



Systèmes de soins de l'AVC

Septième édition, 2026

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

Groupe de rédaction scientifique et autrices et auteurs du module sur les systèmes de soins de l'AVC :

Direction : Gary Hunter (coprésident, coauteur principal), Sacha Arsenault (coprésidente, coautrice principale), M. Patrice Lindsay (éditrice en chef, autrice en chef), Gord Gubitz (conseiller principal), Trish Helm-Neima (conseillère principale), Rebecca Lund (gestionnaire, AVC), Anita Mountain (coprésidente du comité consultatif), Dylan Blacchiere (coprésident du comité consultatif), Norine Foley (responsable de l'examen des données probantes).

Membres : Rebecca A. Bowes, Jacqueline Cochrane, Lisa Collins, Nancy Cox, Sherry Xueying Hu, Mahesh Kate, Lisa McQueen, Jason Moller, Tony Nguyen, Stefan Pagliuso, Trudy Robertson, Annette Samson, Ravinder-Jeet Singh, Lily Zhou, Katie White; *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, 2026**

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.

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC
Systèmes de soins de l'AVC, septième édition, 2026

TABLE DES MATIÈRES

Contenu	Page
<i>Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Introduction et aperçu</i>	3
Introduction et aperçu	3
Aperçu du module sur les systèmes de soins de l'AVC	4
Cadre de travail sur les systèmes de soins de l'AVC des <i>Recommandations</i>	5
Définitions et descriptions	11
Mises à jour importantes dans la septième édition	13
Méthodologie d'élaboration des lignes directrices	14
Remerciements	16
Comité de consultation et d'examen communautaire	16
Financement	17
Citation	17
<i>Recommandations – Systèmes de soins de l'AVC, septième édition, 2026</i>	18
1.0 Éléments fondamentaux des systèmes de soins de l'AVC	18
2.0 Sensibilisation à l'AVC, reconnaissance et intervention	29
3.0 Planification intégrée des soins de l'AVC, transitions des soins et communication Encadré 3 : Liste de vérification des renseignements à inclure dans la feuille sommaire d'hospitalisation	35 41
4.0 Soins virtuels de l'AVC	50
5.0 Éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants Encadré 5 : Liste de vérification pour la prise en charge autonome	61 63
6.0 Soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants Encadré 6 : Liste de vérification pour le soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants	71 72
7.0 Prise en charge de l'AVC dans les établissements de soins de longue durée	79
8.0 Planification préalable des soins	86
9.0 Soins palliatifs et soins de fin de vie	92
Annexe I : Membres du groupe de rédaction du module sur les <i>systèmes de soins de l'AVC, 2026</i>	100
Annexe II : Responsables de l'examen externe du module sur les systèmes de soins de l'AVC, 2026	104
Annexe III : Cadre de travail sur l'éducation en matière d'AVC pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants	107
Annexe IV : Références	113

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 publiées sous la direction de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien, la plateforme CanStroke Essais post-AVC, la plateforme StrokeCog et la Fédération des sciences neurologiques du Canada.

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 collaborateurs ont constaté qu'environ 80 % des survivantes et survivants à un AVC ont en moyenne cinq autres affections et plusieurs problèmes psychosociaux¹. 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 les cloisonnements, ce qui fait en sorte que chaque affection comporte ses propres processus de planification et d'organisation, sans que ces processus soient intégrés et coordonnés. Même au sein des systèmes de soins de l'AVC locaux et régionaux, 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 tout au long du continuum de soins 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 si les données probantes disponibles comprenaient des participants masculins et féminins dans des proportions suffisantes pour permettre 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 personnes, 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. Nous voulons 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 les systèmes de soins de l'AVC

L'incidence de l'AVC est en hausse au Canada en raison du vieillissement de la population ainsi que de l'augmentation du nombre de cas chez des personnes plus jeunes. Chaque année, plus de 108 000 AVC surviennent au pays². L'AVC est l'une des plus importantes causes d'incapacité chez les adultes; on estime que 969 000 personnes vivaient avec les séquelles d'un AVC au pays en 2022-2023³. Au Canada, le fardeau économique de l'AVC s'élève à plus de 3,6 milliards de dollars par an. On a constaté que les systèmes de soins de l'AVC organisés réduisent les taux de mortalité et entraînent une augmentation de la disponibilité des ressources, notamment dans les unités de prise en charge de l'AVC, des professionnels de la santé spécialisés, des cliniques de prévention de l'AVC et des services de soins virtuels de l'AVC⁴. Ce module s'applique aux soins prodigués, quel que soit le type d'AVC (AVC ischémique, accident ischémique transitoire [AIT], AVC hémorragique et thrombose veineuse cérébrale), car les systèmes de soins suivent un cheminement similaire.

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 qui vivent dans la communauté et ceux 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. Selon le Comité de consultation et d'examen communautaire (2024), les personnes ayant subi un AVC et leur famille ont déclaré que la coordination et l'intégration des services sont souvent des défis majeurs lorsqu'elles tentent de recourir aux soins de santé et aux services sociaux en raison de leur complexité. Elles ont déclaré avoir été laissées pour compte et, par conséquent, ne pas avoir été en mesure d'atteindre leurs objectifs à court et à long terme en matière de rétablissement. 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. Les systèmes de soins de l'AVC doivent être conçus en partenariat avec des personnes ayant subi un AVC et des aidantes et aidants, et intégrer des solutions pour éliminer les obstacles et les défis rencontrés.

Ce module se veut une synthèse des données probantes actuelles visant l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes intégrés de soins de l'AVC. Il servira de fondement à d'autres modules des *Recommandations* en mettant l'accent sur les principes et processus communs, interfonctionnels et de haut niveau de la planification et de la prestation des soins de l'AVC tout au long du continuum (figure 2). Il est essentiel d'établir des systèmes intégrés et coordonnés de soins de l'AVC aux échelons locaux, régionaux et provinciaux ou territoriaux afin d'optimiser l'accès en temps opportun aux soins, de maximiser les résultats et de répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants. Les prestataires de soins et les responsables du système de santé doivent travailler ensemble et communiquer efficacement pour assurer la continuité des soins aux personnes ayant subi un AVC et à leur famille lorsqu'elles passent à une autre phase et à un autre milieu de soins.

Les sujets abordés dans ce module sont considérés comme touchant l'ensemble des fonctions et du continuum de soins. Ils comprennent l'application des éléments fondamentaux d'un système de soins de l'AVC, les principes généraux des soins intégrés, les transitions de soins, les soins virtuels de l'AVC, l'éducation et le soutien des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants, les soins de l'AVC dans les établissements de soins de longue durée, la planification préalable des soins et les soins palliatifs et de fin de vie dans l'ensemble du continuum. Bien que la prévention primaire soit un élément important du continuum de soins, les recommandations en la matière, au-delà de l'importance d'établir des modes de communication solides, ne font pas partie du champ d'application des présentes lignes directrices.

Dans les éditions précédentes des *Recommandations*, les recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC et les considérations cliniques liées aux systèmes de soins de l'AVC

étaient intégrées dans d'autres modules. Pour la septième édition, on a regroupé ces deux volets dans le présent module afin de souligner l'importance de les considérer selon une perspective intégrée, à toutes les phases de soins, dans tous les milieux possibles de soins de l'AVC et dans le but de permettre aux personnes ayant subi un AVC de poursuivre leur rétablissement et de reprendre leurs rôles sociaux et leur participation communautaire. Les recommandations relatives à chacun de ces sujets peuvent être abordées dans les différents modules⁵⁻¹¹, tandis que les recommandations fondamentales et les documents de soutien seront traités dans le présent module.

Il est impératif que les systèmes de soins de santé répondent aux besoins des personnes ayant subi un AVC relativement à leur rétablissement et veillent à ce que des services et des ressources soient en place et accessibles pour réduire les complications et offrir des chances équitables à toutes les personnes qui se remettent d'un AVC afin d'obtenir des résultats optimaux en matière de santé. 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 de la prise de contact avec les ressources doivent être abordées à toutes les étapes du rétablissement.

Cadre de travail sur les systèmes de soins de l'AVC des *Recommandations*

Aperçu du cadre des services optimaux de prise en charge de l'AVC tirés des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Les chefs de file canadiens en matière d'AVC, y compris la collaboration entre le comité consultatif des *Recommandations*, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, le Consortium Neurovasculaire Canadien, la Fédération des sciences neurologiques du Canada, la plateforme CanStroke Essais post-AVC et les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC, ont élaboré un cadre pour favoriser l'accès équitable et en temps opportun aux soins et services liés à l'AVC dans le continuum de soins, et améliorer le système grâce à l'adoption de pratiques optimales fondées sur des données probantes ainsi qu'à une plus grande collaboration et à une meilleure intégration. Les systèmes de soins de l'AVC sont élaborés grâce aux efforts nationaux, et sont planifiés et mis en œuvre aux échelons provinciaux, territoriaux et régionaux.

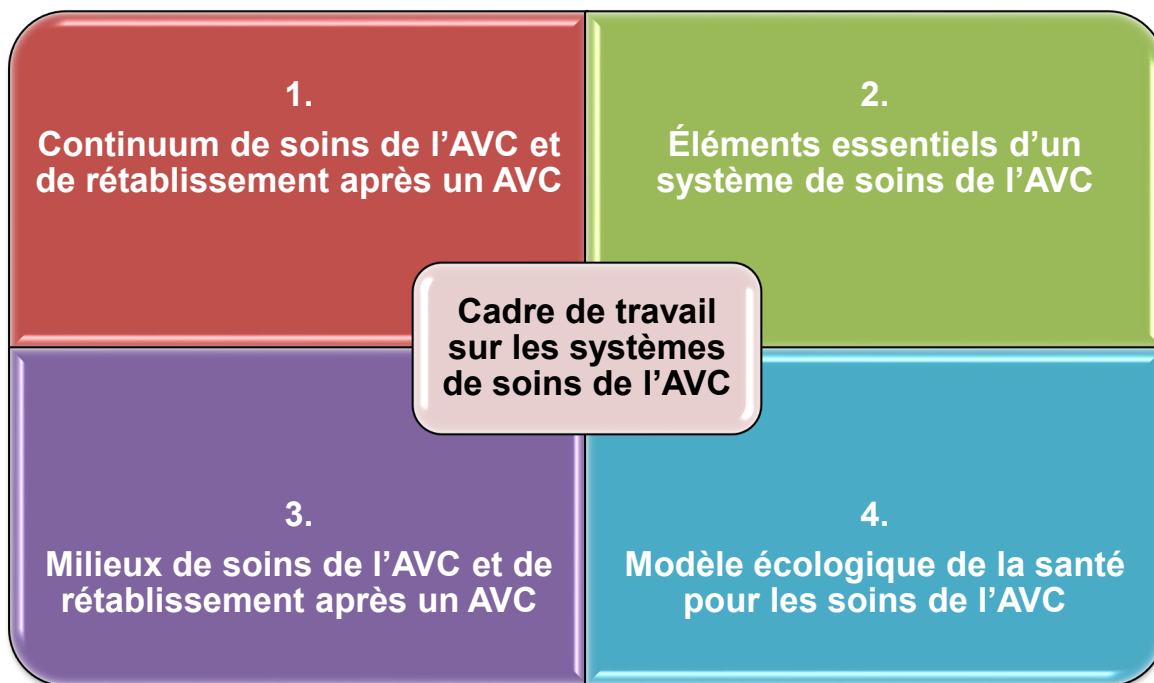
Ils visent à prodiguer des soins personnalisés et en temps opportun qui répondent aux besoins des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants. Ils visent aussi à optimiser les résultats à court et à long terme pour les personnes et le système de santé.

Il est possible d'atteindre ces objectifs par une communication efficace et une continuité des soins entre toutes les spécialités et phases de soins pour la prestation collaborative de soins intégrés, en abattant les cloisonnements, en réduisant les délais et en créant des systèmes permettant de combattre les inégalités liées à la situation géographique, au sexe et au genre, à l'origine ethnique, à la langue, à la culture et à d'autres déterminants sociaux de la santé.

Dans le cadre de ces objectifs, on reconnaît que les besoins des personnes ayant subi un AVC et de leur famille sont dynamiques, c'est-à-dire qu'ils évoluent au fil du temps, et que les systèmes de soins de l'AVC doivent être flexibles et s'adapter pour aider ces personnes à passer à travers ces changements. Le soutien et la prise en charge des personnes ayant subi un AVC s'étendent au-delà du système de santé traditionnel; il est donc impératif d'établir de solides relations de collaboration entre les différents secteurs, dont les services communautaires, l'éducation, les loisirs et le milieu professionnel.

Le cadre de travail sur les systèmes de soins de l'AVC au pays comporte quatre volets (figure 1).

Figure 1 : Cadre de travail sur les systèmes de soins de l'AVC



Les **systemes 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 soins et des traitements fondés sur des données probantes qui optimisent la survie et le rétablissement des personnes.

Les systèmes de l'AVC sont élaborés et déployés à plusieurs échelons de planification, de financement et de gestion opérationnelle :

1. **À l'échelon national** pour traiter les initiatives prioritaires et soutenir les travaux de coordination, d'élaboration de contenu et de communication professionnelle à l'échelle provinciale ou territoriale. Généralement, à cet échelon, on établit des partenariats avec des organismes nationaux, notamment les gouvernements, les organismes de bienfaisance en santé, les organisations de professionnels de la santé et les organismes de financement de la recherche, et d'autres stratégies de lutte contre les maladies, dans une optique de collaboration et d'harmonisation ainsi que de renforcement des efforts de défense des intérêts qui se chevauchent. Les mesures nationales et internationales visent aussi la sensibilisation du public, l'échange des connaissances, le financement et la promotion de la recherche.
2. **À l'échelon provincial ou territorial** pour superviser et surveiller les systèmes provinciaux de soins de l'AVC, cerner et traiter les initiatives prioritaires dans une province ou un territoire. Cela comprend la planification des systèmes de santé, l'allocation de fonds, la normalisation des pratiques optimales à la grandeur de la province ou du territoire et l'amélioration de la qualité des soins. À cet échelon, on vise aussi une collaboration et une harmonisation avec les partenaires nationaux et provinciaux ou territoriaux, comme les gouvernements, les systèmes de santé, les organismes de bienfaisance en santé, les responsables de la planification des services communautaires et des prestataires de ces services, ainsi que les personnes ayant une expérience vécue. De plus, les provinces et les territoires jouent un rôle essentiel en matière de sensibilisation du public, de prévention et de promotion de la santé.

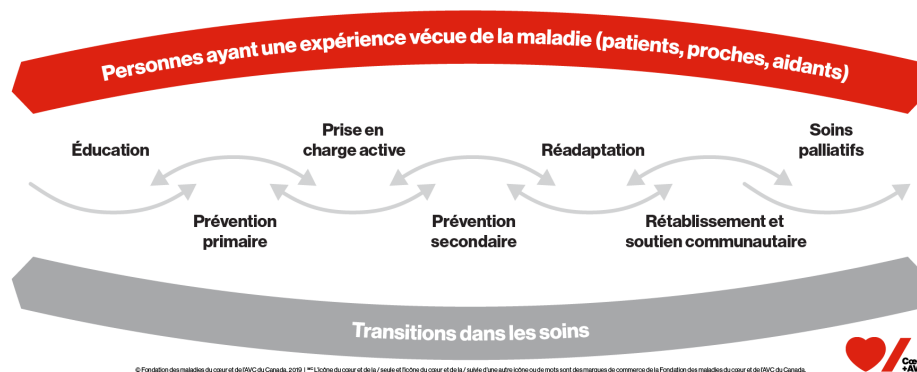
3. **À l'échelon régional ou local** pour assurer la supervision, le suivi et le financement des systèmes régionaux de soins de l'AVC, ainsi que la prestation de soins locaux dans l'ensemble du continuum; pour établir des partenariats visant à déterminer les initiatives prioritaires à l'échelle provinciale et harmoniser les priorités à l'échelle régionale; pour mettre l'accent sur la mise en œuvre des pratiques optimales et l'amélioration de la qualité à l'échelle régionale ou locale, soutenir la sensibilisation et l'éducation du public à l'échelle locale, et améliorer les résultats pour les personnes ayant une expérience vécue et le système de santé dans son ensemble.

Les systèmes intégrés de soins de l'AVC reposent sur une approche globale de la planification et de la prestation des soins, qui englobe l'accès, l'évaluation, le traitement, les pratiques exemplaires cliniques, la collecte de données, la mesure des résultats, l'étalonnage, la mise en œuvre des lignes directrices, l'organisation des services, le financement et l'éducation.

1. Continuum de soins de l'AVC et de rétablissement après un AVC

Le continuum de soins de l'AVC présenté à la figure 2 présente les étapes que franchissent généralement le grand public, puis les personnes ayant subi un AVC. Idéalement, tous les membres du grand public connaissent les risques liés à l'AVC et à d'autres événements vasculaires et peuvent envisager de prendre des mesures de prévention primaire sous forme de soins de santé courants et d'éducation. Les personnes ayant subi un AVC peuvent passer par différentes étapes allant des soins aigus aux soins de fin de vie. On reconnaît que ces personnes peuvent passer par plusieurs étapes de soins simultanément (p. ex. la prévention secondaire et la réadaptation post-AVC) ou passer d'une étape à l'autre pendant un certain temps.

Figure 2 : Continuum de soins de l'AVC



2. Éléments essentiels d'un système de soins de l'AVC

Il existe des éléments qui forment le fondement des systèmes de soins de l'AVC de haute qualité dans tout le continuum de soins et dans tous les milieux pertinents. Les cinq piliers de la première Stratégie canadienne de l'AVC ont évolué au fil du temps et sont devenus les huit éléments essentiels du cadre de travail sur les systèmes de soins de l'AVC, présentés dans la figure 3 et le tableau 1.

Un de ces éléments est la responsabilité quant aux disparités dans les soins dont font l'objet les personnes et les populations subissant de manière disproportionnée des inégalités, comme les populations autochtones, racialisées, rurales ou de diverses identités de genre.

Ces éléments ont évolué en fonction des progrès effectués en matière de connaissances, de données probantes, de pratique, de technologie et de soins de l'AVC. Les composantes de chaque élément peuvent être appliquées à l'ensemble du continuum de soins de l'AVC (voir la figure 2), lorsque cela est pertinent. Toutes les composantes sont interreliées.

Figure 3 : Éléments essentiels d'un système de soins de l'AVC

Voir le tableau 1 pour une description détaillée de chaque élément.



Tableau 1 : Éléments essentiels d'un système de soins de l'AVC

Direction des systèmes de soins de l'AVC

- Responsables provinciaux, orientation stratégique et opérationnelle, et autorité pour la mise en œuvre
- Structures fédérales pour les communautés autochtones, les programmes et la santé de la population
- Responsables régionaux et locaux
- Politiques et énoncés de position (p. ex. assurance médicaments, financement de la thrombectomie endovasculaire, accès aux soins virtuels)
- Modèles de financement dédié

Pratique clinique

- **Comprend tous les types d'AVC – AVC ischémique, accident ischémique transitoire (AIT), AVC hémorragique et thrombose veineuse cérébrale**
- Fondée sur des données probantes
- Personnalisée
- Coordonnée et intégrée
- En temps opportun et accessible
- Équitable
- Enrichie par la technologie

Recherche

- Tous les volets, du laboratoire au chevet de la personne, et stratégie de recherche axée sur la personne
- Bourses de fonctionnement
- Subventions IMPACT
- Réseaux et collaborations
- Programmes de formation

Défense des intérêts et sensibilisation

- Campagne VITE
- Prévention – réduction des facteurs de risque
- Témoignages
- Partenariats et coalitions
- Équité, diversité et inclusion

Participation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants

- Soins centrés sur la personne
- Personnes ayant une expérience vécue (collaboratrices et collaborateurs, conseillères et conseillers, comités de consultation communautaire)
- Soutien par les pairs, faits vécus
- Communautés de soutien en ligne
- Partenaires dans tous les piliers
- Humilité culturelle

Suivi et amélioration de la qualité

- Données de haute qualité à plusieurs échelons intégrés
- Cadre pour les indicateurs de rendement : Principaux indicateurs de qualité, mesures de la structure, des processus et des résultats, mesures des expériences déclarées par les patientes et patients (MEDP) et mesures des résultats déclarés par les patientes et patients (MRDP)
- Statistiques nationales de surveillance (Agence de santé publique du Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé) et données socio-économiques
- Inventaire des ressources et services (IRS)
- Culture d'amélioration continue

Transfert de connaissances

- *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*
- Formation professionnelle
- Information et éducation en matière de santé pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants ainsi que le grand public
- Ressources et trousseaux d'outils
- Outils d'aide à la prise de décision partagée

Partenariats et relations

- Professionnels de la santé dans toutes les disciplines
- Groupes de collaboration (p. ex. C-Change, Interconnectome cœur-cerveau, Diabète Canada, Hypertension Canada, Thrombose Canada)
- Organisations professionnelles
- Services de soins de santé
- Organismes de bienfaisance en santé
- Bailleurs de fonds de la recherche

- Prestataires de services et organisations non gouvernementales (ONG; p. ex. la Marche des dix sous)

3. Milieux de soins de l'AVC et de rétablissement après un AVC

Les milieux de soins de l'AVC correspondent aux lieux physiques où les soins sont administrés aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants dans le continuum de soins (voir figure 2).

Ces milieux peuvent être les suivants :

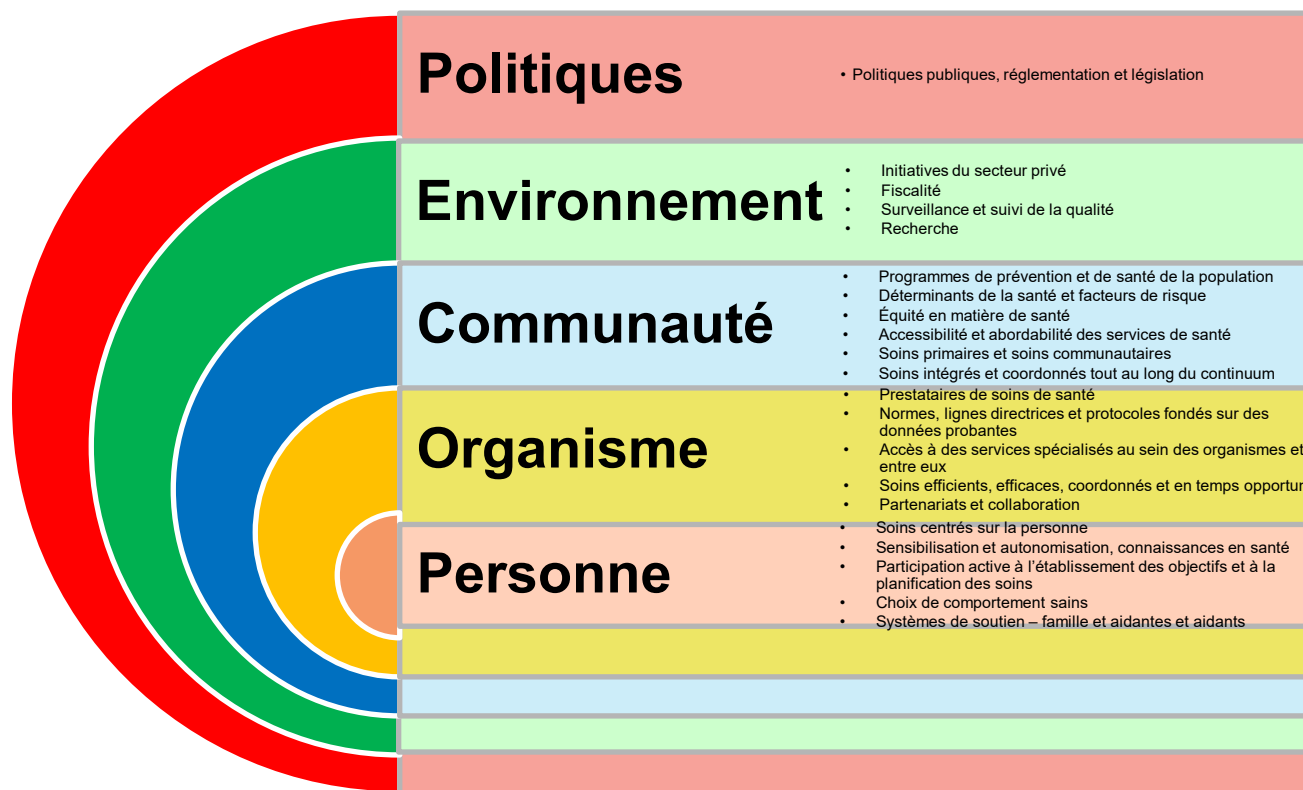
- services médicaux d'urgence (ambulance) pour la phase préhospitalière;
- service des urgences, unité de prise en charge de l'AVC, autres services d'hospitalisation de courte durée, unité de soins intensifs (possibilité de transfert entre des hôpitaux de soins de courte durée offrant différents niveaux de soins de l'AVC – p. ex. d'un petit hôpital communautaire à un centre de soins complets de l'AVC);
- unités et établissements de réadaptation en milieu hospitalier;
- services de consultation externe (p. ex. cliniques de prévention secondaire et de réadaptation);
- soins infirmiers communautaires et postes de santé (régions éloignées ou rurales);
- large éventail d'installations et de services communautaires;
- établissements de soins complexes;
- établissements de soins de longue durée;
- domicile et lieu de résidence d'une personne (tenir compte des situations d'itinérance et d'autres défis);
- établissements et services de relève;
- établissements de soins palliatifs;
- prestation virtuelle de soins de santé.

Les éléments essentiels des systèmes de soins de l'AVC doivent être pris en considération et appliqués dans tous les milieux concernés en tenant compte des nuances appropriées.

4. Modèle écologique de la santé adapté aux systèmes de soins de l'AVC

Dans les systèmes canadiens de soins de l'AVC, on tient compte également des échelons du modèle écologique pour la conception et la mise en œuvre de systèmes de santé (figure 4). Ce modèle tient compte des interactions des personnes avec des composantes de plus en plus nombreuses des échelons associés à leur communauté et à leur environnement lorsqu'elles s'efforcent de modifier leurs comportements en matière de santé et qu'elles vivent des parcours en santé particuliers, comme la prise en charge d'un AVC. Le modèle de la figure 4 a été adapté pour l'AVC grâce à la contribution de responsables des systèmes de santé, de cliniciennes et cliniciens, de scientifiques et, surtout, de personnes ayant une expérience vécue. Il présente de l'information supplémentaire et des points à prendre en considération pour éclairer la planification et la prestation de soins de l'AVC de haute qualité dans l'ensemble du continuum.

Figure 4 : Adaptation du modèle écologique des systèmes de soins de l'AVC pour les
Recommandations^{12, 13}



Définitions et descriptions

Le **plan préalable de soins** est un document écrit par une personne apte qui sert à communiquer ses préférences quant aux décisions futures en matière de soins de santé. Ce plan est conçu dans le but d'être consulté en cas d'incapacité future de la personne en question.

La **planification préalable des soins** est un processus de réflexion et de communication. Il s'agit pour la personne de réfléchir à ses valeurs et à ses souhaits, et de faire connaître ses préférences concernant ses futurs soins de santé au cas où elle ne pourrait plus communiquer ses volontés à ses proches (définition adaptée du site <https://www.planificationprealable.ca/les-bases-de-la-pps/glossaire/>).

L'**aidante ou aidant** est un membre de la famille, une amie ou un ami qui ne reçoit pas de rémunération et qui participe aux soins d'une personne ayant subi un AVC tout au long de l'évolution de la maladie et de son rétablissement. Cette personne participe à de nombreux aspects des soins, y compris les activités de base et essentielles de la vie quotidienne, les soins de santé, la satisfaction des besoins émotionnels, la défense des droits, la réadaptation, la réintégration dans la communauté et la reprise des rôles sociaux. En tant que membre à part entière de l'équipe soignante, elle a besoin d'être reconnue et soutenue dans son rôle d'aidant et dans sa capacité à assurer diverses facettes de soins.

La **communauté** se définit comme l'environnement de soins physique et social dans lequel une personne peut vivre après avoir subi un AVC. Il s'agit de tout lieu autre qu'un établissement de soins de santé où une personne réside et reprend ses rôles sociaux et activités après un AVC, tel que le

domicile familial, un centre d'aide à la vie autonome, un établissement de soins de longue durée ou d'autres lieux d'habitation.

La **participation communautaire** est le retour à une contribution significative aux activités de base et essentielles de la vie quotidienne, aux intérêts de la communauté et aux rôles sociaux, y compris professionnels et éducatifs, après un AVC. Le terme englobe le retour à une vie communautaire active et la participation à des groupes sociaux et à la vie familiale. La réintégration dans la communauté comprend l'établissement d'objectifs pertinents et, par le biais d'interventions structurées, facilite la reprise de ces activités au mieux des capacités de la personne.

La **continuité des soins** est la prestation de services de santé par différents prestataires d'une manière cohérente, logique et en temps opportun dans le cadre du continuum de soins de l'AVC¹⁴.

Les **objectifs de soins** correspondent aux objectifs cliniques et personnels de la personne ayant subi un AVC; ils sont établis lors d'un processus de prise de décision partagée. Les objectifs de soins constituent une compréhension commune entre les personnes, leur famille, les aidantes et aidants et les autres personnes apportant leur soutien, et l'équipe clinique (définition adaptée de l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care¹⁵).

Les **soins intégrés** correspondent à une approche coordonnée faisant appel à plusieurs prestataires de diverses spécialités, qui travaillent ensemble pour améliorer la santé et le bien-être d'une personne au fil du temps. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne mettant l'accent sur ce qui compte pour elle, en veillant à la continuité et à l'homogénéité des soins dans différents milieux et avec les prestataires, comme le définit l'International Foundation for Integrated Care¹⁶.

La **prise en charge autonome** désigne la capacité des personnes à prendre en charge leur santé après un AVC afin d'optimiser la réadaptation et le rétablissement et de prévenir un AVC récurrent. Elle comprend des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements visant à renforcer l'efficacité personnelle dans la gestion des changements physiques, cognitifs et de mode de vie. Elle nécessite la participation active de la personne et peut comprendre un plan élaboré en collaboration avec les prestataires de soins de santé, la famille et les aidantes et aidants.

La **navigation dans le système de soins de l'AVC** est un processus global et collaboratif qui favorise des résultats optimaux centrés sur la personne ayant subi un AVC grâce à la supervision, à la coordination et à l'intégration des soins. Ce processus nécessite une évaluation continue des besoins individuels et la prestation d'un soutien global aux personnes, aux familles et aux aidantes et aidants tout au long du parcours de rétablissement après un AVC. En favorisant un accès rapide aux services et ressources de santé et en réduisant les obstacles et les enjeux, la navigation dans le système de soins de l'AVC vise à améliorer la qualité de vie et à promouvoir le niveau le plus élevé de fonctionnement et d'autonomie. Ce processus est souvent supervisé par des personnes telles que les gestionnaires de cas ou les coordonnatrices et coordonnateurs de cas des services pour l'AVC, lorsque les ressources et les capacités nécessaires sont disponibles.

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. Dans un stade complexe 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).

Le **soutien** est la prestation de soins directs, l'accès aux services requis et la facilitation de la prise de contact avec les ressources veillant à s'assurer que les besoins et les objectifs de rétablissement de la personne, de la famille et des aidantes ou aidants sont satisfaits tout au long du continuum des soins de l'AVC. L'objectif est de gérer le rétablissement et d'optimiser les résultats en matière de santé, la participation et l'accomplissement des rôles sociaux. Les besoins en matière de soutien peuvent changer tout au long de l'évolution de la maladie et du rétablissement et sont plus bénéfiques lorsqu'ils sont étroitement adaptés aux besoins actuels de la personne, de la famille et des aidantes et aidants.

Les besoins des personnes, des familles et des aidantes et aidants peuvent comprendre :

- des besoins émotionnels (p. ex. reconforter, écouter les problèmes ou acquérir des capacités d'adaptation);
- des besoins essentiels (p. ex. la formation, l'organisation des services, les soins directs, la mise en contact pour les services requis, l'aide aux tâches ménagères ou le soutien financier);
- des besoins informationnels (p. ex. sur la maladie et les services);
- des besoins d'évaluation (p. ex. fournir des commentaires sur leurs activités liées au rôle d'aidance).

La **transition** est le déplacement d'une personne entre divers lieux de soins, services, milieux, prestataires et étapes de soins et de rétablissement (physique, psychologique, émotionnel, social et environnemental).

La **prise en charge de la transition** comprend la collaboration avec les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants afin d'établir et de mettre en œuvre un plan de transition qui comprend l'établissement d'objectifs et qui est suffisamment souple pour répondre à l'évolution des besoins. Une bonne prise en charge de la transition nécessite une collaboration et une communication intersectorielles entre les prestataires de soins de santé, les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants. Elle englobe l'organisation, la coordination, l'éducation et la communication requises lorsque les personnes cheminent entre les étapes et les milieux du traitement de l'AVC, du rétablissement, de la réintégration dans la communauté, de l'adaptation et des soins de fin de vie. Il faut noter qu'un plan de transition comprend la planification du congé.

L'objectif de la prise en charge de la transition est de faciliter et de soutenir le mouvement et la continuité dans le continuum des soins, et d'atteindre et de maintenir un traitement, des capacités d'adaptation, une qualité de vie et des résultats optimaux pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants. Il comprend des facteurs physiques, cognitifs, de communication, émotionnels, environnementaux, financiers et sociaux.

La **santé virtuelle** est un terme générique large qui englobe toutes les façons dont les prestataires de soins de santé interagissent à distance avec les personnes ayant subi un AVC et en leur nom.

Les **soins de santé virtuels** sont toute interaction entre des personnes et un ou plusieurs membres de leur équipe soignante qui a lieu à distance, en utilisant toute forme de communication ou de technologies de l'information dans le but d'offrir et de maximiser la qualité et l'efficacité des soins aux personnes ayant subi un AVC.

- Les soins virtuels comprennent tous les moyens par lesquels les prestataires de soins de santé interagissent avec des personnes séparées par l'espace (dans des lieux différents) ou le temps (synchronisation) et sont souvent appelés « consultations virtuelles ».
- Une consultation virtuelle est un échange électronique par téléconférence, vidéoconférence, messagerie sécurisée ou outils audio numériques au cours duquel un ou plusieurs prestataires de soins de santé fournissent des services de soins de santé à une personne ayant subi un AVC.
- La consultation peut se faire entre le ou la prestataire et la personne ayant subi un AVC et sa famille, ou entre deux prestataires.

Mises à jour importantes apportées aux recommandations sur les systèmes de soins de l'AVC dans les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (mise à jour de 2026)

1. Élaboration du présent module pour réunir des sujets s'inscrivant dans le continuum de soins et présenter les principes généraux et les éléments structurels (section 1) dans une perspective de

systèmes holistiques, qui peuvent servir de base pour d'autres modules selon les sujets traités.

2. Accent davantage mis sur les soins centrés sur la personne et sur la collaboration avec les personnes et leur famille tout au long du continuum de soins et à tous les points de transition.
3. Élaboration d'un cadre exhaustif pour l'éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants, qui tient compte des capacités de la personne, de ses connaissances en santé, de son niveau de compréhension, de ses valeurs et de ses préférences, et qui est offert dans différentes langues. En outre, ces recommandations soulignent que tous les prestataires de soins de santé doivent se partager la responsabilité d'éduquer les personnes tout au long de leur cheminement après un AVC.
4. Reconnaissance du rôle important des soins virtuels dans le continuum et intégration de ceux-ci aux soins habituels, s'il y a lieu.
5. Accent mis sur l'importance de la planification préalable des soins, des soins palliatifs et des soins de fin de vie pour les personnes ayant subi un AVC tout au long du continuum de soins, y compris l'aide médicale à mourir, s'il y a lieu.

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 module « Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances » des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC¹⁷](#). 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 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 les systèmes de soins de l'AVC, composés de personnes ayant subi un AVC, d'aidantes, d'aidants 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 juin 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 échéant¹⁸. 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 scientifique¹⁹⁻²¹.
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 la 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 module « [Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances](#) » des *Recommandations*¹⁷ sur le site Web des *Pratiques optimales de l'AVC au Canada* à l'adresse www.pratiquesoptimalesavc.ca.

Attribution de niveaux d'évaluation des données probantes

La méthode et la terminologie GRADE ([Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation](#))²² 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.

et

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 plausibles.

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)²².

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 une coprésidente ou un coprésident 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 du module sur les systèmes de soins de l'AVC figurent à l'[annexe I](#).

Remerciements

Cœur + AVC remercie sincèrement la direction et les membres du groupe de rédaction du module sur les systèmes de soins de l'AVC, qui ont donné de leur temps et fait appel à leurs connaissances dans le but d'élaborer ces nouvelles recommandations. Nous remercions M. Patrice Lindsay pour son travail en tant que chef d'équipe, autrice et éditrice en chef de ce module. 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 (en totalité ou en partie) ont fait l'objet d'un examen externe par Andrew Dawson, Andrea King, Renee D. Cashin, Luciana Catanese, Michael Kelly, Lisa Korec, Anne Martineau, Kelly Sharp, Shelley A. Sharp, Sandy Steinwender, Kristel Smith, Donelda Sooley et Mary Trainor. Les indicateurs de rendement ont été examinés et mis à jour par M. Patrice Lindsay, Amy Yu, Michael D. Hill, Aravind Ganesh, Jessalyn K. Holodinsky, Raed Joundi, Noreen Kamal, Shannon MacDonald et Kathryn Yearwood.

Nous remercions les membres du comité consultatif canadien sur les pratiques optimales de soins de l'AVC et du comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC : Eric E. Smith (ancien président), Anita Mountain (coprésidente), Dylan Blacquiere (coprésident), Gord Gubitz, Dar Dowlatshahi, Shannon Bayluk, Janice Daitchman, Margie Burns, Emma Ferguson, Thalia S. Field, Mary Lou Halabi, Manraj Heran, Trish Helm-Neima, Michael D. Hill, Adam Kirton, Pascale Lavoie, Farrell Leibovitch, Katie Lin, Erin McHattie, Katharine McKeen, Colleen O'Connell, Christine Papoushek, Kara Patterson, Richard H. Swartz, Jennifer Yao, et Ruth Whelan.

Nous 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 et Soutien des Personnes avec Expérience Vécue, politique de santé et solutions numériques).

Comité de consultation et d'examen communautaire

Cœur + AVC est particulièrement reconnaissante envers les membres du comité de consultation et d'examen communautaire du module sur les systèmes de soins de l'AVC, 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 Cyndi Barron, Barry Bowser, Patricia Bukowsky, Heather Quale Goranson, Sarah Lansdown, Cheryl Kimberly Ann MacKenzie, Akira Neeson, Matthew Ranta et Sydney Reid Smith.

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.

Citation de la mise à jour de 2026 de la septième édition du module sur les systèmes de soins de l'AVC

Renseignements pour la citation

Gary Hunter (Co-Chair), Sacha Arsenault (Co-Chair), Norine Foley, Rebecca A. Bowes, Jacqueline Cochrane, Lisa Collins, Nancy Cox, Sherry Xueming Hu, Mahesh Kate, Lisa McQueen, Jason Moller, Tony Nguyen, Stefan Pagliuso, Trudy Robertson, Annette Samson, Ravinder- Jeet Singh, Lily Zhou, Katie White, Gord Gubitz (Senior Advisor), Trish Helm-Neima (Senior Advisor), Anita Mountain (Advisory Co-Chair), Dylan Blacchiere (Advisory Co-Chair), Rebecca Lund, M. Patrice Lindsay (Senior Editor, Senior Author), *on behalf of the Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee, in collaboration with the Canadian Stroke Consortium, Can Stroke Recovery Trials Platform, and the Canadian Neurological Sciences Federation*. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Stroke Systems of Care, 7th Edition, 2026; Toronto, Ontario, Canada: Heart and Stroke Foundation.

Les recommandations de ce module sont également publiées dans le *Canadian Journal of Neurological Science*.

Hunter, G., Arsenault, S., Foley, N., Bowes, R. A., Cochrane, J., Collins, L., ... Lindsay, M. P. (2026). Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Stroke Systems of Care, 7th Edition, 2026. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien Des Sciences Neurologiques*, 1–66.
doi:10.1017/cjn.2026.10580

Lien vers la version française : Bientôt disponible (Documents supplémentaires en ligne)

Lien vers la version anglaise : <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-neurological-sciences/article/canadian-stroke-best-practice-recommendations-stroke-systems-of-care-7th-edition-2026/3203476844458D1BFA16A7B40C631B0A>

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 LES SYSTÈMES DE SOINS DE L'AVC, SEPTIÈME ÉDITION DES RECOMMANDATIONS, 2026

Section 1 Éléments fondamentaux des systèmes de soins de l'AVC

1. Éléments fondamentaux des systèmes de soins de l'AVC : recommandations de 2026
1.0 Structure des systèmes de soins de l'AVC <ul style="list-style-type: none">i. Toutes les régions du pays doivent mettre en place des systèmes intégrés et coordonnés de sorte que les personnes ayant subi un AVC reçoivent rapidement des soins de l'AVC en phase aiguë et fassent l'objet d'une prise en charge continue afin d'optimiser leur rétablissement et leurs résultats [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].ii. Un système de soins de l'AVC doit appuyer les initiatives éducatives locales et régionales visant à sensibiliser la population générale à l'AVC (notamment aux signes précurseurs, aux facteurs de risque, à la prévention primaire ou secondaire de l'AVC et au rétablissement après un AVC), en ciblant davantage les populations à risque accru d'AVC et d'issue défavorable après un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].iii. Un système de soins de l'AVC doit surveiller l'efficacité des ressources d'éducation communautaire pour améliorer les comportements en cas de signes d'AVC, les taux de traitement de l'AVC, la mortalité et d'autres paramètres pertinents [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].iv. Un système de soins de l'AVC doit aider les communautés et les prestataires de soins à mettre en place des programmes et des services de prévention applicables à de vastes populations [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
1.1 Éléments fondamentaux d'un système de soins de l'AVC <ul style="list-style-type: none">i. Un système de soins de l'AVC organisé et intégré doit être établi et maintenu en améliorant continuellement la qualité dans chaque région sanitaire du pays [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].ii. Composants d'un système de soins de l'AVC intégré :<ul style="list-style-type: none">a. Établissement de directions et de partenariats dans chaque région, y compris d'un comité de surveillance et d'un service de coordination avec représentation interdisciplinaire pour superviser les systèmes de soins de l'AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].b. Sensibilisation et éducation du public concernant les signes de l'AVC et les mesures à prendre [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. Voir la section 2 du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.c. Mise en œuvre de stratégies et de processus collaboratifs, élaborés conjointement et inclusifs pour déterminer les besoins de populations particulières qui sont touchées de manière disproportionnée par les inégalités en santé ou qui rencontrent de plus en plus de difficultés à accéder aux soins, notamment les personnes autochtones, noires, d'origine sud-asiatique, nouvellement arrivées au pays ou de diverses identités de genre et la communauté 2ELBGTQIA+, et y répondre de façon appropriée [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].d. Mise en œuvre de stratégies de prévention primaire pour déterminer les personnes à risque élevé d'AVC à l'aide d'outils validés, en établissant clairement les responsabilités et les moments appropriés (p. ex. lors d'examen de santé périodiques ou de visites prénatales) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. Remarque : Les présentes recommandations ne comprennent pas

d'indications supplémentaires concernant la prévention primaire des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire.

- e. Mécanismes de mise en œuvre de schémas de traitement en prévention primaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- f. Système public d'intervention d'urgence (p. ex. 9-1-1) avec protocoles propres à l'AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la section 3 du module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements sur la prise en charge de l'AVC par les services médicaux d'urgence.*⁷
- g. Mise en place de protocoles de transport par les services médicaux d'urgence (SMU) et ententes de contournement pour assurer l'accès rapide à l'hôpital le plus proche et qui a la capacité de prendre en charge l'AVC en phase aiguë [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la section 3 du module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements*⁷.
- h. Réseau défini d'hôpitaux de soins de courte durée comprenant des centres ayant des capacités de prise en charge urgente de l'AVC en phase aiguë (centres de soins complets de l'AVC ou centres de soins de district ou secondaires), y compris l'accès à l'imagerie vasculaire, à la thrombolyse en phase aiguë, à la thrombectomie endovasculaire, aux soins de l'AVC en phase aiguë, à la chirurgie cérébrovasculaire et à des protocoles normalisés pour la prestation de soins en milieu hospitalier [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].

*Remarque : Dans le cadre de la Stratégie canadienne de l'AVC, tous les hôpitaux au pays se sont vus attribuer un niveau de 1 à 5 en fonction de leurs capacités de prise en charge de l'AVC en phase aiguë, allant des centres de soins complets de l'AVC (niveau 5) aux petits hôpitaux dans des régions rurales et éloignées qui n'ont pas de tomodensitomètre sur place (niveau 1). Consulter la figure 2 du module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour obtenir une figure détaillée présentant les critères pour chaque niveau de service de prise en charge de l'AVC en phase aiguë.*⁷

- i. Membres désignés de l'équipe interprofessionnelle ayant une expertise et une formation en matière de prise en charge de l'AVC à chaque étape du continuum de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- j. Planification interprofessionnelle des soins et communication efficace pour assurer la continuité des soins, la sécurité et la réduction du risque de complications et d'événements indésirables pendant les soins de l'AVC, particulièrement aux points de transition [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir la section 3 du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.*
- k. Services de réadaptation post-AVC permettant de répondre aux besoins et aux objectifs des personnes en temps opportun [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. *Voir les première, deuxième et troisième parties du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.*^{7,8,76}
- l. Cliniques de prévention de l'AVC (ou cliniques, services ou modèles de soins similaires de prévention de troubles vasculaires) qui utilisent des processus d'orientation normalisés et fondés sur des données probantes afin de proposer une approche interdisciplinaire complète de la prévention d'un premier AVC ou d'un AVC récurrent; font appel à des spécialistes d'une vaste gamme de disciplines de soins de santé pour effectuer des évaluations approfondies; facilitent l'accès en temps opportun aux tests diagnostiques et aux interventions appropriées; et offrent de l'éducation aux

personnes ayant subi un AVC et à leur famille [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. [Voir le module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.](#) ⁶

- m. Mécanismes visant à promouvoir la continuité des soins entre les établissements de soins de courte durée, les services de réadaptation, de prévention et communautaires, la personne ayant subi un AVC, sa famille, ses aidantes et aidants, et les prestataires de soins primaires [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- n. Circulation transparente et en temps opportun de l'information grâce à la mise en place de systèmes intégrés d'information clinique dans tous les milieux et chez l'ensemble des prestataires de soins, qui permettent d'accéder rapidement aux renseignements médicaux afin de faciliter la prestation en temps opportun, la continuité et les transitions sûres des soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la section 3 du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.](#)
- o. Programmes et services de sensibilisation et d'aide à la prise en charge des besoins en santé mentale, psychosociaux et émotionnels des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants à toutes les étapes du continuum de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la section 1 de la troisième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.](#) ⁹
- p. Services communautaires organisés et ressources accessibles pour optimiser le rétablissement, l'adaptation et la participation communautaire (activités sociales et loisirs), y compris l'accès au soutien et aux services à domicile pour répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la troisième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.](#) ⁹
- q. Protocoles, politiques et formation du personnel en matière de soins de longue durée et d'hébergement facilitant l'accès aux soins et la prise en charge efficace de l'AVC afin de répondre aux besoins des personnes après un AVC. Ces éléments doivent optimiser la qualité de vie de la personne en tenant compte de ses besoins de réadaptation continue, en favorisant une participation significative et en assurant l'accès à des cliniciennes et cliniciens ayant des connaissances et une expertise en prise en charge de l'AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la section 7 du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.](#)
- r. Suivi médical régulier effectué par des prestataires de soins primaires et d'autres services, et adapté aux besoins uniques des personnes de retour dans la communauté, afin d'évaluer la progression de leur rétablissement, de prévenir la détérioration de leur état de santé, d'optimiser leurs résultats fonctionnels et psychosociaux, d'améliorer leur qualité de vie et de prévenir les récurrences de l'AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- s. Soutien et services en lien avec la planification préalable des soins, les soins de fin de vie, les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir tout au long du continuum [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir les sections 8 et 9 du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.](#)
- t. Services de soins virtuels de l'AVC améliorant l'accès aux soins et les capacités grâce à l'intégration de technologies virtuelles aux fins d'évaluation, de traitement et de

prestation de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
[Voir la section 4 du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.](#)

- u. Systèmes de suivi des données pour recueillir et surveiller les données en matière de rendement et de résultats des systèmes de santé, d'efficacité, de pertinence et d'équité, afin d'éclairer la prestation et la planification future des soins continus, y compris la production de rapports normalisés pour favoriser la surveillance et l'amélioration continues des soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- v. Éducation et formation des professionnels de la santé ainsi que des personnes ayant subi un AVC, des membres de leur famille et de leurs aidantes et aidants en matière de compétences et de stratégies de prise de décision partagée [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la section 5 du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.](#)

Considérations cliniques de la section 1

1. Les systèmes de soins de l'AVC doivent être conçus pour assurer un accès équitable aux services de santé pour toutes les personnes, peu importe la race, l'origine ethnique, le genre, le statut socio-économique, la situation géographique, les incapacités, l'orientation sexuelle ou d'autres déterminants sociaux de la santé. Tous les établissements prodiguant des soins aux personnes ayant subi un AVC doivent repérer et éliminer de manière proactive les obstacles aux soins, mettre en œuvre des services appropriés sur les plans culturel et linguistique et intégrer des stratégies axées sur l'équité aux initiatives d'amélioration de la qualité afin de favoriser l'obtention de résultats de santé justes et équitables pour toutes les populations.
2. Les systèmes de santé sont soumis à des pressions considérables, et l'accès aux services peut être déterminé en fonction de leurs capacités et de leurs ressources, ce qui entraîne des variations injustifiées entre les établissements. Il est important d'assurer la mise en place de systèmes permettant d'optimiser l'accès aux soins appropriés, quel que soit l'endroit où se trouve une personne au moment où elle subit un AVC.
3. Les soins urgents s'étendent à l'ensemble du continuum, au-delà de la prise en charge de l'AVC en phase aiguë. Ils comprennent l'accès aux soins de réadaptation et de rétablissement, aux services de prévention secondaire ainsi qu'aux ressources de soins communautaires et aux soins de longue durée.
4. Une collaboration interprovinciale et interrégionale doit être établie pour élaborer des processus permettant d'accroître l'accès aux services et aux ressources dans une région ou une province où ils ne sont peut-être pas accessibles.

Justification

L'AVC est l'une des principales causes de décès et d'incapacité à l'échelle mondiale. Chaque année, plus de 108 000 AVC surviennent au Canada. ² L'AVC est l'une des plus importantes causes d'incapacité chez les adultes. En 2022-2023, on estime que 969 000 personnes vivaient avec les séquelles d'un AVC au pays. ³ Le risque d'AVC au cours de la vie a aussi augmenté de 50 % dans les 20 dernières années et touche désormais une personne sur quatre. ²³ Les projections relatives au fardeau de l'AVC d'ici 2050 sont estimées à 21,43 millions de cas dans le monde, à 159,31 millions de survivantes et survivants, à 12,05 millions de décès et à 224,86 millions d'années de vie ajustées en fonction de l'incapacité due à l'AVC²⁴. Les conséquences sur la santé publique et le fardeau financier considérable de ces projections soulignent le besoin urgent de systèmes de soins de l'AVC qui sont coordonnés, efficaces, intégrés, accessibles, équitables et abordables. En 2004, la Stratégie canadienne de l'AVC a été lancée pour appeler chaque province et territoire du pays à élaborer une approche intégrée des soins de l'AVC, de la sensibilisation du public aux soins urgents et de courte durée, en passant par la réadaptation, la prévention, le rétablissement à long terme et les soins de fin de vie. La direction nationale de la Stratégie a fourni des outils et des ressources pour soutenir les efforts provinciaux, territoriaux et régionaux, notamment les *Recommandations canadiennes pour les pratiques*

optimales de soins de l'AVC, les campagnes sur les signes de l'AVC, les indicateurs de rendement et les mécanismes de collecte active de données. Chaque province, territoire et région a fait évoluer l'accès et la qualité des services liés à l'AVC à des rythmes différents, qui varient en fonction de la direction, du financement, des capacités et des ressources disponibles.

Il a été démontré que les systèmes de soins de l'AVC intégrés et coordonnés, mis en place aux échelons locaux, régionaux et provinciaux ou territoriaux, optimisent l'accès aux soins en temps opportun, favorisent l'équité et réduisent les disparités associées à l'accès aux services liés à l'AVC tout au long du continuum, optimisent les résultats et répondent mieux aux besoins des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants. Les prestataires de soins et les responsables du système de santé doivent travailler ensemble et communiquer efficacement pour assurer la continuité des soins aux personnes ayant subi un AVC et à leur famille lorsqu'elles passent à une autre phase et à un autre milieu de soins. L'équité en santé est un principe fondamental des soins de santé de haute qualité. Les disparités en matière d'accès peuvent avoir des effets défavorables sur la santé et perpétuer les inégalités systémiques. En intégrant l'équité à la pratique clinique, les systèmes de santé maintiennent les normes éthiques, renforcent la confiance et la satisfaction des personnes et contribuent à la réduction des disparités en matière de santé.

Les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC trouvent que le système de soins de l'AVC est complexe et qu'il est parfois difficile de s'y orienter. Elles soulignent le fait que la période suivant un AVC peut être difficile et déroutante pour elles ainsi que pour leur famille et leurs aidantes et aidants, ce qui rend la navigation dans le système d'autant plus difficile. Par ailleurs, elles insistent sur le fait qu'il peut être plus difficile de s'orienter dans le système en raison de facteurs tels que l'accessibilité et la disponibilité des services de soutien locaux, l'absence de services dans leur langue de préférence, les services qui ne sont pas adaptés, pertinents et appropriés sur le plan culturel, et les problèmes de communication qui existent dans le continuum de soins. Elles soulèvent aussi l'importance de tenir compte des différences relatives au sexe et au genre lors de la prestation des soins de l'AVC dans le cadre des soins centrés sur la personne. Elles encouragent les prestataires de soins de santé à travailler en collaboration avec la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidantes et aidants pour la planification du système de soins de l'AVC et la prestation des soins.

Exigences pour le système

Pour s'assurer que les personnes qui subissent un AVC sont évaluées, prises en charge et traitées rapidement, les équipes interdisciplinaires doivent avoir accès à l'infrastructure et aux ressources nécessaires. Les exigences peuvent comprendre les éléments ci-dessous, qui sont établis à l'échelle des systèmes.

1. Les systèmes de soins de l'AVC sont reconnus comme un programme prioritaire dans toutes les provinces et tous les territoires et font l'objet d'un financement dédié approprié et d'une planification des ressources humaines.
2. La coordination et la collaboration entre les partenaires de soins de santé tout au long du continuum pour fournir des soins continus en temps opportun.
3. Le décloisonnement au sein des services de soins de santé afin d'accroître l'efficacité et de permettre aux personnes ayant subi un AVC d'accéder rapidement aux services dont elles ont besoin.
4. Les systèmes de soins de l'AVC comprennent une équipe de direction et de gouvernance attitrée qui doit diriger et coordonner les services de soins de l'AVC en phase aiguë, de réadaptation et de rétablissement.
5. Le système de santé engage le dialogue avec les populations urbaines et rurales pour comprendre et cerner les obstacles qui les empêchent d'accéder en temps opportun à des services coordonnés de soins de l'AVC en phase aiguë et de réadaptation post-AVC (normes d'Accréditation Canada).

6. La conduite d'évaluations régulières pour déterminer les lacunes liées à l'accès aux soins de l'AVC et aux résultats dans le continuum.
7. La formation du personnel sur les préjugés inconscients, la sensibilisation culturelle et l'équité en santé.
8. L'élaboration de processus d'intégration des circonstances individuelles, comme les déterminants sociaux de la santé, aux flux de travail cliniques liés à l'AVC.
9. L'ouverture du dialogue avec les communautés pour concevoir conjointement des solutions qui s'attaquent aux obstacles locaux à l'accès aux services de soins de l'AVC dans le continuum de soins.
10. L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'assurance médicaments équitable et universel, déployé en partenariat avec les provinces 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.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Nombre et proportion d'hôpitaux de soins de courte durée faisant partie d'un réseau régional ou provincial de soins de l'AVC.
2. Proportion de tous les hôpitaux d'une province affiliés à un centre de soins secondaires ou tertiaires de l'AVC qui traitent l'AVC en phase aiguë.
3. Présence dans chaque région d'un système intégré d'alerte et d'intervention des SMU en cas d'AVC, fondé sur des données probantes.
4. Proportion de la population vivant à moins de 4,5, 6 et 24 heures par transport terrestre d'un hôpital en mesure de prendre en charge l'AVC en phase aiguë (c.-à-d. qui offre des services de soins de l'AVC de niveau 3, 4 ou 5 des *Recommandations*, qui possède un tomodensitomètre et qui a la capacité d'administrer un traitement par thrombolyse intraveineuse).
5. Nombre et proportion de régions géographiques au pays ayant accès à des spécialistes cliniques en neurologie des AVC, en neurochirurgie, en neuro-intervention et en réadaptation post-AVC dans les délais prévus par les lignes directrices pour obtenir les soins de l'AVC nécessaires.
6. Nombre et proportion de centres de soins de l'AVC qui soumettent régulièrement des données dans une base de données conçue pour l'amélioration de la qualité des soins de l'AVC, laquelle est consultée périodiquement pour orienter la planification et la prestation des soins.
7. Montant des fonds de recherche consacrés annuellement à l'AVC au Canada.
8. Nombre de centres de soins de l'AVC qui participent activement aux essais cliniques sur l'AVC chaque année.
9. Proportion de centres de soins de l'AVC ayant une vaste équipe interdisciplinaire composée de professionnels de la santé possédant des connaissances spécialisées en AVC, et proportion de centres ayant des postes vacants pour une durée prolongée ou des lacunes en matière d'expertise.
10. Disponibilité et utilisation de méthodes ou de protocoles cliniques dans les centres de soins de l'AVC fondés sur les modules des *Recommandations* (p. ex. triage et transport par les SMU, évaluation et imagerie d'urgence initiales, thrombolyse intraveineuse, soins à l'unité de prise en charge de l'AVC, évaluations des besoins en matière de réadaptation).

Indicateurs de processus

1. Temps écoulé entre la publication de nouvelles données ou le lancement de nouvelles technologies et de nouveaux traitements liés à l'AVC (p. ex. thrombolyse tardive, dispositifs de suivi portatifs) et leur intégration aux méthodes de soins.
2. Participation du personnel aux activités de perfectionnement professionnel continu lié à l'AVC.
3. Proportion des centres de soins de l'AVC au pays ayant du personnel affecté à la coordination des systèmes de soins de l'AVC.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC inscrites à des études sur l'AVC au pays chaque année parmi les centres qui participent activement à la recherche.
2. Qualité de vie des personnes ayant subi un AVC en phase aiguë après leur congé de l'hôpital, mesurée régulièrement ainsi qu'aux points de transition tout au long du rétablissement (p. ex. 60, 90 et 180 jours et 1 an après le congé).

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

- 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/>
- CorHealth Ontario. *Smart Tips for Stroke Care: A healthcare providers guide to caring for a person with stroke* (en anglais seulement) : <https://www.corhealthontario.ca/resources-for-healthcare-planners-&-providers/stroke-general/smart-tips-for-stroke-care%20>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidants 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. *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>
- Info AVC : <http://www.strokingengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes

In Canada, there is no national legislation specifically mandating or regulating stroke systems of care, unlike in some countries where legislation explicitly governs stroke networks. However, stroke systems of care are strongly supported through national frameworks, provincial health authorities, and evidence-based clinical guidelines. Key governance mechanisms include 1) the Canadian Stroke Best Practice Recommendations (CSBPR), 2) provincial and territorial stroke strategies, such as the Ontario Stroke System (Ontario Health) and the Alberta Stroke Program, which coordinate stroke care delivery, regional stroke centres, EMS protocols, and quality improvement initiatives, 3) standardized performance measurement frameworks and data monitoring mechanisms, such as CIHI stroke special projects, 4) Accreditation Canada, whereby hospitals, whose participation is voluntary, are assessed on their adherence to best practices, and 5) EMS bypass protocols that support stroke-specific bypass protocols, ensuring individual with stroke are transported to facilities with appropriate levels of care (e.g., PSC or CSC).

A clearly defined network of acute care hospitals is essential for the delivery of timely and effective stroke care. In Canada, the network includes 1) comprehensive stroke centres (CSC, n=42), which provide advanced neuroimaging (CT/MRI, perfusion, angiography), 24/7 endovascular thrombectomy (EVT) services, neurosurgery and neurocritical care, acute stroke units, rehabilitation, and secondary prevention, 2) Primary Stroke Centres (PSCs), which can deliver emergent stroke care, including 24/7 access to CT imaging and interpretation, intravenous thrombolysis, and can admit individual with stroke to an acute stroke unit or designated stroke beds. In PSCs, individual with stroke requiring EVT or neurosurgical intervention may be transferred to a CSC, and 3) District Stroke Centres (DSCs), capable of providing an initial assessment and stabilization, particularly in rural or smaller communities, but which may not have full imaging or thrombolysis capability but are integrated within a stroke referral network with EMS bypass protocols and telemedicine support.

An ideal stroke system of care is defined as one that is comprehensive, diverse and longitudinal, one that addresses all aspects of stroke care within an integrated, organized and coordinated approach. A stroke system spans the continuum of care from primary prevention to end of life and is composed of many components. Specific key elements of an acute system include the provision of care on a stroke unit, the availability of CT or MRI and carotid doppler imaging for individual with stroke, and access to neurosurgical services. The ideal system also incorporates performance monitoring, continuous quality improvement, and structured transitions from acute care to rehabilitation and long-term recovery, with a focus on secondary prevention and community reintegration. The benefit of the application of this bundle of acute stroke services was examined in a retrospective study including data from 319,972 individuals hospitalized for stroke/transient ischemic attack (TIA) in Canada over a 10-year period (2003/04 to 2013/14). Provinces with integrated stroke care systems were identified using pre-specified criteria. The adjusted incidence rate ratio for 30-day mortality was 0.96 (95% confidence interval [CI] 0.89–1.04) was significantly lower for provinces with integrated systems of stroke care (British Columbia, Alberta,

Ontario, Quebec, Nova Scotia, and Prince Edward Island) compared with those without such systems.⁴ In a systematic review including the results from 99 studies, Eustace et al.²⁵ reported that integrated stroke care was associated with significantly reduced risk of recurrent stroke (relative risk [RR]=0.79, 95% CI 0.63–1.00), significant improvements in quality of life (standardized mean difference [SMD]=0.41, 95% CI 0.26–0.56), and a reduced incidence of depression (RR= 0.95, 95% CI 0.92–0.99), with no significant reductions in mortality (at 90 days, one year or >one year), major bleeding or unplanned readmissions. Interventions assessed within the individual studies were wide ranging. Examples included screening for complications, quality of life, and depression, counselling for lifestyle changes, secondary prevention counselling, medication adherence, interviews and education (web-based training) for caregivers and individual with stroke, standardized care pathway, very early mobilisation, early supported discharge, telerehabilitation exercise, individualised transitional care model based at home, patient/family education, and an interdisciplinary poststroke consultation team, among others.

In another systematic review including the results of 19 RCTs, Liu et al.²⁶ examined the effectiveness of stroke-specific integrated care (IC) models defined by 10 core principles, in comparison to conventional care. Examples of interventions included very early supported discharge programs, a virtual interdisciplinary stroke care clinic, integrated palliative care, an integrated interdisciplinary geriatric rehabilitation programme, stroke secondary prevention, combining hospital and community resources, an integrated primary care management programme, and a transitional care program for individuals with strokes. Integrated care was associated with significant improvements in health-related quality of life (SMD= 0.69, 95% CI 0.35 to 1.02), activities of daily living performance (SMD=0.95, 95% CI 0.48 to 1.43) and depression (SMD=-1.02, 95% CI -1.77 to -0.26).

Public awareness and emergency response are important components of stroke systems, as early recognition of symptoms and timely response can significantly reduce stroke-related disability and death. Since 2014, the Heart & Stroke Foundation of Canada has led a nationwide FAST (Face, Arm, Speech, Time) campaign to improve recognition of stroke symptoms and encourage immediate action.

Awareness in Canada has roughly doubled over ten years, with nearly 60% of Canadians now able to recall at least two FAST signs, and 80% reporting that they would call 911 if they suspected a stroke.²⁷ Adaptations of the campaign have also been developed for populations disproportionately impacted by inequities. A 3-year community engagement FAST campaign, initiated by the Northwestern Ontario Regional Stroke Network, was adapted for Indigenous children to raise awareness of stroke symptoms and the importance of prompt response. The centerpiece of the campaign was a creative educational product in the form of an 11.5-minute DVD titled Act F-A-S-T 1-2-3! featuring an indigenous elder in the role of a storyteller.²⁸

Emergency Medical Services (EMS) transport protocols and bypass agreements ensure that individual with stroke are rapidly transported to the most appropriate hospital with the capabilities to manage their specific needs. These protocols help EMS personnel identify potential cases of stroke in the field, assess stroke severity using standardized tools, and determine whether to bypass local hospitals in favor of a CSC or thrombectomy-capable hospital. Bypass agreements reduce treatment delays for individual with stroke eligible for procedures such as endovascular thrombectomy (EVT), by streamlining prehospital triage and transport. For example, the Acute Stroke Medical Redirect Paramedic Protocol (ASMRPP), legally empowers paramedics to bypass local hospitals and transport individuals with stroke directly to designated stroke centres when time and geography allow, significantly improved triage accuracy and treatment delivery.²⁹ Direct transport by EMS to hospitals with on-site revascularization capability has been shown to improve treatment rates among eligible individual with stroke in other countries.^{30, 31}

Stroke rehabilitation is a vital component of a comprehensive stroke system of care, as it facilitates recovery, reduces long-term disability, and improves overall quality of life for individuals recovering from strokes. Rehabilitation begins in the acute phase, ideally within dedicated stroke units, where early mobilization and therapy assessments are associated with improved outcomes.³² Following discharge, individual with stroke may transition to inpatient rehabilitation facilities, outpatient programs, or home-based services depending on their needs and functional status. Regardless of the setting, an extensive array of rehabilitation interventions has been shown to improve functional outcomes, psychosocial and

participation outcomes, communication and cognition, and reduce medical complications.^{33, 34} Within a stroke system of care, the inclusion of standardized rehabilitation pathways and assessments, coordinated discharge planning, and timely follow-up ensures continuity across care settings and supports patient-centered recovery goals. This continuum is particularly important in Canada, where geography and access disparities make organized, tiered systems of stroke care—including specialized rehabilitation units—essential for equitable service delivery.

Stroke secondary prevention services aim to reduce the risk of recurrent events. The risk of a stroke following TIA or stroke were estimated to be 5% and 9%, respectively within 90 days.^{35, 36} Effective secondary prevention requires coordinated interdisciplinary care, emphasizing aggressive risk factor management (e.g., hypertension, atrial fibrillation, diabetes), and patient education. Patients who have experienced a minor stroke or TIA are unlikely to be admitted to hospital and will receive preventative care in stroke prevention clinics (SPC), during primary care visits with their family physician or through community-based programs. The use of rapid TIA clinics has been associated with a decreased risk of stroke recurrence.^{37, 38} Across Canada, there are approximately 119 SPCs offering rapid outpatient assessment and management following a TIA or minor stroke. In Ontario there are 41 SPCs, and 29 across the three prairie provinces, serving as key access points within the provincial stroke system.³⁹ These clinics are located across all regions to ensure that nearly 87% of Canadians live within a one-hour drive of an SPC; however, only 69.2% have access to a service that operates 5-7 days a week. For individuals with stroke admitted to hospital, there are regional stroke centres with embedded SPCs, and inpatient and outpatient programs have been integrated into some inpatient rehabilitation settings, where individuals with stroke can receive tailored counseling on diet, exercise, smoking cessation, and medication adherence. In all of these settings, individuals with stroke may also receive services using virtual technologies. For example, Ontario Telemedicine Network (OTN) and BC Virtual Health support secondary prevention outreach in remote communities. Some SPCs also offer virtual consultations and follow-up.

As a component of a comprehensive stroke system of care, advance care planning (ACP) ensures that individual with stroke' values, goals, and preferences guide medical decisions throughout the care continuum. Integrating ACP into stroke care allows healthcare providers to align treatments with patient wishes, avoid unwanted or non-beneficial interventions, and improve satisfaction among individual with stroke and families. In the broader stroke system, standardized processes for ACP promote consistency, support ethical decision-making, and help coordinate care across settings, from acute management to rehabilitation and long-term support. ACP interventions have been associated with higher levels of self-reported ACP engagement and increased ACP documentation in the electronic health record.⁴⁰ Despite its importance, ACP engagement was reported to be low in a telephone survey of 50 patients who had experienced stroke or TIA, and 17 surrogates, in the United States. Engagement across individual 4 ACP behaviors ranged from 10% to 50%, including naming a surrogate decision-maker (46%), discussing wishes with a surrogate (50%), discussing wishes with a clinician (10%) and completing an advance directive (34%).⁴¹

Early integration of palliative care can reduce emotional distress, and facilitate informed decision-making, especially in cases where prognosis is uncertain or complex. Within a coordinated stroke system, access to palliative care ensures a patient-centered approach across all phases of care, including the transition to end-of-life support when needed. Lank et al.⁴² reported that both informal and formal/ACP interventions were both associated with a shorter time to "comfort measures only" status following stroke compared with no intervention.

Canada provides palliative care services through multiple settings. Care is delivered in home-based programs, in hospitals, where many institutions have designated palliative care units and consultation teams that address complex symptom management and end-of-life care, and in residential hospices and long-term care homes offer 24/7 specialized or shared palliative care in a supportive, home-like environment, often staffed by care providers and volunteers. Provincial organizations such as Hospice Palliative Care Ontario often coordinate these services, fostering integration between primary and specialist palliative care. Despite these programs, access varies widely across Canada, which averages fewer than four hospice beds per 100,000 people, well below recommended benchmark of 7 beds.⁴³ People in rural and remote regions face the greatest service shortages. The 2019 Federal Action Plan

seeks to address these gaps by improving data collection, expanding services (especially in underserved communities), and reinforcing culturally safe care. ⁴⁴ Five years later, progress continues to be made, but more work is needed. ⁴⁵

Sex & Gender Considerations

There are sex differences in stroke risk factors and outcomes. Traditional risk factors including atrial fibrillation, hypertension, diabetes, hyperlipidemia have been shown to confer a higher stroke risk in women, when present. ⁴⁶⁻⁴⁸ Sex-specific risk factors such as pregnancy-related factors, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy increases a women's risk of stroke. The prevalence of stroke mimics is also higher in women. ⁴⁹ Women tend to be under-represented in stroke clinical trials. ⁵⁰ In terms of stroke outcomes, there is conflicting evidence as to whether there is a sex difference in case fatality, after adjusted for comorbidities, stroke severity and age, although more women die of stroke than men. ⁵¹ Women tend to experience worse functional outcomes, higher levels of disability, and lower quality of life after stroke compared with men. ⁵²⁻⁵⁴ As stroke systems of care are developed and the key components implemented, it will be important to take into account and integrate sex and gender as well as other equity-deserving groups.

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 2 Sensibilisation à l'AVC, reconnaissance et intervention

2. Sensibilisation à l'AVC, la reconnaissance et l'intervention : recommandations de 2026

- i. Des systèmes de soins de l'AVC organisés et intégrés doivent être mis en place et maintenus dans chaque région sanitaire du Canada pour permettre une prise en charge d'urgence de l'AVC rapide, notamment une campagne de sensibilisation du public, un système d'urgence public (comme le 9-1-1), et des systèmes de surveillance qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé, de l'âge, du sexe et des populations de diverses identités de genre. Ces systèmes doivent aussi être accessibles et adaptés sur le plan culturel [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la section 3 du module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.](#)⁷
- ii. L'ensemble de la population et des prestataires de soins doivent savoir qu'un AVC est une urgence médicale [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Dans le cadre de l'éducation du public et des prestataires de soins de santé, on doit mentionner que l'AVC peut frapper à n'importe quel âge [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Dans le cadre de l'éducation du public et des prestataires de soins de santé, on doit souligner les bienfaits de la reconnaissance et de la prise en charge d'urgence précoces, même si les symptômes commencent à disparaître [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
- iii. Les campagnes de sensibilisation et l'éducation du public et des prestataires de soins de santé doivent mettre l'accent sur la reconnaissance des signes et des symptômes de l'AVC, notamment en utilisant un acronyme comme VITE (Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence) pour faciliter la prise de conscience et le rappel de ces signes [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
 - a. Le public et les prestataires de soins de santé doivent réagir immédiatement lorsqu'une personne présente des signes ou des symptômes d'AVC en appelant le 9-1-1 ou le numéro local des services d'urgence [recommandation forte; qualité modérée des données probantes], même si les signes ou les symptômes disparaissent.
 - b. Le public doit savoir qu'il est impératif de suivre les instructions fournies par les SMU, comme le personnel paramédical (ambulance) et le centre de répartition [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Une évaluation et une surveillance continues de la sensibilisation du public aux signes de l'AVC doivent être mises en œuvre dans toutes les régions [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Justification

Bien que l'AVC soit une urgence médicale, de nombreuses personnes ne le reconnaissent pas comme tel, ou attribuent les signes et les symptômes à un problème de santé moins grave et tardent à consulter un médecin. La reconnaissance rapide des symptômes de l'AVC est d'une importance capitale afin d'appeler en temps opportun les SMU et obtenir les traitements urgents nécessaires, comme une thrombolyse ou une thrombectomie. Il a été démontré que les campagnes de sensibilisation du public, dont celles qui visent à promouvoir l'acronyme VITE (Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence), favorisent la reconnaissance de l'AVC et augmentent la probabilité d'une intervention rapide. En moyenne, deux millions de neurones meurent chaque minute après l'apparition des symptômes et entraînent ainsi des lésions cérébrales permanentes.⁵⁵ La reconnaissance tardive des symptômes de l'AVC est associée à des résultats fonctionnels moins bons

et à une mortalité accrue. C'est pourquoi il est impératif de maintenir les efforts d'éducation du public. L'accident ischémique transitoire (AIT) est aussi considéré comme une urgence médicale et nécessite une évaluation et un traitement rapides. Ces recommandations s'appliquent dans toutes les régions géographiques du pays, et l'éducation doit elle aussi être accessible de façon uniforme et être accompagnée de démarches ciblées adaptées aux besoins de différentes populations, notamment sur les plans culturel et linguistique, sans tenir compte des enjeux locaux de temps d'accès aux soins.

Les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC soulignent l'importance de reconnaître les signes, les symptômes et les facteurs de risque de l'AVC, tant pour les membres de la communauté que pour les prestataires de soins de santé. Elles estiment que les signes VITE ont une importance capitale et qu'il est essentiel de connaître les autres signes et symptômes éventuels. Elles insistent sur l'importance de poursuivre les recherches, en particulier chez les femmes et les différents groupes d'âge. L'éducation continue et ciblée sur les signes et symptômes de l'AVC est essentielle pour favoriser l'accès aux soins appropriés, et doit être accessible dans des contextes adaptés sur le plan culturel. L'accent doit être mis sur la nécessité de déstigmatiser l'AVC et de reconnaître que celui-ci peut survenir à tout âge.

Exigences pour le système

Pour s'assurer que les personnes qui subissent un AVC sont évaluées, prises en charge et traitées rapidement, les équipes interdisciplinaires doivent avoir accès à l'infrastructure et aux ressources nécessaires. Les exigences peuvent comprendre les éléments ci-dessous, qui sont établis à l'échelle des systèmes.

1. Le gouvernement doit fournir du financement et du soutien pour les initiatives de sensibilisation en vue d'améliorer la reconnaissance et le rappel des signes de l'AVC (p. ex. VITE, une pratique exemplaire à l'échelle mondiale), ainsi que de souligner l'importance de composer immédiatement le 9-1-1. Les campagnes de sensibilisation et d'éducation doivent cibler en priorité les communautés qui connaissent moins les signes de l'AVC et qui présentent un risque accru d'AVC. Ces communautés doivent être informées de manière collaborative, par l'entremise d'activités d'engagement communautaire.
2. Les organismes communautaires et les professionnels de la santé doivent collaborer davantage afin d'assurer l'uniformité des campagnes d'éducation du public aux signes de l'AVC, notamment en mettant fortement l'accent sur l'importance d'une intervention rapide dès que l'on reconnaît ces signes.
3. Les campagnes de sensibilisation doivent être axées sur l'équité, et l'éducation en matière d'AVC doit être adaptée à la culture des populations ciblées.
4. Des formations et de l'éducation doivent être fournies au personnel des SMU, des services des urgences et des hôpitaux; aux étudiantes et étudiants en médecine et en soins infirmiers; aux médecins en soins primaires et de courte durée; aux médecins spécialistes; au personnel infirmier; et au personnel paramédical en vue d'augmenter leur capacité à reconnaître les personnes subissant potentiellement un AVC et à favoriser une évaluation et une prise en charge rapides.
5. Des systèmes complets doivent être mis en place pour assurer à toute la population un accès rapide à des SMU adéquats, y compris des soins ambulatoires (p. ex. des services en consultation externe, des services des urgences, des centres de santé communautaires et des postes de soins infirmiers) qui ne sont pas trop onéreux, ainsi qu'à des soins de l'AVC de qualité, quelle que soit la région géographique.
6. La sensibilisation à l'AVC et sa surveillance doivent être améliorées dans toute la population au pays. Les systèmes de santé et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent recueillir des données de surveillance de la santé et des facteurs sociaux en fonction des populations et des régions, et les utiliser pour mieux comprendre les problèmes de santé et sociaux touchant la population au pays, afin de permettre une amélioration de la qualité.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Proportion de personnes chez qui l'on présume un AVC ou un AIT et qui sont transportées à l'hôpital par du personnel paramédical.
2. Proportion de SMU qui utilise le dépistage en deux étapes de l'AVC comprenant à la fois les signes VITE de l'AVC et le dépistage d'une éventuelle occlusion de gros vaisseaux.

Indicateurs de processus

1. Proportion des personnes ayant subi un AVC qui communiquent avec un membre du système de santé dans les 4,5, 6 ou 24 heures suivant l'apparition des symptômes de l'AVC.
2. Temps médian écoulé (et écart interquartile) entre l'apparition des symptômes de l'AVC et la première communication avec les SMU, soit l'heure à laquelle a eu lieu l'appel au 9-1-1 ou au centre de répartition des SMU locaux.
3. Proportion de personnes subissant un AVC qui arrivent à l'hôpital en ambulance après l'apparition des symptômes de l'AVC.
4. Temps médian écoulé (en heures) entre l'apparition des symptômes de l'AVC et l'arrivée dans un service des urgences pour toutes les personnes chez qui l'on présume un AVC se présentant à l'hôpital.
5. Temps médian écoulé (en heures) entre l'arrivée dans un service des urgences et la thrombolyse intraveineuse (intervalle entre l'admission et la thrombolyse) pour toutes les personnes chez qui l'on présume un AVC.
6. Temps médian écoulé (en heures) entre l'arrivée dans un service des urgences et l'établissement de l'accès artériel pour la thrombectomie endovasculaire (intervalle entre l'admission et la ponction artérielle) pour toutes les personnes chez qui l'on présume un AVC. Temps médian écoulé entre l'arrivée dans un service des urgences et le transfert vers un hôpital offrant des services de soins de l'AVC de niveau supérieur pour effectuer une thrombectomie endovasculaire (intervalle entre l'admission et la sortie).

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

1. Proportion de la population (et de sous-groupes particuliers) qui connaît les signes de l'AVC présentés dans la campagne VITE/FAST).

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

- 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>
- World Stroke Organization (en anglais seulement) : <http://www.world-stroke.org/>

- Info AVC : <http://www.strokingengine.ca/fr/>

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

- Cœur + AVC. Infographie sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë : https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbpr7_infographic_acutestrokemanagement_fr_final.pdf?rev=1427a02fca494a10a990adabb2842ea1
- Cœur + AVC. Infographie sur la prévention secondaire de l'AVC : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr7-infographic-secondaryprevention-final-fr.ashx?rev=-1>
- 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. Qu'est-ce qu'un AVC? : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc>
- Cœur + AVC. Accident ischémique transitoire : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc/les-types-d-avc/ait>
- Cœur + AVC. *Votre cheminement après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Info AVC : <http://www.strokingengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes

Failure to recognize the signs of an acute stroke, either by the persons witnessing one, or the person experiencing one can delay the time to contact emergency services, which may in turn decrease a patient's opportunity to receive time-sensitive treatments. The results from many cross-sectional surveys indicate that, among members of the general public, knowledge of the signs and symptoms associated with stroke remains disappointingly low. Lundelin et al.⁵⁶ conducted telephone surveys of 11,827 adults living in Spain who had participated in the Study on Nutrition & Cardiovascular Risk in Spain to assess their ability to identify stroke symptoms, including sudden confusion or trouble speaking, numbness of face, arm or leg, sudden trouble seeing in one or both eyes, sudden chest pain (decoy), sudden trouble walking, dizziness or loss of balance or severe headache. 65.2% of the participants could correctly identify 4-6 symptoms of stroke, although only 19% could identify all 6 symptoms correctly and 11.4% were unable to identify a single symptom. 81.1% of participants indicated that they would call an ambulance if they suspected someone was having a stroke. Persons who could identify more stroke symptoms were more likely to call for an ambulance. Mochari-Greenberger et al.⁵⁷ surveyed 1,205 women aged ≥25 years living in the United States, who had participated in the American Heart Association National Women's Tracking Survey. Participants were contacted by telephone and asked standardized questions related to stroke warning signs and actions to take in the event of stroke. Sudden weakness and/or numbness of the face or limb of one side was the most commonly cited symptom (51%). Loss of/trouble with understanding speech was also frequently recognized as a symptom among 44% of respondents, while headache, unexplained dizziness and loss of vision in one eye were recognized by fewer women (23%, 20% and 18%, respectively). One in 5 women could not name a stroke warning sign. In a survey of 790 respondents who were friends and family members of patients at a Canadian vascular outpatient clinic waiting room, who were sampled on two occasions 5 years apart, over 80% of participants were able to identify ≥1 stroke risk factor.⁵⁸ Trouble speaking and weakness, numbness or paralysis were the signs identified most frequently. The results of surveys conducted by random sampling of members of the general community in Saudi Arabia⁵⁹ and New Zealand⁶⁰ also indicate that most people were familiar with at least one stroke risk factor and almost 80% recognized slurred speech and weakness as stroke

symptoms. In Thailand, 133 of 281 survey participants (47%) had good knowledge of stroke awareness and were able to identify 3-5 signs of stroke based on the BE FAST mnemonic; however, only 65% of participants responded "immediately" when questioned how fast they should come to the ER if they suspected an acute stroke.⁶¹

The number of public health campaigns designed to increase the recognition of the signs and symptoms of stroke has increased over the past decade. One of the most recognized programs is FAST. The results of several studies indicate that persons exposed to these campaigns become more aware of the signs and symptoms of stroke. Response to the FAST campaign (television + public transit displays), which ran from 2009 intermittently through 2014 in the UK⁶² was associated with significantly increased use of EMS services for major stroke (58.8% before April 1, 2009, vs. 78.9% after April 1, 2009) and first medical attention was sought more quickly (within 3 hours) after April 1, 2009 (67.6% vs. 81.3%; OR=2.08; 95% CI, 1.40-3.11). The effect of a 27-month long public awareness campaign, designed to increase knowledge of the Swedish translation of FAST was less successful.⁶³ From pre-campaign (survey 1) to end of the campaign (survey 8), the number of persons who had heard of FAST increased from 15%-50%. The percentage of respondents who could recall all keywords in the mnemonic increased from 0.3% to only 2%, while those who could recall some/all keywords in the mnemonic had increased from 4% to 14%.

Bray et al.⁶⁴ surveyed 12,439 individuals ≥ 40 years of age from the general population in Australia and reported that from 2004 to 2010, there had been a significant increase in the number of respondents who were aware of the national multimedia stroke awareness campaigns (31% vs 50%), which included FAST and in the number of participants able to name ≥ 1 (69% vs 81%), ≥ 2 (43% vs 63%), and ≥ 3 (19% vs 32%) warning signs of stroke. Respondents who could identify ≥ 2 warning signs were significantly more likely to be aware of the campaign (odds ratio [OR]= 1.88, 95% CI 1.74 to 2.04). Bray et al.⁶⁵ reported increases in the monthly volumes of ambulance dispatches for stroke associated with 12 National Stroke Foundation multimedia regional public awareness campaigns (2004-2014). The increases ranged from 1.0 to 9.9%. In one year (2006) there was a decrease of 2.2% in call volumes.

Trobbiani et al.⁶⁶ compared public stroke awareness campaigns in Australia (FAST), England (Act FAST), and Canada (Heart and Stroke Foundation's campaign) to evaluate their structure, delivery, and messaging. Using a qualitative review of campaign materials and implementation strategies, the study assessed the consistency and emphasis of stroke warning signs and emergency response messages. The authors found that while all three campaigns used similar core messages based on the FAST acronym, their delivery varied in intensity, duration, and use of mass media. Sixty-eight per cent of people in Australia and 57% in Canada could name two or more signs of stroke. After the campaign, knowledge of each of the FAST elements was significantly greater in England than in Australia. A high proportion of participants reported that they would call emergency services in the event of a stroke (97% in England, 90% in Australia, and 67% in Canada). In Quebec, among 2,451 unique respondents, after four waves of public health campaigns, there was a 26% improvement in FAST stroke sign knowledge, although 30.5% of participants were still unable to name a single FAST sign. Lower socioeconomic status (education and income) was associated with poorer performance as was male sex.⁶⁷

Hickey et al.⁶⁸ evaluated the impact of Ireland's FAST public health campaign on population awareness of stroke warning signs, risk factors, and emergency response behavior. Using data from national cross-sectional telephone surveys conducted before and after the campaign, the authors compared responses from over 2,000 adults. There was a significant increase in recognition of stroke warning signs (particularly facial weakness and speech problems) and appropriate action (calling emergency services) following the campaign; however, the ability to identify 2 or more stroke risk factors did not improve.

Of 174 participants in the United States who were randomized to an educational session on either FAST or BE FAST, a significantly higher percentage of participants recalled all items in the FAST group (75% vs. 30.2% at 3-5 minutes; 70.5% vs. 41.9% 60 minutes and 51.1% vs. 24.4% at 30 days).⁶⁹

A systematic review & meta-analysis including the results from 13 studies including 113,592 adults recruited from the general population. The effects of stroke education using mass media campaigns on stroke symptom recognition and intention to call emergency medical services, were evaluated. Pooling the results from 5 studies, mass media campaigns increased the likelihood of symptom recognition compared with pre-campaign by 20%. Mass media campaigns also increased the likelihood that people would call EMS, by 19%.⁷⁰

Mass media campaigns have also been shown to be associated with increases in the use of thrombolytic agents following acute stroke. Advani et al.⁷¹ reported the average number of patients treated with alteplase increased significantly from 7.3 to 11.3 patients per month (an increase of 54.7%, $p=0.02$) during the period from the 12 months preceding the mass media intervention, featuring the FAST mnemonic, to the 6 months afterwards. The average number of patients treated in the ER increased significantly from 37.3 to 72.8 patients per month (an increase of 95.7%, $p<0.001$) during the same period. Although the mean number of patients treated with t-PA dropped to 9.5 per month after the first 6 months of the campaign, it was still significantly higher than the preceding 12 months. In a telephone survey including 1,400 participants, the number of people who could name any stroke symptom increased from 66% to 75%. Of those who could name a symptom, 52% recognized facial droop, 42% named speech difficulties and 42% named arm weakness.

Sex & Gender Considerations

Women have been reported to have better knowledge of stroke symptoms and stroke risk factors and learn more from public stroke awareness campaigns.⁷² Marx et al.⁷³ reported that prior to a mass media campaign designed to improve stroke recognition and response, significantly more women than men could correctly answer the question "where does stroke happen in the body?" and knew the stroke emergency call number to call. Following the intervention, while the number of men and women who could answer the two questions correctly increased, although the percentage change from pre to post intervention was higher for women. There were increases in the mean number of stroke warning signs that could be named before and after the intervention (women: 5.4 to 6.2; men: 5.1 to 5.9). Following a public health campaign conducted in Ontario, significantly more women could identify ≥ 2 stroke warning signs.⁷⁴

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 3 Planification intégrée des soins de l'AVC, transitions des soins et communication

3. Planification intégrée des soins de l'AVC, transitions des soins et communication : recommandations de 2026

Remarques :

- Les soins intégrés nécessitent une communication interdisciplinaire, une coordination et une planification globale avec la personne ayant subi un AVC, ses aidantes et aidants et les services de soutien. La collaboration permet le partage de la responsabilité lorsque la personne ayant subi un AVC navigue dans les transitions et passe d'un milieu de soins à un autre (<https://www.who.int/fr>).
- Lorsque les transitions de soins comportent des lacunes, les personnes risquent de subir une fragmentation des soins, de connaître des retards liés aux soins, de recevoir des soins de moins bonne qualité, de vivre des expériences défavorables, de voir leur sécurité compromise et de présenter des événements médicaux indésirables (<https://cihr.ca/>).
- L'évaluation personnalisée et la planification de soins de l'AVC font référence à une approche sur mesure axée sur les besoins, les préférences et les objectifs particuliers de chaque personne.
- Ce module porte sur deux types de transitions : 1) la transition d'un prestataire, d'une équipe ou d'un milieu de soins à un autre (p. ex. de l'unité de soins de courte durée en milieu hospitalier au service de réadaptation en milieu hospitalier; transfert vers un autre hôpital de soins de courte durée); 2) la transition vers un milieu communautaire (p. ex. retour à la maison avec ou sans services d'aide à domicile; transfert dans un établissement de soins de longue durée ou une résidence).
- Voir la section « Définitions et descriptions » de l'introduction pour obtenir de plus amples renseignements.

Voir l'[encadré 3](#) de la présente section pour obtenir une liste de vérification des renseignements à inclure dans la feuille sommaire d'hospitalisation, et voir la [première partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations](#).⁸

3.0 Principes généraux des soins de l'AVC intégrés

- i. La planification de soins intégrés et une communication efficace sont essentielles aux soins de l'AVC et doivent faire partie de la planification et de la prestation de tous les soins de l'AVC afin de répondre aux besoins personnels; de promouvoir la continuité des soins, la sécurité, le rétablissement optimal, la prise de décision partagée; et de réduire le risque de complications et d'événements indésirables à tous les points de transition [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les soins intégrés et les transitions de soins incombent à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire de prise en charge de l'AVC désignée. Le rôle des membres de l'équipe doit être clairement établi afin de s'assurer que chacune et chacun connaît ses responsabilités en matière de prise en charge des transitions et d'éliminer les lacunes éventuelles dans les soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. L'équipe interdisciplinaire doit faire participer activement la personne ayant subi un AVC, les membres de sa famille et ses aidantes et aidants à l'examen et à la mise à jour du plan de soins, et discuter des progrès, des préoccupations et de la planification des transitions [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

- a. Le plan doit être revu régulièrement et mis à jour pour refléter les changements de l'état fonctionnel ou de santé de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- b. L'utilisation de modalités virtuelles peut être envisagée pour faciliter la participation [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Les éléments suivants d'une transition efficace et intégrée doivent être pris en considération chez les personnes ayant subi un AVC :
 - a. Évaluation complète des antécédents médicaux, des capacités physiques et cognitives, du bien-être émotionnel, des besoins culturels et linguistiques ainsi que des facteurs environnementaux et sociaux de la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Élaboration et révision d'un plan de transition axé sur les objectifs de concert avec la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidantes et aidants [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - c. Communication interdisciplinaire et coordination des soins avec partage de la responsabilité du transfert de l'information en temps opportun et soutien pour les transitions, en assurant la continuité quant à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans de soins individuels [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - d. Inclusion de la planification et des processus en lien avec les transitions dans les flux de travail habituels, en établissant clairement les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire pour des transitions de soins réussies à toutes les étapes et dans tous les milieux [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - e. Processus efficaces et ressources adéquates pour effectuer les transitions en temps opportun en respectant les points de référence fondés sur des données probantes; et flexibilité intégrée pour permettre aux personnes d'accéder à nouveau aux soins ou d'adapter leur plan de soins personnel en fonction de l'évolution de leur situation [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - f. Outils et processus structurés pour assurer un transfert harmonieux de l'information entre les points de transition et les équipes de prestataires [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - g. Protocoles permettant l'évaluation et la fourniture rapides de l'ensemble des médicaments, équipements, outils (y compris les outils de communication) et adaptations structurelles dont les personnes ayant subi un AVC ont besoin pour effectuer des transitions harmonieuses et en temps opportun [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - h. Formation visant à renforcer les habiletés et les compétences des membres de l'équipe de prise en charge de l'AVC afin de répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC et de leur famille en matière de transition dans le continuum de soins et dans divers milieux [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - i. Éducation visant à renforcer les habiletés et les compétences des personnes ayant subi un AVC et de leur famille de manière continue [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la [section 5](#) du présent module pour obtenir de plus amples renseignements.*
 - j. Accès à une personne-ressource désignée (comme un membre du personnel de coordination) capable d'offrir un soutien continu et un accès aux ressources communautaires et de prendre des mesures relatives aux réévaluations effectuées par les prestataires de soins de santé au besoin (p. ex. services de soins à domicile, accès

	au médecin de premier recours, évaluations de l'aptitude à la conduite automobile) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
k.	Évaluation de la capacité des aidantes et aidants à répondre aux besoins particuliers de la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. <i>Voir les sections 7, 8 et 9 de la première partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.⁸</i>
l.	Utilisation optimale des technologies existantes et émergentes pour faciliter l'accès aux soins, aux ressources et à l'information tout au long du continuum de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. <i>Voir la trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements⁷⁵.</i>
m.	Dossiers de santé électroniques fonctionnels et intégrés dans le continuum de soins, accessibles à tous les prestataires de soins de santé participant aux soins de l'AVC ainsi qu'aux personnes ayant subi un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
n.	Mécanismes rigoureux de collecte de données pour surveiller la qualité des soins et le rendement par rapport aux points de référence, et mise en place de processus pour examiner les données et apporter des améliorations à la prestation des soins continus [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. <i>Remarque : Chaque série de recommandations contenues dans les modules des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC comprend un ensemble précis d'indicateurs de rendement axés sur la patiente ou le patient, et de mesures de la structure, des processus et des résultats afin de favoriser le suivi et l'amélioration de la qualité.</i>
v.	Les spécialistes de la prise en charge de l'AVC doivent aider les personnes ayant subi un AVC à participer activement à la prise de décision concernant leurs soins, idéalement en utilisant des outils d'aide à la décision fondés sur des données probantes avant et pendant les consultations pour faciliter le processus de prise de décision partagée [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
vi.	L'équipe soignante doit revoir le plan de soins avec la personne ayant subi un AVC et sa famille au moins une fois par semaine et aux points de transition en l'actualisant pour refléter les besoins changeants, ce qui peut comprendre l'évolution des besoins et des objectifs, les progrès du rétablissement et les modifications de l'état de santé [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
vii.	Des rencontres entre la famille et l'équipe de soins intégrés doivent être envisagées pour discuter du plan de soins, des traitements et d'autres renseignements pertinents afin d'offrir des soins centrés sur la personne et la famille et de faciliter les transitions de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
viii.	Des mécanismes doivent être mis en place pour favoriser la continuité des soins entre les établissements et les services de santé, par exemple entre les centres de soins de courte durée, les services de réadaptation, de prévention et de soins primaires, les services communautaires, les établissements de soins de longue durée, la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidantes et aidants [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
ix.	Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent recevoir suffisamment d'information sur les services offerts et la manière d'y accéder à toutes les étapes du parcours de soins. Toute information doit être présentée dans un format adapté aux personnes atteintes de troubles de la communication [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 3.0

1. Les personnes chez qui les transitions risquent d'être sous-optimales peuvent comprendre celles qui sont touchées de manière disproportionnée par les inégalités, comme les peuples autochtones, les personnes nouvellement arrivées au pays, les personnes de diverses identités de genre, les personnes vivant en région éloignée ou rurale, les personnes en situation d'itinérance et les personnes âgées.
2. Le plan de soins de la personne doit être instauré au premier point de contact avec le système de santé, par exemple au service des urgences, et être affiné et mis à jour au fil des transitions dans le continuum de soins.

3.1 Transitions dans le continuum de soins de l'AVC

- i. Les discussions, décisions et activités de transition doivent avoir lieu dès que possible et tout au long du processus de soins et de rétablissement afin de refléter les besoins, objectifs et progrès changeants et évolutifs de la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Les éléments suivants doivent être pris en compte tout au long de la planification de la transition :
 - a. Les membres de l'équipe soignante doivent gérer les attentes concernant les dates de congé ou de transfert et communiquer en temps opportun avec les personnes ayant subi un AVC et leur famille [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Les problèmes éventuels susceptibles de retarder le congé ou la transition pour la personne ayant subi un AVC et sa famille doivent être rapidement cernés et palliés [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - c. Mise en place de l'orientation ou des rendez-vous avant que la personne ayant subi un AVC quitte son milieu actuel, surtout un milieu d'une courte durée de séjour, y compris le service des urgences et l'unité de soins de courte durée pour les personnes renvoyées directement dans la communauté [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - d. Utilisation des modalités de soins virtuels, le cas échéant, pour faciliter la planification de la transition et améliorer l'accès à un suivi optimal et en temps opportun des soins post-AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements⁷⁵.](#)
- iii. Les activités propres à la planification de la transition ci-dessous doivent être menées à bien :
 - a. Présenter, à la personne ayant subi un AVC, à sa famille et à ses aidantes et aidants, des instructions écrites et verbales relatives au congé, accompagnées de démonstrations de compétences si nécessaire. S'assurer que les instructions sont adaptées à leurs besoins et à leurs caractéristiques (communication, culture, capacités cognitives ou sensorielles – y compris l'audition et la vision, et les connaissances en santé) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir le point 1 des considérations cliniques de la section 3.1 ainsi que les sections 5 et 6 pour obtenir de plus amples renseignements. Voir la première partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations, qui porte sur la planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux, pour obtenir de plus amples renseignements.⁸](#)
 - b. Mise en place d'un plan de suivi après le congé par des membres désignés de l'équipe avant le congé du milieu actuel ou d'orientation, puis dans le milieu d'accueil pour

assurer la continuité des soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 3.1

1. Lorsqu'ils donnent des instructions relatives aux transitions de soins, les membres de l'équipe soignante doivent aborder les points suivants :
 - a. tout risque et toute considération de sécurité pertinents pour le rétablissement de la personne;
 - b. instructions individuelles claires et ressources adaptées pour soutenir le processus de rétablissement;
 - c. médicaments, y compris les instructions d'utilisation, les indications d'utilisation, la durée du traitement, les ajustements éventuels, les renouvellements et la personne qui assurera la gestion continue des médicaments;
 - d. renseignements détaillés sur les soins de suivi et les rendez-vous, ainsi que les coordonnées des prestataires de soins de suivi;
 - e. personne-ressource désignée pour toute question ou préoccupation.

3.2 Prise en charge de la santé après un AVC

- i. Toutes les personnes ayant subi un AVC qui passent d'un milieu à un autre doivent faire l'objet d'une évaluation de la mobilité, des activités de la vie quotidienne et des activités essentielles de la vie quotidienne avant leur congé (y compris une évaluation des compétences du milieu communautaire et une évaluation à domicile si nécessaire) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. 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 particuliers, 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 récurrences 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 les principaux facteurs liés à la prévention secondaire et les problèmes médicaux et fonctionnels. La fréquence du suivi continu doit être établie au besoin [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. [Voir le module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations⁶ ainsi que la Liste de vérification après un AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.](#)
- iii. Les personnes ayant subi un AVC qui sont de retour dans la communauté et dont l'état fonctionnel se détériore doivent avoir accès à des traitements de réadaptation supplémentaires et 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. [Voir la deuxième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations, qui porte sur la prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles, pour obtenir de plus amples renseignements sur les interventions ciblées.⁷⁶](#)
- iv. Des processus doivent être mis en place pour permettre aux personnes ayant subi un AVC d'accéder à nouveau à des services de réadaptation ou de prévention secondaire, ou à d'autres ressources et services au besoin au cours de leur rétablissement à long terme [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

- v. 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 aux points de transition et lors d'un changement dans l'état de santé [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 Recommandations](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire.*⁵
- vi. 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 ou de l'AIT par rapport à leur état de santé mental antérieur aux points de transition et lors d'un changement dans l'état de santé [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la [troisième partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations, qui porte sur l'optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC.](#)*⁹

3.3 Communication avec les prestataires de soins de santé

Remarque : La communication peut se faire entre les prestataires de soins de santé tout au long du continuum de soins, entre les prestataires de soins de santé et d'autres prestataires de services (p. ex. services de transport ou services de repas) et entre les prestataires de soins de santé et les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants.

- i. L'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire de prise en charge de l'AVC doivent échanger de l'information à jour en temps opportun avec la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidantes et aidants, le cas échéant, et avec les prestataires de soins de santé à l'étape actuelle et à l'étape suivante des soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Le transfert d'information doit être :
 - a. Complet et en temps opportun, fait avant ou pendant les transitions. Il doit aussi comprendre tous les renseignements pertinents sur la personne ayant subi un AVC, ses médicaments, ses progrès à ce jour, les rendez-vous prévus, ainsi que les besoins et les objectifs en matière de rétablissement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Coordinné pour optimiser la cohérence de l'information transmise par l'équipe interdisciplinaire à la personne ayant subi un AVC, à sa famille et à ses aidantes et aidants [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - c. Fourni à la ou au prestataire de soins primaires dans une feuille sommaire d'hospitalisation formelle et détaillée préparée par la ou le prestataire de soins de santé qui a la plus grande responsabilité [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir l'[encadré 3](#) pour connaître les principaux renseignements à inclure dans les feuilles sommaires d'hospitalisation.*
 - d. Accessible par le biais de dossiers de santé électroniques accessibles dans tous les établissements et par tous les prestataires de soins de santé [recommandation forte; faible qualité de données probantes].
 - e. Offert dans des formats multiples, y compris les modalités virtuelles, le cas échéant [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la [section 4](#) du module sur les soins virtuels de l'AVC ainsi que [la trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC des Recommandations](#) pour obtenir de plus amples renseignements.*⁷⁵
 - f. Une feuille sommaire d'hospitalisation rédigée dans un langage simple, adapté aux personnes atteintes d'aphasie ou d'autres troubles de la communication, et qui tient compte des particularités culturelles doit être remise à la personne ayant subi un AVC

afin de lui permettre de mieux comprendre l'information [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 3.3

1. Les personnes ayant subi un AVC n'ont pas toutes une ou un prestataire de soins primaires. Si elles n'en ont pas, il faut en tenir compte avant le congé ou la transition.

Encadré 3 Liste de vérification des renseignements à inclure dans la feuille sommaire d'hospitalisation

La feuille sommaire d'hospitalisation pour la transition vers le prochain établissement de soins et prestataire de soins primaires doit comprendre les éléments suivants :

- Diagnostic d'AVC, étiologie et date de survenue de l'AVC
- Facteurs de risque d'AVC
- Antécédents médicaux
- Médicaments
- Résumé de l'hospitalisation, y compris les complications secondaires, les comorbidités, les examens pertinents (p. ex. analyses de laboratoire et examens d'imagerie diagnostique) et les rendez-vous de suivi prévus ou en attente
- Résumé des déficiences liées à l'AVC, des traitements et thérapies, et de l'information reçue
- Niveau de fonctionnement lors de la transition pour ce qui est des activités de la vie quotidienne, de la mobilité fonctionnelle, de la communication fonctionnelle, de la déglutition, des besoins alimentaires, des fonctions vésicale et intestinale et des activités essentielles de la vie quotidienne, y compris toute supervision ou assistance nécessaire
- Stratégies de prévention secondaire (et orientation vers des cliniques), comprenant des objectifs de prévention secondaire de l'AVC pour la personne ayant subi un AVC
- Besoins en matière de santé mentale et de soutien psychologique et émotionnel, et accès aux services
- Antécédents sociaux et familiaux
- Identification des besoins en matière de soins urgents et des enjeux prioritaires
- État de la planification préalable des soins
- Planification des ressources communautaires et des services de soins à domicile, le cas échéant
- Recommandations quant au placement en situation de crise, le cas échéant
- Objectifs continus et à long terme
- Plan de prise en charge future recommandé, comprenant un programme de réadaptation, un programme à domicile, des ressources communautaires, des activités et des programmes, les rôles sociaux et les responsabilités quotidiennes ainsi que les consultations médicales en attente
- Équipement et ressources prescrits, y compris ce qui a été fourni et ce qui est en attente
- Recommandations et plan de reprise de la conduite, le cas échéant
- Reprise des activités sexuelles et des relations significatives
- Recommandations et plan de retour à la vie professionnelle (p. ex. emploi rémunéré ou bénévole, ou formation), le cas échéant
- Identification des responsabilités de suivi du prestataire de soins primaires
- Moyens de communication directe entre le médecin qui a la plus grande responsabilité et le prestataire de soins primaires, le cas échéant

Justification

Étant donné qu'une réadmission à l'hôpital sur huit après un AVC peut être évitée, la planification efficace de la transition est une composante essentielle des systèmes de soins de l'AVC de haute qualité fondés sur les principes de soins centrés sur la personne⁷⁷. Elle permet d'assurer la continuité, la sécurité et la coordination des services lors du transfert des personnes ayant subi un AVC au sein d'un milieu de soins et entre les milieux de soins, en particulier lors du passage du service des urgences à une unité de soins en milieu hospitalier, au service de réadaptation, au retour à domicile ou aux soins communautaires. Une mauvaise coordination de la transition de l'hôpital au domicile ou à un autre milieu de soins est associée à un risque accru d'erreurs de médication, de réadmissions évitables, d'insatisfaction de la personne et d'événements indésirables. Une bonne coordination est particulièrement importante pour les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé, comme les personnes ayant subi un AVC, qui ont souvent besoin de traitements de réadaptation, de soins de suivi, de services communautaires et de services d'éducation coordonnés.

Une bonne communication interprofessionnelle permet de s'assurer que l'ensemble des membres de l'équipe (médecins, personnel infirmier, thérapeutes, personnel de travail social et prestataires de soins primaires) connaissent l'état de la personne ayant subi un AVC, son plan de traitement, ses objectifs de soins et les exigences en matière de suivi. Elle permet de réduire la fragmentation, d'éviter la duplication des services et d'assurer la préparation et le soutien des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants pendant la transition.

La planification du congé doit commencer au début de l'hospitalisation. Les personnes ayant subi un AVC et leur famille doivent participer à la prise de décision partagée de sorte que les soins correspondent à leurs besoins, préférences et déterminants sociaux de la santé. Lorsque les équipes soignantes de différents milieux collaborent et communiquent efficacement ensemble, elles améliorent les résultats pour les personnes, réduisent l'utilisation évitable des ressources de santé et améliorent l'expérience globale des soins.

Les personnes ayant subi un AVC ont indiqué que le système de soins de santé peut sembler cloisonné entre différents systèmes de soins ou spécialités, avec une intégration et une interaction limitées entre les établissements de soins de santé ou les prestataires. Ces expériences sont source de frustration, de sentiment d'accablement et d'un fardeau supplémentaire pour les personnes ayant subi un AVC et leur famille, qui doivent transmettre des renseignements pertinents lors de la transition entre les établissements de soins de courte durée et de réadaptation et la communauté. Ces préoccupations montrent bien l'importance de la communication entre les membres de l'équipe soignante et les établissements tout au long des transitions de soins.

Les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC décrivent l'importance de la reconnaissance précoce des signes de l'AVC et de la prise en charge immédiate par le système de soins de l'AVC. Elles mentionnent que les points de transition, tels que le congé de l'hôpital ou le début de la réadaptation, peuvent constituer des occasions d'établir des liens ou un risque d'être laissées pour compte. Elles font part des difficultés rencontrées aux moments de transition, notamment des lacunes en matière de communication, et font valoir l'importance d'une communication claire entre les personnes ayant subi un AVC, leur famille, leurs aidantes et aidants et les prestataires de soins de santé à tous ces moments et tout au long de la planification des transitions. Les lacunes dans la communication entre les prestataires, le manque de suivi et l'absence d'une personne-ressource clairement désignée peuvent donner aux personnes et à leur famille un sentiment d'incertitude et d'abandon. On encourage l'établissement de voies de communication claires pour aider à prévenir ces problèmes.

Par ailleurs, les personnes ayant une expérience vécue mentionnent les difficultés liées au manque de soutien, en particulier lorsqu'elles retournent dans leur communauté où elles n'ont pas nécessairement l'aide de leur famille et d'aidantes et aidants. Elles encouragent les discussions approfondies afin que l'on comprenne leurs objectifs et leurs besoins en matière de ressources lors de leur retour dans la communauté. Elles parlent de la difficulté à réintégrer le système de soins de l'AVC une fois qu'elles n'ont plus de lien formel avec une équipe de prise en charge de l'AVC et plaident avec enthousiasme en faveur d'un meilleur accès aux soins, par exemple par la mise sur pied d'une clinique de prévention de

l'AVC. La simplification des transitions et l'amélioration de la communication permettent de faciliter le déroulement des soins de l'AVC de sorte que les personnes se sentent informées, accompagnées et soutenues tout au long de leur rétablissement.

Exigences pour le système

La planification intégrée des soins de l'AVC ainsi que le soutien et les mesures à prendre en matière de communication et de transition des soins s'appliquent à l'ensemble du continuum de soins de l'AVC, y compris les soins primaires, les services des urgences, les soins de courte durée, les milieux de réadaptation, les soins continus complexes et les lits de transition, les soins de longue durée et les milieux communautaires. Des processus et des mécanismes doivent être mis en place dans tous ces milieux pour assurer une communication efficace entre les milieux et les prestataires de soins de santé, y compris les éléments suivants :

1. Relations solides et accords formels entre les prestataires de soins de santé au sein des régions et d'une région à l'autre afin d'améliorer l'efficacité et la rapidité des transitions.
2. Élaboration de processus dans les établissements de soins de santé pour la coordination de la planification des transitions et du congé et la prise en charge médicale continue jusqu'aux soins primaires, aux services communautaires, au suivi et à l'accès aux services de soins de santé nécessaires (p. ex. la réadaptation continue ou les soins de courte durée).
3. Capacité des ressources permettant un accès approprié et opportun aux services à l'étape suivante des soins, avec les spécialités, l'intensité et la fréquence requises.
4. Processus, protocoles et ressources pour la réalisation d'évaluations à domicile par les membres de l'équipe interprofessionnelle avant le congé.
5. Soutien à la prise en charge autonome, accès à des services de formation pour les aidantes et aidants, le cas échéant, et à des services de soutien afin d'assurer une transition en douceur.
6. Mise en œuvre de normes, de processus et d'outils pour garantir l'envoi en temps utile de feuilles sommaires d'hospitalisation aux prestataires de soins primaires et à d'autres professionnels de santé ou organismes concernés, afin de faciliter la continuité des soins aux points de transition.
7. Mise en place de processus de collecte et de communication des données et d'intégration des résultats afin de surveiller la qualité des soins et le rendement par rapport aux points de référence.
8. Services de santé et d'assistance communautaires dotés de ressources suffisantes pour les personnes ayant subi un AVC.
9. Mise en place de processus pour permettre aux personnes ayant subi un AVC d'accéder à nouveau aux soins post-AVC ou à d'autres services de soutien, étant donné que les capacités fonctionnelles et les objectifs changent et évoluent tout au long du rétablissement.
10. Capacité du personnel de gestion de cas ou de soins de santé à assumer des responsabilités précises en matière de planification du congé de l'hôpital et de soutien à la transition.
11. Personnel conscient du droit de la personne à la vie privée et qui respecte la loi et les préférences en matière de vie privée lorsqu'il communique des renseignements sur une personne ayant subi un AVC.

Indicateurs de rendement

Planification de la transition

1. Durée médiane du séjour des personnes ayant subi un AVC dans une unité de soins de courte durée en milieu hospitalier (prioritaire).
2. Taux de réadmission des personnes ayant subi un AVC et obtenu leur congé de l'hôpital, peu importe la raison, dans les 90 jours, 6 mois et après 1 an.

3. Proportion de personnes ayant subi un AVC que l'on oriente vers des services de réadaptation en milieu hospitalier.
4. Proportion de personnes ayant subi un AVC que l'on oriente vers des services de réadaptation en consultation externe.
5. Temps médian écoulé entre le congé de l'unité de soins de courte durée et le début des traitements de réadaptation en milieu hospitalier ou en consultation externe.
6. Proportion de personnes ayant subi un AVC que l'on oriente vers une clinique de prévention de l'AVC au moment de leur congé du service des urgences ou d'une unité de soins en milieu hospitalier.
7. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont obtenu leur congé de l'unité de soins en milieu hospitalier et qui sont transférées directement à un établissement de soins de longue durée.
8. Nombre d'admissions dans un établissement de soins de longue durée au cours de l'année suivant le retour dans la communauté après un AVC.

Communications interprofessionnelles

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui reçoivent une copie de leur plan de soins et de leur feuille sommaire d'hospitalisation remplis au moment de leur sortie de l'unité de soins de courte durée ou de réadaptation en milieu hospitalier.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC pour lesquelles une feuille sommaire d'hospitalisation est remplie avant le congé ou dans les 48 heures qui suivent le congé d'un milieu de soins vers un autre et reçue par la ou le prestataire de soins de santé du milieu d'accueil.
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui reçoivent un livret ou de l'information sur les stratégies de prévention secondaire de l'AVC.

Mesures des expériences et des résultats déclarés par les patientes et patients (MEDP et MRDP)

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui reçoivent un exemplaire rempli de leur feuille sommaire d'hospitalisation au moment de leur sortie de l'unité de soins de courte durée ou de réadaptation en milieu hospitalier.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui retournent à l'hôpital après leur congé.
3. Répartition des motifs de réadmission à l'hôpital après une admission due à un AVC en phase aiguë.
4. Score de Rankin modifié médian au moment du congé de l'unité de soins de courte durée des personnes ayant subi un AVC.
5. Qualité de vie des personnes ayant subi un AVC en phase aiguë après leur congé de l'hôpital, mesurée régulièrement ainsi qu'aux points de transition tout au long du rétablissement (p. ex. 60, 90 et 180 jours et 1 an après le congé).
6. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui conduisaient avant leur AVC, qui ont pour objectif de reprendre la conduite et qui reçoivent des instructions relatives à la reprise de la conduite automobile avant leur congé de l'hôpital.
7. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui travaillaient avant leur AVC, qui ont pour objectif de retourner au travail et qui reçoivent des conseils relatifs à la vie professionnelle avant leur congé de l'hôpital.

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 *Systèmes de soins de l'AVC* – [Encadré 3 : Liste de vérification des renseignements à inclure dans la feuille sommaire d'hospitalisation](#)
- 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](#); [Deuxième partie : Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour optimiser le rétablissement des capacités fonctionnelles](#); et [Troisième partie : Optimisation de l'activité et de la participation communautaire après un AVC](#)
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *Prévention secondaire de l'AVC* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prevention-secondaire-de-lavc->
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *Déficits cognitifs d'origine vasculaire* – Annexe III : *Signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/vascular-cognitive-impairment/csbpr7-vci-appendix3-fr.pdf?rev=5f5b76130a6f4863ae370ad4145c7da4>
- Agrément Canada. Programme Distinction – AVC d'Agrément Canada : <https://accreditation.ca/ca-fr/distinction/>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires – Les transitions dans les soins et les services* : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires – Soins centrés sur les personnes* : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-centred-care>
- Qualité des services de santé Ontario. Transitions entre l'hôpital et la maison : <https://www.hqontario.ca/Améliorer-les-soins-grâce-aux-données-probantes/Normes-de-qualité/Voir-toutes-les-normes-de-qualité/Transitions-entre-lhôpital-et-la-maison>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Aperçu de la feuille sommaire d'hospitalisation : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/29d0d6ae68a554f485256e1a006ba71c/48879ba6eb1e905e85256ec10066c870/\\$FILE/AH-109_DT9044%20\(05-09\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/29d0d6ae68a554f485256e1a006ba71c/48879ba6eb1e905e85256ec10066c870/$FILE/AH-109_DT9044%20(05-09).pdf)
- Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education (CACHE) – Université de Toronto (en anglais seulement) : <http://www.ipe.utoronto.ca>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) : <http://www.cihc-cpis.com/>

- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) (en anglais seulement) : <http://www.caipe.org.uk/>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit (en anglais seulement) : <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html>
- GTA Rehab Network. Inter-Organizational Transfer of Accountability Guidelines (en anglais seulement) : [https://gtarehabnetwork.ca/ocations Post Stroke Toolkit for Providers](https://gtarehabnetwork.ca/ocations%20Post%20Stroke%20Toolkit%20for%20Providers) – document préparé par le Central East Stroke Network et le West GTA Stroke Network (en anglais seulement) : [https://cesnstroke.ca/wp-content/uploads/2024/03/Return_To_Vocations - FINAL_March-2024.pdf](https://cesnstroke.ca/wp-content/uploads/2024/03/Return_To_Vocations_-_FINAL_March-2024.pdf)

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

- Cœur + AVC. Infographie sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë : https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbpr7_infographic_acutestrokemanagement_fr_final.pdf?rev=1427a02fca494a10a990adabb2842ea1
- Cœur + AVC. Infographie sur la prévention secondaire de l'AVC : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr7-infographic-secondaryprevention-final-fr.ashx?rev=-1>
- 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 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>

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Taking Care of Myself: A Guide for When I Leave the Hospital* (en anglais seulement) : <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/hospitals-clinics/goinghome/goinghomeguide.pdf>
- Info AVC : <https://strokengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes

Discharge planning should begin as soon as possible during each phase of care and should involve the patient, family/caregivers, and all members of the interprofessional team. The goal of discharge planning is to ensure a safe and efficient transition between care settings while maintaining a continuity of care and coordination of services that optimize recovery and secondary prevention, as appropriate. Discharge planning activities should include a pre-discharge needs assessment, home visits, meetings between the care team, patient, and family/caregivers, a post-discharge follow-up plan, and communication with team members at the next phase of care. Johnson et al.⁷⁸ recruited 1,239 individuals with stroke from 10 comprehensive stroke centres in Florida between 2018 and 2023, who were discharged to either home or an inpatient rehabilitation facility. The association between a composite measure of adequate transition of care (ATOC) score (range of scores 0-100%) during the first 30 days following discharge and 90-day death or readmission, was examined. Patients were discharged home (76.2%) or to inpatient rehabilitation (18.2%). 163 (13%) participants experienced the primary outcome (157 were readmitted to hospital, 3 patients died, and 3 were readmitted to hospital and died). Among patients with an ATOC score $\geq 75\%$, the risk of the primary outcome was reduced significantly. In a subgroup of 550 patients who completed a structured telephone interview at 30-day post discharge, 67% achieved an adequate ATOC score.⁷⁹

In a recent Cochrane review Gonçalves-Bradley et al.⁸⁰ identified 33 RCTs including individual with stroke admitted to any type of hospital (acute, rehabilitation or community) with any medical or surgical condition. Among the included trials, one (Sulch et al.⁸¹) included individual with a diagnosis of stroke. Trials evaluated discharge plans from hospital that included assessment, planning, implementation and monitoring components, initiated at some point prior to discharge. Hospital length of stay (mean difference [MD]= -0.73, 95% CI -1.33 to -0.12) and unscheduled three-month readmissions (RR=0.87, 95% CI 0.79 to 0.97) were both found to be significantly reduced for elderly patients with a medical condition who received discharge planning, compared to care as usual. No significant differences between groups were reported in terms of discharge destination or mortality. In the only RCT identified in the Cochrane review, Sulch et al.⁸¹ randomized 152 patients within two weeks of stroke onset to receive discharge planning according to an integrated care pathway or care as usual. No significant differences between groups were reported with respect to 6-month mortality (13% vs. 8%), institutionalization (13% vs. 21%), or length of stay (50 vs. 45). However, those randomized to receive conventional care experienced significantly greater change on the Barthel Index from 4 to 12 weeks (median change = 6 vs. 2, $p < 0.01$) and reported significantly greater scores on the EuroQol at six-months (72 vs. 63, $p < 0.01$). Markle-Reid et al.⁸² randomized 90 adults, recruited from 2 outpatient rehabilitation programs in Ontario who were discharged from hospital to the community with stroke and multimorbidity (≥ 2 chronic conditions), with planned discharge back to the community to receive usual care (control group) or usual care plus a Transitional Care Stroke Intervention (TCSI) for 6 months. The core components of the intervention included: 1) a post-discharge telephone follow-up call within 2 days of hospital discharge by the care coordinator, 2) up to 6 virtual visits delivered by phone or videoconference by a member of the interprofessional team, lasting an average of one hour, 3) monthly team conferences in which an individualized patient-centred plan of care was developed and evaluated, 4) ongoing care coordination/system navigation support provided by the care coordinator, and 5) an online resource to support self-management and system navigation. Eleven participants were lost to follow-up. The risk of the primary outcome (hospital readmission within 6 months) was not reduced significantly in the TCSI group (3/39 vs. 5/40; RR=0.62, 95% CI 0.16- 2.40); however, there were significant group differences favouring the TCSI group on the SF-12 Physical Component Summary Score (MD=5.10, 95% CI 1.58–8.62), the Southampton Stroke Self-Management Questionnaire (MD=6.00, 95% CI 0.51–11.5), and the Person-Centred Coordinated Care Experience Questionnaire (MD=2.64, 95% CI 0.81- 4.47). There were no significant differences between groups on the SF-12

Mental Component Summary Score or the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale 10-item tool. O'Callaghan et al.⁸³ reported significantly higher mean Barthel Index scores at 3 and 6 months in participants who were randomized to a transitional care program compared to usual care in a systematic review including 17 RCTs of persons returning home after admission to an acute or rehabilitation stroke service.

Healthcare Provider Interprofessional Communication

Transitions between and within health care settings pose a safety and quality of care concern for patients recovering from stroke. A consensus policy statement by the American College of Physicians in 2009 highlighted concerns of patient safety at transition points, particularly between inpatient and outpatient care.⁸⁴ An individual with stroke is vulnerable to many of these transition points as they progress through the acute, sub-acute and chronic stages of recovery, interacting with a range of physicians in several different health-care settings. Communication between these physicians and care settings is critical for ensuring patient safety and quality of care. A systematic review authored by Mitchell et al.⁸⁵ sought to assess the impact of co-ordinated interdisciplinary care in primary care, represented by the delivery of formal care planning by primary care teams or shared across primary-secondary teams, on outcomes in stroke, relative to usual care. The authors reported the involvement of a general practitioner (GP) was of uncertain benefit, while also noting that few studies described the tasks and roles GPs. In a systematic review, Kattel et al.⁸⁶ included 19 studies which described hospital discharge communication between hospital-based providers and primary care physicians (PCPs). While a median of 55.1% of hospital discharge communications were transferred to the PCP within 48 hours, 8.5% of discharge summaries never reached the PCP. Information that was absent from discharge summaries included diagnostic test results (61%), pending tests at discharge (25%), and follow-up plans (41%). PCP received notification of discharge in only 23% of cases. In a controlled study of 3,248 hospitals, Mitchell explored the association between physician/nurse communication with the patient regarding discharge instructions and readmission. An average of 84% of patients reported receiving discharge instructions.⁸⁷ Hospitals that had smaller bed numbers, were non-profit and located in non-urban areas were more likely to provide discharge instructions. Patients reported that, on average, nurses and doctors communicated well with them 78% and 82% of the time. Controlling for other factors, increasing frequency of communication surrounding discharge instructions was associated with significantly lower number of 30-day hospital re-admissions.

Areas of communication deficits were reported in a systematic review by Kripalani et al.⁸⁸ which included the results of 73 studies examining communication deficits between hospitals and primary care providers, and interventions to improve communication during this transition. While a median of 53% of discharge letters had arrived at the physician's office within one week of discharge, only 14.5% of discharge summaries were received the same timeframe. However, 11% of discharge letters and 25% of discharge summaries never reached the primary care physician. Discharge letters were missing a main diagnosis in 7%-48% of cases, hospital treatment details in 22%-45% of cases, medications at discharge for 7%-48% of cases, plans for follow-up in 23%-48% of cases, and notes on patient or family counselling in 92%-97% of cases. In terms of effectiveness of interventions, a significantly higher percentage of discharge summaries that were hand delivered (compared with mailing) were received by week 4 following discharge (80% vs. 57%, $p < 0.001$). The overall quality of the summaries was perceived to be higher, and the summaries were longer when computer generated, using a standard template, and were received by the primary care physician sooner.

Halasyamani et al.⁸⁹ described the development of a discharge checklist, based on a literature review, expert committee and peer review, designed to identify the critical components in the process when discharging elderly patients from hospital. The final checklist includes 3 types of discharge documents: the discharge summary, patient instruction and communication on the day of discharge to the receiving care provider. Data elements included on the final checklist were: problem that precipitated hospitalization, key findings and test results, final primary and secondary diagnoses, condition at discharge (functional and cognitive), discharge destination, discharge medications, follow-up appointments, list of pending lab results and person to whom results will be sent, recommendations of

sub-specialty consultants, documentation of patient education and understanding, identification of atypical problems and suggested interventions, 24/7 call-back number, identification of referring and receiving providers, resuscitation status.

Sex & Gender Considerations

Sex and gender differences may play a role in interprofessional communication across healthcare settings, influencing team dynamics, collaboration, and patient care; however, the topic has not been well researched within interdisciplinary teams. In a qualitative study of operating room personnel in Ontario⁹⁰ traditional gender roles, norms and stereotypes were reported by both men and women, with potentially negative consequences including a breakdown in communication, and poor team morale.

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 4 Soins virtuels de l'AVC

4. Soins virtuels de l'AVC : recommandations de 2026

Remarques :

- . Voir la [trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC des Recommandations pour en savoir plus sur la mise en place de programmes de soins virtuels de l'AVC](#).⁷⁵
- Veuillez vous reporter à chacun des autres modules des Recommandations pour en savoir plus sur l'application des soins virtuels à ces domaines en particulier (p. ex. soins de l'AVC en phase aiguë, réadaptation post-AVC et prévention secondaire).^{5-11,76}
- Remarque : Les cadres provinciaux pour la prestation de soins virtuels et les processus de mise en œuvre peuvent varier selon la province ou le territoire.

4.0 Principes généraux des soins virtuels de l'AVC

- Dans le continuum de soins, les soins virtuels de l'AVC doivent être accessibles comme solution de rechange ou en complément aux soins en présentiel pour les personnes ayant subi un AVC, au besoin, lorsque les soins en présentiel ne sont pas disponibles [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. Voir le [Cadre décisionnel pour la prestation de soins virtuels de Cœur + AVC pour obtenir de plus amples renseignements](#).⁹¹
- Les prestataires de soins de l'AVC doivent envisager l'utilisation de la technologie virtuelle pour l'évaluation et la prise en charge des personnes ayant subi un AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- Les modalités de soins virtuels doivent être intégrées à la planification des systèmes de soins de l'AVC et à la prestation des services tout au long du continuum (c.-à-d. des soins préhospitaliers à la prise en charge de l'AVC en phase aiguë, la prévention, la réadaptation et la prise en charge autonome post-AVC, le traitement à domicile et les soins ambulatoires) afin d'optimiser le rétablissement des personnes ayant subi un AVC, de soutenir les familles et d'assurer un accès équitable aux soins partout au pays [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- Les soins virtuels de l'AVC doivent être proposés aux personnes admissibles et lorsqu'un traitement en présentiel n'est pas réalisable ou pas offert, et que les objectifs du rendez-vous peuvent être atteints virtuellement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- Des critères, protocoles et algorithmes clairement définis doivent être accessibles pour aider les prestataires de soins de l'AVC qui orientent les personnes ayant subi un AVC à déterminer quand et comment celles-ci peuvent bénéficier de soins virtuels, en tenant compte des préférences personnelles [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. Voir le [Cadre décisionnel pour la prestation de soins virtuels de Cœur + AVC pour obtenir de plus amples renseignements](#).⁹¹
- Les prestataires de soins de santé et les personnes ayant subi un AVC doivent connaître les ressources de soins virtuels disponibles afin de les utiliser correctement pour la prestation de soins cliniques [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- On ne doit pas mettre de côté la possibilité d'effectuer des rencontres virtuelles pour la prestation de soins aux personnes ayant subi un AVC qui présentent des limitations fonctionnelles ou sensorielles, comme un trouble de la communication ou de la vue [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 4.0

1. Les préférences personnelles et culturelles doivent être prises en considération lorsqu'une personne ayant subi un AVC est admissible à la fois aux soins virtuels et aux soins en présentiel, et qu'il est possible de proposer l'une ou l'autre des options ou une combinaison des deux.

4.1 Planification de la prestation de soins virtuels de l'AVC

- i. Les préparatifs en vue de la mise en œuvre d'un programme de soins virtuels de l'AVC doivent comprendre ce qui suit :
 - a. Objectifs clairs du programme [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Évaluation des besoins pour cerner les obstacles et les leviers locaux relatifs à l'offre de soins virtuels de l'AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - c. Plan de mise en œuvre pour éliminer les obstacles et intégrer des leviers [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - d. Processus d'amélioration continue de la qualité [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

4.2 Technologie pour la prestation de soins virtuels de l'AVC

- i. Il est possible d'utiliser les technologies, notamment Internet, le matériel (p. ex. ordinateurs, appareils mobiles et téléphones), les plateformes de vidéoconférence et les dispositifs de surveillance à distance, pour les consultations virtuelles ou la prestation de soins virtuels et pour aider à la prise en charge autonome [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Les modalités asynchrones, comme les courriels, les messages textes et les modules d'apprentissage en ligne, peuvent être envisagées lorsqu'elles sont appropriées et autorisées pour la communication, l'éducation, la programmation et la planification des soins [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. La documentation et le transfert d'information pertinente en matière de santé dans le cadre de soins virtuels doivent respecter les mêmes normes que ceux des soins en présentiel [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

4.3 Consentement et confidentialité

Remarque : Aucune recommandation fondée sur des données probantes n'est incluse dans cette section.

Considérations cliniques de la section 4.3

1. Les cliniciennes et cliniciens qui offrent des soins virtuels de l'AVC doivent suivre les directives, politiques et autres mandats relatifs aux soins virtuels propres à leur discipline et à leur organisation, ainsi que ceux établis par leurs organismes de réglementation professionnelle.
 - a. Cela comprend les exigences liées au consentement et à la confidentialité lors de la prestation de soins virtuels de l'AVC en vigueur à l'endroit de pratique de la clinicienne ou du clinicien et à l'endroit où la personne ayant subi un AVC reçoit les soins de santé virtuels.

2. En ce qui concerne les personnes ayant subi un AVC qui n'ont pas accès à la technologie requise pour recevoir des soins virtuels, ou qui n'ont pas consenti à recevoir de tels soins, les établissements doivent avoir en place d'autres processus pour assurer l'accès aux soins.
3. Les procédures de confidentialité établies doivent être respectées lors de la prestation de soins virtuels de l'AVC, par exemple en confirmant l'identité de la personne au début de la rencontre virtuelle et en s'assurant que toutes les parties se trouvent dans un endroit approprié, où la confidentialité peut être assurée.
4. Un processus doit être en place en cas d'urgence ou de problèmes de sécurité pouvant survenir pendant une rencontre virtuelle.

4.4 Formation et compétences

- i. Les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent recevoir de la formation leur permettant de maintenir les compétences nécessaires pour fournir des soins virtuels de l'AVC sûrs et appropriés à l'aide des plateformes désignées [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Les prestataires de services de l'établissement qui oriente la personne et de l'établissement de consultation doivent recevoir une formation sur l'utilisation de systèmes de soins virtuels de l'AVC et comprendre leur rôle et leurs responsabilités relativement aux aspects techniques et cliniques d'une consultation de soins virtuels de l'AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 4.4

1. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent recevoir une formation avancée sur l'optimisation de la participation aux séances de soins virtuels. Les sujets à aborder peuvent comprendre les suivants :
 - a. Accès et utilisation de la technologie numérique et des plateformes en ligne
 - b. Connaissances en santé
 - c. Limites linguistiques et communicationnelles
 - d. Préparation des séances de soins virtuels de l'AVC, y compris la tenue vestimentaire, l'éclairage et l'équipement nécessaires pour faciliter la rencontre
 - e. Autres moyens de communication en cas d'interruption due à des problèmes de système ou de sécurité

Justification

Les soins virtuels offrent une approche flexible et accessible de la prise en charge de l'AVC tout au long du continuum de soins, du traitement de l'AVC en phase aiguë à la réadaptation et au suivi à long terme. Ils permettent l'accès en temps opportun aux spécialistes, en particulier dans les régions mal desservies ou éloignées, et favorisent l'évaluation et le triage rapides de la personne en phase hyperaiguë (p. ex. télémédecine appliquée aux AVC [télé-AVC] pour la prise de décisions relatives à la thrombolyse). Pendant la phase de réadaptation, les plateformes virtuelles peuvent faciliter les traitements interdisciplinaires, favoriser la continuité des soins et renforcer la participation de la patiente ou du patient grâce à des programmes de suivi et d'exercices à domicile. À long terme, les soins virtuels permettent la gestion continue des facteurs de risque, la prise des médicaments comme prescrits et l'éducation de la patiente ou du patient, contribuant ainsi à la prévention secondaire et réduisant la probabilité d'un AVC récurrent. En éliminant les obstacles géographiques et logistiques, les soins virtuels facilitent la coordination et renforcent la qualité des soins de l'AVC à toutes les étapes.

Les personnes ayant subi un AVC accordent de l'importance à la flexibilité et à l'accessibilité qu'offrent les soins virtuels de l'AVC, notamment un accès plus équitable aux soins et aux ressources, en particulier lorsque les services en présentiel ne sont pas possibles ou disponibles. Elles sont conscientes des avantages éventuels de la combinaison des consultations virtuelles et en présentiel pour répondre à leurs différents besoins, à différents moments de leur rétablissement. Par exemple, elles évoquent les avantages des consultations en présentiel, en particulier au début de leur rétablissement, qui les rassurent et les motivent. Elles insistent sur l'importance de la prise de décisions collaborative pour déterminer quand recourir aux soins virtuels de l'AVC et sur le fait que leur utilisation peut dépendre du type de traitement prodigué, du degré de confort de la personne qui reçoit les soins par des modalités virtuelles, des connaissances et du niveau de compétence du prestataire de soins de santé avec les modalités virtuelles, et des précautions de sécurité à prendre en compte. L'accès équitable aux infrastructures nécessaires, comme la connexion à Internet et la technologie, représente aussi un facteur. Voici les problèmes possibles signalés pour les personnes qui entreprennent des soins virtuels de l'AVC : inconfort à utiliser la technologie et manque de culture numérique; méconnaissance de la nature des soins virtuels et de la manière dont ils peuvent être utilisés; changements cognitifs ou visuels pouvant accentuer les difficultés à participer à la téléadaptation.

Les personnes ayant subi un AVC insistent sur le fait que les modalités virtuelles ne doivent pas remplacer toutes les visites en présentiel et que chaque personne a ses préférences en matière de consultation, selon l'objectif de la rencontre. Elles encouragent aussi, lorsque cela est approprié, les personnes à se joindre virtuellement à des groupes afin de pouvoir nouer des liens avec d'autres personnes qui se remettent d'un AVC. En intégrant des soins virtuels de l'AVC adaptés aux besoins et aux préférences de chaque personne, tout en adoptant une approche équilibrée qui maximise les bienfaits des échanges virtuels et en présentiel tout au long du parcours de rétablissement, le système de soins de l'AVC permet de prendre en charge divers besoins personnels.

Exigences pour le système

Pour que le plus grand nombre possible de ces recommandations sur les soins virtuels de l'AVC soit mis en œuvre au pays, les directions, les bailleurs de fonds et les administrations des systèmes de santé à tous les niveaux du gouvernement et dans toutes les régions doivent s'engager activement à créer des modèles durables de soins virtuels de l'AVC. Un grand nombre des leviers énumérés ci-dessous ont un champ d'action qui dépasse celui des prestataires de soins cliniques directs et de nombreux groupes de professionnels de la santé.

Les directions, les bailleurs de fonds et les administrations des systèmes de santé doivent veiller à ce que l'ensemble des prestataires de soins de santé aient les outils, les ressources et les processus nécessaires pour fournir des soins de l'AVC de haute qualité et fondés sur des données probantes dans tout le continuum de soins.

Pour les besoins de soins virtuels de l'AVC, les mesures, structures, ressources et processus suivants doivent être pris en compte.

1. Les prestataires de soins de santé et les personnes ayant subi un AVC doivent avoir accès à la technologie appropriée et à des services Internet et téléphoniques stables pour permettre la prestation de soins virtuels de l'AVC.
2. Il est nécessaire de former et d'aider les prestataires de soins de santé et les personnes ayant subi un AVC quant à l'utilisation des technologies de soins virtuels de l'AVC.
3. Les soins virtuels de l'AVC doivent être considérés comme faisant partie de plans régionaux ou provinciaux généraux de prestation de soins après un AVC qui décentralisent l'expertise pour appuyer les soins cliniques dans les régions où l'accès aux ressources est limité. Un tel système comprend des critères, des protocoles, des algorithmes et des ententes de service clairs pour le transfert et le rapatriement des personnes ayant subi un AVC lorsque cela est indiqué sur le plan clinique.

4. Une structure de gouvernance comportant un cadre clair des responsabilités quant aux services de soins virtuels de l'AVC est requise à l'échelle des établissements, des régions et des provinces.
5. Les implications considérables en termes de ressources humaines comprennent la détermination du nombre approprié de prestataires de soins de santé pour participer aux rencontres virtuelles ainsi que le rajustement de la main-d'œuvre pour tenir compte du temps qui n'est plus consacré aux tâches cliniques en présentiel par les cliniciennes et cliniciens sur leur lieu de travail.
6. Des directives et des processus clairs concernant le remboursement des prestataires de soins de santé doivent être établis dans le cadre de l'élaboration d'un programme de soins virtuels de l'AVC.
7. Il est nécessaire d'établir des ententes de service qui visent la disponibilité du soutien technique et d'entretien afin de s'assurer que les exigences cliniques des soins virtuels sont satisfaites.
8. Toutes les personnes qui utilisent un système de soins virtuels de l'AVC doivent être conscientes de leurs rôles et de leurs responsabilités et savoir comment utiliser la technologie. Cela nécessite des mises à jour régulières pour maintenir leur niveau de compétences.
9. Il est nécessaire d'établir des ententes et des protocoles pour les consultations interprovinciales et territoriales lorsque cela se révèle approprié et réalisable rapidement, et lorsqu'il existe des lacunes dans les services.
10. Des processus doivent être mis en place pour surveiller et évaluer les services de soins virtuels de l'AVC, y compris l'utilisation de mécanismes validés de collecte de données et l'établissement d'indicateurs de qualité clés normalisés.
11. Les administrations provinciales des soins de santé doivent collaborer pour élaborer des modèles durables de prestation de soins transfrontaliers. Les exigences en matière de licence pour les soins de santé virtuels varient selon les provinces et les territoires. Les professionnels de la santé peuvent être tenus d'obtenir une licence dans plusieurs provinces ou territoires, possiblement à la fois dans leur lieu de résidence et dans celui de la personne ayant subi un AVC qui reçoit les soins. En outre, des exigences ou des conditions particulières concernant la prestation de services peuvent être requises selon l'emplacement. Les lois sur la protection de la vie privée doivent également être respectées dans chaque province ou territoire applicable.
12. Les soins virtuels de l'AVC peuvent poser des difficultés en matière de consentement. Outre l'obtention d'un consentement éclairé pour le traitement proposé, les professionnels de la santé doivent demander aux personnes ayant subi un AVC de lire et d'accepter les conditions générales standards des soins et des services virtuels après un AVC, en plus de consigner le consentement et les discussions relatives à celui-ci.

Indicateurs de rendement

Voir les autres modules des Recommandations pour obtenir des indicateurs de rendement supplémentaires des soins virtuels de l'AVC en lien avec ces domaines en particulier (p. ex. soins de l'AVC en phase aiguë, réadaptation post-AVC et prévention secondaire).

Indicateurs du système

1. Rapport coût-efficacité des soins virtuels de l'AVC par rapport aux soins en présentiel, dans chaque milieu où les soins virtuels sont prodigués.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont accès aux modalités de soins virtuels, peu importe le lieu géographique, le revenu, l'âge ou les incapacités (p. ex. Internet, appareils, culture numérique).

3. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont accès à une technologie appropriée (Internet, appareil).
4. Proportion de personnes ayant subi un AVC accédant aux soins virtuels qui vivent au sein de populations mal desservies (p. ex. personnes vivant en milieu rural ou peuples autochtones).
5. Proportion de prestataires de soins de l'AVC qui utilisent des lignes directrices et des protocoles de soins virtuels fondés sur des données probantes et une documentation appropriée lors de chaque rencontre.

Indicateurs de processus

1. Temps médian d'attente entre l'orientation et le premier rendez-vous prévu pour la prestation de soins virtuels de l'AVC.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui font l'objet d'une évaluation et/ou d'une prise en charge de l'AVC par des modalités de soins de santé virtuels.
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont participé à une séance de soins virtuels, indiquée par la présence d'une note de la ou du spécialiste en soins virtuels dans le dossier médical.
4. Durée médiane des rencontres prévues de soins virtuels de l'AVC (valeurs indiquées séparément pour chaque service obtenu, p. ex. service d'une ou d'un médecin, du personnel infirmier ou du personnel paramédical).
5. Proportion de rencontres pour la prestation de soins virtuels de l'AVC nécessitant le transfert urgent de la personne vers une consultation en présentiel.
6. Proportion de rencontres pour la prestation de soins virtuels de l'AVC interrompues par des difficultés techniques éprouvées par la ou le prestataire de soins de santé.
7. Proportion de rendez-vous pour la prestation de soins virtuels de l'AVC par vidéoconférence bidirectionnelle synchrone par rapport à ceux par téléphone uniquement.
8. Proportion de consultations pour des soins virtuels de l'AVC avec documentation au dossier de santé de la personne qui consulte.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

1. Résultats cliniques des soins virtuels par rapport aux soins en présentiel (p. ex. maîtrise de la pression artérielle, facteurs de risque d'AVC).
2. Expérience des soins virtuels de l'AVC rapportée par la personne ayant subi un AVC concernant la faisabilité, la satisfaction, la qualité, le son, la clarté visuelle, la fiabilité de la technologie et la facilité d'utilisation.
3. Proportion de rencontres pour la prestation de soins virtuels de l'AVC interrompues par des difficultés techniques éprouvées par la ou le prestataire de soins ou la personne ayant subi un AVC.
4. Intervalle médian entre l'orientation vers les soins virtuels de l'AVC et la première rencontre virtuelle.
5. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui déclarent avoir été en mesure de communiquer efficacement avec la ou le prestataire.
6. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui déclarent se sentir impliquées dans la prise de décision lors de la consultation virtuelle.
7. Expérience rapportée par les personnes ayant subi un AVC concernant leur sécurité lors des rencontres pour la prestation de soins virtuels de l'AVC, notamment en ce qui concerne la

prévention des risques.

8. Proportion de rencontres pour la prestation de soins virtuels de l'AVC auxquelles participent des membres de la famille ou des aidantes et aidants qui ne sont pas au même emplacement que la 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

- Trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC des Recommandations : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/csbpr-virtual-stroke-toolkit-final-fr.pdf?rev=306d3ba534c04fcb82333dd6766fd4bc>
- Cœur + AVC. Cadre décisionnel pour la prestation de soins virtuels : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/csbp-f20-virtualcaredecisionframework-fr>
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *Prise en charge de l'AVC en phase aiguë* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-de-lavc-en-phase-aigue>
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *Prévention secondaire de l'AVC* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prevention-secondaire-de-lavc->
- 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* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/planification-de-la-readaptation-post-avcCœur + 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
- Info AVC : <https://strokengine.ca/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. Qu'est-ce qu'un AVC? : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc>
- 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. 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/>
- Ressource sur le parcours de rétablissement après un AVC du Central East Stroke Network (CESN) (en anglais seulement) : <https://cesnstroke.ca/clinical-resources-tools/journey-to-recovery/#caregiver>

Résumé des données probantes

Telestroke, or virtual interventions, care can be used to enhance stroke care delivery across the entire continuum—from acute diagnosis and triage to rehabilitation and secondary prevention.

Virtual Care for Acute Ischemic Stroke

Acute virtual stroke care – or Telestroke - can be used to increase access to thrombolytic treatment at facilities that lack 24 hour, 7 days a week onsite stroke expertise, using 2-way audiovisual equipment to carry out a detailed stroke examination, combined with a system to reliably transmit CT scan results. The safety, feasibility and efficacy of the “hub & spoke” model, which connects a tertiary stroke center to one or more distant primary care centers, has been established in many studies conducted in Europe and North America. In some of these studies, although minor technical difficulties were reported, the number of patients treated with intravenous thrombolysis increased at the spoke sites where telestroke systems were implemented and the symptom onset-to- treatment time decreased. The outcomes of 153,272 patients treated at hospitals with and without telestroke capacity following admission for acute ischemic stroke in the United States, were compared.⁹² The frequency of reperfusion therapies received was significantly higher at telestroke hospitals (6.8% vs 6.0%; difference, 0.78 percentage points; 95% CI 0.54-1.03, $p < .001$). The likelihood of receiving thrombolysis and thrombectomy, were both significantly higher at telestroke enabled hospitals (RR=1.12, 95% CI 1.08 to 1.17 and RR=1.42, 95% CI 1.25 to 1.62, respectively). Both 7 and 30-day mortality was significantly lower in the telestroke hospitals (7-day: 6.03% vs. 6.33%; RR=0.95, 95% CI 0.92 to 0.99, 30-day:13.1% vs 13.6%; RR=0.96, 95% CI 0.94 to 0.99).

In a systematic review, Mohamed et al.⁹³ compared the outcomes of patients who received thrombolysis with alteplase via telemedicine consultation to those who were treated through conventional, in-person care. The results of 33 studies (2 RCTs) and 12,540 patients were included, of whom 7,936 (63.9%) were thrombolysed. Mean times from symptom onset to thrombolysis administration and door-to-needles times were similar between the groups. The odds of a good clinical outcome were not significantly higher in patients treated conventionally. The odds of 90-day mortality were not increased significantly in patients treated with telemedicine, nor were the odds of symptomatic intracerebral hemorrhage significantly higher in the telemedicine group. In Ontario, Porter et al.⁹⁴ conducted an audit to determine whether the safety outcomes of 214 patients treated using the Ontario Telestroke Program with intravenous thrombolysis over a two-year period were comparable with those of 1,885 patients treated at regional stroke centres, district stroke centres and non-designated centres. The administration of alteplase using telestroke was not associated with an increased risk of death within 7 or 90 days

(adjusted hazard ratio [HR] =1.29, 95% 0.68- 2.44 and adjusted HR=1.01, 95% CI 0.67-1.50, respectively), nor was its use associated with an increased risk symptomatic intracerebral hemorrhage (ICH) or poor outcome (adjusted HR= 0.71,95% 0.29-1.71 and adjusted HR=0.75, 95% CI 0.46-1.23, respectively). Also using data from Ontario, Ho & Fawcett⁹⁵ compared the outcomes of patients who were treated with either intravenous thrombolysis with alteplase or endovascular thrombectomy (EVT) who were assessed after a telemedicine or an in-person assessment. There were no significant differences between the groups in median door-to-needle times for alteplase administration, door-to-puncture time for EVT, or in the percentage of patients with early symptomatic intracranial hemorrhage, or 3-month mortality.

Virtual Stroke Rehabilitation

The results from a rapidly expanding volume of literature suggests that virtual stroke rehabilitation can be both feasible and effective compared with in-person encounters. The authors of recently published systematic reviews examining remotely delivered therapy reported that measures of balance, upper and lower extremity motor function, mobility, and performance of activities of daily living, were not significantly different compared to those of persons receiving conventional rehabilitation, and in some cases, were superior.⁹⁶⁻¹⁰¹ In the Cochrane review authored by Laver et al.,⁹⁷ virtual care was also used successfully to treat persons with speech and language impairments and low mood post stroke. Knepley et al.¹⁰² reported that functional outcomes among those that received virtual stroke rehabilitation were equivalent or better compared with those that received in-person therapy, as was patient satisfaction. Additionally, some virtually provided therapies were less costly than in-person therapy.

Several recent RCTs have examined virtual therapies for both upper and lower-limb rehabilitation. Late-Life Function and Disability Instrument scores were improved in both the virtual care group and the usual care group that received standard rehabilitation therapies, following hospital discharge in the Singapore Tele-technology Aided Rehabilitation in Stroke (STARS) trial in which 124 patients were randomized to receive 3 months of physiotherapy (PT) and occupational therapy (OT) via a tele-rehabilitation system using an iPad based system to provide exercises 5 days a week.¹⁰³ In the Augmented Community Telerehabilitation Intervention (ACTIV) trial,¹⁰⁴ a structured 6-month program using face-to-face sessions, telephone contact, and text messages to augment stroke rehabilitation was compared with usual care. The ACTIV focused on two functional categories: “staying upright” and “using your arm” and was provided to patients with a stroke occurring an average of 6 months previously, by physical therapists. There were improvements in both groups in the physical subcomponent of the Stroke Impact Scale (SIS 3.0), the primary outcome at 6 months, and the SIS subcomponents, with no significant differences between groups. The outcomes of patients who received virtual rehabilitation services have also been shown to be better than those who received conventional outpatient therapy. The Fugl-Meyer Assessment scores of patients who received a 12-week telerehabilitation program were significantly higher compared to those who received the same duration of outpatient therapy.¹⁰⁵ In the same study, telerehabilitation was found to be non-inferior for the modified Barthel index.

Adaptation of existing rehabilitation programs may offer alternative solutions to in-person therapy. Yang et al.¹⁰⁶ provided a virtual version of the Graded Repetitive Arm Supplementary Program (GRASP) over 10 weeks, to 9 persons with residual difficulty using their affected upper extremity following remote stroke. There were significant improvements over time for all outcome measures, which included the Arm Capacity and Movement test (ArmCAM), a new assessment tool developed for online use.

Assessment of performance-based measures in a virtual setting has not been well studied and poses challenges. Some previously validated outcome measures may not be appropriate, feasible or valid for virtual use. It remains to be determined whether new assessment tools will need to be developed and validated for virtual use. In some cases, adaptation of an existing measure may be sufficient. For example, Peters et al.¹⁰⁷ developed a version of the Fugl-Meyer (FM) assessment, suitable for virtual care use (FM-tele) and demonstrated its feasibility. In addition, although the sample size was small (n=5), the proportional agreement between the FM-tele conducted in person and conducted remotely by the same assessor, one week apart, was good. Both patients and assessors reported some issues with technical difficulties, a common complaint when using virtual platforms. Inter-rater reliability of the

Balance Scale, Fugl-Meyer Assessment and the Action Research Arm Test has been shown to be good to excellent when comparing in-person assessments with those conducted virtually through videoconference.^{108, 109}

Stroke Prevention

There are several ways in which virtual care can be used to facilitate secondary prevention interventions. Telehealth consultations with physicians, including neurologists or primary care providers, enable timely medication management, risk factor control (e.g., hypertension, diabetes, atrial fibrillation), and individualized patient counseling without requiring in-person visits. Remote monitoring technologies can track blood pressure, glucose levels, and heart rhythms (e.g., for atrial fibrillation detection), allowing for prompt response to abnormal readings. Virtual self-management programs and mobile health apps can also provide reminders for medication adherence, lifestyle modification tools (e.g., smoking cessation, diet, physical activity), and stroke warning sign recognition.

Virtual care interventions (remote monitoring and telephone-based counselling or support, or web-based interventions), were associated with significant reductions in both systolic and diastolic blood pressure (MD= -4.37 mm Hg, 95% CI -5.50 to -3.24 and MD= -1.72 mm Hg, 95% CI -2.45 to -0.98, respectively) in a systematic review of 13 RCTs including 3,803 participants with a history of stroke or TIA +/- hypertension.¹¹⁰ Telehealth interventions were also associated with better medication adherence (SMD=0.52, 95% CI 0.03 to 1.00). In the SPRINT INDIA trial, 4,298 patients, recruited from 31 centres, following a first stroke were randomized between 2 days and 3 months after symptom onset to an intervention group that received 68 regular short SMS messages and 6 short videos that promoted risk factor control and medication adherence, or to a usual care group. At one year, there was no significant difference between groups in the primary outcome (a composite of recurrent stroke, high-risk TIA, acute coronary syndrome, or death) or any of its components; however, patients in the intervention group were more likely to reduce or quit drinking alcohol, reduce smoking and be more compliant with medications.¹¹¹ In a systematic review by Deng et al.¹¹² that included 32 randomized controlled trials of patients with established arteriosclerotic cardiovascular disease, outcomes were compared between those randomized to a telemedicine-based secondary prevention (TOSP) group and those receiving usual care. Participants in the TOSP group received remote interventions delivered through telemedicine modalities such as phone calls, text messages, mobile apps, emails, and remote monitoring. Phone-based telemedicine interventions significantly improved body mass index, blood pressure, and enhanced exercise capacity. The effects on medication adherence, diet, knowledge, self-efficacy, depression, anxiety, and safety were inconsistent across studies. Combined remote monitoring and consultation was associated with a significant reduction in the risk of cardiovascular mortality and a reduction in the risk of cardiovascular hospitalisation, in patients with heart failure who received telehealth interventions.

Virtual interventions can also be used in primary prevention to improve cardiovascular risk factors. Jaén-Extremera et al.¹¹³ included 28 studies including 5,460 persons from the general public with one or more of the following conditions or habits: diabetes, hypertension, obesity, hypercholesterolemia, sedentary lifestyle and smoking. Telemedicine and e-health interventions were targeted at ≥ 1 of the 6 conditions. E-health interventions were associated with a significant decrease in hemoglobin A1c in persons with diabetes, a significant decrease in systolic and diastolic blood pressure in persons with hypertension, and a significant decrease in weight in those who were overweight. Salisbury et al. reported that monthly phone calls with a health advisor resulted in significantly lower systolic and diastolic blood pressures in participants with a 10-year cardiovascular disease risk of 20% or more, no previous cardiovascular event, at least one modifiable risk factor, and was also associated with significant improvements in diet, physical activity, drug adherence, and satisfaction with access to care, compared with usual care.¹¹⁴ Digital health interventions including telemedicine, web-based strategies, email, mobile applications, text messaging, and monitoring sensors significantly reduced the risk of cardiovascular events including myocardial infarction, stroke, or revascularization, hospitalizations, and all-cause mortality (RR=0.61, 95% CI, 0.46–0.80, $p < 0.001$) in a systematic review of 51 studies (n=23,962 participants).¹¹⁵

Sex & Gender Considerations

Research in this area is limited. Pérez-Sánchez et al.¹¹⁶ compared the outcomes of 3,009 men (57.3%) and women (42.7%) with suspected stroke, attended to in a telestroke network over two years. There were no significant differences in the proportions of men vs. women who received treatment with thrombolytics, thrombectomy, or both interventions, nor were there differences in process times between the groups (time from symptom onset to Emergency Department arrival, door-to-needle time, or door origin-to-arterial puncture time). There were no significant differences between groups in 90-day or 3-month mortality, or good function (modified Rankin Scale ≤ 2) outcome at 3 months. Women may be less likely to consent to receiving thrombolytics.¹¹⁷

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 5 Éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants

5. Éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants : recommandations de 2026

Remarques :

1. *L'inclusion de la famille et des aidantes et aidants relativement à l'éducation en matière d'AVC est valorisée et encouragée. La personne ayant subi un AVC doit donner son consentement pour que sa famille et ses aidantes et aidants puissent participer aux séances d'éducation et de formation.*
2. *Les recommandations en matière d'éducation et de formation s'appliquent à tous les milieux du continuum de soins. Dans certains milieux, comme les soins ambulatoires et les services des urgences, l'interaction est plus brève et les besoins d'apprentissage risquent davantage de ne pas être satisfaits. Des stratégies visant à résoudre ces problèmes, comme des ressources d'information écrites et des documents à distribuer, doivent être mises en place.*
3. *Voir l'Annexe III : Cadre de travail sur l'éducation en matière d'AVC du module sur les systèmes de soins de l'AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.*

5.0 Principes généraux de l'éducation en matière d'AVC

- i. L'éducation d'une personne ayant subi un AVC, de sa famille et de ses aidantes et aidants fait partie intégrante des soins de l'AVC et doit s'inscrire dans toutes les rencontres en matière de soins de santé et lors des transitions [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
- ii. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent participer activement à la planification, à la prestation et à l'évaluation de l'éducation en matière d'AVC et de rétablissement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. L'éducation des personnes ayant subi un AVC et de leur famille incombe à l'ensemble des prestataires de soins de santé [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Dans chaque milieu, du personnel attiré doit s'assurer que les enseignements sont offerts selon une approche uniforme [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- v. Les programmes liés à l'AVC doivent comprendre des politiques concernant l'éducation en matière d'AVC et respecter les pratiques de documentation qui sont décrites dans les politiques [recommandation forte; faible qualité des données probantes]¹¹⁸.

5.1 Évaluation des besoins d'apprentissage

- i. Les besoins et les objectifs personnalisés en matière d'apprentissage doivent être évalués et consignés par les membres de l'équipe soignante [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. Les besoins et les objectifs en matière d'apprentissage doivent être mis à jour régulièrement en fonction de la progression de la personne ayant subi un AVC dans les étapes et les milieux de soins afin d'établir un plan d'éducation personnalisé [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les besoins en matière d'apprentissage à évaluer peuvent comprendre les suivants :
 - a. Volonté d'apprendre [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Connaissances en santé [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

- c. Considérations culturelles et barrières linguistiques [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- d. Format d'éducation préféré (en présentiel ou en mode virtuel; synchrone ou asynchrone; écrit ou oral) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- e. Habilités cognitives, psychologiques, sensorielles et communicationnelles [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- f. Besoins précis en matière d'apprentissage de contenu (tels que définis à [l'encadré 5](#)) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- g. Niveau de compétences en prise en charge autonome [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la section 5.3 pour obtenir de plus amples renseignements.*

5.2 Prestation de l'éducation

- i. Un plan d'éducation personnalisé doit être élaboré et mis en œuvre sur la base de l'évaluation des besoins et des objectifs d'apprentissage des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants ainsi que de leur volonté d'apprendre [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. On recommande la prestation d'une éducation personnalisée en matière d'AVC qui :
 - a. Est axée sur les objectifs et facilite la prise de décision partagée concernant les soins et le rétablissement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Couvre tous les aspects des soins et du rétablissement après un AVC et respecte les besoins personnels en matière d'éducation [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - c. Facilite la prise de décision partagée et est alignée sur les objectifs personnalisés [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - d. Est interdisciplinaire, fondée sur des données probantes et uniforme sur le plan du contenu ainsi que pour l'ensemble des prestataires et des milieux de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - e. Est interactive et encourage la participation active des personnes ayant subi un AVC et de leur famille [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - f. Combine le renforcement des compétences (p. ex. résolution de problèmes, gestion du stress et établissement d'objectifs) et les stratégies psychoéducatives au lieu d'utiliser uniquement des stratégies psychoéducatives [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
 - g. Est offerte dans des formats accessibles, en fonction des circonstances personnelles [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - h. Comprend la répétition et le renforcement de l'information qui n'a pas été retenue (p. ex. renseignements sur les médicaments et leur gestion) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - i. Est offerte de manière formelle ou informelle dans un cadre individuel ou de groupe, selon le cas [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - j. Tient compte de la méthode optimale d'éducation, y compris les options virtuelles [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. La formation fournie doit être consignée dans le dossier de santé et accessible aux membres de l'équipe soignante [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

- iv. L'assimilation de l'information doit être régulièrement évaluée et les niveaux de compréhension, consignés [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- v. L'éducation et la formation doivent être offertes à la famille et aux aidantes et aidants pour les amener à participer aux soins de l'AVC et à les prodiguer en toute sécurité selon une approche interdisciplinaire fondée sur les besoins d'apprentissage de la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

5.3 Soutenir la prise en charge autonome après un AVC par le perfectionnement des compétences

Voir les [définitions et descriptions](#) dans la section « Introduction et aperçu » pour connaître la définition de la prise en charge autonome.

- i. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent recevoir des ressources et de l'information qui leur permettront d'assurer la prise en charge autonome et de naviguer dans le système de soins de santé et de services sociaux [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. On doit offrir des occasions d'apprentissage et de maîtrise des compétences de prise en charge autonome pour favoriser l'efficacité personnelle et améliorer la qualité de vie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir l'[encadré 5](#) et le document intitulé [Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements sur la prise en charge autonome pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants](#).*
- iii. Avec le consentement de la personne ayant subi un AVC, on peut inviter et encourager les membres de sa famille et ses aidantes et aidants à assister aux séances de soins et de traitement pour aider à la prise en charge autonome de la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Tous les milieux de soins doivent posséder des répertoires à jour des ressources communautaires disponibles pour appuyer la prise en charge autonome et offrir des conseils et de l'aide relativement à l'obtention des services requis [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Encadré 5 Liste de vérification pour la prise en charge autonome

Sujets d'éducation

- Prévention secondaire de l'AVC
- Gestion des médicaments
- Gestion des facteurs de risque (y compris l'observance de la pharmacothérapie)
- But et importance de l'exercice et de l'information sur les programmes d'exercice communautaires
- Techniques de prise en charge des symptômes et de gestion du stress
- Fatigue, gestion du sommeil et stratégies de conservation d'énergie
- Alimentation, prise en charge de la dysphagie, stratégies en matière de saine alimentation
- Adaptation aux changements physiques
- Adaptation aux émotions comme la peur, la colère et la dépression

- Adaptation aux changements cognitifs et de mémoire
- Adaptation aux déficits de perception
- Gestion des troubles de la communication
- Résolution de problèmes et prise de décision dans le domaine de la santé
- Relations, intimité et sexualité
- Participation communautaire et reprise d'activités valorisées
- Loisirs et participation sociale
- Soutien offert au sein de la communauté, notamment les options d'hébergement et de soutien à la vie autonome
- Réglementation et réadaptation à la conduite, et services de transport communautaires
- Considérations et stratégies liées au retour au travail
- Ressources financières
- Planification des soins avancés, options de soins de fin de vie et de soins palliatifs
- Options de soins de relève
- Soutien par les pairs

Sujets de perfectionnement des compétences et de prise en charge autonome

- Éducation à la prise en charge autonome pour encourager l'autonomie, accroître la confiance et améliorer les compétences afin de mieux prendre en charge sa santé
- Techniques de soins personnels (p. ex. techniques pour s'alimenter et prendre un bain)
- Stratégies de communication et communication de soutien
- Transferts, soulèvements et repositionnements sécuritaires (p. ex. transferts du lit à la chaise, positionnement d'un membre hémiplegique)
- Préparation et modification des aliments en cas de dysphagie
- Stratégies cognitives telles que les techniques de résolution de problèmes
- Techniques de gestion du stress (p. ex. exercice physique, pleine conscience et méditation)
- Accès aux services et ressources communautaires, y compris les programmes d'exercices physiques
- Navigation continue dans le système de santé
- Sensibilisation des aidantes et aidants à l'importance de prendre soin de soi et à l'épuisement
- Adaptations ou modifications des activités de loisirs

Justification

L'éducation est un élément vital et perpétuel du rétablissement pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants. Les personnes ayant subi un AVC retiennent généralement moins de 25 % de l'information qui leur est fournie pendant leur hospitalisation¹¹⁹; par conséquent, l'information doit être répétée de manière constante lors des transitions de soins. Les interventions éducatives actives contribuent à doter les personnes ayant subi un AVC et leurs aidantes et aidants des outils nécessaires pour gérer le processus de réadaptation. L'information fournie à chaque phase des

soins de courte durée, de la réadaptation, de la participation communautaire, de la réadaptation à long terme et des soins de fin de vie doit être pertinente relativement aux besoins changeants de la personne ayant subi un AVC et de sa famille. Les interventions éducatives doivent être interactives et adaptées aux difficultés cognitives et de communication, au besoin. La formation des aidantes et aidants est aussi un élément important qui permet aux personnes ayant subi un AVC et à leur famille de jouer un rôle actif dans le processus de rétablissement, d'améliorer leur qualité de vie et de contribuer à de meilleurs résultats à long terme.

Les personnes ayant subi un AVC accordent une grande importance à l'éducation et à l'information accessibles, offertes en temps opportun et centrées sur la personne, tant pour elles-mêmes que pour leurs aidantes et aidants. Elles font valoir l'importance d'adapter l'éducation au stade du rétablissement et aux besoins propres à chaque personne. Le soutien par les pairs est considéré comme une source d'apprentissage particulièrement importante, car les pairs offrent de l'encouragement, une compréhension mutuelle et des perspectives pratiques qui aident les personnes ayant subi un AVC à se sentir moins seules et à avoir plus d'espoir.

Bien qu'une éducation plus formelle puisse avoir lieu dans le cadre des soins de courte durée et de la réadaptation, les personnes ayant subi un AVC insistent sur le besoin continu d'information crédible et pertinente après leur retour dans la communauté. Trouver du soutien au sein de la communauté peut toutefois s'avérer difficile. Si certaines personnes ont recours à des prestataires privés ou à des programmes communautaires, d'autres se heurtent à des obstacles, tels que des contraintes financières, une connaissance limitée des ressources disponibles ou des difficultés liées aux modalités virtuelles. Les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC encouragent les prestataires de soins de santé à collaborer activement avec la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidantes et aidants afin de comprendre leurs besoins en matière d'éducation et de faciliter la mise en contact avec les ressources appropriées dans le cadre de la planification des transitions. Cette approche permet de s'assurer que les personnes continuent de recevoir du soutien, même lorsqu'elles ne sont plus en contact avec leur équipe de prise en charge de l'AVC.

Exigences pour le système

Les actions qui soutiennent la transition des soins s'appliquent à l'ensemble du continuum de soins de l'AVC, y compris les soins primaires, les services des urgences, les soins de courte durée, les milieux de réadaptation, les soins continus complexes et les lits de transition, les soins de longue durée et les milieux communautaires. Des processus et des mécanismes doivent être mis en place dans tous ces établissements pour répondre aux besoins en matière d'éducation de la personne ayant subi un AVC, de sa famille et de ses aidantes et aidants, notamment :

1. Efforts coordonnés entre les parties prenantes, comme la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC, les organismes de santé publique, les ministères de la Santé, les organisations non gouvernementales (ONG), les hôpitaux et les cliniques, et les prestataires de soins de santé dans l'ensemble du continuum de soins, afin de produire des documents éducatifs contenant des renseignements cohérents.
2. Processus coordonnés visant à assurer l'accès des professionnels de la santé, des personnes ayant subi un AVC et des aidantes et aidants aux documents, programmes, activités et tout autre matériel à contenu éducatif qui traitent de l'AVC, y compris la publicité de la disponibilité du matériel éducatif, des mesures efficaces de diffusion et le suivi.
3. Ressources communautaires, telles que des groupes de soutien au rétablissement post-AVC, afin de fournir en continu un soutien et de l'information après la sortie de l'hôpital.
4. Processus coordonnés pour assurer une communication continue entre les équipes sur les besoins d'apprentissage et l'information qui a été fournie.
5. Processus coordonné pour la formation des membres de l'équipe en ce qui a trait aux techniques éducatives et aux pratiques optimales en matière de soins et de rétablissement après un AVC.

6. Accès à la formation pour les prestataires de soins de santé afin qu'ils acquièrent des connaissances et des compétences en matière de prise en charge autonome, qu'ils soutiennent les besoins particuliers de la personne ayant subi un AVC en matière de soins et qu'ils s'adaptent aux difficultés sensorielles et aux troubles de la communication et de la perception, le cas échéant.
7. Accès à des ressources éducatives adaptées aux différentes cultures, pertinentes et appropriées et, dans la mesure du possible, offertes dans la langue de préférence de la personne.
8. Mise en place de processus visant à faire le suivi de l'éducation et des ressources disponibles offertes aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants, afin de pouvoir leur recommander les ressources appropriées.
9. Accès à des services de soutien en matière de prise en charge autonome par le biais de technologies de soins de santé virtuels, en particulier dans les régions rurales et là où il y a des lacunes sur le plan des ressources locales.
10. L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'assurance médicaments équitable et universel, déployé en partenariat avec les provinces 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.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Disponibilité de matériel et de ressources d'éducation normalisées et uniformes dans chaque centre de soins de l'AVC.
2. Proportion de centres de soins de l'AVC ayant intégré l'éducation en matière d'AVC aux dossiers de santé électroniques.
3. Disponibilité de ressources et de services adaptés aux personnes présentant un trouble de la communication ou d'autres déficiences (comme l'aphasie ou la perte de vision).

Indicateurs de processus

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont reçu des documents éducatifs à chaque étape de la prise en charge de l'AVC et du rétablissement.
2. Nombre total de rencontres axées sur l'éducation de chaque personne ayant subi un AVC, et temps consacré à l'éducation au cours d'une rencontre de soins de l'AVC.
3. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC qui sont sorties de l'hôpital avec un exemplaire de leur feuille sommaire d'hospitalisation et du matériel éducatif.
4. Changement du comportement de prise en charge autonome de la maladie 6 semaines, 3 mois et 6 mois après l'AVC, évalué à l'aide d'outils de mesure validés.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

1. Changement des connaissances de la personne ayant subi un AVC et de sa famille à l'égard de l'AVC après la séance d'information.
2. Changements en ce qui a trait à la qualité de vie mesurés à intervalles réguliers au moyen d'outils validés 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).

3. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC qui déclarent se sentir suffisamment préparées en ce qui a trait aux soins personnels et à leurs propres aptitudes.

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 *Systèmes de soins de l'AVC* – [Encadré 5 – Liste de vérification pour la prise en charge autonome](#)
- 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* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/planification-de-la-readaptation-post-avc>
- 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>
- NCBI. "Timing it Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home (Cameron et Gignac, 2008) (en anglais seulement) : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18155388%20>
- Aphasia Institute (en anglais seulement) : <https://www.aphasia.ca/>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidants 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. *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/>
- Ressource sur le parcours de rétablissement après un AVC du Central East Stroke Network (CESN) (en anglais seulement) : <https://cesnstroke.ca/clinical-resources-tools/journey-to-recovery/#caregiver>.
- Page intitulée « Inspiring Hope » du site du Central East Stroke Network (CESN) comprenant les vidéos « Power of Hope » (en anglais seulement) : <https://cesnstroke.ca/patient-family-resources/inspiring-hope/>

Résumé des données probantes

The educational needs of individuals recovering from stroke and their informal caregivers changes across the continuum of care. In preparation for discharge from acute care, education focuses on understanding the stroke event, early warning signs, and vascular and medical risk factors, with an emphasis on promoting adherence to treatments and secondary prevention measures. Secondary prevention will also be the focus of education at visits to TIA or outpatient prevention clinics. During inpatient rehabilitation, the focus shifts to teaching individuals and their families about functional recovery, mobility strategies, use of adaptive equipment, and managing common complications such as spasticity or dysphagia. In long-term care or community reintegration, educational priorities include stroke self-management, medication adherence, lifestyle modification, emotional adjustment, and return to work or social roles. Tailoring education to the individual's stage of recovery and functional capacity ensures that information is relevant, understandable, and actionable.

A scoping review ¹²⁰ included the results from 36 articles of individuals who had suffered a stroke or TIA within the previous 5 years, and focused on the information needs of both patients and their informal caregivers across care settings. Fourteen domains of information needs were identified. Among the most frequently cited were a need for information about treatment, the etiology of stroke, personalized information, community/social support availability, prognosis, the effects of stroke, and the care role for patients living at home. The need for information on specific topics changed across the recovery process. The primary information source was healthcare professionals, followed by written information, family and friends, and the internet, with information provided directly by healthcare professionals being preferred.

Self-Management Programs

Self-management programs empower individuals with strokes by teaching problem-solving, goal-setting, and decision-making skills for active recovery. These programs can also provide education about stroke and its effects. A Cochrane review, authored by Fryer et al. ¹²¹ included the results from 14 RCTs of patients recovering from stroke who were living in the community. Trials compared interventions composed of ≥1 component of self management or targeted more than a single domain of change, or both, with a control intervention (either an inactive control such as waiting list or usual care or an active control such as education only). Interventions were provided by allied health professionals either on a one-to-one basis or as a group, and all were delivered face-to-face except one. Self-management programs were associated with a significant improvement in quality of life (SMD=0.20, 95% CI 0.00 to

0.41; low quality of evidence) and self-efficacy (SMD=0.33, 95% CI 0.04 to 0.61; low quality of evidence). Self management programs were not associated with significant improvements in activity limitations or impairment. Two trials of nurse-led stroke self-management programs were associated with significant improvements in Stroke Self-Efficacy Questionnaire scores.^{122, 123} Lennon et al.¹²⁴ conducted a systematic review of studies (including randomized and non-randomized controlled trials) that assessed “self-management” interventions for patients recovering from stroke. Interventions included in the review were quite variable, ranging from group programs to one-on-one interventions consisting of workbooks, DVDs or exercise sessions. Several interventions were based on the Stanford Chronic Disease Self-Management programme, which consisted of workshops, a companion book and a relaxation CD. Although pooling of results was not possible, in some of the largest RCTs included in the review, significant improvement in physical domains, quality of life, and dependency were reported in the active intervention groups.

Patient & Caregiver Education

The benefit of family and caregiver involvement was assessed in a Cochrane review, authored by Crocker et al.¹²⁵ which included the results of 33 RCTs. Neither passive (leaflet or pamphlet), nor active (lecture) interventions were associated with significant improvements in caregiver’s knowledge of stroke and stroke services, compared with usual care, although only 3 to 4 trials assessing this outcome were included. Conversely, active interventions were associated with the patient’s stroke knowledge (SMD=0.41, 95% CI 0.17-0.65, GRADE: low quality), but not with anxiety or depression. Several randomized trials have evaluated the effects of information and support packages for patients and their caregivers following stroke. Those trials that simply provided participants with written information as the intervention tended to be less effective compared with programs that included additional components. Eames et al.¹²⁶ randomized 138 patients and their carers to receive an individually tailored education and support package with verbal reinforcement for 3 months, or to a usual care group, which received unstructured, informal education. Patients in the intervention group reported significantly greater self-efficacy (access to stroke information domain, $p<0.04$), feeling of being informed ($p<0.01$), and satisfaction with medical ($p<0.001$), practical ($p<0.01$), service/benefit ($p<0.05$), and secondary prevention ($p<0.001$) information received.

Caregiver Education

In the Organising Support for Carers of Stroke Survivors (OSCARSS), cluster RCT, Patchwood et al.¹²⁷ randomized 414 carers within 35 clusters to an intervention group or usual care group. The intervention, the Carer Support Needs Assessment Tool for Stroke was a staff-facilitated, carer led approach to help identify, prioritise and address the specific support needs of carers, requiring at least one face-to-face support contact dedicated to carers, typically provided in the home, with reviews as required. There was no significant adjusted mean difference in 3-month caregiver strain, the primary outcome, assessed using the Family Appraisal of Caregiving Questionnaire (-0.04 , 95% CI -0.20 to 0.13), or in any of the secondary outcomes (subscales of the primary outcome, anxiety, depression or satisfaction with stroke services). Additionally, the intervention was not cost-effective. Studies assessing the impact of caregiver education and skills training have also reported the benefits of active or “hands-on” interventions. A randomized controlled trial by Kalra et al.¹²⁸ allocated patient/caregiver dyads to receive structured caregiver training (hands-on training in basic nursing techniques that emphasized skills essential for daily management of ADL) or conventional instruction (information and advice). The length of the intervention was dependent on patient need, ranging from three to five sessions in the inpatient rehabilitation setting. Patients experienced significant reductions in anxiety and depression at 12 months and increased quality of life at 3 and 12 months. No differences in mortality, institutionalization or functional ability were reported between intervention and control groups. Using a similar intervention, Forster et al.¹²⁹ randomized 928 patients, expected to return home following acute stroke, to participate in the London Stroke Carers Training course (LSCTC) (same protocol as Kalra et al. 2004), or to usual care. At 6 months there was no significant difference in the mean patient Nottingham EADL scores between groups (27.4 vs. 27.6, $p=0.866$) or Caregiver Burden Scores (45.5 vs. 45.0, $p=0.660$). While the

intervention did not appear to be effective, the authors speculated that the timing, in the immediate period after stroke, might not be ideal.

Patient Education

Education received in the acute stage of stroke can help to enhance understanding of the condition, promote adherence to secondary prevention strategies, and reduce the risk of recurrent events. Benoit et al.¹³⁰ randomized 199 patients with an acute TIA or minor stroke admission to receive a 2-hour interactive group session conducted by a vascular neurologist or a nurse trained in stroke and therapeutic education, focused on stroke education, within the stroke unit before hospital discharge or to usual care. The 3-month improvement in stroke knowledge scores (range of possible scores 0-29) was significantly greater in the intervention group (mean baseline-adjusted between-group difference=1.6 points, 95% CI 1.4 to 1.9) and the proportion of patients who were unable to name any risk factor was significantly lower after intervention at 3 months (13.2% vs. 3.4%) but not at 12-months (2.4% vs. 3.6%). In a study nested within the STANDFIRM trial (Shared Team Approach between Nurses and Doctors For Improved Risk Factor Management, a cluster-randomized controlled trial designed to evaluate whether an individualized, interdisciplinary secondary prevention program led by nurses, in collaboration with stroke specialists and general practitioners, improved cardiovascular risk factor control), 268 patients with minor stroke or TIA were randomized to an intervention group or usual care group.¹³¹ Overall, 34% of participants were unable to name a single risk factor. However, participants in the intervention group named significantly more risk factors (incidence risk ratio=1.26, 95% CI 1.00 to 1.58) at 24 months.

Sex & Gender Considerations

Health educational approaches need to account for sex and gender differences, as men and women may differ in their health beliefs, learning preferences, communication styles, and responsiveness to specific educational strategies. Tailoring content and delivery to address these differences can help improve patient engagement and understanding; however, little research has been conducted in this area.

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 6 Soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

6. Soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants : recommandations de 2026

6.0 Principes généraux

- i. Une équipe interdisciplinaire de prestataires de soins de santé ayant une expertise en matière de soins de l'AVC doit soutenir les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants pendant toutes les transitions de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les personnes ayant subi un AVC et leur famille doivent faire l'objet d'une évaluation de leurs besoins de soutien; recevoir des services personnalisés de soutien psychosocial, de soutien en santé mentale, d'éducation, de perfectionnement et de renforcement des compétences, ainsi que de l'information sur l'accès aux services et ressources communautaires afin de répondre à leurs besoins [recommandation forte, qualité élevée des données probantes].

6.1 Dépistage et évaluation des besoins de soutien après un AVC

- i. Les personnes ayant subi un AVC doivent faire l'objet d'une évaluation à l'aide d'outils validés pour déterminer leur capacité d'adaptation, leurs symptômes dépressifs et d'autres problèmes physiques et psychologiques, et l'accès au soutien d'aidantes et aidants dans le cadre du continuum de soins [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
- ii. Les personnes qui n'ont pas accès au soutien d'aidantes et aidants doivent recevoir de l'information et être orientées vers des ressources de soutien communautaire, au besoin, afin d'optimiser leur rétablissement et leur capacité de prise en charge autonome [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Lorsque des problèmes sont décelés lors du dépistage, l'équipe soignante doit procéder à des évaluations en temps opportun et orienter les personnes ayant subi un AVC vers les spécialistes et les services appropriés afin de favoriser leur rétablissement et d'optimiser leurs résultats [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent recevoir des renseignements sur la façon d'accéder aux programmes de soutien par les pairs, y compris les groupes ou services de soutien pour les aidantes et aidants, des descriptions des services et des avantages qu'ils offrent, les endroits et les coûts éventuels, et être encouragées à y participer [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- v. Il faut discuter avec les personnes ayant subi un AVC des questions relatives aux ressources, telles que la situation financière, le logement, le transport, l'assurance maladie, la couverture du coût des médicaments et de l'équipement ainsi que des mesures trouvées pour réduire les obstacles aux soins continus et au rétablissement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- vi. L'évaluation des ressources de soutien (famille et aidantes et aidants) au congé de l'hôpital doit porter sur les domaines suivants concernant la capacité d'un membre de la famille ou d'une aidante ou d'un aidant à soutenir la personne ayant subi un AVC tout au long de son processus de réadaptation et lors de son retour dans la communauté :
 - a. Le niveau et le type de soutien des autres membres de la famille, des proches et des réseaux sociaux [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. L'état de santé actuel de l'aidante ou de l'aidant, ses responsabilités professionnelles et sociales, et la manière dont elles seront gérées dans le cadre du soutien apporté à la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

- c. La volonté de l'aidante ou de l'aidant, sa capacité à acquérir des compétences et son expérience en matière de soins et d'aide au rétablissement de la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- d. La capacité de l'aidante ou de l'aidant à composer avec le stress lié au soutien à la réadaptation et au rétablissement de la personne ayant subi un AVC, et à le gérer [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

6.2 Répondre aux besoins de soutien après un AVC

- i. Le soutien doit commencer dès le début de l'AVC et se poursuivre tout au long des transitions et des étapes de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir l'encadré 6 pour obtenir de plus amples renseignements sur les types de soutien aux personnes ayant subi un AVC.](#)
- ii. Il faut adapter les communications et les approches en matière de soins en tenant compte des capacités cognitives, sensorielles et de communication de la personne (comme des formats conviviaux pour une personne atteinte d'aphasie) et des connaissances en santé des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. L'utilisation de technologies virtuelles (p. ex. la vidéo et les technologies et services en ligne comme les groupes de soutien) doit être envisagée pour accroître l'accès aux services de soutien continu, aux services de santé et à l'information éducative, particulièrement dans les milieux où les personnes ayant subi un AVC et les membres de leur famille sont dans l'impossibilité de s'y rendre pour y avoir accès [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. [Voir la section 4 de ce module et la trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements⁷⁵.](#)

Encadré 6 Liste de vérification pour le soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

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

Le soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants doit comprendre ce qui suit :

- Communications adaptées aux capacités cognitives, sensorielles et de communication de la personne ayant subi un AVC (comme des formats conviviaux pour une personne atteinte d'aphasie), au besoin et en fonction de ses connaissances en matière de santé, et de celles de sa famille et de ses aidantes et aidants.
- Prise de décision partagée et participation concernant les transitions entre les différentes étapes de soins.
- Renseignements précis et à jour sur le prochain milieu de soins, ce à quoi on peut s'attendre et comment s'y préparer.
- Accès aux soins de rétablissement et de réadaptation active afin d'améliorer ou de maintenir les capacités fonctionnelles, conformément au plan de soins personnalisés.
- Conseils, préparation et évaluation continue pour l'adaptation aux changements : milieu de vie, capacités, relations et rôles sociaux, participation, loisirs et activités professionnelles, et

domicile. Il faut aussi tenir compte des répercussions sur la famille (p. ex. conjoint ou conjointe ou partenaire, enfants), des problèmes de ressources possibles (financières) et de l'autonomie (p. ex. la conduite).

- Instructions écrites relatives au congé de l'hôpital, y compris les soins de suivi et les recommandations correspondant aux objectifs de rétablissement.
- Accès à une personne-ressource désignée pour les questions, l'éducation et le soutien après le congé de l'hôpital.
- Accès à des spécialistes et à des services sociaux, notamment au soutien par les pairs, en fonction des besoins et de l'étape de transition et de rétablissement.
- Lignes directrices et renseignements sur la planification préalable des soins, les soins palliatifs et les soins de fin de vie, le cas échéant.

Justification

L'AVC entraîne fréquemment des changements importants dans la vie quotidienne, et les aidantes et aidants assument souvent des rôles exigeants qui peuvent causer des contraintes physiques, émotionnelles et financières. Sans un soutien adéquat, les aidantes et aidants peuvent être atteints d'épuisement, de dépression ou d'anxiété, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur les soins qu'ils prodiguent et sur leur propre santé. Cette situation alourdit le fardeau et peut entraîner une dépression chez les aidantes et aidants des personnes ayant subi un AVC (jusqu'à 60 % de cas ont été rapportés). Les familles peuvent aussi avoir du mal à s'adapter aux nouvelles responsabilités des aidantes et aidants, à s'orienter dans le système de soins de santé et à comprendre les besoins à long terme de la personne ayant subi un AVC. L'éducation et l'accès à des groupes de soutien peuvent contribuer à alléger ce fardeau, tout en favorisant une meilleure communication entre les professionnelles et professionnels de la santé, la patiente ou le patient et ses aidantes et aidants.

Les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC font valoir que le rétablissement après un AVC est un continuum dans lequel les besoins de ressources et de soutien évoluent au fil du temps. Elles insistent sur l'importance d'obtenir le bon soutien pour favoriser la sécurité, la participation et le bien-être tout au long du rétablissement, particulièrement lors du retour dans la communauté. Comprendre l'environnement dans lequel la personne retourne ainsi que l'aide disponible ou manquante est considéré comme étant essentiel. Les disparités entre l'aide disponible et les besoins réels peuvent poser des risques pour la sécurité ou entraîner une réduction de la participation. Les personnes ayant subi un AVC insistent sur l'importance d'être interrogées directement sur leurs besoins et leurs objectifs, et mettent en garde contre une approche universelle du soutien. Elles soulignent le besoin d'éducation et de soutien non seulement pour elles-mêmes, mais aussi pour la famille, les amis et les aidantes et aidants. Le soutien par les pairs est considéré comme une source de soutien particulièrement importante, car les pairs offrent de l'encouragement, une compréhension mutuelle et des perspectives pratiques qui aident les personnes ayant subi un AVC à se sentir moins seules et à avoir plus d'espoir.

Le soutien en santé mentale est décrit comme un élément tout aussi important que le rétablissement physique, mais il est parfois négligé. Les personnes ayant subi un AVC mentionnent que les problèmes de santé mentale peuvent avoir des répercussions sur tous les autres aspects du rétablissement, y compris la motivation, la participation et les relations. Il peut être difficile d'obtenir du soutien psychologique, surtout en l'absence de conseils ou de ressources, de sorte que les personnes se sentent souvent livrées à elles-mêmes. Les personnes ayant subi un AVC soulignent le fait que le soutien en santé mentale est essentiel pour celles qui en ont subi un à un jeune âge ou à une étape complexe de leur vie alors qu'elles œuvrent à rétablir leurs rôles et leurs responsabilités. Elles expriment le besoin de services de santé mentale accessibles, proactifs et intégrés aux soins de l'AVC.

On encourage les prestataires de soins de santé à collaborer avec les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants afin de déterminer les mesures de soutien qui correspondent à l'étape de leur vie et à leur situation personnelle, et qui sont adaptées et pertinentes sur le plan culturel.

Ces personnes demandent aux prestataires de soins de santé de jouer un rôle actif en les mettant, ainsi que leurs réseaux de soutien, en contact avec les ressources appropriées.

Exigences pour le système

Les transitions dans les soins ont lieu dans tout le continuum de soins de l'AVC, y compris les soins primaires, les services des urgences, les soins de courte durée, les milieux de réadaptation, les soins continus complexes et les lits de transition, les soins de longue durée et les milieux communautaires. Des processus et des mécanismes doivent être mis en place dans tous ces milieux pour répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants, dans le cadre d'une approche individuelle :

1. Protocoles visant à impliquer les personnes ayant subi un AVC et leur famille dans les réunions de planification des transitions de l'équipe soignante, ainsi que dans la prise de décisions collaborative concernant la définition des objectifs à tous les points de transition.
2. Ressources et mécanismes pour planifier et fournir des services communautaires qui tiennent compte des besoins des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants (p. ex. des services de soins à domicile ou un soutien psychologique).
3. Modèles de soins incluant des outils technologiques comme les soins virtuels, le suivi téléphonique régulier et l'assistance en ligne.
4. Hôpitaux, centres de réadaptation, services de soins à domicile, établissements de soins de longue durée et autres établissements communautaires dotés de ressources suffisantes pour offrir des soins aux personnes ayant subi un AVC, ainsi que de personnes-ressources, de gestionnaires de cas et d'intervenants pivots identifiés pour coordonner la gestion des transitions de soins chez les personnes ayant subi un AVC.
5. Formation continue pour informer les professionnels de la santé sur les soins de l'AVC centrés sur la personne et la famille dans tous les établissements qui s'occupent de personnes ayant subi un AVC.
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'aidance.
7. Mise en place de processus pour déterminer si le niveau de soutien dont bénéficie une personne dans la communauté convient au niveau de soutien dont elle a besoin pour atteindre ses objectifs, de sorte que les services puissent être adaptés en conséquence.
8. Possibilités de formation pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants, afin que ceux-ci puissent offrir un soutien par les pairs au besoin.
9. Accès à des services de soutien en matière de prise en charge autonome par le biais de technologies de soins virtuels, en particulier dans les régions rurales et là où il y a des lacunes sur le plan des ressources locales.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Proportion des programmes liés à l'AVC qui offrent des ressources de soutien à la transition, notamment des programmes de coordination des services communautaires de l'AVC, des groupes de soutien par les pairs et du soutien continu au rétablissement.
2. Proportion d'établissements utilisant des méthodes de soins de l'AVC normalisées et fondées sur des données probantes.

Indicateurs de processus

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC dont la feuille sommaire d'hospitalisation comporte une orientation vers des services de soutien ou de réadaptation en milieu communautaire avant leur congé de l'hôpital.
2. Nombre et fréquence des réadmissions de personnes ayant subi un AVC au service des urgences ou dans une unité de soins de courte durée pour des raisons liées au déclin physique ou à l'incapacité à s'adapter, après une première hospitalisation en raison d'un AVC.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui disent avoir confiance en leur capacité à prendre en charge leur rétablissement.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont accès à des programmes de soutien par les pairs en milieu hospitalier et à des programmes communautaires après leur congé de l'hôpital.
3. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé.
4. Évolution du fardeau des soins pour les membres de la famille et les aidantes et aidants mesurée aux points de transition tout au long de la période de rétablissement et à la suite de changements dans l'état de santé des personnes ayant subi un AVC.
5. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont accès à des programmes de coordination des services communautaires de l'AVC, des groupes de soutien par les pairs et du soutien continu au rétablissement.
6. Changements en ce qui a trait à la qualité de vie mesurés à intervalles réguliers au moyen d'outils validés 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 *Systèmes de soins de l'AVC* – [Encadré 6 : Liste de vérification pour le soutien aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidantes et aidants](#)
- 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* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/planification-de-la-readaptation-post-avc>
- 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>

- NCBI. "Timing it Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home (Cameron et Gignac, 2008) (en anglais seulement) : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18155388%20>
 - Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires – Les transitions dans les soins et les services : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires – Soins centrés sur les personnes : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-centred-care>

Ressources destinées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidants 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 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/>
- American Stroke Association (en anglais seulement) : <https://www.stroke.org/>
- World Stroke Organization (en anglais seulement) : <https://www.world-stroke.org/>
- Info AVC : <https://strokengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes

Following stroke, patients, families and informal caregivers are typically faced with multiple life changes and challenges as the patient transitions between the stages of recovery. Gallacher et al. ¹³² reviewed

69 qualitative studies examining the concept of patient burden following stroke, highlighting the impact it may have on the effectiveness of interventions and patient satisfaction with health care services. The authors identified the components of stroke recovery that were particularly burdensome to patients including receiving information, interacting with others, comparing treatment options, managing in different environments (acute care, inpatient rehabilitation, community, society) and adjusting to daily activities. Caring for a person following a stroke may also have a considerable impact on the health and vocational status of caregivers. Caregivers reported spending significantly longer periods of time providing caring for individuals with strokes, relative to pre-stroke levels.¹³³ Depression and anxiety may also be increased. Loh et al.¹³⁴ estimated the prevalence of depressive symptoms and anxiety among stroke caregivers to be 40.2% and 21.4%, respectively. Hayes et al.¹³⁵ conducted telephone interviews with 275 veterans who had sustained a first-ever stroke and their informal caregivers to explore the association between caregiver characteristics and the development of injuries. Caregivers who reported a physical injury were more likely to report higher levels of burden, provided more hours of care per week, exhibited more depressive symptoms and fewer healthy days per month compared to carers reporting no injury. The most common type of injury reported was a back injury and 53% of injured carers stated that the injury interfered with their ability to provide care. Significant predictors of injury were higher caregiver burden (OR=1.62, 95% CI 1.14-2.31) and depression (OR=1.10, 95% CI 1.04-1.17). Ko et al.¹³⁶ interviewed 132 caregivers and reported that while 52% were working full time or part-time, prior to the stroke, the majority of working caregivers reported reducing their hours of paid work, or missing work, while 9 caregivers retired or resigned. Rochette et al.¹³⁷ reported that 6 months following stroke, 35.2% of spouses (19/54) had a high level of burden (Caregiver Strain Index score ≥ 7) and 17% were identified with possible depression (Beck Depression Inventory BDI score ≥ 10).

The needs of patients and their informal caregivers has been explored in several qualitative studies using in-person or telephone interviews. Similar themes emerged across studies. Cameron et al.¹³⁸ included 16 patients recruited from an inpatient rehabilitation stroke facility and 15 informal caregivers, who were interviewed following their first weekend pass from inpatient rehabilitation and again 4 weeks following discharge home. Twenty health-care professionals (HCP) were also interviewed. Three key themes emerged including issues surrounding preparing patients for safe return home. Patients discussed the need to feel safe in the home environment while caregivers discussed their need to feel supported. Assessing the patient for readiness was a key theme discussed by HCPs. Patients noted gaining insight into what life would be like, and caregivers evaluated their abilities to care for stroke survivor. Patients and caregivers discussed the range of emotions they experienced and how their experienced changes before and after the weekend pass. In a similar study including 24 informal caregivers to individuals with stroke and 14 HCP,¹³⁹ the themes emerged from both the caregivers and the HCP concerned the type and intensity of support needed, who was to provide support and the method of providing support and the primary focus of care. Creasy et al.¹⁴⁰ interviewed 17 family caregivers close to the point of discharge from hospital and the again within 4 months of discharge. In the first interview, caregivers expressed information needs related to their role as caregiver in preparation for discharge home and expressed concerns for their own emotional support needs and their ability to provide emotional support. During the second interview, caregivers discussed their experiences with caregiver-provider interactions, some of which were positive, others, negative. The caregivers of 90 patients were interviewed one year following stroke.¹⁴¹ Caregivers reported delays and barriers waiting for applications/funding for alterations to make the home more accessible, having to provide care in the immediate post-discharge period with no skills training and lack of follow-up with GPs. They also described difficulties coping with patients' quick anger and emotional lability and lack of attention to their physical and emotional ability to provide care. Semi-structured interviews (conducted by Zoom) were used to explore the experiences of 19 young individuals with stroke (aged 18 to 55 years) during their recovery.¹⁴² Four themes emerged; (1) the need for longitudinal medical follow-up and information provision; (2) the need for psychological/psychiatric care; (3) the need to adapt community supports and resources to young survivors; and (4) the need to centralize and integrate community stroke services and resources.

Interventions to provide support to patients, family and caregiver were examined in a systematic review, which included the results from 18 studies of caregivers of patients recovering from stroke or patient/caregiver dyads.¹⁴³ Participants were recruited from acute hospitalization and from the

community. Most caregivers were spouses. The interventions included elements of skills building, psychoeducation and support and were provided mainly face-to-face (group or individual) with some telephone and web-based elements. In studies that recruited family members, both patients and family members in the intervention group experienced significantly greater improvements in measures of depression, anxiety and quality of life. In studies that included patient/caregiver dyads, there was significantly greater improvement in one or more of the outcomes, including life satisfaction. Anxiety and depression were also decreased significantly in another systematic review¹⁴⁴ that included 16 trials composed of stroke survivor/caregiver dyads discharged home from rehabilitation hospitals. Intervention in these trials included a written guide for individuals with stroke, and/or video training, group discussions and face-to-face consultations, which were implemented in a hospital setting. Trials also included telephone support after discharge, an educational intervention and support with home visits or telephone support following discharge.

Sex & Gender Considerations

There are distinct sex and gender differences in post-stroke informal caregiving. Women caregivers often provide more extensive day-to-day assistance and report higher caregiver burden than men, particularly when caring for individual with stroke with greater disability.¹⁴⁵ In contrast, men may be less likely to take on caregiving roles, and when they do, they may face challenges in navigating the emotional and physical aspects of care. Tailored support that acknowledges gender differences can help diminish the strain on family members and improve the overall care environment.

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 7 Prise en charge de l'AVC dans les établissements de soins de longue durée

7. Prise en charge de l'AVC dans les établissements de soins de longue durée : recommandations de 2026

Remarque :

Ces recommandations s'appliquent spécifiquement aux personnes ayant subi un AVC qui vivent dans un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes ou qui sont transférées à un tel établissement, y compris celles qui vivaient déjà dans un établissement de soins de longue durée au moment de leur AVC. Elles sont destinées à être mises en œuvre en complément aux soins de référence (p. ex. soins liés aux besoins physiques, fonctionnels, émotionnels, cognitifs, sociaux et de communication) qui sont prodigués dans le cadre des soins complexes, continus ou de longue durée.

Consulter aussi les recommandations des modules [Prévention secondaire de l'AVC](#)⁶, [Déficits cognitifs d'origine vasculaire](#)⁵ et [Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC : Première partie](#)⁸ des [Recommandations](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur la prise en charge des personnes ayant subi un AVC qui vivent dans un établissement de soins de longue durée.

7.0 Principes généraux

- i. L'ensemble des membres de l'équipe soignante, les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent participer à la prise de décision partagée concernant la planification des soins interdisciplinaires à long terme, complexes et continus [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les prestataires de soins de santé qui prennent en charge des personnes ayant subi un AVC qui vivent dans des établissements de soins de longue durée ou de soins continus complexes, ou des milieux similaires, doivent connaître tous les aspects des soins de l'AVC et participer à une formation professionnelle continue en la matière [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

7.1 Planification et évaluation de la transition vers un établissement de soins de longue durée

- i. Il faut transmettre à l'établissement de soins continus complexes ou de longue durée où sera transférée la personne une feuille sommaire d'hospitalisation et un plan de soins [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Toutes les personnes transférées dans un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes à la suite d'un AVC doivent faire l'objet d'une évaluation médicale et fonctionnelle initiale dès que possible après leur admission [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. [Voir la section 3.1 pour obtenir de plus amples renseignements.](#)
 - a. Dans la mesure du possible, l'évaluation initiale des capacités fonctionnelles, physiques, émotionnelles, cognitives, de communication et de perception doit correspondre aux recommandations en vigueur fondées sur des données probantes pour l'évaluation des personnes ayant subi un AVC ainsi qu'aux protocoles locaux [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les résultats de l'évaluation doivent servir à orienter les plans de soins personnalisés pour que ceux-ci répondent aux besoins et aux objectifs des personnes vivant dans un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes à la suite d'un AVC, et permettre d'optimiser la réadaptation, le rétablissement et la qualité de vie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. Le plan de soins personnalisé doit tenir compte des facteurs de risque élevés, soit l'alimentation, les soins buccodentaires, la mobilisation et l'incontinence, et viser à réduire le

- risque de complications, telles qu'une infection urinaire, une pneumonie d'aspiration ou une thromboembolie veineuse [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- v. Les plans de soins personnalisés doivent être mis à jour pour refléter l'évolution de l'état fonctionnel et des objectifs de la personne ayant subi un AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Il convient de noter que les changements de l'état fonctionnel peuvent correspondre à des améliorations ou à des déclinés touchant différents aspects de la santé.*
- vi. Les personnes ayant subi un AVC qui vivent dans un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes doivent être orientées vers les professionnels de la santé appropriés pour une consultation plus poussée lorsque des changements de l'état fonctionnel sont relevés et s'ils s'inscrivent dans les objectifs de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

7.2 Soins de réadaptation et de rétablissement

- i. Les personnes intégrant un milieu de soins de longue durée avec des objectifs de réadaptation à atteindre doivent continuer d'avoir accès à des services de soins de l'AVC spécialisés (tels que la physiothérapie, l'ergothérapie, la récréothérapie et l'orthophonie) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Voir la section 5 de la première partie du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements.*⁸
- ii. Les personnes ayant subi un AVC qui vivent dans un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes doivent aussi avoir accès aux autres disciplines et services de santé susceptibles de compléter leurs soins de rétablissement et de favoriser leur engagement social et leur bien-être spirituel et émotionnel [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. À toute étape de son rétablissement, une personne ayant subi un AVC et vivant dans un établissement de soins de longue durée dont l'état fonctionnel s'est amélioré et qui aurait avantage à recevoir de nouveaux ou d'autres services de réadaptation doit faire l'objet d'une évaluation et on doit envisager l'essai d'une réadaptation de plus haute intensité en milieu hospitalier ou en consultation externe [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

7.3 Soutien et éducation pour la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidants et aidants

- i. Pour faciliter leur participation active à la planification des soins dans les établissements de soins de longue durée ou de soins continus complexes, les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants doivent bénéficier d'une formation, d'éducation et de soutien dans les domaines suivants :
- a. La façon de participer à la planification des soins et à la prise de décision partagée [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Le processus pour désigner une ou un mandataire spécial (mandataire ou représentant[e]), l'élaboration de directives médicales anticipées pour les soins et les options de soins palliatifs, selon ce qui est approprié [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Voir les sections 8 et 9 ci-dessous pour obtenir de plus amples renseignements sur la planification préalable des soins et les soins palliatifs.*
 - c. La façon d'accéder aux services appropriés d'évaluation des soins de réadaptation et de rétablissement [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - d. La façon de défendre ses droits, quelles que soient les préoccupations concernant leurs soins [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

<p>e. La façon de surveiller les changements relatifs à la qualité de vie liée à la santé [recommandation forte; faible qualité des données probantes].</p> <p>ii. Les services de soins de longue durée s'adressant aux personnes ayant subi un AVC doivent fournir des soins de fin de vie de haute qualité à celles qui en ont besoin [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].</p>
<p>Justification</p>
<p>La transition de l'hôpital vers un établissement de soins de longue durée peut s'avérer une étape difficile pour les personnes ayant subi un AVC qui ne peuvent pas retourner dans leur milieu de vie antérieur en raison de déficiences importantes ou de besoins médicaux complexes. Cette période peut être stressante et difficile pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants. Ce changement nécessite donc une coordination minutieuse pour assurer la continuité des soins, avec un personnel compétent qui connaît bien la prise en charge des besoins médicaux et des objectifs de réadaptation des personnes ayant subi un AVC.</p> <p>Les personnes ayant subi un AVC soutiennent haut et fort que celles vivant dans un établissement de soins de longue durée (ESLD) ou de soins continus complexes (ESCC) doivent avoir le même accès que les autres aux services de soins de l'AVC. Elles font valoir que les plans de soins dans les ESLD et les ESCC doivent refléter et prendre en compte les besoins et les objectifs de la personne en lien avec les soins de l'AVC. En outre, il peut être difficile pour les personnes vivant en ESLD ou en ESCC de militer pour un accès aux services de réadaptation. Ces personnes insistent sur l'importance d'avoir un soutien et des alliés qui veillent à ce que leurs besoins de réadaptation soient satisfaits. Enfin, l'accès aux activités récréatives et de loisirs dans les ESLD et les ESCC est un autre aspect important de la santé et du bien-être.</p> <p>On souligne également l'importance du soutien en santé mentale pendant la transition vers un ESLD ou un ESCC, et on valorise les programmes de soutien par les pairs qui jumellent des personnes nouvellement arrivées à des personnes habituées pour les guider. On souligne l'incidence importante que le milieu des ESLD ou des ESCC peut avoir sur le rétablissement et la santé mentale, et on encourage ces établissements à offrir et rendre facilement accessibles des ressources solides en santé mentale.</p>
<p>Exigences pour le système</p>
<p>Pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants, la réussite de la transition vers un ESLD ou un ESCC exige que les responsables, les planificateurs et les prestataires de soins du système de santé collaborent tout au long du continuum de soins pour offrir ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Processus qui permet un transfert rapide et efficace entre les différents milieux du continuum de soins de l'AVC, notamment des soins de courte durée ou de réadaptation en milieu hospitalier vers un établissement de soins de longue durée ou de soins continus complexes tout en évitant les transferts multiples avant d'atteindre la destination prévue.2. Suivi approprié par les prestataires de soins de santé, lequel favorise un accès continu à tous les services de soins de l'AVC, notamment les services de prévention secondaire et de réadaptation nécessaires pendant la transition vers un ESLD ou un ESCC et tout au long du séjour dans ces établissements pour aider les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants à atteindre les objectifs de rétablissement après un AVC, y compris les objectifs de réadaptation.3. Inclusion des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants à titre de participants clés à un plan de soins évolutif et aux évaluations de suivi de routine, le cas échéant.4. Stratégies et processus de communication visant un échange rapide de renseignements entre l'ensemble des prestataires de soins de santé, y compris l'équipe de soins de longue durée et les équipes soignantes de la communauté ou de l'hôpital.

5. Programmes favorisant un accès rapide et abordable aux appareils d'aide à la mobilité et à la communication, aux aides de suppléance aux sens et à d'autres appareils fonctionnels pour les personnes ayant subi un AVC et vivant dans un établissement de soins de longue durée.
6. Éducation et formation continues propres à l'AVC pour les professionnels de la santé, les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants au sein de la communauté et dans les ESLD/ESCC pour renforcer l'expertise en matière de soins de l'AVC. Élaboration de la formation faisant intervenir des spécialistes d'une vaste gamme de disciplines de soins de santé, telles que la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie et la diététique.
7. Stratégies et services 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 sociales et récréatives qu'elles aiment pratiquer ou qui leur sont importantes.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Proportion d'établissements de soins de longue durée où le personnel clinique reçoit une formation annuelle portant spécifiquement sur l'AVC.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui résident dans un établissement de soins de longue durée et qui ont accès à des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie et de travail social.
3. Proportion d'établissements de soins de longue durée ayant mis en place des protocoles de prise en charge de l'AVC (p. ex. pour la prévention secondaire, la mobilité, la communication et l'alimentation).

Indicateurs de processus

1. Proportion des personnes ayant subi un AVC qui vivaient de façon autonome (p. ex. à la maison) avant de subir un AVC qui sont ensuite admises dans un établissement de soins de longue durée.
2. Proportion de réadmissions aux soins de courte durée pour des causes liées à l'AVC après le congé vers un établissement de soins de longue durée, classées selon le type d'AVC.
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC et vivant dans un établissement de soins de longue durée qui font l'objet d'une évaluation normalisée dans les 7 jours suivant leur admission à l'établissement (p. ex. mobilité, capacités cognitives, communication et déglutition).
4. Proportion de personnes ayant subi un AVC et vivant dans un établissement de soins de longue durée qui possèdent un plan de soins personnalisé tenant compte des déficiences et des objectifs liés à l'AVC.
5. Changements dans l'état fonctionnel au moment de l'admission dans un établissement de soins de longue durée comparativement à 3 mois, 6 mois et 1 an après l'admission.
6. Nombre de consultations au service des urgences dans les 3 mois, 6 mois et dans l'année suivant l'admission dans un établissement de soins de longue durée, classées selon le motif de la consultation ou de l'hospitalisation.

Mesures des expériences et des résultats déclarés par les patientes et patients (MEDP et MRDP)

1. Mesure du fardeau des soins pour la famille et les aidantes et aidants vivant dans la communauté, et changement de cette mesure 3 mois, 6 mois et un an après l'admission dans

un établissement de soins de longue durée par rapport à la situation avant l'admission. Les mesures doivent être effectuées à l'aide d'outils d'évaluation normalisés.

2. 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).
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC et vivant dans un établissement de soins de longue durée chez qui on observe un maintien ou une amélioration de la mobilité ou des capacités liées aux soins personnels 3 mois et 6 mois après le transfert.
4. Taux de transferts hospitaliers dans les 90 jours et un an suivant l'admission en raison de complications évitables liées à l'AVC (p. ex. chutes, convulsions et infections).

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* : <https://www.strokebestpractices.ca/recommandations/stroke-rehabilitation-planning>
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *Prévention secondaire de l'AVC* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prevention-secondaire-de-l-avc->
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *Déficits cognitifs d'origine vasculaire* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/nouveau-deficits-cognitifs-dorigine-vasculaire>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Programme pour des pratiques exemplaires en matière de soins de longue durée : <http://rnao.ca/bpg/initiatives/longterm-care-best-practices-initiative>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Positioning Techniques in Long-Term Care (en anglais seulement) : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Positioning_Techniques_in_Long-Term_Care_-_Self-directed_learning_package_for_health_care_providers.pdf
- 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%20>

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. *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. Congé de l'hôpital : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/soins-de-lavc/conge-de-l-hopital>
- Info AVC : <https://strokengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes

Following a stroke, high levels of disability may warrant admission to a long-term care (LTC) institution. Independent predictors of discharge to a nursing home have been identified and include increasing age, increasing dependency for ADLs and absence of availability of a caregiver.¹⁴⁶⁻¹⁵⁰ Pooling the results from 18 studies, Burton et al.¹⁴⁷ reported that a median of 17% of individual with stroke were transferred directly to an LTC facility following discharge from an acute care hospital with a diagnosis of stroke. Approximately 10% to 11% of individual with stroke admitted to an acute care hospital were residing at an LTC facility at one, three- and 6-months following stroke.¹⁵¹ Brodaty et al.¹⁴⁹ followed 202 participants, mean age of 72 years, without dementia who had suffered an ischemic stroke. Among those who survived, nursing home admission rates were 24% at 5 years and 32% at 10 years. Walsh et al.¹⁵² reported that among a group of 136 patients admitted to a stroke unit of a single hospital (median age was 77 years), 40.3% of individual with stroke were institutionalized at 4 years.

Patients discharged to a LTC facility require discharge planning much like individuals returning to their own homes. Several studies have examined factors for effective discharge communication between inpatient hospital care and institutional care facilities. Clear communication between facilities regarding nutritional needs, functional status, communication abilities, risk assessment, and medical management is necessary for an optimal transition.^{153, 154}

Individuals residing in skilled nursing facilities with staff trained in stroke management, and who have access to post stroke therapy resources, may experience better quality of life. In a study examining individuals living in a nursing home who received 24-hour care including access to psychiatric care, physician visits, daily physiotherapy, and weekly massage services, nursing home residents experienced greater quality of physical, psychological, social, and environmental quality of life scores compared with individuals living in their own homes receiving many of the same services.¹⁵⁵ Individuals residing in nursing homes also experienced better perceived quality of life and health status than their residentially residing counterparts. However, the authors of a Cochrane review (Fletcher-Smith et al.¹⁵⁶) stated there was insufficient evidence to support or refute the efficacy of occupational therapy (OT) interventions for improving, restoring or maintaining independence in ADL for individuals with stroke

residing in care homes. In the OCTH trial, Sackley et al.¹⁵⁷ also examined the potential benefit of OT provided in long term care homes to residents with a history of stroke. 1,042 care home residents from 228 facilities, who were elderly (mean age 83 years) and with a high proportion who were severely disabled were randomized to an individualized program with a focus on improvement or maintenance of functional capacity, adaptations to the environment and included an education component for the care home staff, or to usual care. The median length of stay between care home admission and trial randomization was 2.2 years. The mean number of OT visits was 5.1 per participant. There was no significant difference in mean Barthel Index scores (primary outcome) between groups at 3, 6 or 12 months, or in any of the secondary outcomes. The authors concluded there was no evidence of benefit of the program.

Sex & Gender Considerations

The literature regarding sex and gender differences in the rehabilitation outcomes of residents of LTC facilities following stroke, is limited. Some studies exist that address sex differences in residents with mixed medical diagnoses. For example, Davilla et al.¹⁵⁸ reported that among 64 nursing home residents who were interviewed, men reported significantly lower quality of life compared with women. Men were less satisfied with life, had fewer and weaker social connections and reported being less able to rely on family for support.

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 8 Planification préalable des soins

8. Planification préalable des soins : recommandations de 2026

Remarque : Ces recommandations s'appliquent à toutes les personnes ayant subi un AVC, peu importe le type d'AVC, l'étape du continuum de soins de l'AVC ou le milieu de soins.

- i. L'équipe interdisciplinaire de prise en charge de l'AVC doit inviter les personnes ayant subi un AVC, de même que leur famille et leurs aidantes et aidants, à participer à la planification préalable des soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Une planification préalable des soins doit être intégrée dans un plan de soins complet, en tenant compte de la capacité de compréhension et de prise de décisions de la personne, ses valeurs et ses préférences, les renseignements relatifs à l'évolution de son état de santé, son pronostic, les traitements appropriés sur le plan médical et les soins médicaux futurs [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. La planification préalable des soins doit comprendre la désignation d'une ou d'un mandataire spécial (mandataire, représentant[e] ou délégué[e]) et une discussion sur les valeurs et les préférences personnelles de la personne ayant subi un AVC à respecter si des décisions médicales devaient être prises au nom de la personne [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. Les discussions sur la planification préalable des soins doivent être encouragées, consignées et réévaluées régulièrement avec l'équipe de soins actifs et la ou le mandataire spécial, particulièrement lorsqu'il y a un changement dans l'état de santé ou l'état fonctionnel de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- v. Après le retour dans la communauté, les décisions relatives à la planification préalable des soins doivent être examinées et mises à jour périodiquement (p. ex. annuellement) ou en cas de changement dans l'état de santé, si nécessaire [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 8

1. L'équipe interdisciplinaire de prise en charge de l'AVC doit avoir les connaissances et les habiletés de communication nécessaires pour répondre, dans le respect, aux besoins physiques, spirituels, culturels, psychologiques, éthiques et sociaux des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidantes et aidants.
2. Il convient de s'assurer que les discussions sur la planification préalable des soins sont personnalisées et tiennent compte des besoins physiques, spirituels, culturels, psychologiques, éthiques et sociaux de la personne ayant subi un AVC, de sa famille et de ses aidantes et aidants.
3. Des processus doivent être mis en place pour soutenir les personnes ayant subi un AVC, leur famille et le personnel soignant en cas de conflit lié à des décisions concernant la planification préalable des soins prises par la personne ou la ou le mandataire spécial. Il est possible d'orienter la personne vers des ressources en travail social, en soins palliatifs, en soins spirituels ou en éthique, s'il y a lieu.
4. Il convient d'envisager l'utilisation d'outils décisionnels validés pour faciliter la prise de décision partagée et la consignation des décisions dans le dossier de santé.
5. Lorsqu'une personne est jugée incapable de prendre des décisions particulières concernant ses soins personnels ou ses finances, la planification préalable des soins doit se faire avec la ou le mandataire spécial, tout en respectant les lois provinciales.

6. En ce qui concerne les personnes ayant subi un AVC dont les capacités cognitives peuvent entrer en ligne de compte, il convient de commencer à discuter dès que possible de la planification préalable des soins. [Voir le module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations pour obtenir de plus amples renseignements](#)⁵.
7. Les prestataires de soins de santé doivent utiliser un langage normalisé et particulier pour consigner soigneusement les conversations et les décisions liées à la planification préalable des soins.
8. Il convient d'informer et d'orienter vers des services locaux de consultation en matière d'aide médicale à mourir les personnes ayant subi un AVC qui en font la demande, si elles répondent aux critères réglementaires et qu'elles ont encore la capacité de prendre des décisions.

Justification

La planification préalable des soins est un processus pendant lequel les patientes et patients, en consultation avec leurs prestataires de soins de santé et leur famille, énoncent leurs préférences quant aux futures décisions concernant leur santé dans l'éventualité où ils seraient incapables de participer à la prise de décisions. Elle favorise l'autonomie des patientes et patients, facilite la prise de décision éclairée et encourage la communication entre ces personnes, leur famille et les prestataires de soins de santé. La planification préalable des soins permet une meilleure concordance entre les souhaits de la personne et les soins reçus, réduit les conflits décisionnels et peut alléger le fardeau émotionnel de la ou du mandataire spécial. En clarifiant à l'avance les préférences en matière de traitement, la planification préalable des soins contribue aussi à l'utilisation appropriée des ressources et à l'amélioration de la qualité globale des soins de fin de vie.

Les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC ont souligné l'importance de la planification préalable des soins avec les membres de leur famille et leurs proches, et ont discuté du fait que le concept n'est pas toujours bien connu. Ces personnes ont également expliqué que, bien que ces conversations soient parfois nouvelles ou difficiles, elles permettent en fin de compte à la personne d'avoir un certain contrôle et de se faire entendre pendant les moments difficiles sur le plan médical. Ces conversations peuvent également aider les membres de la famille de la personne lorsqu'ils doivent prendre des décisions importantes au sujet de la santé de cette dernière. Les personnes ayant une expérience vécue ont aussi souligné l'importance de discuter du plan préalable de soins tout au long de la vie et de savoir qu'une seule conversation à ce sujet pourrait être insuffisante étant donné que les préférences et les volontés d'une personne peuvent changer avec le temps. Elles soulignent l'importance d'avoir des discussions approfondies et en temps opportun sur la planification préalable des soins, y compris les questions juridiques et le rôle des mandataires spéciaux. Elles valorisent l'environnement favorable des groupes de soutien par les pairs, qui facilitent les discussions sur la planification préalable des soins sans porter de jugement.

Les personnes ayant une expérience vécue estiment qu'il est utile de normaliser le processus d'élaboration d'un plan préalable de soins. De plus, elles mentionnent la pertinence d'avoir une ressource d'orientation lors de ces discussions, particulièrement pour les personnes qui n'avaient jamais pensé à établir un plan préalable de soins.

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. Éducation et 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. 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.
3. Élaboration de protocoles pour la planification préalable des soins afin de connaître les objectifs de la patiente ou du patient et de sa famille quant aux préférences en matière de soins, et de s'assurer que ces préférences sont consignées et transmises aux mandataires spéciaux et aux membres de l'équipe soignante.
4. Information sur la planification préalable des soins et sur les organismes de soutien lié à l'AVC locaux et leurs services fournies au personnel afin qu'il puisse la transmettre aux personnes ayant subi un AVC et à leur famille.
5. Formation en communication et perfectionnement des compétences offerts aux médecins, au personnel infirmier et aux professionnels paramédicaux, axés sur le soutien des personnes ayant subi un AVC et de leur famille durant la planification préalable des soins, de même que sur la gestion des conflits possibles relativement aux volontés et aux décisions.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Proportion d'établissements de soins de santé ayant mis en place des politiques ou des protocoles officiels pour guider les discussions sur la planification préalable des soins.
2. Proportion de membres du personnel de soins de santé ayant suivi une formation sur les discussions relatives à la planification préalable des soins tenant compte des réalités culturelles et des valeurs.
3. Proportion d'établissements ayant normalisé les champs utilisés dans les dossiers de santé électroniques pour consigner les discussions sur la planification préalable des soins et les directives médicales anticipées.

Indicateurs de processus

1. 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.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui désignent une ou un mandataire spécial et dont l'information est consignée.
3. 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.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

1. Pourcentage de personnes qui, dans le cadre de sondages, disent comprendre leurs options en matière de soins futurs et estiment que leurs valeurs sont respectées.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC dont le plan préalable de soins a été respecté.
3. Expérience rapportée par les membres de la famille (lors de sondages menés après le décès ou au congé de l'hôpital) en matière de communication sur les objectifs de soins et la planification préalable.

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 *Prise en charge de l'AVC en phase aiguë* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-de-lavc-en-phase-aigue>
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *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* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/planification-de-la-readaptation-post-avc>
- Formation en soins palliatifs pour tous les fournisseurs de soins : <https://www.pallium.ca/fr/>
- Burton C.R. et Payne S. Integrating palliative care within acute stroke services: developing a programme theory of patient and family needs, preferences and staff perspectives. *BMC Palliative Care* (en anglais seulement) : <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/11/22>
- Bernacki R.E., Block S.D. Serious Illness Communications Checklist. *The Virtual Mentor*. 2013;15(12):1045-9 (en anglais seulement) : https://www.researchgate.net/publication/259316398_Serious_Illness_Communications_Checklist
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Lignes directrices sur les soins de fin de vie (en anglais seulement) : <https://mao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>
- Portail canadien en soins palliatifs. Décisions : https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Decisions.aspx
- Portail canadien en soins palliatifs. Modules de formation MonDeuil : <https://mondeuil.ca/>
- Portail canadien en soins palliatifs. Centre d'apprentissage : <https://www.portailpalliatif.ca/apprendre/>
- Association canadienne de soins palliatifs. Ressources : <https://www.acsp.net/connaissance/ressources/>

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

- 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. Infographie sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë : https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbpr7_infographic_acutestrokemanagement_fr_final.pdf?rev=1427a02fca494a10a990adabb2842ea1
- Cœur + AVC. Soins de fin de vie et soins palliatifs : https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/soins-de-fin-de-vie-et-soins-palliatifs?_gl=1*4iv1ta*_gcl_au*NDUyMDQwMTQzLjE3NjAwMjAwMjM
- Association canadienne de soins palliatifs. Ressources : <https://www.acsp.net/connaissance/ressources/>

- Portail canadien en soins palliatifs. Décisions :
https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Decisions.aspx

Résumé des données probantes

Advance care planning (ACP) is a vital process that enables individuals to articulate their values, goals, and preferences for future medical care, particularly if they are no longer able to communicate or make decisions following a medical emergency, such as stroke. Elements to consider in ACP include prognosis of the individual with stroke, treatment options, goals of care, and the identification and documentation of end-of-life wishes. In a recent survey, Johnson et al.¹⁵⁹ surveyed 219 individuals with stroke attending an outpatient stroke clinic, a median of 5 months following a stroke. Patients completed the Planning After Stroke Survival survey, designed to explore the prevalence, experiences, and influencing factors around goals-of-care and ACP conversations. Seventy-three percent of individuals with stroke reported having previously discussed ACP with a physician, while 58% were interested in having additional ACP conversations with their stroke doctor. In a nationally representative study of almost 5,000 community-dwelling older adults, living in the United States, approximately 75% of individuals were reported to have been involved in some form of ACP engagement, defined as having (1) living will or advance directive; (2) durable power of attorney (DPOA); or (3) discussion of preferred medical treatment in the event of serious illness.¹⁶⁰ Green et al.¹⁶¹ used participant observation and semi-structured interviews to gather information from 14 individuals with stroke, recruited from an acute stroke unit and 2 rehabilitation units and 4 healthcare professionals (HCP), that was related to the communication processes regarding ACP. Four key themes emerged related to why/why not participants engaged in the ACP process: i) lack of perceived urgency by participants, many of whom felt the physician and/or family members would make decisions in accordance with their wishes; ii) a lack of initiation by HCPs to discuss issues around ACP; iii) HCPs expressed hesitation about initiating discussions related to ACP, and uncertainty as to the best timing for such discussions. There was also a lack of awareness as to what ACP is, and thought it was outside their scope of practice and iv) confusing ACP with advance directives, designation of care and living wills.

In the PREPARE For Your Care trial,¹⁶² 986 adults aged ≥ 55 years with ≥ 2 chronic or serious illnesses, were randomized to an online program called PREPARE For Your Care or to read an advance directive (AD) only. The PREPARE intervention included an interactive online values questionnaire that generated a unique action plan and "Summary of My Wishes" document, when all the questions were answered. This summary was printed and given to participants. PREPARE participants were also asked to review the AD, in either English or Spanish for 5 to 15 minutes. Compared with the AD only group, individuals in the PREPARE arm were more likely to engage in ACP documentation (43.0% vs 32.0%, $p < 0.001$) and self-reported engagement was higher at 15 months (98.1% vs. 89.5%). These improvements were observed consistently across both English- and Spanish-speaking participants. In a subgroup analysis of the PREPARE trial,⁴⁰ that included 91 participants who had sustained a stroke, those in the PREPARE group had a significantly greater increase in the mean number of completed ACP elements than the AD-only group at 12 months.

Results from a small number of other studies including participants with a mixed medical diagnosis also suggest that interventions aimed at increasing ACP have been successful in significantly increasing the likelihood that end-of-life wishes are known and respected. In a study of 309 individuals with stroke admitted to internal medicine, cardiology, or respiratory medicine, Detering et al.¹⁶³ randomized individual with stroke 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. Kirchoff et al.¹⁶⁴ randomized 313 individual with stroke (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 ACP 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). Malhotra et al.¹⁶⁵ included the results of 132 RCTs examining the efficacy of ACP and advanced directive interventions, in both healthy adults and those with chronic diseases. Most interventions focused on communication, with approximately one-third incorporating a decisions aid. There was equivocal evidence that ACP interventions improved patient outcomes such as end-of-life care consistent with preferences (25% of trials [3/12] reported improvement), quality of life (0/14 studies reported improvement), mental health (21% of trials [4/19] reported improvement) and home deaths (25% of trials [1/4] reported improvement), or that it reduced healthcare use/costs (18% of trials [4/22 studies]). However, ACP interventions improved other outcomes including quality of patient–physician communication (68% of trials [13/19] reported a benefit), and patient/caregiver congruence in preference (82% of trials; 18/22 reported a benefit).

Sex & Gender Considerations

An online opinion survey of 1,523 randomly selected Canadians in the general population, sponsored by Canadian Researchers at the End-of-Life Network (CARENET), examined knowledge and attitudes towards ACP.¹⁶⁶ Six sociodemographic and economic variables examined, of which sex was one. Models were developed to explore independent predictors of several outcomes including: 1) has heard of ACP, 2) discussed ACP with family/friends, 3) discussed ACP with healthcare provider, 4) has a written ACP plan, 5) has a designated decision maker and 6) an aggregate ACP outcome. While recognition of the term ACP was generally low, there were some significant sex differences in responses. Women were 58% more likely to discuss ACP with their friends. In the aggregate model of ACP knowledge, female sex was also a significant predictor. Other independent predictors were older age and higher income.

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

Section 9 Soins palliatifs et soins de fin de vie

9. Soins palliatifs et soins de fin de vie : recommandations de 2026

Remarque : Ces recommandations s'appliquent à toutes les personnes ayant subi un AVC, peu importe le type d'AVC, l'étape du continuum de soins de l'AVC ou le milieu de soins.

Définitions et descriptions

Les soins palliatifs consistent en une approche visant à diminuer la souffrance et à améliorer la qualité de vie des personnes touchées par une maladie réduisant leur espérance de vie. Cette approche mise sur le soulagement de la douleur et la prise en charge des symptômes; le soutien psychologique, social, émotionnel, spirituel et pratique; et le soutien aux aidantes et aidants tout au long de la maladie, ainsi qu'après le décès de la personne dont ils se sont occupés. Les soins palliatifs sont complets et prodigués tout au long de l'évolution de la maladie; ils ne se limitent pas aux soins de fin de vie⁴⁴.

Dans une approche palliative des soins, l'équipe soignante détermine de façon précoce quelles personnes tireraient profit de cette approche, puis amorce les discussions et la gestion des soins requis. Les prestataires de soins de santé (p. ex. prestataires de soins primaires, personnel infirmier, neurologues spécialisés en AVC, spécialistes en soins palliatifs) jouent un rôle prépondérant pour faciliter la prestation de soins à toutes les personnes tout au long des nombreuses transitions. Les équipes spécialisées en soins palliatifs offrent des conseils, de l'information et de l'encadrement, et prodiguent des soins en collaboration avec les cliniciennes et cliniciens en soins primaires et les équipes spécialisées en prise en charge de l'AVC (d'après « Staffing a Specialist Palliative Care Service, a Team-Based Approach: Expert Consensus White Paper »)¹⁶⁷.

Les **soins de fin de vie** font partie de l'approche de soins palliatifs et visent à prendre en charge et à traiter les personnes mourantes, et à offrir du soutien à leur famille et à leurs aidantes et aidants.

Objectifs des soins palliatifs : Lorsqu'une décision relative au traitement doit être prise, l'équipe médicale peut prendre l'initiative d'amorcer une discussion sur les objectifs de soins avec la personne ou sa ou son mandataire spécial. Cette conversation doit définir ou clarifier les volontés de la personne dans le cadre de son plan préalable de soins (voir la section 8), selon son pronostic. La discussion peut porter sur l'établissement de préférence pour les soins palliatifs, l'arrêt de certaines interventions médicales ou les options à la disposition de la personne et ses préférences quant aux soins de confort (p. ex. l'exclusion de certains ou de tous les éléments de la réanimation) en cas de mort imminente ou de déclin soudain de l'état de santé. L'objectif est d'établir un plan écrit à l'intention de l'équipe soignante pour qu'elle prodigue des soins palliatifs personnalisés au moment opportun. L'état de santé de la personne ayant subi un AVC peut changer au fil du temps; le plan écrit doit donc être passé en revue à chaque changement dans l'état de santé ou dans l'équipe soignante. Les objectifs de soins peuvent être modifiés en tout temps par la personne ou sa ou son mandataire spécial, et la nature changeante de ces objectifs doit être clairement signifiée.

Aide médicale à mourir (AMM) : L'AMM est un processus qui permet à une personne admissible de recevoir l'aide d'une ou d'un médecin pour mettre fin à ses jours intentionnellement et de façon sécuritaire. La loi fédérale canadienne a défini des critères d'admissibilité à l'AMM très précis. Chaque province et territoire a établi des procédures et des protocoles d'évaluation des demandes d'AMM. Certaines personnes ayant subi un AVC peuvent être admissibles à l'AMM selon des critères particuliers définis par la loi. Les cliniciennes et cliniciens prodiguant des soins post-AVC doivent comprendre leurs obligations et les attentes de ces personnes en matière d'AMM et être en mesure de les orienter efficacement, s'il y a lieu¹⁶⁸.

- i. Une approche de soins palliatifs doit être envisagée lors d'un AVC catastrophique ou d'un AVC en présence d'une comorbidité préexistante grave, en vue d'offrir des soins optimaux à la personne, à sa famille et à ses aidantes et aidants [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. L'équipe interdisciplinaire de prise en charge de l'AVC doit discuter avec la personne ou sa ou son mandataire spécial des objectifs de soins. Ces derniers doivent tenir compte du diagnostic de la personne, de son pronostic, de ses valeurs, de ses volontés et du type de soins à prodiguer, soit des soins visant à assurer le confort de la personne ou à prolonger sa vie [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Il faut consulter fréquemment la personne, sa famille et ses aidantes et aidants pour s'assurer que ses objectifs sont atteints et ses besoins, satisfaits [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Les discussions sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie doivent être continues et refléter tout changement quant au diagnostic ou au pronostic [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - c. Ces conversations avec les personnes, leur famille et leurs aidantes et aidants peuvent porter sur la pertinence des mesures de maintien des fonctions vitales (p. ex. ventilation mécanique, alimentation entérale ou intraveineuse, administration de liquide par voie intraveineuse) et sur la raison d'être de tous les médicaments administrés, y compris ceux servant à la prise en charge des symptômes [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Les discussions sur les soins palliatifs doivent être consignées et réévaluées régulièrement avec l'équipe soignante et la ou le mandataire spécial [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille, leurs aidantes et aidants et leur équipe soignante doivent pouvoir consulter des spécialistes en soins palliatifs, particulièrement lorsque les personnes présentent des symptômes difficiles à maîtriser, lorsque la prise de décisions relatives à la fin de vie s'avère complexe ou source de conflit, ou en présence de problèmes psychosociaux complexes au sein de la famille [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- v. La décision d'amorcer des traitements visant à prolonger la vie à la suite d'un AVC (y compris l'alimentation et l'hydratation artificielles), de les interrompre ou d'y renoncer doit être prise conjointement avec la personne, sa famille et ses aidantes et aidants, s'il y a lieu. Ce type de décision doit également tenir compte des intérêts de la personne et, lorsque possible, des volontés qu'elle a exprimées antérieurement, que ce soit dans le cadre d'un plan préalable de soins ou lors de discussions [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- vi. Chaque membre de l'équipe soignante doit comprendre ses rôles et ses responsabilités lors des conversations portant sur l'AMM, conformément aux recommandations de leur ordre professionnel provincial ou territorial [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- vii. La question du don d'organes et de tissus doit être abordée avec la famille et les aidantes et aidants de la personne, s'il y a lieu [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- viii. Des services de soutien, des services d'aide aux dispositions funéraires ainsi que des ressources d'aide au deuil doivent être fournis à la famille et aux aidantes et aidants après le décès de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 9

1. L'équipe interdisciplinaire de prise en charge de l'AVC doit avoir les connaissances et les habiletés de communication nécessaires pour répondre, dans le respect, aux besoins

physiques, spirituels, culturels, psychologiques, éthiques et sociaux des personnes ayant subi un AVC, de la famille et des aidantes et aidants qui prennent part aux soins de fin de vie.

2. L'orientation vers des établissements de soins de fin de vie ou de soins palliatifs en milieu communautaire et la prise de contact avec ceux-ci doivent être coordonnées en fonction des besoins et des objectifs de soins des personnes.
3. Chez les personnes ayant subi un AVC qui sont en fin de vie, les éléments ci-dessous peuvent être évalués, s'il y a lieu. (Remarque : Selon la personne, d'autres éléments peuvent s'avérer pertinents.)
 - a. Nécessité d'une consultation officielle en soins palliatifs
 - b. Arrêt des vérifications des signes vitaux, des analyses sanguines et des tests diagnostiques systématiques
 - c. Soins buccodentaires
 - d. Soins visuels
 - e. Prise en charge de la douleur
 - f. Délirium
 - g. Détresse respiratoire et sécrétions dans les voies aériennes supérieures
 - h. Nausées et vomissements, incontinence et constipation
 - i. Alimentation et hydratation
 - j. Soins de la peau et traitement des plaies
 - k. Convulsions
 - l. Anxiété et dépression
 - m. Soutien interdisciplinaire aux personnes, aux familles et aux aidantes et aidants pendant le processus menant au décès
 - n. Établissement de préférence pour les soins palliatifs (p. ex. domicile, établissement de soins palliatifs, autre milieu de vie offrant du soutien)
 - o. Personne désignée pour être avisée du décès de la personne
 - p. Orientation vers l'équipe d'AMM et prise de contact avec celle-ci en fonction des besoins et des objectifs de soins de la personne
4. Il convient d'envisager l'utilisation d'outils décisionnels validés pour faciliter la prise de décision partagée et la consignation des décisions.

Justification

Les soins palliatifs sont essentiels après un AVC en raison de ses conséquences complexes et souvent bouleversantes. Ces soins répondent à des besoins multidimensionnels, c'est-à-dire la prise en charge des symptômes, le soutien émotionnel et l'harmonisation des soins avec les objectifs de la personne et de sa famille. Ils sont particulièrement importants pour les personnes ayant subi un AVC grave ou dont le pronostic est sombre, car ils visent à assurer le confort et la dignité de la personne ainsi que la prise de décision éclairée en fin de vie. Intégrer tôt les soins palliatifs peut aussi faciliter les discussions sur les objectifs de soins et les directives médicales anticipées, en particulier lorsque la personne ayant subi un AVC perd sa capacité à prendre des décisions.

Les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC reconnaissent qu'il peut être très difficile d'aborder le sujet des soins palliatifs et de fin de vie. On croit souvent à tort que les soins palliatifs ne concernent que la fin de vie, mais les personnes soulignent qu'ils peuvent aussi les aider à voir le

positif et trouver du soutien. Elles avancent qu'il serait utile qu'une ou un membre de l'équipe soignante soit désigné pour s'assurer que des discussions au sujet de leurs besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie ont lieu entre les parties concernées. Elles mentionnent que les soins palliatifs doivent être abordés, car ce n'est pas souvent le cas. Elles affirment que certaines personnes ont besoin d'avoir la permission d'aborder de tels sujets avec leur famille, leurs amis et leurs proches, ou avec des prestataires de soins. Il peut donc être utile que quelqu'un entame la conversation dans un milieu favorable. Le soutien par les pairs est considéré comme une occasion propice pour avoir ces discussions, car il offre un environnement où les personnes peuvent réfléchir et parler de leurs expériences sans subir de jugement.

Les personnes ayant une expérience vécue ont précisé que les dernières volontés en matière de soins palliatifs et de fin de vie doivent être abordées avant que ceux-ci deviennent nécessaires pour que la personne puisse se sentir en contrôle et pour la laisser exprimer ses désirs et ses besoins. Elles mentionnent aussi que chaque personne peut adopter une approche différente des discussions sur les soins palliatifs, selon sa situation personnelle, ses valeurs, ses préférences, sa culture et ses croyances.

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. 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.
2. Des processus et des normes de soins palliatifs officiels doivent être définis en collaboration avec une équipe d'expérience ayant prodigué des soins de fin de vie à des personnes ayant subi un AVC. Ces processus et ces normes doivent pouvoir assurer une surveillance de la qualité des soins palliatifs prodigués.
3. Des processus d'orientation vers des services de soins palliatifs spécialisés doivent être établis, que ce soit au sein de la même organisation ou par la technologie de télésanté dans les régions rurales et éloignées.
4. Ces services doivent pouvoir répondre aux besoins des personnes ayant subi un AVC et de leur famille sur les plans physique, spirituel, culturel, psychologique et social.
5. Une formation en communication et un perfectionnement des compétences doivent être offerts aux médecins, au personnel infirmier et aux professionnels paramédicaux. Ces éléments doivent être axés sur le soutien des personnes ayant subi un AVC et de leur famille lorsque le pronostic est sombre, et sur la gestion des conflits relativement aux volontés et aux décisions (p. ex. consultation avec des spécialistes en éthique).
6. Des protocoles doivent être établis pour la planification préalable des soins et les soins palliatifs afin de connaître les objectifs de la personne et de sa famille quant aux préférences en matière de soins, et de s'assurer que ces préférences sont consignées et transmises aux mandataires spéciaux et aux membres de l'équipe soignante.
7. Des protocoles de soins palliatifs doivent être intégrés dans la prestation de soins continus.
8. De l'information sur les soins palliatifs et sur les organismes de soutien lié à l'AVC locaux et leurs services doit être fournie au personnel afin qu'il puisse la transmettre aux personnes ayant subi un AVC et à leur famille.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Proportion d'hôpitaux ou d'établissements de soins de longue durée ayant mis en place des protocoles cliniques visant à déterminer et à prendre en charge les besoins en matière de soins palliatifs des personnes ayant subi un AVC.
2. Proportion d'hôpitaux ou d'établissements de soins de longue durée ayant accès à des équipes de soins palliatifs interdisciplinaires (médecins, personnel infirmier, spécialistes des soins spirituels, personnel de travail social, thérapeutes, etc.)

Indicateurs de processus

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui ont été orientées vers des services de soins palliatifs spécialisés pendant leur hospitalisation.
2. 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.
3. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC dont les objectifs de soins ou les discussions sur la planification préalable des soins ont été consignés dans les 7 jours suivant l'admission ou la détérioration de l'état de santé.
4. Proportion de personnes dont la mort des suites d'un AVC est imminente qui reçoivent des soins selon une approche de soins palliatifs.
5. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC et recevant des soins palliatifs qui font l'objet d'évaluations régulières de la douleur, de la dyspnée, de l'agitation et d'autres symptômes à l'aide d'un outil normalisé et dont les résultats sont consignés.
6. Nombre médian de jours entre l'orientation vers les soins palliatifs et le décès chez les personnes ayant subi un AVC.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui décèdent dans le lieu précisé dans leur plan de soins palliatifs.
2. 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.
3. Expérience rapportée par les membres de la famille (lors de sondages menés après le décès) en matière de communication, de soutien et de prise en charge des symptômes.

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 *Prise en charge de l'AVC en phase aiguë* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-de-lavc-en-phase-aigue>

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Module *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* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/planification-de-la-readaptation-post-avc>
- Formation en soins palliatifs pour tous les fournisseurs de soins : <https://www.pallium.ca/fr/>
- Burton C.R. et Payne S. Integrating palliative care within acute stroke services: developing a programme theory of patient and family needs, preferences and staff perspectives. *BMC Palliative Care* (en anglais seulement) : <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/11/22>
- Bernacki R.E., Block S.D. Serious Illness Communications Checklist. *The Virtual Mentor*. 2013;15(12):1045-9 (en anglais seulement) : https://www.researchgate.net/publication/259316398_Serious_Illness_Communications_Checklist
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Lignes directrices sur les soins de fin de vie (en anglais seulement) : <https://rmao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>
- Portail canadien en soins palliatifs. Décisions : https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Decisions.aspx
- Portail canadien en soins palliatifs. Modules de formation MonDeuil : <https://mondeuil.ca/>
- Portail canadien en soins palliatifs. Centre d'apprentissage : <https://www.portailpalliatif.ca/apprendre/>
- Association canadienne de soins palliatifs. Ressources : <https://www.acsp.net/connaissance/ressources/>

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

- 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 prise en charge de l'AVC en phase aiguë : https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbpr7_infographic_acutestrokemanagement_fr_final.pdf?rev=1427a02fca494a10a990adabb2842ea1
- Cœur + AVC. Soins de fin de vie et soins palliatifs : https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/soins-de-fin-de-vie-et-soins-palliatifs?_gl=1*4iv1ta*_gcl_au*NDUyMDQwMTQzLjE3NjAwMjAwMjM
- Association canadienne de soins palliatifs. Ressources : <https://www.acsp.net/connaissance/ressources/>
- Portail canadien en soins palliatifs. Décisions : https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Decisions.aspx

Résumé des données probantes

Palliative care is an important component of stroke care given that a high proportion (12%) of patients will die within 30 days of stroke onset.¹⁶⁹ The palliative care needs of 191 acute individuals with stroke were evaluated using the Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (SPARC), a screening tool developed to be used in advanced illness, regardless of diagnosis. SPARC included domains related to physical, psychological, religious and spiritual, independence and activity, family and social issues.¹⁷⁰ Patient dependence, defined as a Barthel Index score of <15 and increasing age were found to be independent predictors of palliative care need. Holloway et al.¹⁷¹ compared the reasons for palliative consults for patients following stroke to other conditions including cancer, congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and dementia. Of the total stroke admissions during the 3-year study period, 101 (6.5%) were referred for a palliative care consult. Patients with stroke had the lowest (worst) mean Palliative Performance Scale scores compared with all other conditions. Compared with patients with other conditions, individuals with stroke who received a palliative care consult were more often referred for end-of-life issues and more likely to die in hospital. Patients who had suffered a stroke were more likely to be unconscious during the assessment and more frequently lacked the capacity to make or participate in their own medical care decisions. When compared by stroke subtype, patients who had suffered an ischemic stroke were the least likely to be referred for palliative care (3.2%) while those with a subarachnoid hemorrhage were referred most often (15.0%). The relatives of patients who had died from a stroke were interviewed approximately 6 weeks later and questioned about their perceptions of the quality of dying they received in the hospital.¹⁷² While the participants were generally satisfied with the quality of care received, there were a few areas of concern that were related to feeding, inability to say goodbye to loved ones, and not retaining a sense of dignity. Eriksson et al.¹⁷³ used data from 1,626 patients included in a national quality register for end-of-life care who had died of stroke in a hospital or nursing home, and compared care during the last week of life with 1,626 patients in the same register who died of cancer, matched for place of death, age and sex. The odds of experiencing dyspnea, anxiety and severe pain were significantly lower for individual with stroke; however, family members were less likely to be offered bereavement follow-up. Patients were also less likely to be informed about the transition to end-of-life care.

Palliative care pathways have been developed to ensure that in the last days of their lives patients receive the most appropriate care possible. However, there is an absence of high-quality evidence to suggest that they are effective. In a Cochrane Review, Chan et al.¹⁷⁴ sought studies that examined the use of an end-of-life care pathway compared with usual care for the dying. A single cluster RCT was identified (n=16 hospital wards), comparing an Italian version of the Liverpool Care Pathway (LCP-I), a continuous quality improvement programme of end-of-life care vs. usual care. In this trial, 232 family members of 308 patients who died from cancer were interviewed. Outcomes were assessed during face-to-face interviews of family members 2–4 months after the patient's death. Only 34% of the participants were cared for in accordance with the care pathway as planned. The odds of adequate pain control and control of nausea or vomiting were not significantly higher in the LCP-I group. In terms of specific interventions designed to address many common palliative care issues including dysarthria, anxiety, depression, urinary and fecal incontinence, vomiting, delirium and pressure ulcers, Cowey et al.¹⁷⁵ concluded there was insufficient evidence to guide their use, following a review of 77 primary studies including individuals with stroke requiring palliative care.

Several studies have examined the characteristics of patients who are transferred to palliative care units. San Luis et al.¹⁷⁶ included data retrieved from chart review of 236 patients admitted to hospital with a confirmed diagnosis of stroke, of whom 97 patients were transitioned to palliative care. These patients were more likely to be older, have atrial fibrillation, have more severe dysphagia on the first swallowing evaluation, have suffered a left MCA stroke, had higher initial stroke severity, received intravenous alteplase, and were admitted on a weekday. Gott et al.¹⁷⁷ reported that the diagnosis of stroke was a strong predictor of transfer to palliative care among a mixed diagnosis group of 514 patients with palliative care needs (OR=8.0, 95% CI 2.5-25.9, p=0.001).

Decisions to withhold or withdraw life-prolonging treatments after stroke affect a substantial proportion of patients who have experienced a severe stroke. Alonso et al.¹⁷⁸ reviewed the charts of 117 patients

with ischemic or hemorrhagic, who died during hospitalization, in order to identify those with do-not-resuscitate-orders (DNRO), and therapy goal modifications with transition to symptom control. Factors that contributed to the decision to limit life-sustaining therapies were sought. A DNRO was made in 101 (86.3%) patients, usually within 48 hours of admission. Forty patients were transferred to palliative care after a mean of 5 days. Thirty-eight patients were not able to communicate at the time of decision making. Following transfer, monitoring of vital parameters (95%) and diagnostic procedures (90%) were discontinued. Antibiotic therapy (86%), nutrition (98%) and oral medication (88%) were never ordered or withdrawn. Low-dose heparin was withdrawn in 23% cases. All patients were maintained on intravenous fluids until death. Disturbance of consciousness at presentation, dysphagia on day 1 and large supratentorial strokes were independent predictors of decisions to withdrawing/ withholding further treatment. Patients died an average of 2.6 days following therapy restrictions.

Sex & Gender Considerations

Women are less likely to receive critical life-prolonging care than men. In a retrospective study including 137,358 adult patients hospitalized for acute stroke in Ontario from 2003-2017, Joundi et al.¹⁷⁹ reported that, among women, each successive year after 2003 was associated with a 20% reduction in the odds of receiving ICU care, compared with men. The odds of receiving mechanical ventilation, a percutaneous feeding tube, and tracheostomy were all significantly lower for women, regardless of stroke type (ischemic vs. intracerebral hemorrhage). Women are also more likely to opt for comfort care measures than men.¹⁸⁰

Singh et al.¹⁸¹ included 395,411 individuals with stroke included in the National Inpatient Sample from 2010-2012. Demographics, comorbidities, procedures, and outcomes between patients with and without a palliative care encounter (PCE) were compared. Patient characteristics that were independently associated with the use of PCE were older age, hemorrhagic stroke, white race and female sex.

[Tableau des données probantes et liste de références](#)

**ANNEXE I : GROUPE DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE ET AUTRICES ET AUTEURS
DU MODULE SUR LES SYSTÈMES DE SOINS DE L'AVC,
septième édition, 2026**

Name	Professional role	Location	Declared conflicts of interest
Co-Chairs			
Gary Hunter, MD <i>Co-Chair</i>	Medical Director Acute Stroke, Royal University Hospital Associate Professor, University of Saskatchewan	Saskatoon, SK	None to declare
Sacha Arsenault, OT, MA <i>Co-Chair</i>	Health System Leader OT, MA Provincial Director, Stroke Services BC	BC	Consulting fees from Accreditation Canada, payment for accreditation surveys Support travel from UNEARTH CVD Heart Brain Connection (University Health Network, Toronto), travel expenses to attend team meeting
Trish Helm-Neima, BScPT <i>Advisor</i>	Provincial Stroke Coordinator	Charlottetown, PEI	Leadership or fiduciary role with The Joyriders Therapeutic Riding Association - Board
Gord Gubitz, MD <i>Advisor</i>	Stroke Neurologist Professor of Medicine, Division of Neurology, Dalhousie University; Stroke Program Director, Halifax Infirmary	Halifax, NS	Member of CAMAP Board of Directors Received/will be receiving a grant or honorarium from CAMAP; Chair of national MAiD educational curriculum Support for adding meeting and/or travel from CAMAP, national/international educational symposia Currently participating or have participated within past two years in a clinical trial - ESCAPE-MeVO, OCEANIC, Site sub-investigator
M Patrice Lindsay <i>Senior Editor, CO-Corresponding author</i>	RN, PhD, FWSO Researcher, Senior Author/Lead,	Toronto, ON	Consulting fees from Canadian Neurological Sciences Federation, payment to Self Payment of consulting fees for writing the present manuscript, payment to self

	Principal, MarcLind Health Systems and Engagement Consulting		Leadership or fiduciary role with Canadian Institutes for Health Research Advisory Board, and BHI Executive committee, volunteer no payments received
Membership			
Rebecca A. Bowes	Community Stroke Navigator, Trillium Health Partners	Toronto, ON	Other financial or non-financial interests with Trillium Health Partners (employer), time spent in virtual committee meetings was paid as was within regular work hours
Jacqueline D Cochrane, MBBS (Hons), FRCPC	Stroke Physiatrist, Élisabeth Bruyère Hospital Assistant Professor, University of Ottawa, Division of Physical Medicine and Rehabilitation	Ottawa, ON	Research Grants with Bruyere Health Incentive Grant - for project looking at use of Kinarm to measure impact of cognitive dual task on upper extremity motor performance, Royal College and Associated Medical Services CanMEDS Support for attending meetings and/or travel from Royal College/AMS CanMEDS research development grant Receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services from Abbvie, clinic receives 10 vials of botulinum toxin from Abbie for compassionate use for patients.
Lisa Collins, RN	Cardiovascular Lead Alberta Health Services, North Zone	Cold Lake, AB	None to declare
Nancy Cox, BSc PT	Coordinator, Adult Rehabilitation Programs CIUSSS West-Central Montreal	Montreal, QC	None to declare
Norine Foley	Partner, workHORSE Consulting Group	London, ON	None to declare
Sherry Xueying Hu, MD FRCPC FCSC	Assistant Professor, University of Dalhousie, Division of Neurology	Halifax, NS	Research contracts with clinical trials with Bayers, Janssen; Quality Improvement Grant, all paid to institution Leadership or fiduciary role with Acute and Episodic Network Provincial Stroke Advisory Co-Chair, payments made to self
Mahesh Kate, MD, DM, FRCPC	Clinical Lead, Stroke Prevention Clinic, University of Alberta	Edmonton, AB	Grants or contracts with Health Everywhere Hub, payments received to self or institution.

	Hospital and Kaye Edmonton Clinic Associate Professor, University of Alberta		Support for attending meetings and/or travel from Alberta Medical Association, payments received to self or institution. Leadership or fiduciary role with Content Creation Committee, Chair, no payments received
Rebecca Lund, MSc(OT), OT Reg. (Ont.)	Manager, Stroke Heart and Stroke Foundation of Canada	Toronto, ON	None to declare
Lisa McQueen, MHSC	University Health Network - Toronto Rehab - Inpatient Stroke Team Adjunct Lecturer (status only), University of Toronto	Toronto, ON	Other financial or non-financial interests with University Health Network, paid employee of UHN, participated in meetings on paid time
Jason Moller, BSc PT	Clinic Coordinator, Outpatient Rehabilitation, Abbotsford Regional Hospital	Abbotsford, BC	None to declare
Tony Nguyen, PT, MSc PT	Physiotherapist ON Waterloo Regional Health Network (WRHN)	Kitchener, ON	None to declare
Stefan Pagliuso, PT, MPT, B.A., Kin	Central South Regional Stroke Program Director, Central South Regional Stroke Network	Hamilton, ON	Support for attending meetings and/or travel from Hamilton Health Sciences, paid by employer, participation paid as part of work role/duties
Trudy Robertson, RN, MSN, CNN(C)	Clinical Nurse Specialist, Neuroscience Network Fraser Health	Surrey, BC	Leadership or fiduciary role with World Federation of Neuroscience Nurses - Exec Board of Directors, no payments
Annette Samson, MSW, RSW	Clinical Social Worker, Medical Assistance in Dying Nova Scotia Health, MAiD program	Halifax, NS	None to declare
Ravinder-Jeet Singh MD	Stroke Neurologist, Health Sciences North; Medical Director, Northeastern Stroke Network Associate Professor, NOSM University	Sudbury, ON	Grants or contracts from CIHR grant co- investigator, no payment to self or institution Leadership or fiduciary role with Canadian Stroke Consortium, Education Committee Member; CorHealth Ontario,

			Co-Chair, Stroke Unit Advisory Committee, no payments
Lily Zhou, MD, MSc	Neurologist, Vancouver General Hospital Assistant Professor, University of British Columbia, Department of Medicine	Vancouver, BC	Grants or contracts from Vancouver Coastal Health Research Institute, salary Support Leadership or fiduciary role with Canadian Stroke Consortium, no payment
Katie White B.Sc.PT, MSc.	Director, Health Systems, Heart and Stroke Foundation of Canada	Port Moody, BC	None to declare
Dylan Blacquiere, MD, MSc, FRCPC	Medical Director, Champlain Regional Stroke Network Assistant Professor, University of Ottawa, Department of Medicine, Division of Neurology The Ottawa Hospital Research Institute	Ottawa, ON	Payment or honoraria for support for travel/presentation from Diabetes Canada Support for attending meetings and/or travel from Diabetes Canada Participation on a data safety Advisory board, Roche Canada Leadership or fiduciary role with Canadian Stroke Consortium, Board Member
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, 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.

**ANNEXE II : RESPONSABLES DE L'EXAMEN EXTERNE DU MODULE SUR LES
 SYSTEMES DE SOINS DE L'AVC, 2026**

Name	Professional role	Location	Declared conflicts of interest
Renee D. Cashin, BN, MN, RN	Director of Stroke and Vascular, Provincial Cardiovascular and Stroke Program, NLHS	St. John's, NL	Received a grant or honorarium from Optimizing Research Project – Dr. Noreen Kamal, was provided a one-time fund to the Research and Innovation Team to help support collecting data for hyperacute stroke to submit to a national database
Luciana Catenese, MD	Medical Lead Hyperacute Stroke and Stroke Unit, Hamilton General Hospital Associate Professor of Medicine, Division of Neurology McMaster University	Hamilton, ON	Received/will be receiving a grant from Servier Currently participating in a clinical trial with the ACT-GLOBAL platform and have participated in ACT, TEMPO-2, TIMELESS, ENRICH-AF, OPTIMISE - Site Principal Investigator
Andrew S Dawson, FRCPC	Physical Medicine and Rehabilitation Medical Director, Rehabilitation, Fraser Health Authority	North Vancouver, BC	Holds investments in a pharmaceutical organization, medical device company, communications first, or not-for-profit organization with Eli Lilly – Retail Investor Currently participating or have participated within the past two

			years in a clinical trial - Camaros Trial, Investigator
Michael E. Kelly, MD, PHD, FRCSC	Provincial Department Head of Surgery Fred H. Wigmore Professor of Surgery	Saskatoon, SK	Holds investments in a pharmaceutical organization, medical device company, communications first, or not-for-profit organization with Custom Health, Endostream, Radical Catheter Inc, Basecamp Vascular - shareholder Consultant with Medtronic Inc, Cerenovus Inc., Penumbra Inc. Currently participating or have participating within the past two years in a clinical trial with University of Manitoba, site PI
Andrea King, BA, BScRec, MA, CTRS	Nova Scotia Health	Halifax, NS	None to declare
Lisa Korec, RN, BN, MA CAM	Director Neurosciences Saskatchewan Health Authority	Saskatoon, SK	None to declare
Anne Martineau, MD, FRCPC	Physiatrist, CIUSSS-CN and CHU de Québec Clinical profesor, Université Laval Ministère de la santé et des services sociaux (sous-ministériat services sociaux, santé mentale et réadaptation)	Québec, QC	None to declare Consulting fees for this work – part of work as medical advisory for the ministry of health and social services
Kelly Sharp, BScOT, MRSc	Regional Planning Lead for Stroke and Rehab Vancouver Coastal Health	Vancouver, BC	None to declare

Shelley Sharp, BScPT, MSc	Director, Clinical Programs, Stroke, Ontario Health	Toronto, ON	None to declare
Kristel Smith, BMR(OT), MOT	Manager Community Health Services WRHA Home Care Community Stroke Care Service	Winnipeg, MB	None to declare
Donelda Sooley, MHSc, MSc, S-LP(c)	Regional Director, Central East Stroke Network, Royal Victoria Regional Health Centre	Barrie, ON	None to declare Received payment from an organization from Royal Victoria Regional Health Centre – employee, receive a salary
Sandy Steinwender, OT Reg. (BC), MSc, PhD (c)	PHSA SSBC Provincial Lead Clinical Initiatives and Innovation	Vancouver, BC	None to declare
Mary Trainor, BN, RN	Queen Elizabeth Hospital	Charlottetown, PEI	None to declare

ANNEXE III : CADRE DE TRAVAIL SUR L'ÉDUCATION EN MATIÈRE D'AVC DES RECOMMANDATIONS

Cadre de travail sur l'éducation en matière d'AVC pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants

Ce document contient des lignes directrices pour l'ensemble des prestataires de soins de santé et du personnel de formation dans le continuum de soins, qui interagissent avec les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants. L'objectif de ce cadre est de fournir une description systématique et exhaustive des sujets fondamentaux (tableau 1) qu'il faut aborder tout au long du continuum de soins de l'AVC. Dans ce contexte, l'éducation des patientes et des patients repose sur des interventions qui facilitent l'apprentissage (faits plus interprétation et intégration de l'information de manière à amener des changements d'attitude ou de comportement)^a.

Ces sujets doivent être abordés à chaque étape, dans chaque milieu de soins et lors de chaque transition. Il est impératif d'éduquer le public et de le sensibiliser aux signes de l'AVC. Après un AVC, il est important de veiller à fournir de l'information aux personnes concernées et à leur famille sur une base continue et régulière et à ce que l'information leur soit rappelée par l'ensemble des membres de l'équipe tout au long de la réadaptation et du rétablissement. Cela peut aider les personnes à renforcer leurs capacités de prise en charge autonome, leur compréhension et leur aptitude à participer activement à leurs soins et à leur rétablissement ainsi qu'à optimiser les résultats.

Les activités éducatives, quelle que soit leur forme, doivent respecter certains principes fondamentaux lorsqu'elles sont présentées après un AVC :

- Être centrées sur la personne et respecter ses valeurs, ses besoins et ses préférences. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent participer activement aux activités éducatives.
- Être menées dans un environnement d'apprentissage inclusif, approprié sur le plan culturel, tenant compte des traumatismes et exemptes de biais ou de discrimination.
- Être formelles ou informelles, comporter du contenu oral et écrit et, dans l'idéal, combiner plusieurs méthodes.
- Être présentées sous de nombreuses formes, telles que l'apprentissage individuel ou en groupe, en présentiel ou en mode virtuel, ou en mode synchrone ou asynchrone.
- Être personnalisées, adaptées aux capacités de la personne, à sa volonté d'apprendre, à son état de santé, à ses connaissances en santé, à son niveau de compréhension, et être offertes dans diverses langues.
- Réduire le plus possible le jargon et tenir compte de la capacité de lecture visée (p. ex. 6^e année) et de la complexité du matériel pédagogique fourni.

^a Hafsteinsdóttir T.B., Vergunst M., Lindeman E., Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2011 Oct;85(1) : 14-25.

- Utiliser des outils visuels et appliquer des méthodes de démonstration du savoir.
- Être systématiquement consignées dans le dossier de santé, y compris l'heure de l'interaction éducative, les sujets abordés et le niveau de compréhension.
- Être axées sur un objectif, actives et pratiques pour faire participer la personne apprenante (c.-à-d. avec une conversation personnalisée). Cette approche est plus susceptible d'être efficace que de fournir plusieurs livrets d'information sans les passer en revue de manière interactive (méthode passive).
- La répétition est importante. Il faut revenir sur le contenu précédemment présenté et l'utiliser comme base pour la suite, vérifier le niveau de compréhension de la personne apprenante et prévoir une période de questions et réponses.
 - Le moment et la durée des activités éducatives après un AVC ont une importance. Il convient de privilégier des séances de 15 à 20 minutes, le matin, afin de réduire le plus possible la fatigue cognitive. Il faut tenir compte de la fréquence des séances et du rappel, de la compréhension et de la tolérance du contenu.
 - La famille et les aidantes et aidants peuvent avoir des besoins d'information différents. Il importe de faire participer la famille et les aidantes et aidants aux séances d'éducation, au besoin, et d'envisager de présenter de l'information sur les stratégies d'adaptation ainsi que sur le soutien et les ressources communautaires.
 - Dans l'idéal, il faut désigner une ou un membre du personnel pour la prestation d'une éducation ciblée, tout en reconnaissant que tous les membres de l'équipe sont responsables de l'éducation des personnes dont ils s'occupent.
 - Il faut assurer la formation des membres de l'équipe soignante aux méthodes d'enseignement qui intègrent la théorie de l'apprentissage chez l'adulte et l'entrevue motivationnelle.
 - Les organismes doivent évaluer leurs processus de formation en matière d'AVC et leur approche du suivi de la qualité et de l'efficacité.
 - Tous les sujets ne s'appliquent pas à chaque personne ayant subi un AVC; cependant, il faut tenir compte des éléments d'éducation relatifs à l'AVC, notamment les aspects du contenu déterminé par la personne apprenante et les besoins d'information cernés par la ou le prestataire de soins.
 - Le contenu éducatif doit être uniforme dans l'ensemble du continuum de soins. Il convient d'éviter autant que possible les renseignements contradictoires.
 - Il faut modifier constamment le matériel éducatif et prévoir des mises à jour régulières afin d'en assurer l'actualité, l'exactitude et la pertinence.
 - Il importe de donner accès à des ressources éducatives lors de toutes les transitions.

Tableau 1 : Contenu éducatif de base pour l'ensemble du continuum de soins de l'AVC

SENSIBILISATION À L'AVC ET MESURES À PRENDRE	SOINS DE L'AVC EN PHASE AIGUË	PRÉVENTION DE L'AVC	RÉADAPTATION ET RÉTABLISSEMENT APRÈS UN AVC	PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
Revue et rappel continus de tous les renseignements fournis précédemment et qui sont pertinents pour la personne ayant subi un AVC et sa situation particulière				
<ul style="list-style-type: none"> Rappel des signes de l'AVC, y compris les signes VITE (Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence) Importance d'appeler le 9-1-1 en cas de réapparition des signes et symptômes de l'AVC après l'événement initial Ne jamais se rendre à l'hôpital par ses propres moyens si vous ou une autre personne subissez un AVC Facteurs de risque d'AVC <ul style="list-style-type: none"> Hypertension Fibrillation auriculaire Obésité Alimentation riche en sodium Diabète Taux élevé de cholestérol Manque d'exercice Tabagisme Apnée du sommeil Antécédents familiaux Facteurs environnementaux Isolement social Facteurs de risque propres aux femmes 	<ul style="list-style-type: none"> Définition d'un AVC, des types d'AVC et de la cause de l'AVC, si connue, de la personne Tests diagnostiques <ul style="list-style-type: none"> Tomodensitométrie (TDM) Imagerie par résonance magnétique (IRM) Imagerie de la carotide Électrocardiogramme (ECG) pour détecter la fibrillation auriculaire Autres examens et interventions Consentement et prise de décision concernant le traitement Plan de prise en charge en phase aiguë Thrombolyse intraveineuse en phase aiguë Interventions endovasculaires Consultation en neurochirurgie, le cas échéant, et raison d'être Processus d'admission et ce à quoi on peut s'attendre après l'admission Déficiences et limitations possibles – aspects pouvant être touchés, résultats et conséquences possibles 	<ul style="list-style-type: none"> Effets de l'AVC dans les mois qui suivent l'événement de référence (risque de dépression, changements cognitifs, apnée du sommeil, fatigue post-AVC); stratégies et compétences de prise en charge autonome dans la communauté et à domicile pour la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidantes et aidants Gestion des médicaments Risques de fibrillation auriculaire et sa prise en charge, s'il y a lieu Observance de la médication et des autres thérapies et traitements Accès aux ressources communautaires et aux groupes de soutien pour les personnes ayant subi un AVC Accès à nouveau au système de santé Planification préalable des soins et directives personnelles en matière de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Éducation des personnes ayant subi un AVC en ce qui a trait à l'établissement des objectifs afin qu'elles puissent participer activement à l'établissement des objectifs et à la planification des soins dans tous les milieux Information concernant les besoins particuliers de réadaptation personnalisée Milieux de réadaptation (en milieu hospitalier et en consultation externe) et objectifs de soins Rôles de chaque membre de l'équipe de réadaptation participant aux soins Plan de réadaptation personnalisé pour tenir compte des déficiences et des limitations Types d'exercices et d'activités de réadaptation possibles et à faire entre les séances prévues avec les thérapeutes Sécurité des personnes, des membres de la famille et des aidantes et aidants lors de leur participation aux séances de réadaptation (p. ex. comment prévenir les complications ou 	<ul style="list-style-type: none"> Importance du transfert d'information et de la fourniture par écrit de renseignements de base sur les épisodes de soins antérieurs liés à l'AVC pour les spécialistes de l'AVC et les membres de l'équipe de rétablissement après un AVC à la phase suivante des soins, y compris les soins primaires et communautaires Attentes appropriées en ce qui a trait au rétablissement en lien avec les déficiences et les limitations, aux délais et aux points de transition probables selon la personne Prise en charge des problèmes fonctionnels – recommandations en matière de réadaptation et d'activité physique, plan de soins personnalisé et établissement des objectifs Compétences de prise en charge autonome en lien avec la mobilité, la prise en charge des symptômes, l'observance de la médication et les activités de la vie quotidienne; stratégies de prévention des complications et d'un AVC récurrent; transferts

SENSIBILISATION À L'AVC ET MESURES À PRENDRE	SOINS DE L'AVC EN PHASE AIGUË	PRÉVENTION DE L'AVC	RÉADAPTATION ET RÉTABLISSEMENT APRÈS UN AVC	PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
<ul style="list-style-type: none"> Risque d'AVC pour tous les groupes d'âge (nouveau-nés, enfants, jeunes adultes et adultes plus âgés) 	<ul style="list-style-type: none"> Accent mis sur la prise en charge autonome et la participation de la famille et des aidantes et aidants aux activités quotidiennes Médicaments : raison d'être, horaire d'administration, interactions, observance Risque de complications et activités visant à favoriser la sécurité et à prévenir les complications Sécurité de la famille et des aidantes et aidants et rôle dans le rétablissement Début de la planification des transitions Discussion sur le parcours de soins potentiel et du prochain milieu de soins probable Possibilité d'apporter des modifications au domicile avant le congé de l'hôpital En ce qui concerne les personnes ayant subi un AVC et ayant reçu leur congé du service des urgences : <ul style="list-style-type: none"> Suivi nécessaire avec des spécialistes des soins primaires et de l'AVC (voir la section sur l'éducation sur la prévention) Risque de récurrence et revue des signes et symptômes de l'AVC 		<p>réduire le plus possible les chutes)</p> <ul style="list-style-type: none"> Compétences de prise en charge autonome en lien avec la mobilité et les activités de la vie quotidienne Importance d'une bonne hygiène de sommeil et prise en charge de la fatigue post-AVC Stratégies visant les troubles de la communication, comme l'aphasie, et façons dont la famille et d'autres personnes peuvent participer à l'apprentissage de techniques de soutien à la communication Alimentation et prise en charge de la dysphagie, et stratégies de déglutition sûre pour réduire le risque d'aspiration Prise en charge des troubles de la fonction intestinale et de la fonction vésicale Planification du congé, type de soins nécessaires après le congé et modifications à apporter au milieu de vie avant le congé de l'unité de réadaptation en milieu hospitalier Information sur les problèmes possibles de santé mentale, tels qu'un trouble de l'humeur, la dépression, l'anxiété, les changements de comportement, et sur les 	<p>sécuritaires; et techniques pour le bain</p> <ul style="list-style-type: none"> Prise en charge continue de l'hygiène de sommeil et stratégies de conservation de l'énergie pour diminuer la fatigue post-AVC Suivi nécessaire avec les prestataires de soins primaires pour une surveillance et une prise en charge continues Surveillance continue et stratégies visant les problèmes psychosociaux et cognitifs, c'est-à-dire techniques de résolution de problèmes, outils décisionnels, gestion du stress, crainte, changements d'humeur, dépression, soutien de la famille et orientation vers des ressources communautaires Orientation dans le système et reprise de contact avec les équipes soignantes, au besoin Préparation des aliments et modifications pour tenir compte de la dysphagie Types de services offerts dans la communauté et façons d'y accéder (p. ex. aide à la mobilité, livraison de repas, soutien à la communication, services de relève et transport) Mise en contact avec des groupes de soutien et des

SENSIBILISATION À L'AVC ET MESURES À PRENDRE	SOINS DE L'AVC EN PHASE AIGUË	PRÉVENTION DE L'AVC	RÉADAPTATION ET RÉTABLISSEMENT APRÈS UN AVC	PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux ressources et au soutien lié à l'AVC après le congé de l'hôpital • Accès aux ressources et au soutien lié à l'AVC après le congé de l'unité de soins de courte durée • Attentes liées au rétablissement après le congé de l'hôpital, notamment en ce qui concerne la dépression, la fatigue post-AVC, les besoins de réadaptation et l'accès à celle-ci, ainsi que les questions liées à la réintégration sociale • Accès à nouveau au système de santé • Planification préalable des soins et directives personnelles en matière de santé • Soins palliatifs et soins de fin de vie, s'il y a lieu 		<p>moyens de les reconnaître et de demander de l'aide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information sur les problèmes cognitifs possibles après un AVC et sur les moyens de les reconnaître et de demander de l'aide • Accès à des thérapeutes et à des programmes de réadaptation continue en consultation externe et en milieu communautaire • Accès aux ressources communautaires et aux groupes de soutien pour les personnes ayant subi un AVC • Exploration des questions liées aux loisirs et aux activités sociales • Accès à nouveau au système de santé après la réadaptation • Planification préalable des soins et directives personnelles en matière de santé • Retour au travail et reprise de la conduite automobile 	<p>ressources de soutien par les pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revue des activités sociales et des loisirs, et importance de la reprise des interactions sociales • Information concernant la reprise des activités professionnelles ou éducatives et de la conduite automobile • Information sur les relations et la sexualité après un AVC • Information et stratégies relatives au rôle de parent et à la reprise du rôle d'aidante ou d'aidant après un AVC • Planification préalable des soins et directives personnelles en matière de santé • Stratégies relatives à l'épuisement des aidantes et aidants • Accès à des ressources axées sur le rétablissement des femmes

Remarques :

- Chaque module des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* présente des renseignements supplémentaires concernant le contenu éducatif portant sur le sujet traité.

Ressources éducatives supplémentaires des *Recommandations* :

- *Liste de vérification après un AVC des Recommandations*
- *Liste de vérification pour la prise en charge autonome des Recommandations*

- Infographies pour les personnes ayant subi un AVC (voir les modules individuels)
- <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources>
- www.coeuretavc.ca/avc
- www.coeuretavc.ca/femmes

ANNEXE IV : 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 AYZ, Ganesh A, Joundi 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. Health Canada. Canadian Chronic Disease Surveillance System (CCDSS). 2024. Available at: <https://health-infobase.canada.ca/ccdss/data-tool/index>. (Accessed July 16, 2025)
4. Ganesh A, Lindsay P, Fang J, Kapral MK, Côté R, Joiner I, et al. Integrated systems of stroke care and reduction in 30-day mortality: A retrospective analysis. *Neurology.* 2016;86:898-904.
5. Swartz RH, Longman RS, Smith EE, Mountain A, Lindsay MP, Lund R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Vascular cognitive impairment. 7th edition. 2024
6. Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, Smith EE, Dowlatshahi D, Wein T, et al. The Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Secondary prevention. 7th edition. 2021
7. Heran M, Lindsay MP, Gubitz G, Yu AYZ, Ganesh A, Lund R, et al. The Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Acute stroke management. 7th edition. 2022
8. Nelson MLA, Shi J, Lindsay MP, Salbach N, Yao J, Timpson D, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, recovery and community participation following stroke. Part one: Stroke rehabilitation planning for optimal care delivery, 7th edition *Am J Phys Med Rehabil.* 2026;105(1):59-75.
9. Yao J, Salbach N, Lindsay MP, Nelson MLA, Shi J, Mountain A, et al. The Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Rehabilitation, recovery and community participation following stroke. Part three: Optimizing activity and community participation following stroke. 7th edition. *Am J Phys Med Rehabil.* 2026;105(3):238-252
10. Shoamanesh A, Lindsay MP, Castellucci L, Cayley A, Crowther M, deWit K, et al. The Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Intracerebral hemorrhage. 7th edition. 2020
11. Field TS, Lindsay MP, Wein T, Debicki D, Gorman J, Heran M, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Cerebral venous thrombosis. 7th edition. 2024
12. Stokols D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Promot.* 1996;10:282-298.
13. Anderson S, Whitfield K. An ecological approach to activity after stroke: It takes a community. *Top Stroke Rehabil.* 2011;18:509-524.
14. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327:1219-1221.

15. The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Essential elements for safe and high-quality end-of-life care. National consensus statement. 2023. Available at: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2023-12/national_consensus_statement_-_essential_elements_for_safe_and_high-quality_end-of-life_care.pdf. (Accessed July 17, 2025)
16. Lennox-Chhugani N, Alvarez-Rosete A, Aldasoro E, Gil-Salmeron A. Promoting integrated care across the world. International Foundation for Integrated Care annual survey. 2022. Available at: <https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2022/10/IFIC3692-Annual-Survey-2022-A4-v262367.pdf>. (Accessed July 4, 2025)
17. Canadian Stroke Best Practices. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Overview of methodology 7th edition 2019-2023. Available at: <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/overview-methods-and-knowledge-translation>. (Accessed March 3, 2025)
18. 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. *CMAJ*. 2010;182:E839-842.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Schünemann H BJ, Guyatt G, Oxman A, editors. Grade handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. 2013. Available at: <https://guidelinedevelopment.org/handbook>. (Accessed March 3, 2025)
23. Feigin VL, Nguyen G, Cercy K, Johnson CO, Alam T, Parmar PG, et al. Global, regional, and country-specific lifetime risks of stroke, 1990 and 2016. *N Engl J Med*. 2018;379:2429-2437.
24. Cheng Y, Lin Y, Shi H, Cheng M, Zhang B, Liu X, et al. Projections of the stroke burden at the global, regional, and national levels up to 2050 based on the global burden of disease study 2021. *J Am Heart Assoc*. 2024;13:e036142.
25. Eustace I, Buckley BJR, Kaya I, Hoad KL, France-Ratcliffe M, Hill AM, et al. Integrated care management for patients following acute stroke: A systematic review. *QJM*. 2025;118:317-328.
26. Liu B, Cai J, Zhou L. Effectiveness of integrated care models for stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2025;57:266-297.
27. World Stroke Organization. Heart & Stroke Foundation Canada celebrate 10 years of fast awareness. 2024. Available at: <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/blogs/stroke-awareness-month-canada>. (Accessed July 14, 2025)

28. Hill ME, Bodnar P, Fenton R, Mason B, Bandoh G. Teach our children: Stroke education for indigenous children, first nations, Ontario, Canada, 2009–2012. *Prev Chronic Dis*. 2017;14:E68.
29. Stiell IG, Clement CM, Campbell K, Sharma M, Socha D, Sivilotti ML, et al. Impact of expanding the prehospital stroke bypass time window in a large geographic region. *Stroke*. 2017;48:624-630.
30. Pérez de la Ossa N, Abilleira S, Jovin TG, García-Tornel Á, Jimenez X, Urrea X, et al. Effect of direct transportation to thrombectomy-capable center vs local stroke center on neurological outcomes in patients with suspected large-vessel occlusion stroke in nonurban areas: The racecat randomized clinical trial. *JAMA*. 2022;327:1782-1794.
31. Mohamed A, Fatima N, Shuaib A, Saqqur M. Comparison of mothership versus drip-and-ship models in treating patients with acute ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*. 2022;17:141-154.
32. Rethnam V, Langhorne P, Churilov L, Hayward KS, Herisson F, Poletto SR, et al. Early mobilisation post-stroke: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Disabil Rehabil*. 2022;44:1156-1163.
33. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part one: Rehabilitation and recovery following stroke; 6th edition update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15:763-788.
34. Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part two: Transitions and community participation following stroke. *Int J Stroke*. 2020;15:789-806.
35. Valls J, Peiro-Chamarro M, Cambray S, Molina-Seguin J, Benabdelhak I, Purroy F. A current estimation of the early risk of stroke after transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis of recent intervention studies. *Cerebrovasc Dis*. 2017;43:90-98.
36. Wu CM, McLaughlin K, Lorenzetti DL, Hill MD, Manns BJ, Ghali WA. Early risk of stroke after transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2007;167:2417-2422.
37. Wang R, Kapoor A, Lindsay P, Goia C, Yu A YX, Gladstone DJ, et al. Reduction in stroke after transient ischemic attack in a province-wide cohort between 2003 and 2015. *Can J Neurol Sci*. 2021;48:335-343.
38. Jeerakathil TJ, Yu A YX, Choi PMC, Fang S, Shuaib A, Majumdar SR, et al. Effects of a province-wide triaging system for TIA: The aspire intervention. *Neurology*. 2023;100:e2093-e2102.
39. Jewett L, Harroud A, Hill MD, Côté R, Wein T, Smith EE, et al. Secondary stroke prevention services in Canada: A cross-sectional survey and geospatial analysis of resources, capacity and geographic access. *CMAJ Open*. 2018;6:E95-e102.

40. Skolarus LE, Brown DL, Reynolds E, Shi Y, Volow AM, Burke JF, et al. Advance care planning engagement May increase among stroke survivors: Results from the prepare for your care trial. *Stroke*. 2022;53:e477-e478.
41. Skolarus LE, Robles MC, Mansour M, Sudore RL, Reynolds EL, Burke JF, et al. Low engagement of advance care planning among patients who had a stroke or transient ischemic attack. *J Am Heart Assoc*. 2022;11:e024436.
42. Lank RJ, Shafie-Khorassani F, Zhang X, Ortiz C, Kim S, Case E, et al. Advance care planning and transitions to comfort measures after stroke. *J Palliat Med*. 2021;24:1191-1196.
43. Canadian Cancer Society. Analyzing hospice palliative care across Canada. A report on federal, provincial, territorial and community actions. 2023. Available at: <https://cancer.ca/-/media/files/about-us/media-releases/2023/palliative-care-report/adv23163palliative-care-report85x11en04.pdf>. (Accessed July 14, 2025)
44. Health Canada. Action plan on palliative care. Building on the framework on palliative care in Canada. 2019. Available at: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/health-care-system/reports-publications/palliative-care/action-plan-palliative-care/action-plan-palliative-care-eng.pdf>. (Accessed July 14, 2025)
45. Health Canada. The framework on palliative care in Canada— five years later. A report on the state of palliative care in Canada. 2023. Available at: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/framework-palliative-care-five-years-later/final-pdf-english-report-to-parliament-palliative-care.pdf>. (Accessed July 14, 2025)
46. Peters SAE, Carcel C, Millett ERC, Woodward M. Sex differences in the association between major risk factors and the risk of stroke in the UK biobank cohort study. *Neurology*. 2020;95:e2715-e2726.
47. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: A systematic review. *Stroke*. 2009;40:1082-1090.
48. Cordonnier C, Sprigg N, Sandset EC, Pavlovic A, Sunnerhagen KS, Caso V, et al. Stroke in women - from evidence to inequalities. *Nat Rev Neurol*. 2017;13:521-532.
49. Bushnell C, Howard VJ, Lisabeth L, Caso V, Gall S, Kleindorfer D, et al. Sex differences in the evaluation and treatment of acute ischaemic stroke. *Lancet Neurol*. 2018;17:641-650.
50. Carcel C, Harris K, Peters SAE, Sandset EC, Balicki G, Bushnell CD, et al. Representation of women in stroke clinical trials: A review of 281 trials involving more than 500,000 participants. *Neurology*. 2021;97:e1768-e1774.
51. Statistics Canada. Table: 13-10-0394-01. Leading causes of death, total population, by age group. 2025. Available at: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039401>. (Accessed August 29, 2025)
52. Xu M, Amarilla Vallejo A, Cantalapiedra Calvete C, Rudd A, Wolfe C, O'Connell MDL, et al. Stroke outcomes in women: A population-based cohort study. *Stroke*. 2022;53:3072-3081.

53. Bushnell CD, Reeves MJ, Zhao X, Pan W, Prvu-Bettger J, Zimmer L, et al. Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*. 2014;82:922-931.
54. Gall S, Phan H, Madsen TE, Reeves M, Rist P, Jimenez M, et al. Focused update of sex differences in patient reported outcome measures after stroke. *Stroke*. 2018;49:531-535.
55. Saver JL. Time is brain--quantified. *Stroke*. 2006;37:263-266.
56. Lundelin K, Graciani A, García-Puig J, Guallar-Castillón P, Taboada JM, Rodríguez-Artalejo F, et al. Knowledge of stroke warning symptoms and intended action in response to stroke in Spain: A nationwide population-based study. *Cerebrovasc Dis*. 2012;34:161-168.
57. Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Mosca L. National women's knowledge of stroke warning signs, overall and by race/ethnic group. *Stroke*. 2014;45:1180-1182.
58. Metias MM, Eisenberg N, Clemente MD, Wooster EM, Dueck AD, Wooster DL, et al. Public health campaigns and their effect on stroke knowledge in a high-risk urban population: A five-year study. *Vascular*. 2017;25:497-503.
59. Naguib R, Fayed A, AlFadhliyah AB, AlMansour NS, AlDakheel RM, AlQahtani RM. Awareness about stroke and proper actions to be taken; a room for improvement. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29:104794.
60. Krishnamurthi RV, Barker-Collo S, Barber PA, Tippet L, Dalrymple-Alford JC, Tunnage B, et al. Community knowledge and awareness of stroke in New Zealand. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29:104589.
61. Dharmasaroja P, Uransilp N. Stroke awareness and knowledge in the at-risk population: A community-based study. *Cureus*. 2024;16:e57756.
62. Wolters FJ, Li L, Gutnikov SA, Mehta Z, Rothwell PM. Medical attention seeking after transient ischemic attack and minor stroke before and after the UK face, arm, speech, time (fast) public education campaign: Results from the Oxford vascular study. *JAMA Neurol*. 2018;75:1225-1233.
63. Nordanstig A, Asplund K, Norrving B, Wahlgren N, Wester P, Rosengren L. Impact of the Swedish national stroke campaign on stroke awareness. *Acta Neurol Scand*. 2017;136:345-351.
64. Bray JE, Johnson R, Trobbiani K, Mosley I, Lalor E, Cadilhac D. Australian public's awareness of stroke warning signs improves after national multimedia campaigns. *Stroke*. 2013;44:3540-3543.
65. Bray JE, Straney L, Barger B, Finn J. Effect of public awareness campaigns on calls to ambulance across Australia. *Stroke*. 2015;46:1377-1380.
66. Trobbiani K, Freeman K, Arango M, Lalor E, Jenkinson D, Thrift AG. Comparison of stroke warning sign campaigns in Australia, England, and Canada. *Int J Stroke*. 2013;8 Suppl A100:28-31.

67. Rioux B, Brissette V, Marin FF, Lindsay P, Keezer MR, Poppe AY. The impact of stroke public awareness campaigns differs between sociodemographic groups. *Can J Neurol Sci.* 2022;49:231-238.
68. Hickey A, Mellon L, Williams D, Shelley E, Conroy RM. Does stroke health promotion increase awareness of appropriate behavioural response? Impact of the face, arm, speech and time (fast) campaign on population knowledge of stroke risk factors, warning signs and emergency response. *Eur Stroke J.* 2018;3:117-125.
69. Darkhabani MZ, Homa-Bonell JK, Thoreson L, Bobholz JA, Spaulding D, Engebose M. Be fast versus fast: A randomized pilot trial comparing retention of stroke symptoms between 2 mnemonics. *J Am Heart Assoc.* 2024;13:e035696.
70. Tan J, Ramazanu S, Liaw SY, Chua WL. Effectiveness of public education campaigns for stroke symptom recognition and response in non-elderly adults: A systematic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2022;31:106207.
71. Advani R, Naess H, Kurz M. Mass media intervention in western norway aimed at improving public recognition of stroke, emergency response, and acute treatment. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016;25:1467-1472.
72. Stroebele N, Müller-Riemenschneider F, Nolte CH, Müller-Nordhorn J, Bockelbrink A, Willich SN. Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: A systematic review from a gender perspective. *Int J Stroke.* 2011;6:60-66.
73. Marx JJ, Klawitter B, Faldum A, Eicke BM, Haertle B, Dieterich M, et al. Gender-specific differences in stroke knowledge, stroke risk perception and the effects of an educational multimedia campaign. *J Neurol.* 2010;257:367-374.
74. Hodgson C, Lindsay P, Rubini F. Can mass media influence emergency department visits for stroke? *Stroke.* 2007;38:2115-2122.
75. The Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Virtual stroke care implementation toolkit. 7th edition. 2022. Available at: <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/csbrp-virtual-stroke-toolkit-final.pdf?rev=e545b3d0a8394ca18586090a74cdcf49>. (Accessed July 20, 2025)
76. Salbach N, Yao J, Lindsay MP, Nelson MLA, Shi J, O'Connell C, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Rehabilitation, recovery and community participation following stroke, part two: Delivery of stroke rehabilitation to optimize functional recovery, 7th edition update 2025. *Am J Phys Med Rehabil.* 2026;105(2):151-167
77. Broderick JP, Abir M. Transitions of care for stroke patients: Opportunities to improve outcomes. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2015;8:S190-192.
78. Johnson KH, Gardener H, Gutierrez C, Marulanda E, Campo-Bustillo I, Gordon Perue G, et al. The effect of 30-day adequate transitions of acute stroke care on 90-day readmission or death. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2024;33:107842.

79. Dong C, Gardener H, Rundek T, Marulanda E, Gutierrez CM, Campo-Bustillo I, et al. Factors and behaviors related to successful transition of care after hospitalization for ischemic stroke. *Stroke*. 2023;54:468-475.
80. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;2:Cd000313.
81. Sulch D, Perez I, Melbourn A, Kalra L. Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*. 2000;31:1929-1934.
82. Markle-Reid M, Fisher K, Walker KM, Beauchamp M, Cameron JI, Dayler D, et al. The stroke transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: A multisite pragmatic randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2023;23:687.
83. O'Callaghan G, Fahy M, Murphy P, Langhorne P, Galvin R, Horgan F. Effectiveness of interventions to support the transition home after acute stroke: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1095.
84. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of care consensus policy statement: American College of physicians, Society of general internal medicine, Society of hospital medicine, American Geriatrics Society, American College of emergency physicians, and Society for academic emergency medicine. *J Hosp Med*. 2009;4:364-370.
85. Mitchell GK, Brown RM, Erikssen L, Tieman JJ. Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: A systematic review. *BMC Fam Pract*. 2008;9:44.
86. Kattel S, Manning DM, Erwin PJ, Wood H, Kashiwagi DT, Murad MH. Information transfer at hospital discharge: A systematic review. *J Patient Saf*. 2020;16:e25-e33.
87. Mitchell JP. Association of provider communication and discharge instructions on lower readmissions. *J Healthc Qual*. 2015;37:33-40.
88. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-841.
89. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients--development of a discharge checklist for hospitalists. *J Hosp Med*. 2006;1:354-360.
90. Etherington C, Kitto S, Burns JK, Adams TL, Birze A, Britton M, et al. How gender shapes interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative secondary analysis. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1357.
91. Canadian Stroke Best Practices. Virtual care decision framework. 2021. Available at: <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/csbp-f20-virtualcaredecisionframework-en.pdf?rev=9db7990386364a1b8253401c0313d634>. (Accessed July 20, 2025)

92. Wilcock AD, Schwamm LH, Zubizarreta JR, Zachrison KS, Uscher-Pines L, Richard JV, et al. Reperfusion treatment and stroke outcomes in hospitals with telestroke capacity. *JAMA Neurol.* 2021;78:527-535.
93. Mohamed A, Elsherif S, Legere B, Fatima N, Shuaib A, Saqqur M. Is telestroke more effective than conventional treatment for acute ischemic stroke? A systematic review and meta-analysis of patient outcomes and thrombolysis rates. *Int J Stroke.* 2024;19:280-292.
94. Porter J, Hall RE, Kapral MK, Fang J, Khan F, Silver FL. Outcomes following telestroke-assisted thrombolysis for stroke in Ontario, Canada. *J Telemed Telecare.* 2018;24:492-499.
95. Ho W, Fawcett AP. Outcomes in patients with acute stroke treated at a comprehensive stroke center using telemedicine versus in-person assessments. *J Telemed Telecare.* 2024;30:1487-1492.
96. Hao J, Pu Y, Chen Z, Siu KC. Effects of virtual reality-based telerehabilitation for stroke patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2023;32:106960.
97. Laver KE, Adey-Wakeling Z, Crotty M, Lannin NA, George S, Sherrington C. Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;1:Cd010255.
98. Appleby E, Gill ST, Hayes LK, Walker TL, Walsh M, Kumar S. Effectiveness of telerehabilitation in the management of adults with stroke: A systematic review. *PLoS One.* 2019;14:e0225150.
99. Sarfo FS, Ulasavets U, Opare-Sem OK, Ovbiagele B. Tele-rehabilitation after stroke: An updated systematic review of the literature. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018;27:2306-2318.
100. Tchero H, Tabue Teguo M, Lannuzel A, Rusch E. Telerehabilitation for stroke survivors: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2018;20:e10867.
101. Chen J, Jin W, Zhang XX, Xu W, Liu XN, Ren CC. Telerehabilitation approaches for stroke patients: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24:2660-2668.
102. Knepley KD, Mao JZ, Wiczorek P, Okoye FO, Jain AP, Harel NY. Impact of telerehabilitation for stroke-related deficits. *Telemed J E Health.* 2021;27:239-246.
103. Asano M, Tai BC, Yeo FY, Yen SC, Tay A, Ng YS, et al. Home-based tele-rehabilitation presents comparable positive impact on self-reported functional outcomes as usual care: The singapore tele-technology aided rehabilitation in stroke (stars) randomised controlled trial. *J Telemed Telecare.* 2021;27:231-238.
104. Saywell NL, Vandal AC, Mudge S, Hale L, Brown P, Feigin V, et al. Telerehabilitation after stroke using readily available technology: A randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair.* 2021;35:88-97.
105. Chen J, Sun D, Zhang S, Shi Y, Qiao F, Zhou Y, et al. Effects of home-based telerehabilitation in patients with stroke: A randomized controlled trial. *Neurology.* 2020;95:e2318-e2330.

106. Yang CL, Waterson S, Eng JJ. Implementation and evaluation of the virtual graded repetitive arm supplementary program (grasp) for individuals with stroke during the covid-19 pandemic and beyond. *Phys Ther.* 2021;101
107. Peters S, Botero M, Evers A, Fong B, Jakab B, Petter E, et al. Development and feasibility of a modified Fugl-Meyer lower extremity assessment for telerehabilitation: A pilot study. *Pilot Feasibility Stud.* 2021;7:121.
108. Gillespie D, MacLellan C, Ferguson-Pell M, Taeger A, Manns PJ. Balancing access with technology: Comparing in-person and telerehabilitation berg balance scale scores among stroke survivors. *Physiother Can.* 2021;73:276-285.
109. Amano S, Umeji A, Uchita A, Hashimoto Y, Takebayashi T, Kanata Y, et al. Reliability of remote evaluation for the Fugl-Meyer assessment and the action research arm test in hemiparetic patients after stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2018;25:432-437.
110. Liang Q, Tao Y, He J, Bo Y, Xu L, Zhao F. Effects of home-based telemedicine and mhealth interventions on blood pressure in stroke patients: A systematic evaluation and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2024;33:107928.
111. SPRINT INDIA Trial Collaborators. Secondary prevention with a structured semi-interactive stroke prevention package in india (sprint india): A multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Glob Health.* 2023;11:e425-e435.
112. Deng L, Wu Q, Ding F, Liu Y, Shen J, Lin Y, et al. The effect of telemedicine on secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:1020744.
113. Jaén-Extremera J, Afanador-Restrepo DF, Rivas-Campo Y, Gómez-Rodas A, Aibar-Almazán A, Hita-Contreras F, et al. Effectiveness of telemedicine for reducing cardiovascular risk: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2023;12
114. Salisbury C, O'Cathain A, Thomas C, Edwards L, Gaunt D, Dixon P, et al. Telehealth for patients at high risk of cardiovascular disease: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ.* 2016;353:i2647.
115. Widmer RJ, Collins NM, Collins CS, West CP, Lerman LO, Lerman A. Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:469-480.
116. Pérez-Sánchez S, Barragán-Prieto A, Loscertales JB, Cabezas Rodríguez JA, Zapata-Arriaza E, Amaya Pascasio L, et al. Closing the sex-based differences in stroke care: Insights from a large telestroke network on treatment and postacute management. *Health Equity.* 2024;8:301-306.
117. Morton J, Boyd K, Anderson E, Hallock J. Sex differences in the delivery of stroke care via telemedicine in a large national telestroke practice (s6. 003). *Neurology.* 2022;98:2153.
118. Hoffmann T, Cochrane T. What education do stroke patients receive in Australian hospitals? *Patient Educ Couns.* 2009;77:187-191.

119. Johnson B, Handler D, Urrutia V, Alexandrov AW. Retention of stroke education provided during hospitalization: Does provision of required education increase stroke knowledge? *Interv Neurol*. 2018;7:471-478.
120. Helbach J, Hoffmann F, Hecht N, Heesen C, Thomalla G, Wilfling D, et al. Information needs of people who have suffered a stroke or TIA and their preferred approaches of receiving health information: A scoping review. *Eur Stroke J*. 2025;10:5-21.
121. Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, Hillier SL. Self management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016:Cd010442.
122. Chen L, Chen Y, Chen X, Shen X, Wang Q, Sun C. Longitudinal study of effectiveness of a patient-centered self-management empowerment intervention during pre-discharge planning on stroke survivors. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018;15:197-205.
123. Lo SHS, Chang AM, Chau JPC. Stroke self-management support improves survivors' self-efficacy and outcome expectation of self-management behaviors. *Stroke*. 2018;49:758-760.
124. Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2013;27:867-878.
125. Crocker TF, Brown L, Lam N, Wray F, Knapp P, Forster A. Information provision for stroke survivors and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;11:Cd001919.
126. Eames S, Hoffmann T, Worrall L, Read S, Wong A. Randomised controlled trial of an education and support package for stroke patients and their carers. *BMJ Open*. 2013;3
127. Patchwood E, Woodward-Nutt K, Rhodes SA, Batistatou E, Camacho E, Knowles S, et al. Organising support for carers of stroke survivors (oscarss): A cluster randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ Open*. 2021;11:e038777.
128. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M, et al. Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;328:1099.
129. Forster A, Dickerson J, Young J, Patel A, Kalra L, Nixon J, et al. A structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (tracs): A cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2013;382:2069-2076.
130. Benoit C, Lopez D, Loiseau M, Labreuche J, Kyheng M, Bourdain F, et al. Impact of a pre-discharge education session on stroke knowledge: A randomized trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29:105272.
131. Olaiya MT, Cadilhac DA, Kim J, Ung D, Nelson MR, Srikanth VK, et al. Effectiveness of an intervention to improve risk factor knowledge in patients with stroke: A randomized controlled trial. *Stroke*. 2017;48:1101-1103.
132. Gallacher K, Morrison D, Jani B, Macdonald S, May CR, Montori VM, et al. Uncovering treatment burden as a key concept for stroke care: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med*. 2013;10:e1001473.

133. Olai L, Borgquist L, Svärdsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Ups J Med Sci.* 2015;120:290-298.
134. Loh AZ, Tan JS, Zhang MW, Ho RC. The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18:111-116.
135. Hayes J, Chapman P, Young LJ, Rittman M. The prevalence of injury for stroke caregivers and associated risk factors. *Top Stroke Rehabil.* 2009;16:300-307.
136. Ko JY, Aycock DM, Clark PC. A comparison of working versus nonworking family caregivers of stroke survivors. *J Neurosci Nurs.* 2007;39:217-225.
137. Rochette A, Desrosiers J, Bravo G, Tribble DS, Bourget A. Changes in participation level after spouse's first stroke and relationship to burden and depressive symptoms. *Cerebrovasc Dis.* 2007;24:255-260.
138. Cameron JI, Bastawrous M, Marsella A, Forde S, Smale L, Friedland J, et al. Stroke survivors', caregivers', and health care professionals' perspectives on the weekend pass to facilitate transition home. *J Rehabil Med.* 2014;46:858-863.
139. Cameron JI, Naglie G, Silver FL, Gignac MA. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: A qualitative study using the timing it right framework. *Disabil Rehabil.* 2013;35:315-324.
140. Creasy KR, Lutz BJ, Young ME, Ford A, Martz C. The impact of interactions with providers on stroke caregivers' needs. *Rehabil Nurs.* 2013;38:88-98.
141. Smith LN, Lawrence M, Kerr SM, Langhorne P, Lees KR. Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *J Adv Nurs.* 2004;46:235-244.
142. Huang V, Marais O, Mortenson WB, Nadeau J, Arsenault S, Field TS, et al. "I just kept asking and asking and there was nothing": Re-thinking community resources & supports for young adult stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 2025;47:2877-2886.
143. Bakas T, McCarthy MJ, Miller EL. Systematic review of the evidence for stroke family caregiver and dyad interventions. *Stroke.* 2022;53:2093-2102.
144. Pucciarelli G, Lommi M, Magwood GS, Simeone S, Colaceci S, Vellone E, et al. Effectiveness of dyadic interventions to improve stroke patient-caregiver dyads' outcomes after discharge: A systematic review and meta-analysis study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2021;20:14-33.
145. Wang Y, Tyagi S, Hoenig H, Lee KE, Venketasubramanian N, Menon E, et al. Burden of informal care in stroke survivors and its determinants: A prospective observational study in an asian setting. *BMC Public Health.* 2021;21:1945.
146. Saab A, Glass-Kaastra S, Young GB. Discharge destination from a rehabilitation unit after acute ischemic stroke. *Can J Neurol Sci.* 2019;46:209-215.

147. Burton JK, Ferguson EEC, Barugh AJ, Walesby KE, MacLulich AMJ, Shenkin SD, et al. Predicting discharge to institutional long-term care after stroke: A systematic review and metaanalysis. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66:161-169.
148. Pereira S, Foley N, Salter K, McClure JA, Meyer M, Brown J, et al. Discharge destination of individuals with severe stroke undergoing rehabilitation: A predictive model. *Disabil Rehabil.* 2014;36:727-731.
149. Brodaty H, Altendorf A, Withall A, Sachdev PS. Mortality and institutionalization in early survivors of stroke: The effects of cognition, vascular mild cognitive impairment, and vascular dementia. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2010;19:485-493.
150. Portelli R, Lowe D, Irwin P, Pearson M, Rudd AG. Institutionalization after stroke. *Clin Rehabil.* 2005;19:97-108.
151. Chuang KY, Wu SC, Yeh MC, Chen YH, Wu CL. Exploring the associations between long-term care and mortality rates among stroke patients. *J Nurs Res.* 2005;13:66-74.
152. Walsh T, Donnelly T, Carew S, C OC, R OR, Lyons D. Stroke unit care: Recurrence, mortality and institutionalisation rates-a four year follow-up study. *Ir J Med Sci.* 2008;177:135-139.
153. Sackley C, Pound K. Setting priorities for a discharge plan for stroke patients entering nursing home care. *Clin Rehabil.* 2002;16:859-866.
154. Sackley CM, Pound K. Stroke patients entering nursing home care: A content analysis of discharge letters. *Clin Rehabil.* 2002;16:736-740.
155. Brajković L, Godan A, Godan L. Quality of life after stroke in old age: Comparison of persons living in nursing home and those living in their own home. *Croat Med J.* 2009;50:182-188.
156. Fletcher-Smith JC, Walker MF, Copley CS, Steultjens EM, Sackley CM. Occupational therapy for care home residents with stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013:Cd010116.
157. Sackley CM, Walker MF, Burton CR, Watkins CL, Mant J, Roalfe AK, et al. An occupational therapy intervention for residents with stroke related disabilities in UK care homes (OTCH): Cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2015;350:h468.
158. Davila H, Ng W, Akosionu O, Thao MS, Skarphol T, Virnig BA, et al. Why men fare worse: A mixed-methods study examining gender differences in nursing home resident quality of life. *Gerontologist.* 2022;62:1347-1358.
159. Johnson PD, Ulrich A, Siv J, Taylor B, Tirschwell D, Creutzfeldt CJ. Planning after stroke survival: Advance care planning in the stroke clinic. *J Am Heart Assoc.* 2019;8:e011317.
160. Skolarus LE, Lin CC, Springer MV, Burke JF. Advance care planning among stroke survivors in the united states. *Neurology.* 2020;95:874-876.

161. Green T, Gandhi S, Kleissen T, Simon J, Raffin-Bouchal S, Ryckborst K. Advance care planning in stroke: Influence of time on engagement in the process. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:119-126.
162. Sudore RL, Schillinger D, Katen MT, Shi Y, Boscardin WJ, Osua S, et al. Engaging diverse english- and spanish-speaking older adults in advance care planning: The prepare randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178:1616-1625.
163. 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.
164. 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.
165. 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.
166. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5:40-47.
167. Henderson JD, Boyle A, Herx L, Alexiadis A, Barwich D, Connidis S, et al. Staffing a specialist palliative care service, a team-based approach: Expert consensus white paper. *J Palliat Med*. 2019;22:1318-1323.
168. Government of Canada. Canada's Medical Assistance in Dying (MAiD) law. 2024. Available at: <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/bk-di.html>. (Accessed July 20, 2025)
169. Wang W, Rudd AG, Wang Y, Curcin V, Wolfe CD, Peek N, et al. Risk prediction of 30-day mortality after stroke using machine learning: A nationwide registry-based cohort study. *BMC Neurol*. 2022;22:195.
170. Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: A prospective study of hospital admissions. *Age Ageing*. 2010;39:554-559.
171. Holloway RG, Ladwig S, Robb J, Kelly A, Nielsen E, Quill TE. Palliative care consultations in hospitalized stroke patients. *J Palliat Med*. 2010;13:407-412.
172. Reinink H, Geurts M, Melis-Riemens C, Hollander A, Kappelle J, van der Worp B. Quality of dying after acute stroke. *Eur Stroke J*. 2021;6:268-275.
173. Eriksson H, Milberg A, Hjelm K, Friedrichsen M. End of life care for patients dying of stroke: A comparative registry study of stroke and cancer. *PLoS One*. 2016;11:e0147694.
174. Chan RJ, Webster J, Bowers A. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:Cd008006.

175. Cowey E, Schichtel M, Cheyne JD, Tweedie L, Lehman R, Melifonwu R, et al. Palliative care after stroke: A review. *Int J Stroke*. 2021;16:632-639.
176. San Luis CO, Staff I, Fortunato GJ, McCullough LD. Dysphagia as a predictor of outcome and transition to palliative care among middle cerebral artery ischemic stroke patients. *BMC Palliat Care*. 2013;12:21.
177. Gott M, Gardiner C, Ryan T, Parker C, Noble B, Ingleton C. Prevalence and predictors of transition to a palliative care approach among hospital inpatients in England. *J Palliat Care*. 2013;29:147-153.
178. Alonso A, Ebert AD, Dörr D, Buchheidt D, Hennerici MG, Szabo K. End-of-life decisions in acute stroke patients: An observational cohort study. *BMC Palliat Care*. 2016;15:38.
179. Joundi RA, Smith EE, Yu AXY, Rashid M, Fang J, Kapral MK. Age-specific and sex-specific trends in life-sustaining care after acute stroke. *J Am Heart Assoc*. 2021;10:e021499.
180. Gott M, Morgan T, Williams L. Gender and palliative care: A call to arms. *Palliat Care Soc Pract*. 2020;14:2632352420957997.
181. Singh T, Peters SR, Tirschwell DL, Creutzfeldt CJ. Palliative care for hospitalized patients with stroke: Results from the 2010 to 2012 National Inpatient Sample. *Stroke*. 2017;48:2534-2540.