



# Pratiques optimales de l'AVC au Canada

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

### Systemes de soins de l'AVC

Septième édition, 2026

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

*Hunter G, Arsenault S (coprésidents du groupe de rédaction)*  
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.

## 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.