.
32. Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, Wolfe CD, Rudd AG. The natural history of depression up to 15 years after stroke: The south london stroke register. *Stroke*. 2013;44:1105-1110.
33. Salinas J, Ray RM, Nassir R, Lakshminarayan K, Dording C, Smoller J, et al. Factors associated with new-onset depression following ischemic stroke: The women's health initiative. *J Am Heart Assoc*. 2017;6:e003828.
34. Guiraud V, Gallarda T, Calvet D, Turc G, Oppenheim C, Rouillon F, et al. Depression predictors within six months of ischemic stroke: The depress study. *Int J Stroke*. 2016;11:519-525.
35. Shi Y, Yang D, Zeng Y, Wu W. Risk factors for post-stroke depression: A meta-analysis. *Front Aging Neurosci*. 2017;9:218.
36. Swartz RH, Cayley ML, Lanctôt KL, Murray BJ, Cohen A, Thorpe KE, et al. The "doc" screen: Feasible and valid screening for depression, obstructive sleep apnea (osa) and cognitive impairment in stroke prevention clinics. *PLoS One*. 2017;12:e0174451.
37. Karamchandani RR, Vahidy F, Bajgur S, Vu KY, Choi HA, Hamilton RK, et al. Early depression screening is feasible in hospitalized stroke patients. *PLoS One*. 2015;10:e0128246.
38. Meader N, Moe-Byrne T, Llewellyn A, Mitchell AJ. Screening for poststroke major depression: A meta-analysis of diagnostic validity studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85:198-206.
39. Prisnie JC, Fiest KM, Coutts SB, Patten SB, Atta CA, Blaikie L, et al. Validating screening tools for depression in stroke and transient ischemic attack patients. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51:262-277.
40. Allida SM, Hsieh CF, Cox KL, Patel K, Rouncefield-Swales A, Lightbody CE, et al. Pharmacological, non-invasive brain stimulation and psychological interventions, and their combination, for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;7:Cd003437.
41. Xu XM, Zou DZ, Shen LY, Liu Y, Zhou XY, Pu JC, et al. Efficacy and feasibility of antidepressant treatment in patients with post-stroke depression. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e5349.
42. Allida S, Cox KL, Hsieh CF, House A, Hackett ML. Pharmacological, psychological and non-invasive brain stimulation interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5:Cd003689.
43. Yi ZM, Liu F, Zhai SD. Fluoxetine for the prophylaxis of poststroke depression in patients with stroke: A meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2010;64:1310-1317.

44. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Solodkin A, Small SL, et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299:2391-2400.
45. Mikami K, Jorge RE, Moser DJ, Arndt S, Jang M, Solodkin A, et al. Increased frequency of first-episode poststroke depression after discontinuation of escitalopram. *Stroke*. 2011;42:3281-3283.
46. Robinson RG, Jorge RE, Long J. Prevention of poststroke mortality using problem-solving therapy or escitalopram. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25:512-519.
47. Knapp P, Dunn-Roberts A, Sahib N, Cook L, Astin F, Kontou E, et al. Frequency of anxiety after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2020;15:244-255.
48. Knapp P, Campbell Burton CA, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, et al. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5:Cd008860.
49. Chun HY, Newman R, Whiteley WN, Dennis M, Mead GE, Carson AJ. A systematic review of anxiety interventions in stroke and acquired brain injury: Efficacy and trial design. *J Psychosom Res*. 2018;104:65-75.
50. Caeiro L, Ferro JM, Costa J. Apathy secondary to stroke: A systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc Dis*. 2013;35:23-39.
51. Tan S, Lin X, Liu Z, Wu Y, Xie B, Wang T. Non-pharmacological intervention effects on apathy caused by central nervous system organic diseases: A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101:e30467.
52. Allida S, House A, Hackett ML. Pharmaceutical interventions for emotionalism after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;11:Cd003690.
53. Lee EJ, Kim JS, Chang DI, Park JH, Ahn SH, Cha JK, et al. Depressive symptoms in stroke patients: Are there sex differences? *Cerebrovasc Dis*. 2020;49:19-25.
54. Brown DL, Jiang X, Li C, Case E, Sozener CB, Chervin RD, et al. Sleep apnea screening is uncommon after stroke. *Sleep Med*. 2019;59:90-93.
55. Zhan J, Zhang P, Wen H, Wang Y, Yan X, Zhan L, et al. Global prevalence estimates of poststroke fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*. 2023;18:1040-1050.
56. Cumming TB, Packer M, Kramer SF, English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*. 2016;11:968-977.
57. Snaphaan L, van der Werf S, de Leeuw FE. Time course and risk factors of post-stroke fatigue: A prospective cohort study. *Eur J Neurol*. 2011;18:611-617.
58. Duncan F, Wu S, Mead GE. Frequency and natural history of fatigue after stroke: A systematic review of longitudinal studies. *J Psychosom Res*. 2012;73:18-27.

59. Wu S, Kutlubaev MA, Chun HY, Cowey E, Pollock A, Macleod MR, et al. Interventions for post-stroke fatigue. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015:Cd007030.
60. Bivard A, Lillicrap T, Krishnamurthy V, Holliday E, Attia J, Pagram H, et al. Midas (modafinil in debilitating fatigue after stroke): A randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Stroke.* 2017;48:1293-1298.
61. Poulsen MB, Damgaard B, Zerah B, Overgaard K, Rasmussen RS. Modafinil May alleviate poststroke fatigue: A randomized, placebo-controlled, double-blinded trial. *Stroke.* 2015;46:3470-3477.
62. Choi-Kwon S, Choi J, Kwon SU, Kang DW, Kim JS. Fluoxetine is not effective in the treatment of post-stroke fatigue: A double-blind, placebo-controlled study. *Cerebrovasc Dis.* 2007;23:103-108.
63. Nguyen S, Wong D, McKay A, Rajaratnam SMW, Spitz G, Williams G, et al. Cognitive behavioural therapy for post-stroke fatigue and sleep disturbance: A pilot randomised controlled trial with blind assessment. *Neuropsychol Rehabil.* 2019;29:723-738.
64. Zedlitz AM, Rietveld TC, Geurts AC, Fasotti L. Cognitive and graded activity training can alleviate persistent fatigue after stroke: A randomized, controlled trial. *Stroke.* 2012;43:1046-1051.
65. Johansson B, Bjuhr H, Rönnbäck L. Mindfulness-based stress reduction (mbsr) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2012;26:1621-1628.
66. Seiler A, Camilo M, Korostovtseva L, Haynes AG, Brill AK, Horvath T, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing after stroke and TIA: A meta-analysis. *Neurology.* 2019;92:e648-e654.
67. Swartz RH, Longman RS, Lindsay MP, Lund R, Ganesh A, Eskes GA, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024. *Alzheimers Dement.* 2025;21:e14324.
68. Sexton E, McLoughlin A, Williams DJ, Merriman NA, Donnelly N, Rohde D, et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of cognitive impairment no dementia in the first year post-stroke. *Eur Stroke J.* 2019;4:160-171.
69. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92:519-530.
70. O'Donoghue M, Leahy S, Boland P, Galvin R, McManus J, Hayes S. Rehabilitation of cognitive deficits poststroke: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke.* 2022;53:1700-1710.
71. Rogers JM, Foord R, Stolwyk RJ, Wong D, Wilson PH. General and domain-specific effectiveness of cognitive remediation after stroke: Systematic literature review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2018;28:285-309.

72. Rozental-Iluz C, Zeilig G, Weingarden H, Rand D. Improving executive function deficits by playing interactive video-games: Secondary analysis of a randomized controlled trial for individuals with chronic stroke. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52:508-515.
73. Chung CS, Pollock A, Campbell T, Durward BR, Hagen S. Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013:Cd008391.
74. Poulin V, Korner-Bitensky N, Dawson DR, Bherer L. Efficacy of executive function interventions after stroke: A systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2012;19:158-171.
75. Loetscher T, Potter KJ, Wong D, das Nair R. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019
76. das Nair R, Cogger H, Worthington E, Lincoln NB. Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:Cd002293.
77. Aben L, Heijnenbrok-Kal MH, van Loon EM, Groet E, Ponds RW, Busschbach JJ, et al. Training memory self-efficacy in the chronic stage after stroke: A randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair.* 2013;27:110-117.
78. Aben L, Heijnenbrok-Kal MH, Ponds RW, Busschbach JJ, Ribbers GM. Long-lasting effects of a new memory self-efficacy training for stroke patients: A randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair.* 2014;28:199-206.
79. Oberlin LE, Waiwood AM, Cumming TB, Marsland AL, Bernhardt J, Erickson KI. Effects of physical activity on poststroke cognitive function: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke.* 2017;48:3093-3100.
80. Cumming TB, Tyedim K, Churilov L, Morris ME, Bernhardt J. The effect of physical activity on cognitive function after stroke: A systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2012;24:557-567.
81. Zhang B, Li D, Liu Y, Wang J, Xiao Q. Virtual reality for limb motor function, balance, gait, cognition and daily function of stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021;77:3255-3273.
82. Mingming Y, Bolun Z, Zhijian L, Yingli W, Lanshu Z. Effectiveness of computer-based training on post-stroke cognitive rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rehabil.* 2022;32:481-497.
83. Nie P, Liu F, Lin S, Guo J, Chen X, Chen S, et al. The effects of computer-assisted cognitive rehabilitation on cognitive impairment after stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2022;31:1136-1148.
84. Exalto LG, Weaver NA, Kuijf HJ, Aben HP, Bae HJ, Best JG, et al. Sex differences in poststroke cognitive impairment: A multicenter study in 2343 patients with acute ischemic stroke. *Stroke.* 2023;54:2296-2303.

85. Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, Smith EE, Dowlatshahi D, Wein T, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 2020. *Can J Neurol Sci.* 2022;49:315-337.
86. Lim JH, Lee HS, Song CS. Home-based rehabilitation programs on postural balance, walking, and quality of life in patients with stroke: A single-blind, randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore).* 2021;100:e27154.
87. Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, McKay HA, Harris JE. A community-based fitness and mobility exercise program for older adults with chronic stroke: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:1667-1674.
88. Eng JJ, Chu KS, Kim CM, Dawson AS, Carswell A, Hepburn KE. A community-based group exercise program for persons with chronic stroke. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35:1271-1278.
89. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Johnson L, Kramer S, Carter DD, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3:Cd003316.
90. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: Home-based end of life care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011:Cd009231.
91. Malhotra C, Shafiq M, Batcagan-Abueg APM. What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open.* 2022;12:e060201.
92. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340:c1345.
93. Kirchhoff KT, Hammes BJ, Kehl KA, Briggs LA, Brown RL. Effect of a disease-specific advance care planning intervention on end-of-life care. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:946-950.
94. Yu S, Muhunthan J, Lindley R, Glazier N, Jan S, Anderson C, et al. Driving in stroke survivors aged 18-65 years: The psychosocial outcomes in stroke (poise) cohort study. *Int J Stroke.* 2016;11:799-806.
95. Barco PP, Wallendorf MJ, Snellgrove CA, Ott BR, Carr DB. Predicting road test performance in drivers with stroke. *Am J Occup Ther.* 2014;68:221-229.
96. Devos H, Akinwuntan AE, Nieuwboer A, Truijen S, Tant M, De Weerd W. Screening for fitness to drive after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2011;76:747-756.
97. George S, Crotty M, Gelinas I, Devos H. Rehabilitation for improving automobile driving after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014:Cd008357.
98. Edwards JD, Kapoor A, Linkewich E, Swartz RH. Return to work after young stroke: A systematic review. *Int J Stroke.* 2018;13:243-256.

99. Hackett ML, Glozier N, Jan S, Lindley R. Returning to paid employment after stroke: The psychosocial outcomes in stroke (poise) cohort study. *PLoS One.* 2012;7:e41795.
100. Hannerz H, Holbæk Pedersen B, Poulsen OM, Humle F, Andersen LL. A nationwide prospective cohort study on return to gainful occupation after stroke in denmark 1996-2006. *BMJ Open.* 2011;1:e000180.
101. Trygged S, Ahacic K, Kåreholt I. Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health.* 2011;11:742.
102. Cain S, Churilov L, Collier JM, Carvalho LB, Borschmann K, Moodie M, et al. Factors associated with paid employment 12 months after stroke in a very early rehabilitation trial (avert). *Ann Phys Rehabil Med.* 2022;65:101565.
103. Wang YC, Kapellusch J, Garg A. Important factors influencing the return to work after stroke. *Work.* 2014;47:553-559.
104. Ntsiea MV, Van Aswegen H, Lord S, Olorunju SS. The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: A randomised controlled trial. *Clin Rehabil.* 2015;29:663-673.
105. Baldwin C, Brusco NK. The effect of vocational rehabilitation on return-to-work rates post stroke: A systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2011;18:562-572.
106. Brouns R, Valenzuela Espinoza A, Goudman L, Moens M, Verlooy J. Interventions to promote work participation after ischaemic stroke: A systematic review. *Clin Neurol Neurosurg.* 2019;185:105458.
107. Orange C, Lanfers C, Coll G, Coste N, Dutheil F, Hauret I, et al. Determinants of return to work after a stroke: A systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2024;105:359-368.
108. Jee S, Sohn MK, Lee J, Kim DY, Lee SG, Shin YI, et al. Prediction for return to driving after the first-ever stroke in korea: The kosco study. *J Rehabil Med.* 2018;50:800-805.
109. Lee D, Heffron JL, Mirza M. Content and effectiveness of interventions focusing on community participation poststroke: A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019;100:2179-2192.e2171.
110. Dorstyn D, Roberts R, Kneebone I, Kennedy P, Lieu C. Systematic review of leisure therapy and its effectiveness in managing functional outcomes in stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil.* 2014;21:40-51.
111. Harrington R, Taylor G, Hollinghurst S, Reed M, Kay H, Wood VA. A community-based exercise and education scheme for stroke survivors: A randomized controlled trial and economic evaluation. *Clin Rehabil.* 2010;24:3-15.
112. Desrosiers J, Noreau L, Rochette A, Carboneau H, Fontaine L, Viscogliosi C, et al. Effect of a home leisure education program after stroke: A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007;88:1095-1100.

113. Stein J, Hillinger M, Clancy C, Bishop L. Sexuality after stroke: Patient counseling preferences. *Disabil Rehabil.* 2013;35:1842-1847.
114. Buzzelli S, di Francesco L, Giaquinto S, Nolfe G. Psychological and medical aspects of sexuality following stroke. *Sexuality and Disability.* 1997;15:261-270.
115. Sansom J, Ng L, Zhang N, Khan F, Couldrick L. Let's talk about sex: A pilot randomised controlled trial of a structured sexual rehabilitation programme in an Australian stroke cohort. *Int J Ther Rehabil.* 2015;22:21-29.
116. Guo M, Bosnyak S, Bontempo T, Enns A, Fourie C, Ismail F, et al. Let's talk about sex! - improving sexual health for patients in stroke rehabilitation. *BMJ Qual Improv Rep.* 2015;4
117. Song H, Oh H, Kim H, Seo W. Effects of a sexual rehabilitation intervention program on stroke patients and their spouses. *NeuroRehabilitation.* 2011;28:143-150.
118. Stratton H, Sansom J, Brown-Major A, Anderson P, Ng L. Interventions for sexual dysfunction following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5:Cd011189.
119. Gall SL, Tran PL, Martin K, Blizzard L, Srikanth V. Sex differences in long-term outcomes after stroke: Functional outcomes, handicap, and quality of life. *Stroke.* 2012;43:1982-1987.
120. Chen C, Reeves MJ, Lisabeth LD. Sex differences in participation restriction in social activities among older stroke survivors: A nationwide study. *Stroke.* 2025;56:265-275.

Additional References for Performance Measures

- Smith A, Hewitt J, Quinn TJ, Robling M. Patient-reported outcome measures (PROMs) use in post-stroke patient care and clinical practice: a realist synthesis protocol. *Syst Rev.* 2021 Apr 28;10(1):128. doi: 10.1186/s13643-021-01682-w. PMID: 33910631; PMCID: PMC8082773.
- Schmidt, R., Geisler, D., Urban, D. et al. Stroke survivors' preferences on assessing patient-reported outcome measures. *J Patient Rep Outcomes* 7, 124 (2023). <https://doi.org/10.1186/s41687-023-00660-1>
- Ibrahim S, Francis T, Sheehan KA, Kokorelias K, Stanimirovic A, Hashmi S, Kalocsai C, Ng S, Berkout SG, Cameron JI, Rac V and Pikula A (2024) Exploring unmet needs and preferences of young adult stroke patients for post-stroke care through PROMs and gender differences. *Front. Stroke* 3:1386300. doi: 10.3389/fstro.2024.1386300