



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC

RECOMMANDATIONS SUR
LES PRATIQUES OPTIMALES
DE L'AVC
AU CANADA

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

Résumé des recommandations pédiatriques du tous les modules

Cinquième édition

© 2016 Heart and Stroke Foundation

Table des matières

	Page
Contexte.....	3
Recommandations	
Prévention de l'AVC.....	3
Hyperaiguë.....	5
Aiguë.....	7
Réadaptation.....	8
Prise en charge des transitions dans les soins de l'AVC.....	12
Humeur, cognition et fatigue.....	14
Références bibliographiques.....	15

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Contexte

L'AVC peut survenir à tout âge. À l'heure actuelle, il touche plus de 1 naissance vivante sur 2 500 (chez les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours), et de 2 à 5 enfants sur 100 000 (âgés de 28 jours à 18 ans). L'AVC chez les nourrissons et les enfants étant de plus en plus reconnu, les soins se sont spécialisés dans certaines régions du pays. Bien que les études répertoriées quant aux soins administrés aux enfants dans la phase aiguë de l'AVC ou en phase de rétablissement après un AVC soient limitées, de nouveaux travaux de recherche de qualité voient le jour.

Le processus de rédaction des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (les « Recommandations ») prévoit désormais l'ajout de lignes d'orientation pour des sous-groupes déterminés, y compris les patients en pédiatrie, dans chaque domaine abordé, selon le cas. Ainsi, dans les domaines où les recommandations ne sont pas les mêmes pour les enfants et les adultes, par exemple en ce qui concerne la posologie des antiplaquettaires, des énoncés supplémentaires axés sur les soins pédiatriques ont été intégrés à tous les modules touchés. Actuellement, certains d'entre eux sont basés sur des données probantes modérées ou solides, alors que d'autres sont fondés sur un consensus éloquent de spécialistes.

Le présent document résume les recommandations relevant du domaine pédiatrique qui se retrouvent actuellement dans chacun des modules des *Recommandations*. Afin d'avoir une compréhension exhaustive des soins de l'AVC à toutes les étapes du rétablissement et dans tous les milieux de soins, les lecteurs devraient également consulter les modules complets, où ils trouveront des énoncés qui s'adressent à l'ensemble de la population et qui doivent donc être pris en compte de pair avec les nouvelles recommandations pédiatriques.

PRÉVENTION SECONDAIRE DE L'AVC¹

Section 3.0 : Prévention – tension artérielle et prévention de l'AVC

3.2 Prise en charge de la tension artérielle

La tension artérielle de tous les patients devrait être prise en charge de la façon suivante afin d'obtenir un contrôle optimal :

- vii. Chez les enfants, la cible de tension artérielle doit être inférieure au percentile de 95 % en fonction de l'âge, de la taille et du sexe [niveau de preuve B].

Section 6.0 : Prévention – traitement antiplaquettaire des cas d'AVC ischémique et d'ait

- 6.0 Un traitement antiplaquettaire devrait être prescrit pour tous les patients avec AVC ischémique ou AIT en prévention secondaire, à moins qu'une anticoagulation soit indiquée [niveau de preuve A].
 - v. La dose d'entretien en vue de la prévention d'une récurrence chez les enfants victimes d'un AVC traités à l'AAS est de 1 à 5 mg/kg/j [niveau de preuve B]. La dose maximale habituelle est de 81 mg/j.
 - vi. Les données probantes relatives à l'utilisation du clopidogrel chez les enfants sont présentement rares. Le clopidogrel est une solution de rechange envisageable chez les adolescents à une dose de 1 mg/kg/j jusqu'à un maximum de 75 mg/j. Les jeunes enfants ont parfois un effet antiplaquettaire plus important en prenant du clopidogrel; la dose recommandée devrait se situer dans l'éventail de 0,2-0,5 mg/kg/j [niveau de preuve C].

Section 10 : Prévention – apnée du sommeil et AVC

10.3 Facteurs à considérer dans le contexte pédiatrique : Il n'existe aucune preuve directe d'un lien entre l'apnée du sommeil et l'AVC chez les enfants. Il est néanmoins recommandé de dépister chez les enfants avec AVC les signes et symptômes évoquant une apnée du sommeil [niveau de preuve C], ou les troubles de la santé qui les prédisposent à l'apnée du sommeil comme l'obésité, la drépanocytose, l'AVC grave ou les difficultés liées à la structure des voies respiratoires (p. ex., les amygdales enflées) [niveau de preuve C].

- i. L'enfant avec apnée du sommeil présumée doit être aiguillé vers un spécialiste du sommeil pédiatrique [niveau de preuve C].

SOINS DE L'AVC EN PHASE HYPERAIGUË²

Section 2 : Hyperaiguë – Prise en charge des patients victimes d'un AVC en phase aiguë par les services médicaux

Considérations cliniques :

Dans les régions où se trouve un hôpital spécialisé en pédiatrie, il faut s'efforcer dans toute la mesure du possible de transporter les enfants qui présentent des symptômes d'AVC à cet hôpital.

Section 3.0: Hyperaiguë – Évaluation et prise en charge de l'AVC aigu par les services médicaux d'urgence

3.1 Évaluation initiale

- viii. **Évaluation de l'activité épileptique :** Les nouvelles crises d'épilepsie au moment d'un AVC en phase aiguë, qui surviennent soit immédiatement avant de début de l'AVC ou dans les 24 heures suivantes, devraient être traitées en administrant des médicaments à durée d'action brève (p. ex., le lorazepam IV), si elles ne disparaissent pas spontanément [niveau de preuve C]. Le traitement peut être nécessaire avant d'effectuer des examens pour l'AVC en phase hyperaiguë, y compris l'imagerie.
- Un épisode unique d'épilepsie au début des symptômes de l'AVC ou moins de 24 heures après un AVC en phase aiguë (considéré comme une épilepsie « immédiate » post-AVC) et qui disparaît spontanément ne doit pas être traité avec un anticonvulsant à action de longue durée [niveau de preuve C].
 - Les patients victimes d'une crise d'épilepsie immédiate post-AVC doivent être suivis en vue de déterminer les possibles récurrences en surveillant les signes vitaux et l'état neurologique. Les récurrences d'épilepsie chez les patients victimes d'un AVC ischémique doivent être traitées conformément aux recommandations pour les soins de l'épilepsie dans d'autres troubles neurologiques [niveau de preuve C].
 - Les crises épileptiques se manifestent fréquemment chez les nouveau-nés et les enfants en présence d'AVC. Il faudrait envisager une surveillance accrue ou améliorée dans les populations à risque que sont les nouveau-nés, les enfants victimes d'un AVC et les adultes qui présentent un niveau de conscience réduit inexplicable autrement [niveau de preuve C];
 - La surveillance par électroencéphalogramme (EEG) peut être appropriée chez les patients à risque élevé de crises d'épilepsie, tels que les nouveau-nés et les enfants [niveau de preuve C].

3.3 Recherche cardiovasculaire

- iii. Soumettre à un électrocardiogramme les patients chez qui une cause cardiaque de l'AVC est présumée, y compris les jeunes adultes et les enfants qui présentent des symptômes d'AVC, et lorsqu'on présume une endocardite infectieuse [niveau de preuve C].

Table 3.2 : Épreuves de laboratoire recommandées (en anglais)

Special considerations for young adults, children, and adults with stroke or TIA in absence of identified etiology and clinical suspicion of rarer causes of stroke, including venous thrombosis:

- ◆ Consider LP for CSF analysis (cell count and differential, protein, glucose, bacterial and viral cultures; possibly cytology/flow cytometry if CNS lymphoma is a consideration)
- ◆ Further genetic tests – CADASIL, Fabry's, MELAS
- ◆ Further blood tests – Lipoprotein (a), Homocysteine
- ◆ Brain biopsy (if vasculitis of the central nervous system or angiocentric lymphoma is a consideration)
- ◆ For patients with cerebral venous sinus thrombosis (CVST), consider additional coagulopathy screening, including protein C, protein S, antithrombin III, prothrombin gene mutation, factor V Leiden mutation. These tests to be completed after the acute phase of stroke (i.e. after three months or so, or as per Hematologist's advice).
- ◆ For patients on dabigatran prior to the index stroke event, consider including a thrombin time if available with rapid access to results

Section 8 : Hyperaiguë – Prise en charge précoce des patients pour lesquels une hémicraniotomie est envisagée

8.0 Une hémicraniotomie devrait être envisagée chez les plus jeunes patients dans les premiers stades d'un AVC ischémique vaste (malin) dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne [niveau de preuve A].

8.1 Sélection des patients

- i. Une hémicraniotomie devrait être envisagée si le patient présente l'un ou l'autre des critères ou une combinaison des critères suivants [niveau de preuve A] :
 - a. Les patients de plus de 18 ans;
 - b. Les enfants de moins de 18 ans avec syndrome vaste (malin) progressif dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne [niveau de preuve C];
 - c. AVC ischémique vaste (malin) dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne avec preuves de la présence d'un oedème/effet de masse;
 - d. Infarctus supérieur à 50 % du territoire de l'artère cérébrale moyenne constaté par inspection visuelle ou lésion ischémique d'un volume dépassant 150 cm³;
 - e. Notes de plus en plus graves aux échelles NIHSS, CNS, GCS ou PedNIHSS, ou indications en imagerie de l'aggravation de l'oedème à tout moment depuis la présentation
- ii. Si le patient ne se trouve pas dans un centre de soins complets de l'AVC, il devrait en urgence être transporté vers un centre de soins tertiaires ou quaternaires fournissant des soins avancés de l'AVC et comptant un service de neurochirurgie [niveau de preuve C].

PRISE EN CHARGE DE L'AVC EN PHASE AIGÜE CHEZ LE PATIENT HOSPITALISÉ³

Section 1 : Aiguë – Soins en unité de l'AVC en phase aiguë

- 1.1 Les patients admis à l'hôpital pour un AVC en phase aiguë ou un AIT doivent être traités dans une unité de soins de l'AVC pour patients hospitalisés [niveau de preuve A] dès que possible, idéalement dans les six heures après leur arrivée à l'hôpital [niveau de preuve C].
- iv. Un **enfant** admis à l'hôpital en raison d'un AVC doit être soigné dans un centre spécialisé en soins de l'AVC pédiatrique, si disponible, sinon être pris en charge selon les protocoles pédiatriques normalisés relatifs à l'AVC chez l'enfant [niveau de preuve B].

Section 2 : Aiguë – Prise en charge et prévention des complications chez le patient hospitalisé

2.1 Recherche cardiovasculaire

- iii. Les enfants victimes d'un AVC doivent passer une évaluation cardiaque exhaustive, y compris l'échocardiographie, et leur rythme cardiaque doit être minutieusement surveillé si cela est cliniquement justifié [niveau de preuve B].

2.8 Prise en charge des crises d'épilepsie

- i. Les nouvelles crises d'épilepsie qui surviennent chez les patients victimes d'un AVC en phase aiguë hospitalisés doivent être traitées avec des médicaments à durée d'action brève (p. ex., lorazepam IV) si elles ne disparaissent pas spontanément [niveau de preuve C].
 - a. Un épisode unique d'épilepsie au début des symptômes de l'AVC ou moins de 24 heures après un AVC en phase aiguë (considéré comme une épilepsie « immédiate » post-AVC) et qui guérit spontanément ne doit pas être traité avec un anticonvulsant à action de longue durée [niveau de preuve C].
 - b. Les patients victimes d'une crise d'épilepsie immédiate post-AVC doivent être suivis en vue de déterminer les possibles récurrences en surveillant les signes vitaux et l'état neurologique. Les récurrences d'épilepsie chez les patients victimes d'un AVC ischémique doivent être traitées conformément aux recommandations pour les soins de l'épilepsie dans d'autres troubles neurologiques [niveau de preuve C].
 - 1) Les crises épileptiques se manifestent fréquemment chez les nouveau-nés et les enfants en présence d'AVC. Il faudrait envisager une surveillance améliorée ou accrue des crises ou par électroencéphalogramme dans les populations à risque que sont les nouveau-nés, les enfants victimes d'un AVC et les adultes qui présentent un niveau de conscience réduit inexplicable autrement [niveau de preuve C].

RÉADAPTATION POST-AVC⁴

Section 12: Réadaptation – Réadaptation post-AVC pédiatrique

12.1 Organisation et évaluation en vue de la réadaptation post-AVC

1.1 Évaluation en vue de la réadaptation

- i. Tous les enfants ayant subi un AVC devraient être soumis à une évaluation initiale afin d'établir la gravité de l'AVC et les besoins en réadaptation. Cette évaluation devrait être menée par des professionnels médicaux dès que possible après le diagnostic [niveau de preuve B].
- ii. Les soins actifs et les soins de réadaptation post-AVC pédiatrique devraient être offerts dans une unité spécialisée pour enfants afin qu'ils soient dûment coordonnés et organisés [niveau de preuve B].
- iii. Les cliniciens devraient envisager d'avoir recours à des outils d'évaluation validés et uniformisés pour déterminer les déficits, les limitations en ce qui concerne l'activité fonctionnelle, les restrictions à la participation aux rôles de la vie quotidienne, les changements d'humeur et de comportement, et les restrictions environnementales [niveau de preuve C].
- iv. Des plans de réadaptation personnalisés devraient être élaborés et mis à jour régulièrement en fonction de l'examen de l'état du patient et des progrès de celui-ci quant aux stades de développement. Idéalement, ces examens devraient avoir lieu chaque année.
- v. Une fois que l'enfant ayant survécu à un AVC a été évalué, le milieu de soins de réadaptation approprié (en milieu hospitalier, en consultation externe, en milieu communautaire, en milieu scolaire ou à domicile) peut être déterminé [niveau de preuve C].
- vi. À tout moment au cours du rétablissement, du soutien en milieu extrahospitalier devrait être offert aux enfants ayant survécu à un AVC pédiatrique qui ont subi un changement dans leur état fonctionnel et à ceux qui bénéficieraient de services de réadaptation additionnels [niveau de preuve B].

1.2 Équipe de réadaptation post-AVC pédiatrique

Remarque : S'applique dans tous les milieux de soins de réadaptation (hôpital de soins actifs, unité de soins ambulatoires, services et programmes communautaires)

- i. Les soins de réadaptation post-AVC pédiatrique devraient être offerts par un effectif complet de professionnels de la santé expérimentés dans ce domaine, quel que soit l'endroit où ces services sont offerts, afin d'en garantir l'uniformité et de réduire le risque de complications [niveau de preuve B].
 - a. L'équipe centrale devrait compter parmi ses membres des cliniciens possédant des compétences ou une formation de base en pédiatrie développementale et en réadaptation post-AVC pédiatrique, notamment des médecins (comme des physiatres et des pédiatres spécialisés), des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes, des membres du personnel infirmier, des travailleurs sociaux, des psychologues et des diététistes [niveau de preuve B].
 - b. Les parents et les autres membres de la famille devraient également faire partie de l'équipe centrale [niveau de preuve C].
 - c. Parmi les membres de cette équipe centrale, on peut également retrouver des récréothérapeutes, des thérapeutes en apprentissage, des éducateurs de la petite enfance, des travailleurs de soutien pour enfants hospitalisés, des kinésologues, des orthésistes et des assistants en réadaptation [niveau de preuve C].

12.2 Traitement de réadaptation post-AVC pour enfants

2.1 Principes généraux

- i. Les enfants ayant subi un AVC devraient participer à un entraînement significatif, mobilisateur, répétitif et progressivement adapté, approprié pour leur âge, orienté sur la tâche et axé sur les objectifs dans une tentative visant l'obtention d'un meilleur contrôle moteur et le rétablissement des fonctions sensorimotrices [niveau de preuve C].
- ii. L'entraînement devrait être conçu de façon à inciter le patient à utiliser le membre atteint pour accomplir des tâches fonctionnelles et à simuler les activités de la vie quotidienne qui sont appropriées pour le stade de développement du patient [niveau de preuve C].
- iii. Des méthodes objectives et pertinentes sur le plan fonctionnel devraient être utilisées avant et après les interventions pour mesurer les résultats et pour interpréter ceux-ci en aveugle chaque fois que possible en vue de déterminer les bienfaits pour chaque patient [niveau de preuve C].
- iv. Le traitement devrait être orienté par des objectifs pertinents sur le plan fonctionnel et fixés par l'enfant et la famille, ainsi que conseillés par un thérapeute possédant les connaissances requises [niveau de preuve C].

2.2 Traitements spécifiques pour le bras et la main

- i. **Des exercices d'amplitude du mouvement** (passifs et actifs assistés) incluant le placement du membre supérieur dans diverses positions appropriées et sécuritaires à l'intérieur du champ visuel du patient devraient être offerts [niveau de preuve C].
- ii. **Des attelles pour la main et le poignet** ainsi que d'autres types d'attelles devraient être envisagés pour les patients pour qui ils seraient appropriés, et être personnalisés pour chacun d'entre eux [niveau de preuve C].
- iii. **L'utilisation de la thérapie du mouvement par contrainte induite traditionnelle ou modifiée (TMCI)** devrait être envisagée pour les patients pédiatriques ayant subi un AVC et qui sont atteints d'une déficience des membres supérieurs à qui elle conviendrait pour atténuer la déficience de la motricité et améliorer la fonction motrice des extrémités supérieures [niveau de preuve A].
- iv. **L'utilisation de la stimulation électrique fonctionnelle (SEF)** devrait être envisagée pour accroître la prise de conscience des extrémités, réduire le déficit de la motricité et améliorer le rétablissement de la fonction motrice des membres supérieurs [niveau de preuve C].
- v. **Le miroir** pourrait être utilisé comme traitement auxiliaire en association avec la thérapie de réadaptation pour le rétablissement des fonctions motrices chez certains patients. Il pourrait contribuer à améliorer la fonction de préhension et la force de la prise [niveau de preuve C].
- vi. L'utilisation de la chimiodénervation par **l'injection de la toxine botulique de type A** pourrait être envisagée chez les patients avec spasticité focale ou symptomatique pénible des membres supérieurs ou avec dystonie afin d'augmenter l'amplitude du mouvement [niveau de preuve C].
- v. **La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr)** pourrait être utilisée comme traitement auxiliaire expérimental en association avec la thérapie de réadaptation pour le rétablissement des fonctions motrices des membres supérieurs dans le cadre d'un essai clinique [niveau de preuve C].
- vi. **Les interventions chirurgicales**, comme le repositionnement des tendons, devraient être envisagées chez certains patients afin de promouvoir les mécanismes articulaires fonctionnels [niveau C].

2.3 Mobilité des membres inférieurs

- i. **Des exercices d'amplitude du mouvement** (passifs et actifs assistés) ainsi que de l'activité physique et de l'entraînement à la marche devraient être offerts pour encourager la marche.
- ii. **Des attelles pour la cheville et le pied** ainsi que d'autres types d'attelles devraient être envisagés pour les patients pour qui ils seraient appropriés, et être personnalisés pour chacun d'entre eux [niveau de preuve C].
- iii. L'utilisation de la chimiodénervation par **l'injection de la toxine botulique de type A** pourrait être envisagée chez les patients avec spasticité focale ou symptomatique pénible des membres inférieurs afin d'augmenter l'amplitude du mouvement [niveau de preuve C].
- iv. **Les interventions chirurgicales**, comme le repositionnement des tendons, peuvent être envisagées chez certains patients afin de promouvoir les mécanismes articulaires fonctionnels [niveau C].

2.4 Matériel adapté et accessoires fonctionnels

- i. L'utilisation de matériel adapté pour la sécurité et l'amélioration des fonctions, notamment les attelles et les orthèses, pourrait être envisagée si d'autres moyens d'effectuer des tâches particulières ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être appris [niveau de preuve C].
- ii. Le besoin de matériel spécial (plateaux pour fauteuil roulant, marchettes) doit être évalué sur une base individuelle. Si un appareil spécialisé est fourni, il faudrait évaluer le patient au fur et à mesure qu'il grandit pour déterminer s'il en a encore besoin ou s'il peut cesser de l'utiliser, ceci dans le but de le rendre autonome [niveau de preuve C].

12.3 Rôles et activités de la vie quotidienne (école et loisirs)

3.1 Retour à l'école

- i. L'évaluation continue des besoins éducatifs et professionnels des patients d'âge scolaire ayant survécu à un AVC sera requise, et ce, tout au long de leur développement [niveau de preuve C].
- ii. La reprise de l'école devrait être encouragée lorsque cela est possible et approprié [niveau de preuve C].
- iii. Les enfants d'âge scolaire ayant subi un AVC doivent recevoir des services de réadaptation éducative et de soutien pour assurer leur bon fonctionnement et leur sécurité dans la salle de classe, au besoin, et des plans d'apprentissage personnalisés doivent être élaborés si nécessaire pour répondre à leurs besoins [niveau de preuve C].

3.2 Activités de loisir

- i. Il faut offrir aux enfants ayant survécu à un AVC des traitements qui visent à leur donner des habiletés liées au jeu et aux loisirs qui sont pertinentes sur le plan du développement et adaptées à leurs milieux familial, communautaire et scolaire [niveau de preuve C].
- ii. Il faut offrir aux enfants ayant subi un AVC et à leur famille de l'information concernant les activités de loisir et les programmes adaptés dans la communauté, ou les diriger vers les organismes concernés. La participation à des groupes de soutien par les pairs devrait être encouragée [niveau de preuve C].

3.3 Bien-être de la famille

- i. Des interventions éducatives simples visant à atténuer ou éliminer le sentiment de culpabilité

injustifié qu'éprouve la mère et les accusations injustifiées à l'égard des parents devraient être offertes [niveau de preuve B] :

- a. Les parents, en particulier la mère, devraient être éduqués en ce qui concerne les causes de l'AVC périnatal et pédiatrique et le fait que presque aucun AVC ne peut être évité par les parents ou d'une façon quelconque [niveau de preuve B].
 - b. Il faut rappeler aux mères directement et de façon répétée qu'elles ne sont pas responsables : « Ce n'est pas de votre faute » [niveau de preuve B].
- ii. Il faut offrir aux familles des enfants ayant subi un AVC de l'information et du soutien au sujet :
- a. des ajustements aux changements dans les besoins physiques de l'enfant ainsi que de la possibilité d'une dépendance plus grande [niveau de preuve B];
 - b. des changements sur le plan des fonctions sociales des membres de la famille et des activités de loisir, de l'impact sur les autres membres de la famille (p. ex., le conjoint ou partenaire, les autres enfants) et des difficultés éventuelles en matière de ressources [niveau de preuve B].

PRISE EN CHARGE DES TRANSITIONS DANS LES SOINS DE L'AVC⁵

Section 1 : Transitions – Soutien des patients, des familles et des aidants après un AVC

Encadré 1 : Liste de vérification des transitions des soins

Le soutien des patients, des familles et des aidants peut inclure :

- des conseils, une préparation et une évaluation continue visant l'adaptation à un nouveau milieu de vie, les changements en ce qui a trait aux besoins physiques et la plus grande dépendance, les changements sur le plan des fonctions sociales et des activités de loisir, l'incidence sur les autres membres de la famille (p. ex. le conjoint ou partenaire, les enfants), la perte du chez-soi et les difficultés éventuelles en matière de ressources

Section 4 : Transitions – Réintégration dans la communauté après un AVC

4.1 Prise en charge de la santé physique et psychologique après un AVC :

- iv. Il est recommandé que les nourrissons et les enfants qui ont subi un AVC soient surveillés de façon continue tout au long de leur développement, surtout s'il y a émergence de nouveaux déficits moteurs, cognitifs, de langage ou de comportement [niveau de preuve B].
 - a. Le dépistage et les évaluations visant le développement peuvent porter sur les aspects cognitifs, moteurs, sociaux, comportementaux, émotionnels et physiques, étant donné que les déficits causés par l'AVC ne se manifestent parfois pleinement qu'à un certain âge ou stade du développement [niveau de preuve C].

4.3 Réappropriation des rôles sociaux et reprise des activités habituelles après un AVC

A. Activité professionnelle

- i. On recommande de poser au patient des questions sur les activités professionnelles qui l'intéressent (c.-à-d., emploi, études, bénévolat) et d'évaluer ses capacités de reprendre cette activité [niveau de preuve C].
- iii. Avec le consentement du patient, et dans la mesure du possible, l'équipe de soins de santé doit travailler avec les employeurs ou les éducateurs afin de concevoir un plan de retour au travail ou à l'école approprié, à la demande d'un employeur ou de la personne ayant subi un AVC [niveau de preuve C].
- v. On recommande que les survivants d'un AVC d'âge scolaire dans la communauté soient soumis de façon continue à une évaluation des besoins éducatifs et professionnels [niveau de preuve C].

B. Activités de loisir

- i. Il faut envisager une intervention thérapeutique ciblée et préparer un plan personnalisé dans le cas des patients qui éprouvent des difficultés à participer aux activités de loisir. Le patient doit définir ses objectifs dans ce domaine en collaboration avec l'équipe de soins [niveau de preuve : adultes – niveau A; pédiatrique – niveau C].
- v. Il faut offrir aux enfants ayant subi un AVC des conseils et des traitements qui visent à leur donner des habiletés liées au jeu et aux loisirs qui sont pertinentes sur le plan du développement et adaptées à leurs milieux familial, communautaire et scolaire.

Tableau 2 : Contenu didactique de base sur l'AVC destiné au patient dans le continuum de soins (en anglais)

Au dessous de 'Stroke Awareness and Action'

- Risk of stroke for all age groups from **newborns to children**, young adults and older adults

HUMEUR, COGNITION ET FATIGUE APRÈS UN AVC⁶

Section 1: Humeur, cognition et fatigue – Dépression après un AVC

1.5 Pharmacothérapie pour la dépression après un AVC

- iii. Aucun médicament ou aucune catégorie de médicament n'a été jugé(e) comme étant supérieur(e) dans le traitement de la dépression après un AVC. Toutefois, tenant compte des effets secondaires, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine seraient préférables dans cette population de patients [niveau de preuve A]. *Veillez consulter le tableau 1B afin d'obtenir un résumé des agents pharmacologiques proposés pour le traitement de la dépression après un AVC.*
 - a. Le choix d'un antidépresseur dépendra des symptômes de dépression, des effets secondaires connus possibles du médicament, particulièrement chez l'enfant ou la personne âgée, des interactions médicamenteuses avec d'autres médicaments pris à ce moment, et des problèmes médicaux sous-jacents.

Section 2: Humeur, cognition et fatigue – Déficits cognitifs d'origine vasculaire

2.3 Autres considérations associées au dépistage et à l'évaluation

C. Âge

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

1. Coutts S, Wein T, Lindsay M, Buck B, Cote R, Ellis P et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: secondary prevention of stroke guidelines, update 2014. *Int J Stroke*. 2014; 10(3):282-291. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/ijis.12439/asset/supinfo/ijis12439-sup-0001-si.pdf?v=1&s=b0ed4fff1d7fc435cf4e2a83ccbcbffbdad767de>.
2. Casaubon L, Boulanger J, Blacquièrè D, Boucher S, Brown K, Goddard T et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations : Hyperacute Stroke Care Guidelines, Update 2015. *Int J Stroke*. 2015; 10(6):924-940. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/ijis.12551/asset/supinfo/ijis12551-sup-0001-si.zip?v=1&s=cdf3d494242426450aaa522f104ace17857f037a>.
3. Casaubon L, Boulanger J, Glasser E, Blacquièrè D, Boucher S, Brown K et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *International Journal of Stroke*. 2016; 11(2):239-252. Available at http://wso.sagepub.com/content/suppl/2016/01/19/11.2.239.DC1/CSBPR2015_ACUTE_manuscript_FRENCH_for_IJS_Dec2015f.pdf.
4. Hebert D, Lindsay M, McIntyre A, Kirton A, Rumney P, Bagg S et al. Canadian stroke best practice recommendations : Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*. 2016; 11(4):459-484. Available at http://wso.sagepub.com/content/suppl/2016/04/18/1747493016643553.DC1/Stroke_Rehabilitation_2015_IJ_S_Manuscript_FINAL_FRENCH.pdf.
5. Cameron J, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R et al (in press). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing Transitions of Care Following Stroke Guidelines, Update 2016. *Int J Stroke*.
6. Eskes G, Lanctôt K, Herrmann N, Lindsay P, Bayley M, Bouvier L et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations : Mood, Cognition and Fatigue Following Stroke practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2015; 10(7):1130-1140. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/ijis.12557/asset/supinfo/ijis12557-sup-0001-si.pdf?v=1&s=2416dbbaf6bc557a385758a55284840380cfe209>.