



Pratiques optimales de l'AVC au Canada

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

Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC

Deuxième partie : Les transitions et la participation communautaire après un AVC

Mise à jour 2019

*Anita Mountain, Jill I. Cameron (présidentes du groupe de rédaction)
et le groupe de rédaction sur les transitions et la participation communautaire après un
AVC relativement aux Recommandations canadiennes pour les pratiques
optimales de soins de l'AVC : Naresh Bains, Rebecca Bowes, Donna Cheung,
Hélène Corriveau, Lynn Joseph, Dana Lesko, Ann Millar, Beena Parappilly,
Aleksandra Pikula, David Scarfone, Annie Rochette, Trudy Taylor et
Tina Vallentin; en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien
et le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC*

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2019

Décembre 2019

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

Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC

Deuxième partie : Les transitions et la participation communautaire après un AVC Sixième édition (mise à jour de 2019)

Table des matières

Sujet	Page
Introduction et aperçu	
Introduction	3
Profil des soins de l'AVC au Canada	4
Aperçu du chapitre sur les transitions et la participation communautaire après un AVC	4
Définitions et descriptions	7
Changements notables relatifs aux transitions et à la participation communautaire après un AVC – mise à jour de 2019	9
Méthodologie d'élaboration des lignes directrices	11
Remerciements, financement, citation	13
Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : les transitions et la participation communautaire après un AVC	
1. Soutien aux survivants d'un AVC, à leur famille et à leurs aidants	15
Encadré 1 : Liste de vérification sur les transitions dans les soins	16
2. Éducation des survivants d'un AVC, de leur famille et de leurs aidants	22
Encadré 2 : Liste de vérification de l'éducation et de l'autogestion de la maladie	23
3. Planification des soins interprofessionnels et communication	30
Encadré 3 : Liste de vérification des principaux renseignements de la feuille médico-administrative après un AVC	32
4. Participation communautaire après un AVC	39
5. La transition aux soins de longue durée après un AVC	51
Annexe 1	
Groupe de rédaction sur les transitions et la participation communautaire après l'AVC	56
Examineurs externes sur les transitions et la participation communautaire après l'AVC	58
Annexe 2	
Tableau 1 : Outils d'évaluation de la participation et de la qualité de vie liée à la santé	60
Tableau 2 : Éducation de base sur l'ensemble du continuum de soins pour les personnes ayant subi un AVC	69
Tableau 3 : Outils d'évaluation en prévision de la conduite automobile et outils de recherche corrélés au risque lié à la conduite automobile	71

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, et promeuvent le rétablissement et la réintégration optimaux des survivants d'un AVC tout en appuyant les familles et les aidants). Les Recommandations sont publiées sous la direction de Cœur + AVC. Elles s'adressent à tous les membres des équipes interdisciplinaires qui, ensemble, procurent des soins aux personnes ayant subi un AVC dans le continuum, de la prévention au rétablissement à long terme, en passant par l'apparition des symptômes. Ces recommandations traitent de questions pertinentes pour tous les types d'AVC, y compris l'AVC ischémique aigu, l'accident ischémique transitoire (AIT), l'hémorragie intracérébrale et l'hémorragie sous-arachnoïdienne.

Le thème de la sixième édition des Recommandations est « partenariats et collaborations ». Il met l'accent sur l'importance de l'intégration et de la coordination au sein du système de santé afin d'assurer la prestation de soins sans failles en temps opportun pour les survivants d'un AVC et ainsi favoriser le rétablissement et les résultats pour ceux-ci. Le travail collaboratif des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants, ainsi que des spécialistes de l'AVC, des services médicaux d'urgence, des professionnels d'autres troubles vasculaires, des fournisseurs de soins communautaires, des éducateurs et des chercheurs, ne peut que renforcer notre capacité de réduire la mortalité et la prévalence des facteurs de risque associées à l'AVC. Ce thème tient également compte des personnes ayant subi un AVC qui peuvent aussi avoir des comorbidités, telles qu'une maladie du cœur, ainsi que des collaborations nécessaires afin d'appuyer les soins de l'AVC dans les milieux ruraux et/ou éloignés.

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

La fondation travaille étroitement avec des intervenants et des partenaires nationaux et provinciaux afin d'élaborer et de mettre en œuvre une approche coordonnée et intégrée de prévention et de traitement de l'AVC, ainsi que de réadaptation et de participation communautaire des patients dans chaque province et territoire au Canada. Les Recommandations offrent une série de principes directeurs communs pour la prestation de soins de l'AVC et décrivent l'infrastructure nécessaire en ce qui concerne le système, ainsi que les protocoles et les processus cliniques essentiels afin d'obtenir et d'améliorer des services de soins de l'AVC intégrés et efficaces qui sont de haute qualité pour toute la population. Grâce à des innovations intégrées dans les pratiques optimales de soins de l'AVC, ces lignes directrices contribuent à la réforme des systèmes de santé au Canada et sur le plan international.

Les Recommandations sont élaborées et présentées dans le cadre d'un modèle d'amélioration continue, et sont rédigées à l'attention des planificateurs, des bailleurs de fonds et des administrateurs des systèmes de santé ainsi que des professionnels de la santé, lesquels ont tous un rôle important à jouer dans l'optimisation de la prévention et des soins de l'AVC, et qui sont responsables des résultats. Une solide base de littérature scientifique sur l'AVC sert à orienter l'optimisation de la prévention et des soins de l'AVC. Plusieurs outils de mise en œuvre sont disponibles pour faciliter le transfert des connaissances dans la pratique, et sont utilisés en combinaison avec des programmes de perfectionnement professionnel actif. La surveillance du rendement permet d'évaluer l'impact du respect des pratiques optimales. Les résultats servent ensuite à orienter l'amélioration continue. Les

activités récentes de surveillance de la qualité des soins de l'AVC ont obtenu des résultats convaincants qui continuent d'appuyer l'adoption de pratiques optimales fondées sur des données probantes pour organiser et offrir des soins de l'AVC au Canada.

Profil des soins de l'AVC au Canada

- Chaque année, environ 62 000 personnes ayant subi un AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT) sont traitées dans les hôpitaux du Canada. En outre, on estime que, pour chaque AVC symptomatique, neuf AVC non détectés modifient subtilement la fonction et les processus cognitifs.
- L'AVC et les autres problèmes vasculaires cérébraux sont la troisième cause de mortalité au Canada et la deuxième dans le monde. Bien que le nombre de décès découlant d'un AVC diminue en Amérique du Nord et dans divers pays d'Europe, il augmente pratiquement partout ailleurs.
- L'AVC est l'une des principales causes d'incapacités chez les adultes, et plus de 400 000 personnes au pays vivent avec les séquelles.
- Pendant leur rétablissement, plus de la moitié des personnes ayant subi un AVC ont besoin d'une certaine aide dans leurs activités quotidiennes.
- L'AVC coûte environ 3,6 G\$ par an en soins de santé et en pertes de revenu pour l'économie.
- En ce qui concerne la démence, les coûts combinés pour le système de santé du pays et pour les services déboursés par les aidants représentaient 10,4 G\$ en 2016. D'ici 2031, ce montant devrait augmenter à 16,6 G\$^a.
- Le coût de l'AVC sur le plan humain est incalculable.

Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC – Deuxième partie : Les transitions et la participation communautaire après un AVC

Aperçu du chapitre

Le succès des transitions et de la participation communautaire après un AVC exige des efforts axés sur l'individu, intégrés et coordonnés de la part de tous les membres des équipes de soins auprès de personnes ayant subi un AVC, des familles et des aidants, et de la part de la communauté en général. Les principaux fondements **des partenariats et des collaborations** en matière de transitions dans les soins de l'AVC sont de fournir des soins axés sur l'individu et la famille à tous les points de transition et de veiller au transfert efficace et efficient des traitements et des renseignements en fonction du prochain stade ou milieu de soins. Un suivi attentif et des efforts pour répondre aux besoins des gens tout au long du rétablissement après un AVC sont essentiels à la prestation d'un système de soins coordonné et harmonieux qui appuie les progrès réalisés au cours des premiers stades du rétablissement et qui permet aux personnes de reprendre leurs responsabilités quotidiennes et leurs loisirs.

Au Canada, un tiers des personnes ayant subi un AVC, habituellement un AIT ou un AVC léger, sont renvoyées des services d'urgence directement dans la communauté. Parmi les personnes hospitalisées en soins de courte durée, 42 % retournent à domicile de façon autonome, 17 % sous condition de soins à domicile, 16 % sont transférées à un service de réadaptation pour patients hospitalisés, 10 % à des soins

^a Agence de la santé publique du Canada. Établir les connexions : Mieux comprendre les affections neurologiques au Canada : l'Étude nationale de la santé des populations relative aux maladies neurologiques, Ottawa (Ontario) : (modifié le 9 décembre 2014; cité le 30 juillet 2015). Sur Internet : <URL : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/etablir-connexions-mieux-comprendre-affections-neurologiques.html>>.

de longue durée ou des soins continus complexes, et 13 % à un autre établissement de soins de courte durée, habituellement pour quitter un hôpital de soins tertiaires et retourner à un hôpital communautaire (Rapport technique sur l'AVC de 2019 de Cœur + AVC). En fin de compte, la plupart des survivants d'un AVC retourneront dans leur communauté, pour y vivre de façon autonome ou avec divers degrés de soutien. Leurs besoins physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux et environnementaux sont pris en compte dans l'intégralité des Recommandations.

Tous les membres des équipes de soins auprès des personnes ayant subi un AVC et des familles sont responsables **des partenariats et des collaborations** pour assurer la réussite des transitions et du retour dans la communauté après un AVC. Cette responsabilité relève aussi des aidants. Les aidants sont des membres essentiels de l'équipe de soins. Ils offrent du soutien et des soins directs sous de nombreuses formes après la sortie de l'hôpital. Les besoins d'un aidant atteint de problèmes de santé graves, une situation relativement typique des conjoints âgés, peuvent être très différents et nécessiter une intervention plus importante de sorte à offrir un soutien adéquat et opportun à la personne qui se remet d'un AVC.

Ci-dessous figurent des éléments clés de transitions et d'une participation communautaire réussies :

- ✓ L'établissement collaboratif d'objectifs entre l'équipe de soins de santé, la personne ayant subi un AVC et la famille, où il y a une participation active aux discussions, à la planification et à la prise de décision partagée.
- ✓ Une éducation continue des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et des aidants, laquelle présente les renseignements clés et vérifie la compréhension, quel que soit le contexte, devrait être donnée au sein des services de l'urgence, des soins primaires, des soins de courte durée en milieu hospitalier (peu importe le service), des services de réadaptation, des services externes et des milieux communautaires.
- ✓ L'apprentissage de compétences adapté aux besoins et aux objectifs individuels, tant pour les personnes ayant subi un AVC que pour leur famille et les aidants, afin de favoriser la sécurité pendant les transitions.
- ✓ La planification de la sortie d'hôpital entamée peu après l'admission après un AVC, y compris la coordination de tous les services de soutien pertinents, comme l'évaluation à domicile et l'accès à la réadaptation ambulatoire et communautaire.
- ✓ La planification de la transition, y compris la remise d'une liste exhaustive de ressources aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et aux aidants, et d'information sur les services communautaires et relatifs à l'AVC.
- ✓ L'évaluation continue de la capacité de la famille et des aidants à prodiguer des soins à la personne ayant subi un AVC, de leurs besoins individuels en matière de soutien et du fardeau potentiel des soins.
- ✓ Le transfert en temps opportun des renseignements médicaux et des informations sur le rétablissement entre les différents stades et milieux de soins.
- ✓ Le soutien médical approprié de la part des médecins de première ligne et des membres de l'équipe communautaire, ainsi que des membres de l'équipe de prise en charge de l'AVC et des services de prévention de l'AVC.
- ✓ L'accès à une gamme complète de services de réadaptation au sein de la communauté.
- ✓ La mise en place de gestionnaires et de coordonnateurs de cas des services pour l'AVC qui facilitent les transitions dans les soins et assurent la continuité des soins d'un milieu à l'autre, ainsi qu'un accès approprié aux ressources et aux services nécessaires.
- ✓ La détermination des ressources, des soins de longue durée et des soins à domicile offerts dans la communauté et la prise de contact avec ceux-ci.
- ✓ Le transport accessible et les options relatives au permis de conduire.
- ✓ La surveillance continue du rétablissement physique, psychologique, social et émotionnel, ainsi que de la capacité à s'adapter et à se débrouiller après la sortie des patients hospitalisés en soins de courte durée et en contexte de réadaptation.

Un système coordonné et transparent qui tient compte de toutes ces composantes minimisera les défis et les complications pendant les transitions entre les différents stades et milieux des soins de l'AVC. Il mènera d'ailleurs à un meilleur rétablissement, à une participation accrue aux activités quotidiennes, à l'autogestion de la maladie et à la reprise des responsabilités quotidiennes et sociales. Les gestionnaires et coordonnateurs de cas des services pour l'AVC sont des ajouts précieux à l'équipe de soins de l'AVC qui, lorsque les ressources le permettent, devraient être mis à la disposition de la personne ayant subi un AVC, de la famille et des aidants. Les coordonnateurs permettent aux gens de participer à leur propre traitement, d'acquérir des compétences en autogestion de la maladie, de gagner de la confiance en soi, et de prendre contact facilement avec les ressources communautaires et les groupes de soutien. Le soutien offert entre autres par l'entremise des coordonnateurs réduit le fardeau des systèmes et des professionnels de la santé qui dispensent des soins réactifs.

Les partenariats et les collaborations en matière de transitions des soins de l'AVC s'adressent également aux chercheurs et aux organismes de financement de la recherche. L'ensemble des données probantes pour bon nombre des sujets abordés dans ce chapitre est fondé sur de petites initiatives de recherche qualitative, des études d'observation et des études de cohortes. Les essais cliniques randomisés et les examens systématiques font défaut dans ce secteur de la prise en charge de l'AVC. Malgré le niveau inférieur de données probantes, les sujets abordés dans ce chapitre revêtent une grande importance pour les personnes ayant subi un AVC, les familles et les aidants, et sont donc présentés en fonction du poids modéré de la preuve, selon l'opinion d'experts. En l'absence de données probantes, des considérations cliniques sont comprises pour mettre en évidence certains aspects importants des soins et offrir des conseils fondés sur l'opinion de fournisseurs de soins de santé et de chercheurs experts dans ce domaine.

Définitions et descriptions

La **transition** représente le changement de lieux, de milieux ou de fournisseurs de soins de santé d'une personne.

La **prise en charge de la transition** se définit par la collaboration avec la personne ayant subi un AVC, la famille et les aidants afin de concevoir et de mettre en œuvre un plan de transition qui établit des objectifs et qui est assez flexible pour répondre à l'évolution des besoins. Une prise en charge réussie de la transition exige la transmission de la responsabilité par le biais d'une collaboration interdisciplinaire et du transfert des responsabilités entre les fournisseurs de soins, la personne ayant subi un AVC, la famille et les aidants. Elle englobe l'organisation, la coordination, l'éducation et la communication nécessaires à mesure que les gens cheminent entre les différents stades et milieux du traitement de l'AVC, de la réadaptation, de la réintégration, de l'adaptation et des soins en fin de vie. La planification de la sortie de l'hôpital s'inscrit dans le plan de transition.

L'**objectif de la prise en charge de la transition** est de faciliter et d'appuyer un cheminement continu dans le continuum de soins, ainsi que d'obtenir et de maintenir un traitement, des résultats, une adaptation et une qualité de vie optimaux pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants. Il tient compte des facteurs physiques, cognitifs, émotionnels, environnementaux, financiers et sociaux.

Le **soutien** aux personnes, aux familles et aux aidants à la suite d'un AVC comprend généralement une aide pour répondre aux besoins émotionnels (p. ex., réconfort, écoute des problèmes), utilitaires (p. ex., formation, organisation des services, aide aux tâches domestiques), informationnels (p. ex., informations sur la maladie et les services) et appréciatifs (p. ex., commentaires sur leurs activités de soins). De plus, le soutien consiste à fournir des soins directs, à donner accès aux services requis et à faciliter la prise de contact avec les ressources pour garantir la satisfaction des besoins de la personne, de la famille et des aidants dans tout le continuum de soins de l'AVC.

En matière de soutien, les besoins changent tout au long de l'évolution de la maladie et du rétablissement. D'ailleurs, le soutien offert procure un avantage nettement supérieur lorsqu'il répond précisément aux besoins actuels des personnes. L'objectif du soutien aux individus, aux familles et aux aidants est de donner la chance à chaque personne de prendre en charge son rétablissement ou celui de la personne ayant subi un AVC et d'optimiser sa participation et l'accomplissement de ses responsabilités quotidiennes.

Un **plan préalable de soins** est un document rédigé 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 du patient en question.

Selon le Health Law Institute, un plan préalable des soins comporte principalement deux volets, les directives préalables et les directives désignant un mandataire¹ :

« Les directives préalables indiquent comment il faut prendre des décisions en matière de soins de santé (et la nature de ces décisions) lorsque vous n'êtes pas en mesure de les prendre vous-même. Ces directives, qui peuvent être précises ou générales, doivent être respectées par les personnes qui prennent des décisions en matière de soins de santé qui vous concernent. Ces directives sont parfois regroupées sous le terme "testament de vie". Celles désignant un mandataire servent à désigner la personne de votre choix qui prendra des décisions à votre place lorsque vous ne serez plus en mesure de le faire vous-même » (Health Law Institute, 2018). Ces dernières directives sont parfois appelées des procurations ou des désignations de mandataire spécial.

Un **aidant** est un membre de la famille ou un ami qui n'est pas rémunéré et qui participe aux soins

d'une personne ayant subi un AVC, tout au long de la maladie et du rétablissement. Il contribue à de nombreux aspects des soins, y compris les activités de la vie quotidienne ou domestique, les soins de santé, le soutien émotionnel, la défense des intérêts, la réadaptation, la réintégration communautaire et le retour aux responsabilités quotidiennes. En tant que membre à part entière de l'équipe de soins, il a besoin d'être reconnu et soutenu dans son rôle d'aidant et dans sa capacité à assurer diverses facettes de soins.

Le **gestionnaire de cas** permet aux patients, aux familles et aux aidants d'atteindre et de maintenir leur plus haut niveau de fonctionnement et d'autonomie. Il maintient un processus d'évaluation continue qui consiste à déterminer les besoins changeants de la personne et à favoriser une évolution optimale. Il supervise, coordonne et met en place la prestation des soins. Le gestionnaire de cas possède les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour s'assurer que les personnes reçoivent des soins de la meilleure qualité possible lorsqu'elles en ont besoin.

La **communauté** se définit comme l'environnement de soins physique et social dans lequel une personne peut vivre après avoir subi un AVC. Elle comprend tout milieu non hospitalier où quelqu'un réside et reprend ses activités et ses responsabilités quotidiennes après un AVC, comme une maison familiale, une résidence-services, un établissement de soins de longue durée ou d'autres milieux résidentiels.

La **réintégration dans la communauté** implique la reprise après un AVC des activités de la vie quotidienne ou domestique, des activités communautaires et des rôles de la vie auxquels les gens tiennent. 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 est une composante du continuum des soins de l'AVC qui comprend l'établissement d'objectifs significatifs et qui, grâce à des interventions structurées, facilite la reprise des activités au mieux des capacités de l'individu. La personne ayant subi un AVC, sa famille, ses amis, les aidants, les associations de rétablissement après un AVC, les programmes de réadaptation et la collectivité font tous partie intégrante d'une réintégration réussie dans la communauté.

Les **programmes de soins communautaires** sont des services et des programmes offerts dans la communauté, au domicile du patient ou en situation de vie en groupe (Centre canadien de l'agrément).

Les **soins à domicile** sont définis comme la prestation de services médicaux ou infirmiers ou encore de services de réadaptation et de soins personnels à domicile plutôt que dans un établissement médical. Les soins à domicile permettent aux personnes de poursuivre leur traitement de réadaptation chez elles, en toute sécurité, pour améliorer leur autonomie.

Les **soins de longue durée** sont la prestation de soins institutionnels organisés au même endroit pour au moins trois personnes non apparentées. Des personnes de tous âges qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne peuvent en recevoir afin de jouir d'une qualité de vie raisonnable. Le besoin de soins de longue durée à la suite d'un AVC peut être attribuable à des changements des capacités physiques, psychologiques ou cognitives. L'objectif de ces soins est de faire en sorte qu'une personne qui n'est pas entièrement capable de s'occuper d'elle-même puisse conserver la meilleure qualité de vie possible, y compris sur le plan de l'autonomie, de la participation, de l'épanouissement et de la dignité.

Le besoin de soins de longue durée à la suite d'un AVC est influencé par l'évolution des capacités fonctionnelles physiques, psychologiques et cognitives, par les capacités et le degré d'autonomie avant l'AVC, et par la disponibilité des membres de la famille et d'autres aidants. Les capacités fonctionnelles perdues peuvent être recouvrées chez certaines personnes au cours d'une période plus ou moins longue après un AVC, ou pourraient décliner chez d'autres. Le type de soins nécessaires et leur durée sont donc souvent difficiles à prévoir.

L'**autogestion de la maladie** fait référence à la capacité d'une personne de prendre en charge sa

santé après un AVC afin d'optimiser sa réadaptation et de prévenir les récives. Elle comprend les connaissances, les compétences, les attitudes et les comportements qui peuvent améliorer le sentiment d'efficacité personnelle en matière de gestion des changements de nature physique et cognitive et du mode de vie. Elle implique la participation active de la personne, de la famille et des aidants et peut comprendre un plan élaboré en collaboration avec les fournisseurs de soins.

Le **coordonnateur de cas des services pour l'AVC** est une personne qui offre un soutien et des conseils exhaustifs en matière de prise en charge aux personnes ayant subi un AVC, aux proches et aux aidants. Pour favoriser la qualité de vie, le coordonnateur prodigue des conseils tout au long du processus de rétablissement après un AVC par l'éducation et la coordination pour un meilleur accès aux services de soins de santé et aux autres ressources nécessaires.

Les **milieux d'aide à la vie autonome** désignent les milieux de vie résidentiels où les personnes peuvent faire la transition après un AVC et dans lesquels elles continuent de recevoir des services de santé dans le cadre d'un système coordonné et organisé. Les niveaux de soutien et de service reçus dépendent des capacités physiques et cognitives de la personne, de ses besoins continus en matière de soins et du soutien qu'offrent les membres de sa famille et les aidants. Les milieux d'aide à la vie autonome sont des endroits où les gens peuvent garder le plus de contrôle possible sur leur vie, tout en recevant le soutien nécessaire à leur santé et sécurité.

Ils comprennent divers milieux aux services de soutien variables, comme une maison ou une résidence privée où des services de soins de santé sont fournis; des milieux de vie en groupe comme des pavillons, ou des centres de soins de transition ou de relève où le patient réside parmi d'autres personnes qui présentent des besoins semblables en matière de soins et de soutien; des résidences-services avec des chambres individuelles dans un milieu résidentiel ainsi que l'accès à des services de soins personnels, à des repas collectifs, à des activités sociales organisées et à des services de transport.

La **formation** fait référence aux activités collaboratives qui ont pour objectif l'acquisition de connaissances et de compétences nécessaires à la personne ayant subi un AVC, à la famille et aux aidants.

Changements notables relatifs aux transitions et à la participation communautaire après un AVC – mise à jour de 2019

La mise à jour de 2019 du chapitre sur les transitions, la participation et la réintégration après un AVC des Recommandations renforce l'ensemble croissant et changeant des données probantes issues de la recherche pour guider le dépistage, l'évaluation et la prise en charge continue des personnes ayant subi un AVC, des familles et des aidants afin qu'elles passent d'un stade à un autre sans passer entre les mailles du filet ni se perdre hors du système.

Le chapitre sur les transitions et la participation communautaire après un AVC de 2019 de la sixième édition remplace toutes les recommandations contenues dans la cinquième édition du chapitre sur la prise en charge des transitions dans les soins de l'AVC de 2015 des Recommandations.

Les mises à jour mineures et importantes ainsi que les ajouts pour les recommandations du chapitre sur les transitions et la participation communautaire après un AVC de 2019 comprennent notamment ce qui suit :

- ✓ L'ajout et la révision de recommandations exhaustives sur la participation communautaire et la reprise des rôles de la vie, après un AVC. Cette section traite des problèmes sur le plan de la réadaptation et de la participation communautaire, y compris la reprise de la conduite automobile, les responsabilités professionnelles, les loisirs, les relations et la sexualité.

- ✓ L'ajout de nouveaux facteurs cliniques à chaque section, qui soulignent les nouveaux traitements et les nouvelles pratiques fondées sur un consensus.
- ✓ L'accent mis sur la nécessité d'inclure la réinsertion sociale en tant que composante importante des évaluations et des interventions.
- ✓ L'inclusion de recommandations qui portent sur la participation de télé-AVC en matière de transitions vers des soins externes et communautaires.

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, afin de soutenir les professionnels de la santé dans toutes les disciplines. On s'attend à ce que la mise en œuvre de ces lignes directrices contribue à réduire les variations dans la pratique et à combler les écarts entre les données probantes et la pratique.

Les recommandations s'adressent aux professionnels de la santé à travers le système qui prennent soin de personnes ayant subi un AVC. Ce document est pertinent et applicable dans le travail des décideurs en matière de politique, des planificateurs, des bailleurs de fonds et des gestionnaires-cadres du système de santé, ainsi que des administrateurs qui sont responsables de la coordination et de la prestation des services de soins de l'AVC au sein d'une province ou d'une région.

La méthodologie utilisée pour mettre à jour les recommandations inclut treize étapes distinctes qui garantissent un processus complet et rigoureux. Ces étapes comprennent les éléments suivants (les données sont détaillées en ligne) :

1. La mise sur pied d'un groupe de rédaction interprofessionnel composé d'experts représentant les disciplines pertinentes dans l'ensemble du continuum de soins et dans divers milieux ([annexe 1](#));
2. L'établissement d'un comité de consultation et d'examen communautaire composé de personnes ayant une expérience vécue, y compris des personnes ayant subi un AVC, des aidants et des membres de leur famille;
3. La recherche systématique, l'évaluation et la mise à jour de la littérature scientifique jusqu'en mai 2019;
4. La recherche systématique et l'évaluation des recommandations de lignes directrices de référence externes;
5. La création et la mise à jour de tableaux sommaires de données probantes;
6. L'examen et la révision des recommandations existantes par le groupe de rédaction, l'élaboration de nouvelles recommandations au besoin, et le respect de tous les critères de l'article 2 de l'entente, le cas échéant. Pour de plus amples renseignements, visitez <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/> (en anglais).
7. L'examen et la révision des recommandations existantes par le groupe de rédaction, et l'élaboration de nouvelles recommandations au besoin, puis le vote pour atteindre un consensus;
8. La soumission de la mise à jour proposée du chapitre;
9. La révision interne de la mise à jour proposée du chapitre par le Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière de soins de l'AVC et le Comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC;
10. L'examen externe par d'éminents experts au Canada et à l'étranger, et les modifications finales au besoin (liste des examinateurs externes à [l'annexe 1](#));
11. La mise à jour du matériel éducatif et des ressources de mise en œuvre;
12. Les approbations finales, l'acceptation et la traduction du chapitre;
13. La publication et la diffusion de la mise à jour définitive du chapitre;
14. La poursuite du processus continu d'examen et de mise à jour.

La méthodologie détaillée et l'explication de chacune de ces étapes dans l'élaboration et la diffusion des Recommandations sont offertes dans le manuel *Aperçu et méthodologie des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, accessible sur le site Web des pratiques optimales de l'AVC au Canada au <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/apercu-methodologie-et-transfert-des-connaissances>.

Gestion des conflits d'intérêts au sein des Recommandations : Tous les participants potentiels à l'élaboration et au processus d'examen des recommandations doivent signer des ententes de confidentialité et, au préalable, divulguer par écrit tout conflit d'intérêts réel ou potentiel. Tout conflit d'intérêts divulgué est examiné par les coprésidents du comité consultatif des Recommandations et les membres du personnel concerné de la fondation afin d'en évaluer l'incidence potentielle. Les membres potentiels de n'importe quel groupe de rédaction, qui ont des conflits d'intérêts considérés comme importants en ce qui concerne les sujets du chapitre en question, ne sont pas sélectionnés comme membres du groupe de rédaction ou examinateurs. Les participants qui ont des conflits d'intérêts sur un sujet particulier sont déterminés au début des discussions sur ce sujet et sont exclus du vote. Si l'un des coprésidents a un conflit d'intérêts, il lui est interdit de présider la discussion. Un autre participant sans conflit d'intérêts assume alors les fonctions de président pour cette discussion et le vote de sorte que les discussions restent équilibrées et impartiales. Des cadres supérieurs de Cœur + AVC qui n'ont aucun conflit d'intérêts participent à toutes les discussions des groupes de rédaction et interviennent en cas de parti pris malvenu de l'un des membres de ces groupes. Les déclarations de conflit d'intérêts des membres du groupe de rédaction se trouvent à [l'annexe 1](#).

Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes : Le groupe de rédaction a obtenu des tableaux de données probantes exhaustifs qui comprenaient notamment des sommaires de toutes les données de haute qualité repérées lors des recherches bibliographiques. Le groupe de rédaction discute de la valeur des données probantes et, par consensus, élabore une série définitive de recommandations proposées. Dans le cadre de ces discussions, d'autres résultats de recherche peuvent être repérés et ajoutés aux tableaux de données probantes si l'on obtient un consensus sur la valeur de la recherche. Toutes les recommandations reçoivent un niveau de données probantes ou preuve, lequel va de A à C, selon le critère défini dans le tableau 1. Dans le cadre de l'élaboration et de l'inclusion des recommandations de « niveau C », un consensus est obtenu au sein du groupe de rédaction et validé par un processus d'examen interne et externe. Ce niveau de données probantes est utilisé avec précaution, et seulement en l'absence de preuves plus solides pour des thèmes qui sont considérés comme d'importants moteurs de système des soins de l'AVC (p. ex., les services de transport par ambulance ou certaines pratiques de dépistage). Une catégorie supplémentaire dans les facteurs cliniques a été ajoutée dans la sixième édition. Cette partie comprend des avis de spécialistes en réponse à des demandes raisonnables provenant de divers professionnels de la santé qui, faute d'éléments, recherchent des orientations et des conseils sur des problèmes cliniques précis régulièrement rencontrés.

Tableau 1 : Sommaire des critères pour les niveaux de données probantes indiqués dans les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (sixième édition)

Niveau de données probantes	Critères*
A	Données probantes provenant d'une méta-analyse d'essais cliniques randomisés ou résultats uniformes obtenus dans deux essais cliniques randomisés ou plus. Les effets désirables l'emportent clairement sur les effets indésirables, ou vice versa.
B	Données probantes provenant d'un seul essai clinique randomisé, ou résultats uniformes obtenus dans deux essais non randomisés ou non contrôlés bien conçus ou plus, et grandes études observationnelles. Méta-analyse d'études non randomisées et/ou d'observation. Les effets désirables l'emportent sur les effets indésirables, ou vice versa, ou les deux types d'effet sont à peu près équivalents.
C	Consensus du groupe de rédaction sur des thèmes soutenus par des données probantes de recherche limitées. Les effets désirables l'emportent sur les effets indésirables, ou vice versa, ou les deux types d'effet sont à peu près équivalents, tels qu'ils sont déterminés d'un commun accord par le groupe de rédaction.
Facteurs cliniques	Conseils pratiques raisonnables fournis par le consensus du groupe de rédaction sur des problèmes cliniques spécifiques courants et/ou controversés et pour lesquels les données de recherches demeurent insuffisantes pour guider la pratique.

* Adapté de Guyatt et coll., 2008)[12].

Remerciements

La fondation remercie sincèrement les chefs et les membres du groupe de rédaction sur *les transitions et la participation communautaire après un AVC*, qui ont donné de leur temps et fait appel à leurs connaissances dans le but de mettre à jour les recommandations. Des membres du Consortium Neurovasculaire Canadien ont participé à tous les aspects de l'élaboration des présentes recommandations. Nous sommes également reconnaissants de tout le travail du groupe de rédaction sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC, car plusieurs sujets recoupent les deux parties du chapitre sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire. Ces recommandations ont fait l'objet d'une révision externe par : Krista Biggs, Jeanne Bonnell, Catherine Mary Dean, Mary Egan, Maria Fage, Dana Guest, Jennifer Joachimides, Lisa Keon, Catherine Lasuita, Michelle LA Nelson, Kelly Sharp, Barathi Sreenivasan, Sandeep Subramanian, Alda Tee et Christine Yang. Nous remercions les membres du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière de soins de l'AVC et du Comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC, notamment Eric Smith, Anita Mountain, Leanne Casaubon, Gord Gubitz, Dar Dowlatshahi, Dylan Blacquiere, Thalia Field, Farrell Leibovitch, Christine Papoushek, Jeffrey Habert, Barbara Campbell, Joyce Fung, Michael Hill, Tim Hillier, Thomas Jeerakathil, Eddy Lang, Pascale Lavoie, Beth Linkewich, Colleen O'Connell, Melanie Penn, Jai Shankar, Debbie Timpson, Theodore Wein et Katie White. Nous remercions Norine Foley et l'équipe d'analyse des données probantes de workHORSE; Debbie Herbert pour son travail sur le tableau 3 : Outils recommandés pour l'évaluation en prévision de la conduite automobile; Laurie Charest, de Cœur + AVC, pour sa coordination des équipes et des processus des Recommandations; et les équipes internes de Cœur + AVC qui ont contribué à l'élaboration de ces recommandations et à leur publication, soit les équipes des communications, des services linguistiques, du transfert des connaissances, de promotion du rétablissement, des politiques en matière de santé et du numérique.

Membres du comité de consultation et d'examen communautaire

Cœur + AVC est reconnaissante aux membres du comité de consultation et d'examen communautaire qui ont passé en revue toutes les sections de ce chapitre, raconté leurs expériences personnelles et commenté ce qui a optimisé leur cheminement ou ce qui aurait pu le faire. Les membres du comité de consultation et d'examen communautaire sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire sont Steve Archer, Rob Claydon, Debbie Chow, Daniel Franco, Amanda Horner, Bruce Hughes, Edith Lambert, Cathy Livingstone, David Livingstone et Michelle McGroty.

Financement

L'élaboration des Recommandations est entièrement financée par Cœur + AVC. Aucun financement pour le présent document ne provient d'intérêts commerciaux, y compris des sociétés pharmaceutiques et de dispositifs médicaux. Les membres des groupes de rédaction et les examinateurs externes sont des bénévoles et n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à l'élaboration, à l'actualisation et à l'examen des lignes directrices. Toutes les personnes impliquées dans le projet rédigent une déclaration de conflit d'intérêts avant de participer.

Référence bibliographique du chapitre sur les transitions et la participation communautaire après un AVC de 2019

Anita Mountain (auteure principale), Naresh Bain, Rebecca Bowes, Donna Cheung, Helene Corriveau, Lynn Joseph, Dana Lesko, Ann Millar, Beena Parappilly, Aleksandra Pikula, David Scarfone, Annie Rochette, Trudy Taylor, Tina Vallentin et Jill I. Cameron (auteure en chef), au nom du groupe de rédaction des pratiques optimales en matière de transitions et de participation communautaire après un AVC et du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière de soins de l'AVC et du Comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien et le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC. Chapitre sur les transitions et la participation communautaire après un AVC de 2019. Patrice Lindsay, Anita Mountain, Gord Gubitz, Dariush Dowlatsahi, Leanne K. Casaubon, Andrea de Jong et Eric E. Smith (réviseurs), au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière de soins de l'AVC et du Comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien et le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC [6^e édition], 2019; Toronto (Ontario), Canada : Cœur + AVC.

Les recommandations incluses dans le présent module sont également publiées dans l'International Journal of Stroke :

Mountain A, Lindsay MP, Teasell R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. International Journal of Stroke

English link: <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>

French link:

https://journals.sagepub.com/doi/suppl/10.1177/1747493019897847/suppl_file/WSO897847_Supplemental_Material.pdf

Commentaires

Nous invitons les intéressés à présenter leurs commentaires, suggestions et questions sur l'élaboration et la mise en œuvre des Recommandations.

Transmettre les commentaires à l'équipe de l'AVC de la fondation :

pratiquesoptimalesAVC@coeuretavc.ca.

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

Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC

Deuxième partie : Les transitions et la participation communautaire après un AVC Sixième édition (mise à jour de 2019)

Note sur l'attribution de niveaux d'évaluation de données probantes

Les auteurs reconnaissent que les données de niveau A sont rares pour de nombreux thèmes et recommandations associées en matière de transitions dans les soins, de réintégration et de participation communautaire. Les essais contrôlés randomisés sont difficiles à réaliser dans ce secteur des soins, et les données probantes pour la plupart des recommandations suivantes sont fondées sur des études qualitatives et d'observation ainsi que sur l'opinion d'experts. Le langage utilisé dans ces recommandations peut sembler moins cohérent avec les niveaux d'évaluation de données probantes attribués. Cette situation découle du fait que les personnes ayant subi un AVC, leur famille et les aidants ont exprimé, par l'entremise d'évaluations formelles et informelles, que les transitions en matière de soins représentent certains des plus grands défis après un AVC. Bien que la recherche de données probantes se poursuit, les besoins sont réels et notre objectif est d'accroître la sensibilisation et l'intérêt suscité à ce sujet. Les Recommandations répondent à ce besoin. Leur inclusion vise à mettre en œuvre une approche globale des soins axés sur le patient et sa famille afin de favoriser des résultats optimaux, ainsi que de souligner l'importance de recherches supplémentaires sur cet aspect majeur des soins de l'AVC.

Section 1 : Soutenir les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants

Recommandations

1.0 Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient être évalués et préparés à la transition entre les stades et milieux de soins par la communication de renseignements, l'éducation, l'acquisition de compétences, le soutien psychosocial, l'information relative aux services et ressources communautaires et l'aide pour y accéder [niveau de preuve B]. Les interventions doivent être centrées sur la personne et la famille, et adaptées à leurs valeurs et besoins individuels [niveau de preuve C].

1.1 Dépistage et évaluation

- i. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient faire l'objet d'un dépistage du niveau d'adaptation, du risque de dépression et d'autres problèmes physiques et psychologiques [niveau de preuve B]. Idéalement, le dépistage devrait avoir lieu à chaque transition et ponctuellement, le cas échéant. *Pour de plus amples renseignements, consulter les chapitres suivants des Recommandations : [L'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC](#); [La réadaptation et le rétablissement après un AVC](#); et [La prise en charge de l'AVC en phase aiguë](#).*
 - a. Il faut se servir d'outils et d'approches de dépistage validés autant que possible pour assurer l'uniformité de l'approche et cerner les problèmes potentiels pendant les transitions [niveau de preuve C]. *Voir [l'annexe, au tableau 1 : Outils d'évaluation de la participation et de la qualité de vie liée à la santé](#).*
- ii. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient faire l'objet d'une évaluation approfondie qui détermine leur état de préparation à l'apprentissage et leur capacité

de mettre en pratique les connaissances, l'éducation et le soutien psychosocial, et d'accéder aux renseignements et aux services sociaux appropriés en matière de santé [niveau de preuve B]. [Voir la section 2 pour d'autres recommandations sur l'éducation et le perfectionnement.](#)

- a. Les sujets suivants peuvent s'avérer utiles pour évaluer la capacité d'un membre de la famille ou d'un aidant de prendre soin de la personne ayant subi un AVC :
 1. l'état de santé actuel, l'emploi, les responsabilités sociales et la façon de gérer ces questions dans le cadre des soins de l'AVC [niveau de preuve B];
 2. les capacités et l'expérience relatives à la prestation de soins à la personne ayant subi un AVC [niveau de preuve C];
 3. les problèmes de ressources comme la situation financière, le logement, le transport, l'assurance, les prestations de soins de santé et la couverture du coût des médicaments [niveau de preuve C];
 4. le soutien des membres de la famille, des parents et des réseaux sociaux [niveau de preuve C];
 5. la capacité de s'adapter et de gérer le stress supplémentaire dû au fait de prendre soin d'une autre personne après un AVC [niveau de preuve C].
- b. Le type d'évaluation et sa profondeur devraient correspondre aux besoins de la personne, aux problèmes cernés au cours du dépistage et au stade de transition [niveau de preuve C].
- iii. Lorsque des dépistages et évaluations indiquent des problèmes, il faudrait diriger les personnes ayant subi un AVC [niveau de preuve B], leur famille et leurs aidants [niveau de preuve C] vers les experts et les services appropriés pour les régler et optimiser les résultats.

1.2 Soutenir les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants

- i. Le soutien devrait commencer dès le début de l'AVC et se poursuivre tout au long des transitions et des stades de soins [niveau de preuve B].
- ii. L'utilisation de la télémédecine (p. ex., la vidéo et les technologies et services en ligne comme les groupes de soutien et la téléadaptation) devrait être envisagée pour accroître l'accès aux services de soutien continus, aux services de santé et aux thérapies de réadaptation après la transition vers la communauté, 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 [niveau de preuve B]. [Pour de plus amples renseignements, consulter la trousse d'outils de télé-AVC des Recommandations.](#)
- iii. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient recevoir de l'information sur les groupes de soutien par les pairs dans leur collectivité, le cas échéant et des descriptions des services et des avantages qu'ils offrent. Ils devraient être encouragés à y participer [niveau de preuve C].

Encadré 1 : Liste de vérification sur les transitions dans les soins

Cette liste de vérification est fournie à titre indicatif pour favoriser la mise en pratique de recommandations fondées sur des données probantes et un consensus dans l'élaboration d'un plan d'action concerté pour chaque personne, à mesure que celle-ci vit des transitions vers différents milieux et stades de soins.

La liste s'applique aux soins primaires, au service des urgences, aux soins de courte durée, ainsi qu'aux milieux communautaires et de réadaptation, de soins complexes, de transition et de soins de longue durée. Elle devrait permettre aux membres de l'équipe de soins d'avoir des discussions

concrètes avec la personne ayant subi un AVC et sa famille sur les renseignements et les services nécessaires pour assurer des transitions de soins positives et réussies.

Soutien potentiel aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et aux aidants

- Un soutien à la prise de décision et à la participation au sujet des transitions entre les différents stades de soins.
- Des renseignements exacts et à jour sur le prochain milieu de soins, les attentes à avoir et la façon de s'y préparer.
- L'accès à des soins réparateurs et à une réadaptation active pour améliorer ou maintenir les fonctions selon le plan de soins personnalisé.
- La planification préalable des soins, les soins palliatifs et les soins en fin de vie, le cas échéant.
- La consultation, la préparation et l'évaluation continue pour l'adaptation au changement du milieu de vie, des capacités, des responsabilités et des relations sociales, de la participation, des loisirs, des activités professionnelles et de l'environnement à domicile. Les répercussions sur la famille (p. ex., conjoint, partenaire ou enfants), les problèmes potentiels de ressources (p. ex., finances) et l'autonomie (p. ex., conduite automobile) sont tenus en compte.
- Les plans d'action concertés devraient contenir des instructions et des recommandations écrites concernant la sortie, y compris les objectifs et le suivi des soins.
- L'accès à une personne-ressource désignée à l'hôpital ou dans la communauté pour assurer la continuité des soins et répondre aux questions.
- L'accès à des organismes de santé et de services sociaux appropriés selon les besoins et le stade de la transition et du rétablissement, ainsi qu'aux conseils qu'ils offrent.
- Des liens et des renseignements sur les organismes communautaires locaux comme les groupes sur l'AVC, les programmes de visites par des pairs, les organismes qui fournissent des repas et d'autres services et organismes.
- Dans la mesure du possible, l'accès au soutien par des pairs ayant subi un AVC et vécu des transitions après la phase aiguë.
- Toutes les communications devraient être disponibles dans des formats adaptés à l'aphasie, le cas échéant, et en fonction de la littératie en matière de santé des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants.

Justification

Cette recommandation appuie les objectifs suivants : mettre l'accent sur la nécessité d'une approche globale des soins; aider les personnes qui ont subi un AVC, les familles et les aidants à naviguer dans le système de santé, particulièrement après le stade initial des soins de courte durée de l'AVC; définir les diverses composantes du soutien; favoriser une approche axée sur les personnes qui ont subi un AVC et sur leur famille; et combler les besoins en dehors des répercussions physiques de l'AVC.

L'AVC change toute une vie et nécessite parfois une longue convalescence qui laisse souvent la personne qui a subi un AVC aux prises avec des déficits fonctionnels qui perdurent. Son incidence se fait aussi sentir chez les proches de la personne. On s'attend de plus en plus à ce que les membres de la famille et les aidants assument des fonctions, des tâches et des responsabilités qui peuvent dépasser leurs compétences et connaissances actuelles ou leurs ressources sur le plan physique, financier ou temporel. Cela augmente le fardeau des aidants et peut entraîner une dépression chez ceux qui s'occupent d'un patient ayant subi un AVC (le taux de cas signalés est aussi élevé que 60 %). Des taux similaires de dépression après un AVC sont observés chez les personnes qui ont subi un AVC et sont liés à une évolution décevante de la maladie.

Un dépistage, une évaluation et une surveillance plus dynamiques des besoins et du degré d'adaptation des patients, de leur famille et de leurs aidants représentent une démarche globale axée sur le survivant et sa famille en matière de soins après un AVC, laquelle devrait mener de manière optimale à de meilleurs résultats, notamment sur le plan de l'adaptation.

Exigences pour le système

Les transitions de soins ont lieu dans tout le continuum des soins de l'AVC, y compris aux soins primaires, au service des urgences, aux soins de courte durée, ainsi qu'aux milieux communautaires et de réadaptation, de soins complexes, de transition et de soins de longue durée. Pour assurer le soutien de la personne qui a subi un AVC, de sa famille et des aidants, dans tous ces milieux et au moyen d'une approche individualisée, il faudrait mettre en place des processus et des mécanismes, notamment :

- des protocoles visant à faire participer les personnes qui ont subi un AVC et leur famille aux réunions de planification de la transition de l'équipe de soins et à la prise de décisions concertée relativement à l'établissement d'objectifs à tous les points de transition;
- des ressources et mécanismes de planification et de prestation de services communautaires qui tiennent compte des besoins du survivant, du membre de sa famille ou de l'aidant (p. ex., services de soins à domicile et soutien psychologique);
- des modèles de soins comprenant des technologies comme la télémédecine, le suivi téléphonique et le soutien par le Web;
- des hôpitaux, des services de soins à domicile, des établissements de réadaptation et de soins de longue durée et d'autres services communautaires pour le traitement des personnes ayant subi un AVC recevant les ressources nécessaires, y compris des personnes-ressources, des gestionnaires de cas et des coordonnateurs du système pour coordonner et gérer les transitions de soins de l'AVC;
- un apprentissage et un perfectionnement continus des professionnels de la santé en matière de soins de l'AVC axés sur le patient qui a subi un AVC et sa famille, dans tous les milieux traitant les patients touchés par l'AVC;
- des possibilités d'apprentissage et de formation pour les personnes qui ont subi un AVC, leur famille et leurs aidants pour leur permettre d'offrir du soutien par les pairs sur demande;
- l'accès à des services de soutien à l'autogestion de la maladie grâce aux technologies de télémédecine, en particulier dans les zones rurales et autres endroits aux ressources locales insuffisantes.

Indicateurs de rendement

Indicateurs de rendement clinique et du système de santé

1. Le nombre et le pourcentage de personnes ayant subi un AVC qui ont reçu un diagnostic de dépression après un AVC, calculés à chaque point de transition par rapport au nombre total de cas d'AVC.
2. Le nombre et la fréquence des personnes ayant subi un AVC réadmis à l'urgence ou en soins de courte durée pour des raisons liées au déclin physique ou à l'incapacité de s'adapter après une première hospitalisation après un AVC.

Mesures des expériences et des résultats déclarés par les personnes ayant subi un AVC (MEDP et MRDP)

3. L'évolution du fardeau des soins pour les membres de la famille et les aidants a été 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.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- Des mesures normalisées et validées de la dépression et du fardeau des aidants devraient être utilisées pour suivre la fréquence et la nature des changements dans ces situations.
- Le diagnostic d'incapacité de s'adapter doit être posé selon les codes de Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) appropriés.
- Les données sur les réadmissions se trouvent dans les métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

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

Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

- *Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC : une ressource pour les fournisseurs de soins de santé* – www.pratiquesoptimalesavc.ca
- J. Cameron et M. Gignac. *Timing it Right*, 2008 (en anglais seulement) – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=18155388>
- Guide des pratiques optimales de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario sur les transitions de soins (en anglais seulement) – <http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>
- Guide de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario sur les soins axés sur la personne et la famille (en anglais seulement) – <http://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Ressources à l'intention des personnes ayant subi un AVC, des familles et des aidants

- Fiche d'information sur la réadaptation et le rétablissement: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx>
- Fiche d'information sur les transitions et la participation communautaire: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx>
- *Votre cheminement après un AVC : un guide à l'intention des survivants de l'AVC* – https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/yourstrokejourney_final_frenchv2.ashx?rev=f0621a1ea07a452c9e9fed76c18a9e87
- *Liste de contrôle post-AVC* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Le répertoire des services et ressources de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- Le programme La vie après un AVC^{MC} – <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/le-programme-la-vie-apres-un-avc>
- *Guide familial de l'AVC pédiatrique* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Les ressources à l'intention des patients du Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC – <https://www.canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/patients>

- *L'AVC chez les jeunes adultes* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- American Stroke Association (en anglais seulement) – <https://www.stroke.org/>
- Organismes de soutien de l'Organisation mondiale de l'AVC (en anglais seulement) – <http://www.world-stroke.org/for-patients/stroke-support-organizations>
- Info AVC – www.strokengine.ca/fr

Résumé des données probantes (offert en anglais seulement)

Following stroke, patients, families and informal caregivers are typically faced with multiple life changes and challenges as the person with stroke transitions between the stages of recovery. Gallacher et al. (2013) 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 care for persons with stroke, relative to pre-stroke levels (Olai et al. 2015). Depression and anxiety may also be increased. Loh et al. (2017) estimated the prevalence of depressive symptoms and anxiety among stroke caregivers to be 40.2% and 21.4%, respectively. Hayes et al. (2009) 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, p=0.008) and depression (OR=1.10, 95% CI 1.04-1.17, p=0.001). Ko et al. (2007) 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. (2007) reported that 6 months following stroke, 35.2% of spouses, of a sample of 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. (2014) 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 professional (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 the person with stroke. 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 persons with stroke and 14 HCP (Cameron et al. 2013), the themes emerged from both the caregivers and the HCP concerned the type and intensity of support needed, who provides support and the method of providing support and the primary focus of care. Creasy et al. (2013) 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 (Smith et al 2014). 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.

The feasibility and effectiveness of telestroke has also been evaluated in the context of rehabilitation therapy, where it is often referred to as "telerehabilitation" or "telerehab". The results of these studies have been ambiguous. Chen et al. (2016) included the results of 7 RCTs that included patients who received rehab therapies through telemedicine systems for a minimum of 4 weeks in duration via virtual reality-based training, telephone, or the internet. There was no additional benefit associated with telerehab, compared to usual care. The mean Barthel Index scores, Berg Balance Scale scores and Fugl-Meyer (Upper Extremity) scores were similar between groups. A Cochrane review (Laver et al. 2013) included the results of 10 RCTs examining telerehabilitation. The number of trials which could be pooled were limited as the treatment contrasts and outcomes assessed were highly variable. Although the authors reported no significant differences between groups in upper-limb function or performance in ADL, they concluded that there was insufficient evidence to support or refute the effectiveness of telerehabilitation following stroke. Chumbler et al. (2012, 2015) evaluated the effectiveness of a Stroke Telerehabilitation program (STeleR) among 52 veterans who had suffered a stroke within the previous two years. The intervention, which focused on improvement of functional mobility, included 3 components: 3x 1 hour televisits to the participant's home, 5 telephone calls and an in-home messaging device system to instruct patients on functional exercises and adaptive strategies. At 6 months, there were no significant differences in the primary outcomes, the Telephone Version of FIM, the Late-Life Function and Disability Instrument or Falls Efficacy Scale, between groups. There was a significant difference between groups, from baseline to 6 months, in the mean Stroke-specific Patient Satisfaction with Care Scale (hospital care sub score) at 6 months, favouring the STeleR group.

Les tableaux de données probantes et les liste de références sont accessibles au
www.pratiquesoptimalesavc.ca.

Section 2 : Éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants

Recommandations

2.0 L'éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants fait partie intégrante des soins de l'AVC et devrait s'inscrire dans toutes les rencontres en matière de soins de santé et lors des transitions [niveau de preuve A]. Les besoins d'éducation personnalisée évoluent au fil du temps et peuvent nécessiter une réévaluation et une mise à jour continue [niveau de preuve B].

2.1 Évaluation des besoins d'apprentissage

- i. Les besoins et les objectifs en matière d'apprentissage personnalisé devraient être évalués et documentés par les membres de l'équipe de soins de santé [niveau de preuve B] et mis à jour régulièrement à mesure que les gens cheminent dans les stades des soins après un AVC [niveau de preuve B].

Remarque : Cela s'applique à tous les milieux, y compris les services de soins ambulatoires et des urgences, où l'interaction est plus brève et les besoins d'apprentissage risquent davantage de ne pas être satisfaits.

2.2 Prestation de l'éducation

- i. Un plan d'éducation personnalisé devrait être élaboré et mis en œuvre en fonction de l'évaluation des besoins et des objectifs d'apprentissage des personnes ayant subi un AVC et de leur famille [niveau de preuve B].
- ii. Il est recommandé que le plan d'éducation personnalisé :
 - a. Couvre tous les aspects pertinents des soins et du rétablissement de l'AVC [niveau de preuve A] et comprenne du contenu adapté au niveau de préparation, au milieu et au stade de soins [niveau de preuve B]. [Voir l'annexe 2, au tableau 2 : Éducation de base sur l'ensemble du continuum de soins pour les personnes ayant subi un AVC.](#)
 - b. Soit axé sur les objectifs et facilite la prise de décision partagée en matière de soins et de rétablissement [niveau de preuve B].
 - c. Comprenne la diffusion de l'information, l'enseignement des techniques d'autogestion de la maladie et la formation des membres de la famille et des aidants, de sorte qu'ils participent aux soins de l'AVC et les dispensent en toute sécurité [niveau de preuve B].
 - d. Soit juste, interactif, fondé sur des données probantes, et disponible dans divers langues et formats (p. ex., approche écrite, orale, illustrée, instructive ou en groupe) de manière à être accessible à divers niveaux de littératie en matière de santé et aux personnes atteintes d'aphasie et de déficits ou de déficiences cognitives [niveau de preuve A].
- iii. L'éducation fournie devrait être documentée dans le dossier médical et accessible à tous les membres de l'équipe soignante [niveau de preuve B].
- iv. Une évaluation et une documentation régulières de la compréhension et de la rétention de l'information s'imposeraient donc [niveau de preuve A].

- v. Il faudrait inclure le renforcement de l'information qui n'a pas été retenue (p. ex., les renseignements sur la médication et leur prise en charge) [niveau de preuve B].
- vi. L'éducation et l'information destinées aux personnes ayant subi un AVC, aux familles et aux aidants devraient être fournies dans un cadre formel et informel, dans des contextes individuels et de groupe, selon le cas [niveau de preuve B].
- vii. L'éducation des membres de la famille et des aidants, la formation pratique et le perfectionnement des compétences devraient être offerts selon une approche interdisciplinaire fondée sur les besoins d'apprentissage de l'individu [niveau de preuve A].

2.3 Soutenir l'autogestion de la maladie après un AVC par le perfectionnement des compétences

Pour la définition d'autogestion de la maladie, se reporter à la section « Définitions et descriptions » de la section « Introduction et aperçu ».

- i. Le sentiment d'efficacité personnelle peut être soutenu par l'offre d'occasions d'apprendre et de maîtriser des compétences en autogestion de la maladie [niveau de preuve B]. *Voir l'encadré 2 pour obtenir de plus amples renseignements sur l'autogestion de la maladie pour les personnes qui ont subi un AVC, leur famille et leurs aidants.*
- ii. Sous réserve du consentement des patients, leur famille et leurs aidants peuvent être invités et encouragés à assister à des séances de soins et de thérapie, en plus d'avoir l'occasion d'acquérir des compétences solides pour soutenir l'autogestion de la maladie [niveau de preuve C].
- iii. Tous les milieux de soins devraient avoir des répertoires à jour des ressources communautaires disponibles pour appuyer l'autogestion de la maladie et offrir des conseils et de l'aide relativement à l'obtention des services requis [niveau de preuve C].
- iv. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient recevoir des ressources et de l'information qui leur permettront d'assurer l'autogestion de la maladie et de naviguer dans le système de services sociaux et de soins de santé [niveau de preuve B].

Encadré 2 : Liste de vérification de l'éducation et de l'autogestion de la maladie

Sujets d'éducation

- La prévention secondaire de l'AVC
- La gestion des médicaments
- La gestion des facteurs de risque (y compris l'observance de la pharmacothérapie)
- Le but et l'importance de l'exercice et de l'information sur les programmes d'exercice communautaires
- Les techniques de gestion des symptômes et du stress
- Les stratégies relatives à la fatigue, à la gestion du sommeil et à l'économie d'énergie
- Les stratégies en matière de nutrition et d'alimentation saine
- L'adaptation aux changements physiques
- L'adaptation aux émotions comme la peur, la colère et la dépression
- L'adaptation aux changements cognitifs et mnésiques
- L'adaptation aux déficits de perception
- La résolution de problèmes et la prise de décisions en matière de santé
- Les relations, l'intimité et la sexualité
- La participation communautaire et la reprise d'activités plaisantes
- Les loisirs et la participation sociale
- Le soutien offert dans la communauté, comme le logement et les options de milieux d'aide à la vie autonome

- La réglementation et la réadaptation en matière de conduite automobile et les services de transport communautaires
- Les considérations et stratégies liées au retour au travail
- Les ressources financières
- Les options de la planification préalable des soins, des soins palliatifs et des soins en fin de vie
- Les options de soins de relève
- Le soutien par les pairs

Sujets de perfectionnement des compétences et d'autogestion de la maladie

- L'éducation en matière d'autogestion de la maladie pour favoriser l'autonomie, la confiance en soi, les compétences et une saine gestion de la santé
- Les techniques de soins personnels (p. ex., les techniques d'alimentation et de bain)
- Les stratégies de communication et la communication de soutien
- Les techniques de transfert, de levage et de repositionnement sécuritaires (p. ex., le transfert d'un lit à un fauteuil et le positionnement d'un membre hémiplegique)
- La préparation des aliments et l'adaptation à la dysphagie
- Les stratégies cognitives telles que les techniques de résolution de problèmes
- Les techniques de gestion du stress (p. ex., l'exercice, la pleine conscience et la méditation)
- L'accès aux services et aux ressources communautaires
- La navigation continue dans le système de santé
- La sensibilisation à l'importance des autosoins et à l'épuisement professionnel des aidants

Justification

L'éducation est un élément vital et perpétuel du rétablissement pour les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants. La recherche démontre que les personnes ayant subi un AVC retiennent généralement moins de 25 % de l'information et de l'éducation qui leur sont données à l'hôpital. L'éducation sur l'AVC favorise une meilleure compréhension et facilite l'adaptation et l'autogestion de la maladie. Elle doit être répétée et renforcée de façon cohérente dans toutes les transitions de soins. Le perfectionnement des compétences des aidants peut accroître la participation et la sécurité, clarifier les attentes, améliorer la qualité de vie, et réduire le risque de dépression et le fardeau perçu. 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 en fin de vie devrait être pertinente relativement aux besoins changeants de la personne ayant subi un AVC et de sa famille. La distribution de dépliants ne suffit pas en elle-même; celle-ci devrait être interactive et adaptée aux défis cognitifs et de communication auxquels font face certaines personnes après l'AVC, y compris la communication réceptive et expressive, la vitesse de compréhension et la déficience auditive ou visuelle.

Les personnes ayant subi un AVC ont souligné l'importance d'un processus de discussion inclusif auquel elles participent avec leur famille, dans lequel l'information est relayée par les membres de l'équipe de soins de santé. Toutefois, elles ont indiqué ne pas toujours être en mesure de retenir les renseignements qui leur avaient été fournis, pour de multiples raisons, comme l'épuisement et le déni. Elles trouvent utile de recevoir une trousse regroupant toute l'information en un seul endroit qu'elles peuvent consulter au besoin. Voici des renseignements que les personnes ayant vécu un AVC, leur famille et leurs aidants ont jugé particulièrement utiles ou auraient aimé obtenir : un résumé des renseignements sur la santé, les numéros de téléphone des personnes-ressources, les ressources disponibles et des conseils sur les défis financiers et les possibilités de financement.

Exigences pour le système

Le soutien et les mesures à prendre en matière de transitions de soins ont lieu dans tout le continuum de soins, y compris aux soins primaires, au service des urgences, aux soins de courte durée, ainsi qu'aux milieux communautaires et de réadaptation, de soins complexes, de transition et de soins de longue durée. Pour satisfaire les besoins d'éducation de la personne ayant subi un AVC, des familles et des aidants, dans tous ces milieux, il faudrait mettre en place des processus et des mécanismes, notamment :

- des efforts coordonnés entre les intervenants comme la fondation, 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, les cliniques et les fournisseurs de soins individuels dans l'ensemble du continuum de soins de l'AVC pour produire du matériel éducatif au contenu uniforme;
- des ressources communautaires, comme des groupes de soutien au rétablissement après un AVC, pour offrir en continu une aide et une éducation après la sortie de l'hôpital;
- des processus coordonnés visant à faire connaître et à rendre accessibles les documents, programmes, activités et moyens de communication à contenu éducatif destinés aux professionnels de la santé, aux personnes ayant subi un AVC, aux familles et aux aidants, et traitant de l'AVC, notamment par la promotion de leur disponibilité, des moyens efficaces de diffusion et un suivi;
- des processus coordonnés de communication continue entre les ministères, organisations et agences au sujet des besoins d'apprentissage et de l'éducation fournie;
- l'accès à une formation pour les fournisseurs de soins sur les stratégies de communication pour les cas d'aphasie;
- l'accès à des ressources éducatives appropriées sur le plan culturel, ethnique et linguistique;
- l'accès à des services de soutien à l'autogestion de la maladie grâce aux technologies de télémédecine, en particulier dans les zones rurales et autres endroits aux ressources locales insuffisantes;
- la formation des fournisseurs de soins en matière de compétences d'autogestion de la maladie, à transmettre ensuite aux personnes ayant une expérience vécue;
- la création et la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments universel, équitable, et instauré en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour permettre d'améliorer l'accès aux médicaments efficaces et peu coûteux pour toute la population, peu importe le lieu de résidence, l'âge ou la capacité à payer, ainsi qu'une liste étoffée de médicaments admissibles ayant l'État comme premier payeur.

Indicateurs de rendement

Indicateurs de rendement clinique et du système de santé

1. Proportion des personnes ayant subi un AVC qui ont reçu, avec leur famille ou ses aidants, des documents éducatifs de base à chaque stade de la prise en charge de l'AVC et du rétablissement.
2. Nombre total de rencontres axées sur l'éducation de chaque patient 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 une copie de leur plan de sortie et du matériel éducatif.
4. Changement du comportement d'autogestion de la maladie 6 semaines, 3 mois et 6 mois après l'AVC, à l'aide d'outils de mesure validés.

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

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'éducation.

2. Les changements en ce qui a trait à la qualité de vie sont 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 un AVC).
3. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC qui ont déclaré se sentir suffisamment préparées en matière d'autosoins et de sentiment d'efficacité personnelle.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- La quantité et la méthode d'éducation sont des éléments très importants de cette recommandation. La mesure de l'éducation pour les personnes ayant subi un AVC et les familles devrait être élargie dans la mesure du possible pour tenir compte de ces aspects, bien que cela soit difficile à réaliser.
- En ce qui concerne l'indicateur n° 3, lorsque possible, il faudrait inclure des mécanismes normalisés d'évaluation des connaissances des personnes ayant subi un AVC, des familles et des aidants avant et après la séance d'éducation.
- Les sources de données comprennent tous les documents, tableaux et dossiers relatifs aux soins dans l'ensemble du système de santé (soins primaires, soins de courte durée, cliniques de suivi, programmes de réadaptation pour patients hospitalisés et externes, et programmes et services communautaires) et peuvent être obtenues par la vérification ou l'examen des dossiers primaires, et diverses pratiques de documentation et de vérification de groupes spécifiques.
- La qualité de la documentation (généralement faible) fournie par les professionnels de la santé qui participent aux soins aux personnes peut influencer la fiabilité de cet indicateur.

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

Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

- *Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC : une ressource pour les fournisseurs de soins de santé* – www.pratiquesoptimalesavc.ca
- Le programme Distinction – Services aux victimes d'AVC d'Agrément Canada – <https://accreditation.ca/ca-fr/distinction/>
- J. Cameron et M. Gignac, *Timing it Right*, 2008 (en anglais seulement) – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=18155388>
- Aphasia institute (en anglais seulement) – <http://www.aphasia.ca/health-care-professionals/>

Ressources à l'intention des personnes ayant subi AVC, des familles et des aidants

- Fiche d'information sur la réadaptation et le rétablissement: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx>
- Fiche d'information sur les transitions et la participation communautaire: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx>
- *Votre cheminement après un AVC : un guide à l'intention des survivants de l'AVC* – https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/yourstrokejourney_final_frenchv2.ashx?rev=f0621a1ea07a452c9e9fed76c18a9e87

- *Liste de contrôle post-AVC* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- *Guide familial de l'AVC pédiatrique* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Le répertoire des services et ressources de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- Des renseignements sur le rétablissement et le soutien de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Le programme La vie après un AVC^{MC} – <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/le-programme-la-vie-apres-un-avc>
- Les ressources à l'intention des patients du Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC – <https://www.canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/patients>
- *L'AVC chez les jeunes adultes* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Info AVC – www.strokingengine.ca/fr

Résumé des données probantes (offert en anglais seulement)

Education across the continuum of care is an important component of support for patient, families and informal caregiver, particularly with regard to secondary stroke prevention and chronic disease self-management. A 2012 Cochrane review (Forster et al. 2012) assessed interventions related to the provision of information, compared with usual care and included the results from 21 RCTs. In 14 trials, the intervention was focused on either the patient or carer exclusively. In the remaining trials, the intervention was focused on both groups. Patients and caregivers receiving an intervention had improved knowledge of stroke services and patients expressed greater satisfaction with stroke information compared to patients in the control group. Patients receiving an intervention also experienced improvements in depression scores (MD=-0.52, 95% CI -0.93 to -0.10, P<0.05) with greater effects associated with interventions that were considered “active”, meaning there was patient or carer engagement during the sessions. Engagement could include the opportunity to ask questions, request additional information, be provided with hands-on training, or involve the use of an interactive workbook and/or some means of follow-up reinforcement.

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. (2013) 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. Lowe et al. (2007) evaluated the use of a “CareFile”, an information package containing relevant support services and secondary prevention resources that was individualized for each patient. One hundred patients participated in the study, 50 randomized to the intervention group and 50 to the control group. At six months, 98% patients in the intervention group reported that the CareFile provided useful information and 53% said that they used it as reference material regarding their stroke. Patients in the intervention group demonstrated greater

knowledge of stroke risk factors than patients in the control group at both 3 and 6 months after stroke. Hoffman et al. (2007) randomized 138 patients to receive either computer-generated tailored written information or generic written information. At three months, there were no significant differences between groups in mean change scores for stroke knowledge, self-efficacy or depression.

Telephone- based interventions have also been examined as a method of providing support and education, Bakas et al. (2009) randomized 50 caregivers with ongoing needs to a Telephone Assessment and Skill Building Kit (TASK) group or to a usual care group. Participants in the TASK group received a notebook containing skill building tips, a stress management workbook and a brochure on family caregiving, plus weekly phone calls from a nurse for a period of 8 weeks that involved discussion of patient identified priority areas. Participants in the control group received a brochure on family caregiving, as well as weekly calls from a nurse who did not provide any advice or information. Caregivers in the intervention group were significantly more optimistic at 4, 8 and 12 week follow up, experienced significantly lower levels of task difficulty at 4 weeks and had significantly improved threat appraisal skills at 8 weeks and 12 weeks, although there were no significant changes in depressive symptoms, life changes or general health perception.

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. (2004) 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 reductions in anxiety and depression at 12 months ($p < 0.001$) and increased quality of life at 3 and 12 months ($p < 0.05$). No differences between mortality, institutionalization or functional ability were reported between intervention and control groups. Using a similar intervention, Forster et al. (2013) 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.

The implementation of education and skills training programs ultimately aim to increase the self-efficacy of patients and informal caregivers for their own self-management. Lennon et al. (2013) 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 consists of workshops, a companion book and a relaxation CD. However, due to the variability in outcomes assessed, pooling of results was not possible. Some of the largest randomized controlled trials included in the review demonstrated improvement in physical domains, quality of life, and dependency. A Cochrane review (Forster et al. 2007) included the results from 18 studies examining self-management programs for participants with multiple chronic conditions (e.g. arthritis, chronic pain, stroke, hypertension, heart failure etc.). There were small but statistically significant improvements in pain, disability, fatigue and depression and anxiety associated with the intervention group. There were also small but statistically significant increases in levels of exercise and in the frequency of practice of cognitive strategies for symptom management associated with the

intervention.

Les tableaux de données probantes et les liste de références sont accessibles au
www.pratiquesoptimalesavc.ca.

Section 3 : Planification des soins interprofessionnels et communication

Recommandations

3.0 La planification des soins interprofessionnels et une communication efficace sont essentielles 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 [niveau de preuve C].

3.1 Le plan de soins personnalisé : la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidants devraient participer activement à l'élaboration d'un plan de soins à jour.

- i. Le plan de soins devrait être axé sur la personne et adapté à sa culture, inclure des objectifs axés sur la personne et définir les besoins continus en matière de soins personnalisés [niveau de preuve C].
- ii. Il devrait être passé en revue avec la personne ayant subi un AVC et mis à jour pour tenir compte de l'évolution des besoins, des objectifs et des progrès lorsque des transitions, des changements ou des améliorations de l'état de santé surviennent et lorsque le rétablissement ne progresse pas [niveau de preuve B].

3.1 Facteurs cliniques :

- i. le plan de soins devrait être établi dès le premier point de contact avec le système de santé, comme le service des urgences, et être peaufiné et mis à jour à mesure que la personne chemine dans le continuum de soins.

3.2 La planification de la transition : la planification devrait commencer dès le début des soins, à chaque stade et dans chaque milieu applicable [niveau de preuve B].

- i. Les discussions, les décisions et les activités relatives à la planification de la transition devraient se poursuivre afin de tenir compte de l'évolution des besoins, des objectifs et des progrès au cours du rétablissement [niveau de preuve B].
- ii. Un processus de planification de la transition devrait être établi sous la forme d'une collaboration bien organisée entre les professionnels de la santé, la personne ayant subi un AVC, sa famille et ses aidants [niveau de preuve B].
- iii. Il faut prendre les éléments suivants en compte tout au long de la planification de la transition :
 - a. la formulation d'un plan de transition axé sur les objectifs (p. ex., la date de sortie) avec la personne ayant subi un AVC, la famille et les aidants [niveau de preuve B];
 - b. au début de la planification de la transition, la détermination des problèmes possibles ou d'autres besoins des personnes ayant subi un AVC et des familles pouvant potentiellement retarder la sortie de l'hôpital [niveau de preuve B];
 - c. l'évaluation des capacités de l'aidant, y compris pour prendre des décisions et répondre aux besoins physiques et psychosociaux de la personne ayant subi un AVC [niveau de preuve C]. *Se reporter à la [section 1](#) et à la [section 2](#) pour de plus amples renseignements;*
 - d. la satisfaction des besoins de planification de la transition et la prise de rendez-vous avant de quitter le milieu actuel, en particulier pour les séjours de courte durée, y compris le service des urgences et les soins de courte durée, pour les personnes renvoyées directement dans la collectivité [niveau de preuve C];
 - e. l'utilisation des modalités de télémédecine (si disponibles) pour accroître l'accès à un suivi opportun et approprié des soins de l'AVC [niveau de preuve B]. *Pour de plus*

[amples renseignements, consulter la trousse d'outils de télé-AVC des Recommandations.](#)

- iv. Les activités particulières de planification de la transition qui devraient être menées à bien, le cas échéant, sont les suivantes :
- a. une évaluation du domicile pour déterminer les modifications à y apporter pour en assurer l'accessibilité et la sécurité [niveau de preuve B];
 - b. l'éducation des aidants, particulièrement en matière de compétences axées sur les besoins actuels et continus de la personne ayant subi un AVC [niveau de preuve B]. [Se reporter à la section 1 et à la section 2 pour de plus amples renseignements;](#)
 - c. des visites planifiées axées sur les objectifs et d'une durée d'une journée, d'une fin de semaine ou d'une nuit au lieu désigné à la sortie de l'hôpital [niveau de preuve B], afin d'atteindre les objectifs suivants :
 - faciliter la détermination des obstacles potentiels,
 - évaluer l'état de préparation à la sortie de l'hôpital,
 - décrire les activités de planification de la sortie de l'hôpital et du traitement;
 - d. des instructions écrites sur la sortie de l'hôpital en tant qu'élément d'un plan de soins personnalisé abordant les questions suivantes, le cas échéant : la capacité fonctionnelle au moment de la sortie, les facteurs de risque et de sécurité, les plans d'action pour le rétablissement, la médication à la sortie, les instructions en matière d'adaptation, les soins de suivi, les coordonnées du fournisseur de soins de suivi et les renseignements sur un point de contact après la sortie de l'hôpital [niveau de preuve B];
 - e. la disponibilité de toutes les communications dans des formats adaptés à l'aphasie, le cas échéant, et en fonction des connaissances en matière de santé des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants [niveau de preuve B];
 - f. un plan de suivi après la sortie, lancé par un membre désigné de l'équipe, comme un gestionnaire ou coordonnateur de cas des services pour l'AVC, afin d'assurer la continuité des soins [niveau de preuve B].

3.3 Communications aux professionnels de la santé : des processus devraient être en place pour assurer le relais rapide et efficace de l'information pertinente à tous les points d'accès et de transition dans le système de santé, afin d'assurer des transitions sans heurts et la continuité des soins [niveau de preuve B].

- i. Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire des soins de l'AVC devraient diffuser des renseignements opportuns et à jour aux fournisseurs de soins du stade de soins suivant [niveau de preuve B].
- ii. Le transfert d'informations devrait être :
 - a. exhaustif et comprendre tous les renseignements pertinents sur la personne ayant subi un AVC, y compris la médication, les progrès réalisés à ce jour, les rendez-vous prévus et les besoins et objectifs continus en matière de rétablissement [niveau de preuve B];
 - b. acheminé au médecin de première ligne (celui qui assume la plus grande responsabilité) sous forme de feuille médico-administrative officielle, dactylographiée et détaillée [niveau de preuve B]. [Remarque : Tous les patients n'ont pas nécessairement un fournisseur de soins primaires. Dans un tel cas, il faut également régler cette lacune. Se reporter à l'encadré 3 pour connaître le contenu de base à inclure dans la feuille médico-administrative;](#)
 - c. effectué en temps opportun et préalablement à la transition vers le prochain milieu de soins [niveau de preuve C];

- d. accessible au moyen de dossiers de santé électroniques, dans la mesure du possible [niveau de preuve C];
 - g. effectué à l'aide de la technologie de télémédecine, le cas échéant [niveau de preuve C]. *Pour de plus amples renseignements, consulter la [trousse d'outils de télé-
AVC des Recommandations](#).*
- iii. Un membre désigné de l'équipe devrait assurer le transfert de l'information et l'aiguillage vers les services de suivi appropriés pour la personne ayant subi un AVC [niveau de preuve B].

Encadré 3 : Liste de vérification des principaux renseignements de la feuille médico-administrative de transition

Éléments fournis par le fournisseur de soins primaires et la feuille médico-administrative de transition vers le prochain établissement de soins

- Le diagnostic d'AVC, l'étiologie et la date de l'AVC
- Les facteurs de risque d'AVC
- Les stratégies de prévention secondaire
- Les antécédents médicaux
- Les antécédents sociaux et familiaux
- La médication à la sortie de l'hôpital
- Le sommaire de l'évolution de la maladie, y compris les complications secondaires, les facteurs de comorbidité, les examens pertinents (p. ex., les laboratoires et l'imagerie diagnostique) et tout suivi requis
- La définition des priorités et des besoins urgents en matière de soins
- L'état du plan préalable de soins
- Le résumé des déficiences causées par l'AVC et des traitements reçus
- Le niveau de fonction lors de la transition en ce qui a trait aux activités (notamment domestiques) de la vie quotidienne et la mobilité fonctionnelle, y compris toute supervision ou assistance requise
- Les services communautaires de soins à domicile organisés et les recommandations de placement en cas de crise
- Les ressources et l'équipement prescrits, y compris ce qui a été fourni et ce qui est en attente
- Le plan de prise en charge recommandé pour l'avenir, y compris les traitements, le programme à domicile, les activités communautaires et les consultations médicales en attente
- Les recommandations et le plan de reprise de la conduite automobile, s'il y a lieu
- Les recommandations et le plan de retour au travail, s'il y a lieu
- Les objectifs continus et à long terme
- Les rendez-vous de suivi planifiés et en attente
- La détermination précise des responsabilités en matière de suivi des fournisseurs de soins primaires
- La communication directe entre le médecin ayant la plus grande part de responsabilité et le fournisseur de soins primaires, au besoin

Justification

Les soins de l'AVC peuvent être complexes et exigent une surveillance et une prise en charge continues. Une communication claire et opportune est essentielle pour assurer la continuité des soins, la sécurité et la réduction du risque de complications et d'événements indésirables qui résultent de la confusion et de l'ambiguïté qui peuvent survenir aux points de transition.

Les personnes qui ont une expérience vécue de l'AVC ont signalé que le système de santé peut sembler cloisonné entre différentes spécialités ou systèmes de soins et que l'intégration et les

interactions entre les milieux de soins et les praticiens sont limitées. Ces expériences causent de la frustration, un sentiment d'accablement et un fardeau supplémentaire aux familles des patients qui quittent les soins de courte durée ou la réadaptation en milieu hospitalier pour retourner dans la collectivité. Ces préoccupations soulignent l'importance de la communication entre les membres de l'équipe de soins de santé et des différents milieux tout au long des transitions de soins.

La planification efficace de la sortie de l'hôpital est essentielle aux transitions sans heurts dans le continuum de soins de l'AVC. Une planification retardée ou incomplète prolonge le séjour à l'hôpital et accroît le risque d'événements indésirables après la sortie. Les personnes ayant subi un AVC, les membres de leur famille et les fournisseurs de soins qui participent à chaque phase des soins devraient tous participer à la planification de la sortie pour assurer une transition efficace et sécuritaire.

La rétroaction fournie par les personnes ayant une expérience vécue de l'AVC a permis de mettre en évidence l'importance du moment de la planification de la sortie de l'hôpital. La planification de la sortie à tous les stades de soins, plutôt qu'immédiatement avant le congé, peut améliorer l'expérience de la personne ayant subi un AVC, de sa famille et de ses aidants. De plus, tous les services et ressources peuvent alors être établis à l'avance. Les personnes qui ont une expérience vécue de l'AVC déclarent se buter à des difficultés d'accès au transport adapté, au soutien financier et aux ressources après leur sortie, par exemple, en raison d'une restriction d'âge. Ces défis étaient d'autant plus complexes lorsque la personne n'avait pas de médecin de famille, une situation qui aurait dû être abordée et prise en considération au cours de la planification de la sortie.

Exigences pour le système

Le soutien et les mesures à prendre en matière de transitions de soins ont lieu dans tout le continuum des soins de l'AVC, y compris aux soins primaires, au service des urgences, aux soins de courte durée, ainsi qu'aux milieux communautaires et de réadaptation, de soins complexes, de transition et de soins de longue durée. Pour assurer une communication efficace entre les milieux et les fournisseurs de soins, il faudrait mettre en place des processus et des mécanismes, notamment :

- l'établissement de relations solides et d'ententes officielles entre les fournisseurs de soins dans les régions et d'une région à l'autre pour favoriser la transition efficace et opportune;
- l'élaboration de processus communs dans l'ensemble des établissements et des milieux de soins de santé pour la coordination de la planification de la sortie, la prise en charge médicale continue des soins primaires au suivi, en passant par les services communautaires, et l'accès aux services de santé requis (p. ex., la réadaptation continue et les soins de courte durée);
- la mise en place de processus, de protocoles et de ressources pour la réalisation d'évaluations à domicile par les membres de l'équipe interprofessionnelle avant la sortie;
- l'accès à des services de soutien ainsi qu'à des formations pour les aidants en matière d'autogestion de la maladie, le cas échéant, pour assurer une transition en douceur;
- l'obtention de ressources capables d'offrir des services appropriés et opportuns relativement au stade de soins suivant, y compris en matière de spécialisation, d'intensité et de fréquence;
- l'établissement de relations solides et d'ententes officielles entre les fournisseurs de soins des régions afin de favoriser la transition efficace et opportune des personnes ayant subi un AVC;
- la mise en œuvre de normes, de processus et d'outils pour assurer l'envoi en temps opportun des feuilles médico-administratives aux fournisseurs de soins primaires et aux autres professionnels ou organismes de soins de santé concernés afin de faciliter la continuité des soins aux points de transition;
- l'offre de ressources adéquates aux services communautaires de santé et de soutien pour les personnes ayant subi un AVC;
- l'offre, au moment opportun, de bons soins et services adaptés au milieu à ceux ayant subi un AVC;
- la possibilité pour les travailleurs sociaux et autres professionnels de gestion de cas ou de la santé de s'acquitter de leurs responsabilités spécifiques en matière de planification de sortie;
- le recours à du personnel conscient du droit à la vie privée de la personne, respectueux de la législation à cet égard et aux préférences en cas de divulgation des renseignements concernant la personne ayant subi un AVC;

- la création et la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments universel, équitable et instauré en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour permettre d'améliorer l'accès aux médicaments efficaces et peu coûteux pour toute la population, peu importe le lieu de résidence, l'âge ou la capacité à payer. Une liste étoffée de médicaments admissibles ayant l'État comme premier payeur.

Indicateurs de rendement

Indicateurs de rendement clinique et du système de santé

Planification de la transition

1. Proportion de patients ayant subi un AVC en phase aiguë qui ont passé au moins un jour à un autre niveau de soins au cours de leur admission aux soins de courte durée en raison de l'AVC.
2. Nombre moyen de jours passés à un autre niveau de soins dans un milieu de soins de courte durée.
3. Durée médiane du séjour des personnes ayant subi un AVC dans les soins de courte durée en milieu hospitalier (de base).
4. Taux de réadmission des personnes ayant subi un AVC et sorti de l'hôpital, peu importe la raison, dans les 90 jours, 6 mois et 1 an.
5. Nombre d'admissions dans un établissement de soins de longue durée au cours de l'année suivant le retour dans la collectivité après un AVC.

Communications interprofessionnelles

1. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC qui reçoivent une copie de leur plan de soins et de leur feuille médico-administrative remplis au moment de leur sortie des soins de courte durée ou de la réadaptation en milieu hospitalier.
2. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC pour lesquelles une feuille médico-administrative est remplie préalablement ou dans les 48 heures avant la sortie d'un milieu de soins à un autre et reçue par le fournisseur de soins du stade suivant.

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

1. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC qui reçoivent un exemplaire rempli de leur feuille médico-administrative remplie au moment de leur sortie des soins de courte durée ou de la réadaptation en milieu hospitalier.
2. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui retournent à l'hôpital pour des raisons non médicales (p. ex., incapacité de s'adapter).
3. Qualité de vie des personnes ayant subi un AVC en phase aiguë après leur sortie de l'hôpital, mesurée régulièrement ainsi qu'aux points de transition tout au long du rétablissement (par exemple, 60, 90 et 180 jours et 1 an après la sortie).

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

Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

- Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC : une ressource pour les fournisseurs de soins de santé – www.pratiquesoptimalesavc.ca
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – Élaborer et maintenir les soins interprofessionnels : optimisation des résultats des patients/clients, des organisations et du

système (en anglais seulement) – <http://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare>

- Qualité des services de santé Ontario : *Transitions entre l'hôpital et la maison* – <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/Transitions-entre-lh%C3%B4pital-et-la-maison>
- Aperçu de la feuille médico-administrative (en anglais seulement) – <http://mcmasterpa.weebly.com/how-to-discharge-summaries.html>
- Centre d'éducation interprofessionnelle de l'Université de Toronto (en anglais seulement) – <http://www.ipe.utoronto.ca>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (en anglais seulement) – <http://www.cihc.ca>
- Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme – <https://drive.google.com/file/d/13PEfNoWtUlgDr-9GR-szYMKrsyZHANq6/view>
- Centre pour l'avancement de la formation interprofessionnelle (en anglais seulement) – <http://www.caipe.org.uk/>
- Trousse d'outils de la méthode de sortie Re-Engineered Discharge (en anglais seulement) – <http://www.ahrg.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html>
- Lignes directrices du Réseau de réadaptation de la grande région de Toronto sur le transfert interorganisationnel de la responsabilité (en anglais seulement)
http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/tools/GTA_Rehab_Networks_Inter-Organizational_Transfer_of_Accountability_Guideline.pdf

Ressources à l'intention des personnes ayant subi un AVC, des familles et des aidants

- Fiche d'information sur la réadaptation et le rétablissement: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx>
- Fiche d'information sur les transitions et la participation communautaire: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx>
- Le répertoire des services et ressources de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- *Votre cheminement après un AVC : un guide à l'intention des survivants de l'AVC* – https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/yourstrokejourney_final_frenchv2.ashx?rev=f0621a1ea07a452c9e9fed76c18a9e87
- Liste de contrôle post-AVC – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Guide familial de l'AVC pédiatrique – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Des renseignements sur le rétablissement et le soutien de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- *L'AVC chez les jeunes adultes* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>

- Prendre soin de moi : un guide pour ma sortie de l'hôpital (en anglais seulement) – <http://www.ahrg.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/hospitals-clinics/goinghome/goinghomeguide.pdf>
- Info AVC – www.stroking.ca/fr
- Les ressources à l'intention des patients du Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC – <https://www.canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/patients>

Résumé des données probantes (offert en anglais seulement)

Discharge Planning

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. In a recent Cochrane review Gonçalves-Bradley et al. (2016) identified 30 RCTs including patients admitted to any type of hospital (acute, rehabilitation or community) with any medical or surgical condition (one trial [Sulch et al. 2010] included patients 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 (MD -0.73, 95% CI -1.33 to -0.12) and unscheduled three-month readmission rates (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 between group differences were reported in terms of discharge destination or mortality. In the only RCT identified in the Cochrane review, Sulch et al. (2000) 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 between group differences were reported with respect to six-month mortality (13% vs. 8%), institutionalization (13% vs. 21%), or length of stay (50±19 vs. 45±23). 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).

Stroke Navigators

Navigating through the post-stroke continuum has been highlighted as a frequent source of dissatisfaction, for patients and informal caregivers, particularly during the transition from hospital to community. Several studies have been conducted to evaluate the benefit of individuals who coordinate access to appropriate services for patients recovering from stroke, who go by many names including stroke navigator, case manager, care coordinator, or system navigator). Manderson et al. (2011) conducted a systematic review including 15 publications, representing 9 RCTs examining system navigation models for older adults living with multiple chronic diseases making transitions across healthcare settings. The services provided included care planning, coordination of care, phone support, home visits, liaison with medical and community services, and patient and caregiver education. In most of the studies, economic, psychosocial and functional benefits were associated with system navigation. While the services of a registered occupational therapist, who functioned as a community stroke navigator, resulted in significant improvements in the mean daily functioning subscale of the Reintegration to Normal Living Index RNLi among 51 patients at the end of four months, (54.1 to 59.3, p=0.02), there were no significant improvements in other outcomes (2-minute walk test, depression

outcomes), or any caregiver outcomes (Egan et al. 2010).

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 (Snow et al. 2009). Following stroke, a person 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. In a systematic review (Kattel et al 2018), 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 (2015) 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. 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. (2007), 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. (2006) 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.

Les tableaux de données probantes et les liste de références sont accessibles au
www.pratiquesoptimalesavc.ca.

Section 4 : Participation communautaire après un AVC

* **REMARQUE** : Les sujets abordés dans cette section comprennent des éléments relatifs à la réadaptation active, à la communauté et à la participation. Ceux-ci figurent dans la deuxième partie intitulée « Les transitions et la participation communautaire après un AVC », de manière à les regrouper sous un seul ensemble de recommandations exhaustif.

Recommandations

4.0 Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient recevoir de l'information, de l'éducation, de la formation, du soutien et un accès aux services tout au long des transitions vers la communauté afin d'optimiser la reprise de leurs responsabilités, de leurs activités et de leur participation sociale [niveau de preuve B].

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

- i. De retour dans la communauté, les personnes ayant subi un AVC devraient faire l'objet d'un suivi médical régulier, continu et adapté à leurs besoins personnels, afin d'évaluer la progression du rétablissement, de prévenir la détérioration de l'état de santé, d'optimiser les résultats fonctionnels et psychosociaux, de prévenir la récurrence de l'AVC et d'améliorer la qualité de vie [niveau de preuve B].
 - a. L'examen initial avec le fournisseur de soins primaires devrait idéalement avoir lieu au cours du premier mois suivant la sortie de l'hôpital et porter sur la prévention secondaire et les questions médicales et fonctionnelles. Un suivi continu doit s'en suivre au besoin [niveau de preuve C]. [Se reporter au chapitre sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations](#) et à la [Liste de contrôle post-AVC pour en savoir plus](#).
 - b. Le cas échéant, les personnes ayant subi un AVC devraient faire l'objet d'un dépistage et d'un traitement des problèmes cognitifs, des problèmes de santé mentale (p. ex., la dépression et l'anxiété) et des problèmes psychosociaux, que ces problèmes soient récents ou connus [niveau de preuve B]. [Pour de plus amples renseignements, se reporter au chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC des Recommandations](#).
- ii. Il faut optimiser la gestion de la prévention secondaire ainsi que les stratégies de réduction des facteurs de risque dans tous les milieux, y compris les soins de longue durée [niveau de preuve A]. [Se reporter au chapitre sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations pour en savoir plus](#).
- iii. L'aiguillage vers les cliniques et les services de prévention de l'AVC pourrait être entrepris au besoin (p. ex., à la sortie de l'hôpital et après le retour dans la communauté) [niveau de preuve C]. [Se reporter au chapitre sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations pour en savoir plus](#).

4.2 Prise en charge de la santé fonctionnelle

- i. Les personnes ayant subi un AVC de retour dans la communauté et dont l'état fonctionnel se détériore devraient faire l'objet d'interventions ciblées, le cas échéant [niveau de preuve B], même si la détérioration survient plusieurs mois ou années après l'AVC. *Pour de plus amples renseignements sur les interventions ciblées, consulter le [chapitre sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC des Recommandations](#).*
- ii. Des processus devraient être en place pour que les personnes ayant subi un AVC puissent avoir de nouveau accès à des services de réadaptation ou de santé mentale, le cas échéant, pendant leur rétablissement à long terme [niveau de preuve B]. *Pour de plus amples renseignements, consulter le [chapitre sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC](#) et le [chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC](#) des Recommandations.*
- iii. Les personnes ayant subi un AVC devraient être encouragées à participer, au besoin, à des programmes d'exercices communautaires dont les bienfaits sont appuyés par des données probantes [niveau de preuve A].

4.3 Participation aux responsabilités sociales et quotidiennes après un AVC : la conduite automobile

A. Éducation et dépistage

- i. Il faudrait aviser le patient de ne pas conduire pendant au moins un mois après un AVC, comme le prescrivent les Normes médicales pour la conduite automobile du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) [niveau de preuve B].
- ii. La personne ayant subi un AVC devrait savoir si l'autorité chargée de délivrer les permis a été mise au fait du changement de son état de santé pouvant avoir une incidence sur sa capacité de conduire [niveau de preuve C].
- iii. Les personnes qui a subi au moins un AIT devraient recevoir l'interdiction de conduire jusqu'à ce qu'une évaluation neurologique complète, y compris de la fonction sensorimotrice et de la capacité cognitive, ne révèle aucune perte résiduelle de capacité fonctionnelle et aucun risque évident de récurrence soudaine qui pourrait présenter un danger au volant, conformément aux Normes médicales pour la conduite automobile du CCATM [niveau de preuve C].
 - a. De plus, toute cause sous-jacente de l'AVC a été traitée de façon appropriée [niveau de preuve C].
** Voir la réglementation provinciale ou territoriale en matière de signalement aux autorités de l'aptitude à conduire d'une personne et les exigences relatives à la reprise de la conduite automobile.*
- iv. Les personnes ayant subi un AVC peuvent être questionnées sur leur désir de reprendre la conduite automobile lors des transitions et des visites de suivi [niveau de preuve C].

B. Évaluation de l'aptitude à la conduite

- i. Les personnes qui désirent reprendre le volant après un AVC devraient être évaluées en fonction de leurs capacités de conduite et de leurs besoins de réadaptation à l'aide de méthodes valides et fiables en mesure de détecter toute déficience fonctionnelle, sensorielle, perceptuelle, motrice ou cognitive résiduelle [niveau de preuve B], conformément aux critères provinciaux ou territoriaux en matière de reprise de la conduite automobile.
 - a. L'évaluation sensorielle et perceptuelle devrait être axée sur la vision, les champs visuels et l'attention visuelle.

- b. L'évaluation de la motricité devrait mettre l'accent sur la force, l'amplitude des mouvements, la coordination et le temps de réaction.
- c. L'évaluation cognitive devrait être axée sur la résolution de problèmes, la rapidité de la prise de décision, le jugement et la compréhension de la lecture et des symboles.

Consulter le [tableau 3 de l'annexe](#) pour les outils d'évaluation suggérés en matière d'évaluation avant la conduite.

- ii. Une personne qui présente des déficits neurologiques résiduels qui touchent la capacité de conduire devrait subir une évaluation approfondie de son aptitude à conduire, y compris une évaluation sur route approuvée par le gouvernement [niveau de preuve B].
 - a. Les personnes ayant subi un AVC peuvent être dirigées vers des programmes de formation, y compris sur simulateur, pour les préparer à reprendre le volant [niveau de preuve B].

C. Réadaptation et prise en charge en vue du retour à la conduite automobile

- i. Après un AVC, les personnes fonctionnellement aptes qui désirent reprendre le volant devraient se voir offrir des traitements de réadaptation appropriés, au besoin, pour corriger les problèmes fonctionnels, perceptuels et cognitifs et augmenter leurs chances de réussir [niveau de preuve B].
- ii. Les personnes incapables de reprendre le volant peuvent être informées des solutions de rechange en matière de transport et recevoir de l'assistance pour y avoir accès [niveau de preuve C].
- iii. Un soutien ou des conseils pour faire face à la perte de la capacité de conduire pourraient être offerts aux personnes incapables de reprendre le volant [niveau de preuve C].

4.4 Participation aux responsabilités sociales et quotidiennes après un AVC : les responsabilités professionnelles

- i. Après avoir subi un AVC, les gens peuvent être considérés pour une évaluation de leurs champs d'intérêt professionnels (p. ex., le travail, l'école et le bénévolat) et de leur capacité à reprendre leur profession [niveau de preuve C].
 - a. Cette évaluation initiale pourrait avoir lieu tôt dans la phase de réadaptation et devrait être faite à nouveau lors des transitions, le cas échéant [niveau de preuve C].
 - b. Les constatations pourraient servir à la personne pour établir des objectifs personnalisés et planifier une réadaptation précoce et continue [niveau de preuve C].
- ii. Dans la mesure du possible, il faut encourager la reprise des activités professionnelles. Ce retour pourrait se faire de manière graduelle si nécessaire [niveau de preuve C].
- iii. Le recours à l'aiguillage ou à la consultation est envisageable (comme dans le cas des services professionnels) pour faciliter le retour aux activités professionnelles dans le cadre des transitions vers la communauté [niveau de preuve C].
- iv. Une évaluation cognitive détaillée, y compris sur le plan neuropsychologique ou ergothérapeutique, le cas échéant, est envisageable pour aider à déterminer la capacité de la personne à répondre aux besoins actuels ou potentiels de son emploi et pour contribuer à la planification professionnelle [niveau de preuve C].
- v. L'aiguillage vers des services de réadaptation professionnelle est envisageable, le cas échéant [niveau de preuve C].

- a. Un membre désigné de l'équipe de soins peut fournir des conseils et des renseignements sur les droits et les prestations d'emploi aux personnes qui a subi un AVC [niveau de preuve C].
- vi. Il faudrait procéder à l'examen des préoccupations financières, de la viabilité et des avantages sociaux possibles pendant l'admission et avant la sortie, puis lors des évaluations de suivi et des transitions [niveau de preuve C].
- vii. Dans la mesure du possible, l'équipe de soins de santé peut collaborer avec les employeurs et les éducateurs à l'élaboration d'un plan approprié de retour au travail ou à l'école [niveau de preuve C].
 - a. Il faut inciter les employeurs et fournisseurs de services d'éducation à suivre les recommandations thérapeutiques relatives aux modifications à apporter au travail ou à l'école, et à offrir une marge de manœuvre qui permet au patient d'y retourner à un rythme adéquat [niveau de preuve C].

4.5 Participation aux responsabilités sociales et quotidiennes après un AVC : *les loisirs et la participation sociale*

- i. En ce qui a trait aux loisirs, les personnes ayant subi un AVC devraient faire l'objet d'une évaluation des objectifs, des champs d'intérêt et de la participation sociale tels qu'ils sont actuellement et tels qu'ils étaient avant l'AVC [niveau de preuve B].
- ii. Une évaluation multidimensionnelle et exhaustive des compétences et des aptitudes nécessaires à la participation à des activités sociales et loisirs, antérieurs et nouveaux, devrait être effectuée [niveau de preuve B].
- iii. Les personnes ayant subi un AVC qui éprouvent de la difficulté à s'adonner à des loisirs et à d'autres activités sociales devraient bénéficier d'interventions thérapeutiques ciblées et de plans de participation personnalisés fondés sur l'établissement d'objectifs en collaboration avec leur équipe de soins [niveau de preuve A].
- iv. Idéalement, les personnes ayant subi un AVC pourraient recevoir de l'information ou être dirigées vers des ressources communautaires en matière d'engagement et d'autogestion de la maladie, relativement aux activités continues de nature physique, sociale, émotionnelle, intellectuelle et spirituelle, et à la participation à la vie communautaire [niveau de preuve C].

4.6 Participation aux responsabilités sociales et quotidiennes après un AVC : *les relations et la sexualité*

- i. Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient être informés et conseillés concernant l'impact potentiel de l'AVC sur les relations [niveau de preuve B].
- ii. Après avoir subi un AVC, les gens devraient avoir l'occasion de discuter de leur intimité, de leur sexualité et de leurs fonctions sexuelles avec leur professionnel de la santé [niveau de preuve B].
 - a. Les problèmes de sécurité, les changements de la libido ainsi que les limitations physiques et les conséquences émotionnelles qui résultent d'un AVC sont des exemples de sujets à aborder lors des discussions [niveau de preuve B].
 - b. Le cas échéant, entamer les discussions avant la sortie du patient hospitalisé et à mesure qu'il réintègre la communauté [niveau de preuve C].
 - c. Le cas échéant, fournir des instructions verbales et écrites adaptées aux capacités et déficits de communication ou de nature cognitive de la personne [niveau de preuve C].
- iii. Les séances d'éducation à l'intention des personnes ayant subi un AVC ou de leurs partenaires peuvent porter sur les changements prévus relatifs à l'intimité et à la sexualité, et sur les

stratégies pour maximiser la fonction sexuelle et pour fournir une foire aux questions sur les relations après un AVC [niveau de preuve C].

- iv. L'aiguillage vers un spécialiste de la santé sexuelle est envisageable pour les personnes aux prises avec une atteinte d'une dysfonction sexuelle persistante [niveau de preuve C].
- v. Les médecins peuvent discuter de l'utilisation de médicaments pour traiter la dysfonction sexuelle ainsi que de leurs contre-indications [niveau de preuve C].

4.7 Participation aux responsabilités sociales et quotidiennes après un AVC : les mesures de soutien de la communauté

- i. Les professionnels de la santé de tous les milieux peuvent fournir aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidants des renseignements concernant l'accès aux services de soutien aux personnes ayant une incapacité dans leur région et les mettre en communication avec ceux-ci [niveau de preuve C].
 - a. Les membres de l'équipe de soins de santé, les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient travailler ensemble à l'élaboration d'un plan d'accessibilité avant la transition vers un domicile ou un milieu de vie communautaire [niveau de preuve C].
 - 1. Ce plan devrait tenir compte de la fonction physique, et des capacités et déficiences de communication et de nature émotionnelles, cognitives et perceptuelles de la personne ayant subi un AVC.
 - b. Les lois et les lignes directrices en matière d'invalidité pourraient être expliquées aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidants par des fournisseurs de soins désignés, en vue de la transition [niveau de preuve C].
 - c. Le fait que les membres de l'équipe de soins de santé remplissent dûment et en temps opportun la documentation et les demandes nécessaires avec les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants peut minimiser les retards d'accès aux services admissibles [niveau de preuve C].
 - d. La collaboration entre les membres désignés de l'équipe de soins de santé et les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants peut faciliter la navigation dans les systèmes et rendre accessibles les services et l'équipement appropriés en temps opportun [niveau de preuve C].

4.8 Participation aux plans préalables de soins

- i. L'équipe de soins de santé devrait s'assurer que les objectifs de soins et les décisions relatives au plan préalable de soins de la personne ayant subi un AVC sont examinés et mis à jour périodiquement avec elle, sa famille et ses aidants s'il y a lieu, par exemple lorsque son état de santé change [niveau de preuve B]. [Voir la section 10 du chapitre sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour de plus amples renseignements.](#)
 - a. La planification préalable des soins peut comprendre un mandataire spécial (mandataire ou agent) et doit se conformer à la législation provinciale [niveau de preuve C].
 - b. Les discussions sur la planification préalable des soins devraient être documentées; réévaluées régulièrement, y compris aux points de transition ou lors d'un changement de statut, avec l'équipe de soins actifs et la personne ayant subi un AVC le patient ou le mandataire spécial; et être consignées avec la feuille médico-administrative [niveau de preuve C].
 - c. La discussion respectueuse des valeurs et souhaits du patient doit être conciliée avec les renseignements relatifs aux soins médicalement appropriés dans la prise en charge

continue de l'AVC, le pronostic et les soins médicaux futurs [niveau de preuve C]. [Voir la section 10 du chapitre sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour de plus amples renseignements.](#)

4.9 Participation aux soins palliatifs communautaires

- i. L'aiguillage et la prise de contact avec les services communautaires d'hospice et de soins palliatifs peuvent être coordonnés, au besoin, en fonction de l'état de la personne et de ses objectifs de soins [niveau de preuve C]. [Voir la section 11 du chapitre sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour de plus amples renseignements.](#)
- ii. Les besoins des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants, y compris les aspects physiques, spirituels, culturels, psychologiques, éthiques et sociaux, peuvent être pris en compte à l'aide de techniques de communication appropriées [niveau de preuve C].

Justification

Les personnes qui ont subi un AVC et leur famille décrivent constamment la période qui suit la sortie de l'hôpital comme stressante et difficile, alors qu'ils s'adaptent à de nouvelles responsabilités et à des capacités fonctionnelles et cognitives potentiellement altérées. La participation à des responsabilités quotidiennes et à des activités significatives contribue à l'amélioration du sentiment général de bien-être et de satisfaction. Celles-ci s'étendent de la reprise de la conduite automobile au rétablissement des relations et de l'intimité, en passant par les loisirs et les activités sociales.

Les personnes qui ont un AVC et leur famille regrettent souvent la perte du soutien social, émotionnel et pratique qu'offrait le milieu hospitalier. Elles ont déclaré qu'une visite de suivi après leur retour à domicile aurait été bénéfique. Elles décrivent les difficultés d'accès aux services et aux ressources une fois de retour dans la communauté. Les données probantes montrent qu'en présence d'une coordination des soins hors du milieu hospitalier et de services de soutien communautaires, les résultats de santé du patient s'améliorent et sa satisfaction augmente. Comme les gens désirent fortement reprendre le contrôle de leur vie et regagner leur autonomie, la conception des systèmes et services de santé devrait aller en ce sens.

L'ajout de recommandations pour les soins de longue durée découle de données qui montrent que le nombre de personnes qui ont subi un AVC non seulement est parmi les plus élevés chez les patients qui reçoivent des soins de longue durée, mais croît également à un rythme constant dans le monde. Ces personnes en transition vers les soins de longue durée devraient toujours avoir des objectifs et des plans de réadaptation et de rétablissement axés sur les soins de rétablissement, le maintien de la fonction et le soutien en cas de dégradation de l'état de santé, et être prises en charge par du personnel bien informé en matière d'AVC pour favoriser au mieux l'atteinte des résultats espérés.

Exigences pour le système

Des transitions et une participation communautaire réussies nécessitent les éléments suivants :

- l'éducation et la formation de tous les professionnels de la santé, personnes ayant subi un AVC, membres de la famille et aidants en matière de compétences et de stratégies de prise de décisions partagée;
- des soins de suivi adéquats et opportuns dans toutes les provinces et tous les territoires pour appuyer la participation communautaire;
- l'assistance aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et à leurs aidants dans le cadre d'un plan de soins évolutif et d'évaluations de suivi régulières;

- la coordination entre le fournisseur de soins primaires et les agences communautaires pour faciliter l'orientation vers les programmes et les services appropriés en matière d'évaluation pour la reprise de la conduite automobile;
- l'accès à des moyens de transport public appropriés venant en aide aux personnes ayant une incapacité;
- des programmes favorisant un accès rapide et abordable à la mobilité et aux appareils d'assistance pour les personnes ayant subi un AVC;
- des professionnels de la santé, des aidants de la collectivité et des milieux de soins de longue durée possédant une expertise en soins de l'AVC et ayant accès à une formation continue;
- des programmes communautaires, des soins de relève et des possibilités d'éducation offrant un soutien continu aux aidants conciliant leurs besoins personnels et leurs responsabilités envers le patient;
- des stratégies visant à aider les survivants de l'AVC à élaborer, à maintenir et à améliorer leur soutien social et à se réinvestir dans les activités professionnelles, sociales et récréatives qu'ils veulent;
- l'offre d'information, à toutes les personnes ayant subi un AVC, à toutes les familles et à tous les aidants, concernant les ressources communautaires et les processus pour y accéder;
- les professionnels de la santé devraient militer pour garantir l'offre de solutions de rechange à la conduite automobile dans la collectivité.

Indicateurs de rendement

Indicateurs de rendement clinique et du système de santé

1. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui sortent des soins de courte durée et sont aiguillées vers des soins à domicile ou des services de soutien communautaires.
2. Proportion de réadmissions aux soins de courte durée pour des causes liées à l'AVC après la sortie dans la collectivité, classées selon le type d'AVC.
3. Proportion de personnes ayant subi un AVC qui retournent au service des urgences ou à l'hôpital pour des raisons autres que physiques (p. ex., l'incapacité de s'adapter).
4. Nombre de personnes ayant subi un AVC pour qui, selon la documentation, des renseignements ont été fournis à eux ou à leur famille en matière de programmes éducatifs formels et informels, de soins après un AVC, de services disponibles, et de processus d'accès et de couverture de l'assurance-maladie pour ces services.
5. Documentation de la prise de décisions partagée et collaborative entre les professionnels de la santé et les personnes ayant subi un AVC concernant les plans de transition personnalisés.
6. Nombre de personnes ayant subi un AVC dirigées vers une équipe de prévention secondaire par l'équipe de réadaptation.
7. Nombre de consultations en soins primaires dans des délais précis pour des questions liées à l'AVC.
8. Nombre de visites au service des urgences dans des délais précis.
9. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC qui retournent chez eux à la suite d'une réadaptation et qui ont besoin de services de santé communautaires (p. ex., soins à domicile ou soins de relève).
10. Délai entre la sortie de l'hôpital (que ce soit des soins de courte durée ou de la réadaptation en milieu hospitalier) et la mise en place des services de santé communautaires.
11. Fréquence et durée des services de santé communautaire, classés selon le type de service fourni.
12. Nombre de réadmissions en soins de courte durée pendant la réadaptation post-AVC pour des causes liées à l'AVC.
13. Pourcentage des personnes ayant subi un AVC de retour dans la communauté après une hospitalisation en soins de courte durée ou un séjour en réadaptation qui doivent être admises dans

un établissement de soins de longue durée ou dans un centre de soins infirmiers dans les 6 mois ou dans l'année.

14. Temps d'attente moyen entre l'orientation vers un centre de soins infirmiers, de soins continus complexes ou de soins de longue durée et l'admission.
15. Documentation indiquant que l'évaluation de l'aptitude à la conduite a été effectuée et des conseils connexes ont été donnés.
16. Nombre de personnes ayant subi un AVC dirigées vers un ergothérapeute dans la communauté pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite.

Mesures des expériences et des résultats déclarés par la personne (MEDP et MRDP)

1. Mesure du fardeau des soins pour la famille et les aidants vivant dans la communauté.
2. Les changements en ce qui a trait à la qualité de vie sont 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 un AVC).

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- Indicateur de rendement 1 : les données peuvent être obtenues à partir des dossiers des patients hospitalisés ou des documents des services de soutien communautaires. Il pourrait être difficile de faire le suivi de l'éducation informelle ou offerte par les fournisseurs de soins primaires, sauf si des outils de vérification particuliers sont élaborés et mis en œuvre dans les régions. Voir aussi certains indicateurs de rendement énumérés à la recommandation 2.1.
- Le suivi des visites au service des urgences peut être fait à partir de la base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé pour les établissements participants ou des dossiers d'hospitalisation si la personne ayant subi un AVC au service des urgences où il a été hospitalisé.
- L'Institut canadien d'information sur la santé dispose d'un jeu de données administratives sur les soins continus complexes et les soins de longue durée, qui utilise un ensemble minimal de données obligatoire dans plusieurs régions du Canada. Ce jeu de données utilise l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-MDS) pour évaluer l'état fonctionnel. À l'heure actuelle, il n'existe aucun modèle de comparaison reconnu entre la mesure de l'indépendance fonctionnelle et l'instrument d'évaluation des résidents.
- Les données de réadmission en milieu hospitalier de la réadaptation aux soins de courte durée peuvent être obtenues à partir des données administratives des hôpitaux à l'échelle nationale et provinciale.
- Les données relatives aux consultations pour des soins de santé primaires et les indicateurs liés à l'information et à l'éducation sont difficiles à mesurer. Ils pourraient être obtenus au moyen de sondages et d'outils de vérification normalisés à l'échelle locale ou régionale.

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

Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

- [Tableau 1 : Outils d'évaluation de la participation et de la qualité de vie liée à la santé \(annexe 2\)](#)
- [Tableau 3 : Outils d'évaluation en prévision de la conduite automobile et outils de recherche corrélés au risque lié à la conduite automobile \(annexe 2\)](#)
- Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC : une ressource pour les fournisseurs de soins de santé – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels>

- La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) – <https://www.strokengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- Le Chedoke-McMaster Stroke Assessment – <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/chedoke-mcmaster-stroke-assessment-measure>
- Le Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) – <https://craighospital.org/programs/research/research-instruments>
- La mesure d'intégration communautaire – <http://www.disabilitypolicyalliance.ca/community-integration-measure>

Ressources à l'intention des personnes ayant subi un AVC, des familles et des aidants

- Fiche d'information sur la réadaptation et le rétablissement: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx>
- Fiche d'information sur les transitions et la participation communautaire: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx>
- *Votre cheminement après un AVC : un guide à l'intention des survivants de l'AVC* – https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/yourstrokejourney_final_frenchv2.ashx?rev=f0621a1ea07a452c9e9fed76c18a9e87
- *Liste de contrôle post-AVC* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Le répertoire des services et ressources de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- Le programme La vie après un AVC^{MC} – <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/le-programme-la-vie-apres-un-avc>
- *Guide familial de l'AVC pédiatrique* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Les ressources à l'intention des patients du Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC – <https://www.canadianstroke.ca/fr/outils-et-ressources/patients>
- Info AVC – www.strokengine.ca/fr

Résumé des données probantes (offert en anglais seulement)

The post-discharge period is a difficult time of adjustment for both patients and their families, as they return to vocational and social life roles. For persons returning home, the transition period may be challenging as the social, emotional, and practical support offered by inpatient care is lost.

Return to Work

Return to work (RTW) is one of the most important issues for those who were working at the time of their stroke. Following stroke, the reported rates of RTW vary widely. Using the results from 29 studies, Edwards et al. (2017) reported that the overall frequency of return to either full or part-time work, assessed up to 12 years following stroke ranged from 7.3%–74.5%. Up to 6 months following stroke, 41% of persons had returned to work, increasing to 66% at 4–6 years. Hackett et al. (2012) reported that 75% of persons previously employed at the time of stroke had returned to work at one year. Hannerz et

al. (2011) reported that of 19,985 persons included in the Danish Occupational Hospitalization Register who were 20-57 years and had sustained a stroke, 62.1% were employed 2 years post stroke. At 4 years following stroke, Trygged et al. (2011) reported that 4,867 (69%) of 7,081 Swedes who had been employed prior to stroke, aged 40-59 years had successfully returned to work. The most commonly-cited predictors of successful RTW include independence in activities of daily living (ADLs), younger age, milder stroke severity higher cognitive functioning, fewer neurological deficits, strong family support, having realistic and flexible vocational goals, higher income and education, having a white-collar job and being male (Edwards et al. 2017, Wang et al. 2014, Hannerz et al. 2011), while hemorrhagic stroke, increasing age and stroke severity, and depression, have been cited as factors associated with a decreasing probability of RTW Wang et al. 2014, Hannerz et al. 2011).

Interventions to help improve the odds of successful RTW have not been well studied. Ntsiea et al. (2015) reported that a 6-week individualized workplace intervention program group was associated with an increase in the number of persons who had returned to work following a recent stroke (<8 weeks), compared with persons receiving usual care, at 6 months (60% vs. 20%, $p < 0.001$). Baldwin & Brusco (2011) included the results from 6 studies, which examined rehabilitation programs that included vocational training post stroke. Vocational rehabilitation programs were defined as those that included medical, psychological, social, physical and/or occupational rehabilitation activities with the purpose to return to work. Following completion of the programs, the RTW rates varied among the studies from 12% to 49%. The pre-stroke vocation status was reported in 3 studies and ranged from 48% to 100%.

Leisure Activity

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

A variety of programs and interventions have been evaluated to help improve participation following stroke, although few have used an assessment of leisure as the primary outcome. A systematic review by Dorstyn et al (2014) including the results from 8 RCTs that examined the benefit of a community-based intervention focusing on leisure therapy, leisure therapy + physical activity or leisure education, which provided an average of 17 sessions over 23 weeks. The majority of participants had experienced a mild or moderately-disabling stroke within the previous year. While no pooled analyses were conducted, within individual trials significant improvement was noted at the end of treatment on measures of quality of life, mood and satisfaction with leisure activity. An 8-week peer-volunteer facilitated exercise and education program was associated with significantly greater improvement in median perceived Subjective Index of Physical and Social Outcome (physical component) scores at both at the end of treatment and at one year, compared with participants who received standard care (Harrington et al. 2010). Desrosiers et al. (2007) included 62 participants residing in the community with a history of stroke within the previous 5 years and who were experiencing some limitations in leisure participation or satisfaction. The intervention involved 8-12, 60-minute, weekly education sessions, while participants in the control groups received home visits from a recreational therapist following the same schedule as the intervention group. At the completion of the study, participants in the intervention group reported significantly more time spent in active leisure activities (MD=14.0 minutes, 95% CI 3.2-24.9, $p=0.01$) and involvement in a greater number of different activities (MD= 2.9, 95% CI 1.1-4.8, $p=0.002$). Participants in the intervention group had also gained significantly more points on the Leisure Satisfaction Scale (MD= 11.9, 95% CI 4.2-19.5, $p=0.003$) and in the satisfaction of leisure needs and expectations (MD=6.9, 95% CI 1.3-12.6, $p=0.02$).

Sexuality

Reports of sexual dysfunction following stroke are common. Among several surveys including small samples, declines in sexual activity have been reported. Stein et al. (2013) surveyed 35 persons who agreed to participate, out of 268 who were included in a stroke rehabilitation research registry. Of those, 100% of men and 58% of women met the criteria for sexual dysfunction, 42% indicated their sexual functioning was worse following stroke, 94% reported that physical limitations impacted their sexual activity and 58.8% reported feeling less sexually desirable following stroke. Buzzelli et al. (2007) also reported that among 60 patients (83.3%) reported a decline in sexual activity during the first year following stroke. Variables associated with disruption of sexual activity included fear of relapse, belief that one must be healthy to have a sex life and partner who is "turned off" at the prospect of sexual activity with a "sick person".

Only a few small trials examining interventions designed to address issues relating to sexuality post stroke have been published. Sampson et al. (2015) reported no significant differences between groups on median Sexual Function Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) scores following a single 30-minute structured sexual rehabilitation session, conducted by a rehabilitation physician, compared with persons who received a fact sheet. Guo et al. (2015) reported that the percentage of stroke rehabilitation inpatients given the opportunity to talk about sexual issues increased from 0% at months 1-3 to 80% at month 10 following an intervention designed to ensure patients had opportunity to discuss sexual health with one of their healthcare providers. A study assessing a sexuality education intervention found that patients who received a short (40-50 minute) education session that outlined the changes that they can expect in their sexuality post-stroke, addressed frequently asked questions and provided tips to avoid sexual dysfunction were more sexually active and experienced greater sexual satisfaction than patients who did not. (Song et al. 2011).

Return to Driving

Since driving was part of many persons daily routine prior to stroke, returning to driving is often a high priority; however, motor, sensory, and cognitive impairments and visual fields defects can limit a person's ability to drive safely. Beyond its use for completing everyday tasks and travelling to work, driving is often seen as a symbol of independence and freedom. For those who have had a minor stroke or TIA, temporary restrictions placed on driving may be confusing and seem unwarranted. Independent predictors of successful return to driving following stroke include independence in activities of daily living and the return to paid work (Yu et al. 2016). Performance of cognitive measures such as the Trail Making Test and the Snellgrove Maze Test have been shown to predict fitness to drive (Barco et al. 2014, Devos et al. 2011). In one recent study that included 359 participants, 26.7% returned to driving after one month (Yu et al. 2016).

Interventions to help improve driving skills after stroke have not been well studied. A Cochrane review (George et al. 2014) included the results from 4 RCTs. The interventions examined included driving simulators (n=2) and skills development using the Dynavision device (n=1) and Useful Field of View training (n=1). No pooled analyses of the primary outcome, performance (pass/fail) during on-road assessment, were possible due to heterogeneity. Based on the results from a single trial, there was no significant difference in the mean on-road scores between groups at 6 months (MD=15.0, 95% CI -4.6 34.6, p=0.13), although participants in the intervention group had significantly higher scores on road sign recognition test (MD=1.69, 95% CI 0.51-2.87, p=0.0051).

Les tableaux de données probantes et les liste de références sont accessibles au
www.pratiquesoptimalesavc.ca.

Section 5 : La transition aux soins de longue durée après un AVC

Recommandations

Remarque : Ces recommandations s'appliquent particulièrement aux personnes ayant subi un AVC et vivant dans un milieu de soins de longue durée, chroniques ou continus, y compris celles qui vivaient déjà dans un tel milieu au moment de leur AVC. Ces recommandations sont destinées à être mises en œuvre en plus des soins de base (p. ex., soins liés aux besoins physiques, fonctionnels, émotionnels, cognitifs et sociaux) fournis dans le cadre de soins chroniques, continus ou de longue durée. Les recommandations formulées dans d'autres sections du présent chapitre, comme « Soutenir les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants » (section 1) et « Éducation des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants » (section 2) s'appliquent également à ces milieux.

5.1 Évaluation et planification des soins

- i. Tous les patients qui font la transition vers un établissement de soins de longue durée à la suite d'un AVC doivent faire l'objet d'un examen initial effectué par des professionnels de la santé et de la réadaptation dès que possible après leur admission [niveau de preuve A]. *Se reporter au chapitre sur la réadaptation et aux autres sections du présent chapitre pour obtenir des renseignements sur les évaluations.*
 - a. Le patient qui fait la transition vers un établissement de soins de longue durée doit se voir remettre une feuille médico-administrative et un plan de soins à apporter avec lui [niveau de preuve B]. *Se reporter à l'encadré 3 pour connaître les renseignements à inclure dans la feuille médico-administrative.*
 - b. Il peut être utile d'adapter l'examen initial de l'état fonctionnel, physique, émotionnel, cognitif et perceptif à un processus d'évaluation existant, comme le RAI-MDS 2.0 ou l'outil d'évaluation multiclientèle (au Québec), quand cela est possible [niveau de preuve C].
 - c. Les résultats de l'évaluation peuvent être utilisés pour modifier les plans de soins personnalisés afin d'optimiser la qualité de vie et de répondre aux besoins et aux objectifs fonctionnels, physiques, émotionnels, cognitifs et perceptifs des personnes admises dans un établissement de soins de longue durée après un AVC [niveau de preuve C].
 - d. Les plans de soins personnalisés peuvent être mis à jour pour tenir compte des changements apportés aux exigences en matière de soins, des questions de sécurité et de la nécessité éventuelle d'orienter les patients vers les professionnels de la santé appropriés pour d'autres consultations lorsque des régressions ou des améliorations sont constatées au cours de l'examen initial ou des réévaluations ultérieures [niveau de preuve C].
- ii. Les membres du personnel des établissements de soins chroniques, continus et de longue durée doivent bien connaître les soins de l'AVC, les objectifs de maintien et de rétablissement, les traitements et les recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Ils doivent également recevoir régulièrement une formation à jour dans ces domaines [niveau de preuve C]. *Se reporter à la ressource Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC pour du contenu formatif.*

5.2 Réadaptation et soins de rétablissement

- i. Les personnes dont les objectifs de réadaptation ne sont pas encore satisfaits doivent continuer à avoir accès à des services de réadaptation post-AVC spécialisés (comme la

physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie) après leur admission dans un milieu de vie communautaire [niveau de preuve A], y compris dans un établissement de soins de longue durée.

- ii. À toute étape de son rétablissement, une personne vivant dans un établissement de soins de longue durée dont l'état fonctionnel a changé ou s'est amélioré et qui aurait avantage à recevoir des services de réadaptation additionnels doit se voir offrir d'essayer la réadaptation active en milieu hospitalier ou à domicile [niveau de preuve B].
- iii. Les résidents d'établissements de soins de longue durée doivent avoir la possibilité de faire de l'activité physique et des activités de loisir et être encouragés à exercer les activités qui leur plaisent [niveau de preuve B].

5.3 Soutien et éducation pour la personne ayant subi un AVC et sa famille

1. Pour encourager une participation active à la planification des soins, il est nécessaire d'offrir de la formation, de l'éducation et du soutien dans les domaines suivants :
 - a. Comment participer ou encourager la participation à la planification des soins, notamment l'accès à la réadaptation et aux soins de rétablissement, le cas échéant, et à la prise de décisions partagée [niveau de preuve C].
 - b. Comment nommer un mandataire spécial (mandataire ou agent), exprimer ses directives médicales anticipées et choisir une option de soins palliatifs, le cas échéant [niveau de preuve C]. *Voir les sections 10 et 11 du chapitre de 2018 sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë des Recommandations pour de plus amples renseignements.*

Justification

Les données de surveillance des soins de santé indiquent que le nombre de personnes ayant subi un AVC est parmi les plus élevés chez les patients qui reçoivent des soins de longue durée et qu'il croît à un rythme constant dans le monde. La transition vers un établissement de soins de longue durée peut être difficile sur le plan émotif pour ces personnes, les familles et les aidants, qui n'ont pas nécessairement vécu une telle transition auparavant. Les personnes ayant subi un AVC qui font cette transition doivent être soignées dans un environnement de soutien, avec un personnel compétent et apte à répondre à leurs besoins particuliers dans ce contexte. Un tel environnement permet aux personnes ayant subi un AVC de maintenir leur qualité de vie et sa dignité, et d'avoir des objectifs et des plans de réadaptation et de rétablissement axés sur les soins de rétablissement, le maintien de la fonction, le soutien en cas de dégradation de l'état de santé et la sensibilité aux besoins familiaux. La période qui suit la sortie de l'hôpital est constamment décrite comme stressante et difficile pour les personnes ayant subi un AVC et les familles, qui doivent s'adapter à de nouvelles responsabilités, à des capacités fonctionnelles et cognitives altérées et, pour les personnes admises dans un établissement de soins de longue durée à la suite d'un AVC aigu, à un milieu de vie différent.

Exigences pour le système

Pour une transition réussie vers un établissement de soins de longue durée pour les personnes ayant subi un AVC, les familles et les aidants, les éléments suivants sont nécessaires :

- Des processus visant à appuyer le transfert rapide et efficace vers un établissement de soins de longue durée après les soins de courte durée ou la réadaptation en milieu hospitalier, évitant aux patients d'avoir à faire plusieurs transferts avant d'atteindre la destination prévue.
- Un suivi adéquat par les fournisseurs de soins de santé dans toutes les provinces et tous les territoires afin de favoriser l'accès continu à tous les services de réadaptation nécessaires, permettant ainsi la transition vers les établissements de soins de longue durée.
- L'assistance aux personnes ayant subi un AVC, aux familles et aux aidants dans le cadre d'un plan de soins évolutif et d'évaluations de suivi régulières.
- Des stratégies et des processus de communication assurant l'échange de l'information entre tous les professionnels de la santé, notamment entre l'équipe de l'établissement de soins de longue durée et celle de l'hôpital ou de soins de santé communautaires.
- Des programmes qui favorisent un accès rapide et abordable à la mobilité et aux appareils d'assistance pour les personnes ayant subi un AVC admis dans un établissement de soins de longue durée.
- Des formations continues sur l'AVC pour les professionnels de la santé, les aidants de la collectivité et le personnel des milieux de soins de longue durée visant à accroître leur expertise en soins de l'AVC. La formation doit être offerte à un éventail de professionnels de la santé, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les nutritionnistes.
- Des stratégies et des services qui visent à aider les personnes ayant subi un AVC à développer, à maintenir et à améliorer leur soutien social et à se réinvestir dans les activités sociales et récréatives qu'ils souhaitent.

Indicateurs de rendement

Indicateurs de rendement clinique et du système de santé

1. Proportion des personnes ayant subi un AVC qui passent directement d'un milieu de soins de courte durée à un milieu de soins de longue durée après un AVC en phase aiguë.
2. 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 admis dans un établissement de soins de longue durée.
3. Proportion de réadmissions aux soins de courte durée pour des causes liées à l'AVC après la sortie d'un établissement de soins de longue durée, classées selon le type d'AVC.
4. 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.
5. Nombre de visites 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 visite ou de l'hospitalisation.

Mesures des expériences et des résultats déclarés par la personne (MEDP et MRDP)

6. Mesure du fardeau des soins pour la famille et les 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.
7. Les changements en ce qui a trait à la qualité de vie sont 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 un AVC).
8. Nouvelles plaies de pression, chutes ou autres complications liées à l'AVC.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- L'Institut canadien d'information sur la santé dispose d'un jeu de données administratives sur les soins continus complexes et les soins de longue durée, qui utilise un ensemble minimal de données obligatoire dans plusieurs régions du Canada. Ce jeu de données utilise l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-MDS) pour évaluer l'état fonctionnel. À l'heure actuelle, il n'existe aucun modèle de comparaison reconnu entre la mesure de l'indépendance fonctionnelle et l'instrument d'évaluation des résidents.
- Les données de réadmission en milieu hospitalier de la réadaptation aux soins de courte durée peuvent être obtenues à partir des données administratives des hôpitaux à l'échelle nationale et provinciale.

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

Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

- [Tableau 1 : Outils d'évaluation de la participation et de la qualité de vie liée à la santé \(annexe 2\)](#)
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario : initiative 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 : techniques de positionnement en soins de longue durée – http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Positioning_Techniques_in_Long-Term_Care_-_Self-directed_learning_package_for_health_care_providers.pdf
- La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) – <https://www.stroking.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) – <https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/profils-iso-smaf/>
- Le Chedoke-McMaster Stroke Assessment – <http://www.rehabmeasures.org/PDF%20Library/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf>

Ressources à l'intention des personnes ayant subi un AVC, des familles et des aidants

- Fiche d'information sur la réadaptation et le rétablissement: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx>
- Fiche d'information sur les transitions et la participation communautaire: Guide de prise en charge du rétablissement après un AVC - <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx>
- *Votre cheminement après un AVC : un guide à l'intention des survivants de l'AVC* – https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/yourstrokejourney_final_frenchv2.ashx?rev=f0621a1ea07a452c9e9fed76c18a9e87
- *Liste de contrôle post-AVC* – <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels>
- Le répertoire des services et ressources de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- Des renseignements sur le rétablissement et le soutien de Cœur + AVC – <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>

- Des renseignements sur le choix des soins de longue durée – <http://www.strokecenter.org/patients/caregiver-and-patient-resources/caregiving-guide-for-african-americans/deciding-on-long-term-care/>

Résumé des données probantes (offert en anglais seulement)

Following a stroke event, when community-based supports are not available to support non-institutional living, people may enter 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 (Burton et al. 2018, Pereira et al. 2014, Brodaty et al. 2010, Portelli et al. 2005). The numbers of patients admitted to a long-term care facility, both immediately upon discharge from hospitals, and up to 10 years post stroke have been examined. Pooling the results from 18 studies, Burton et al (2018) reported a median of 17% of patients were transferred directly to a LTC facility following discharge from an acute care hospital with a diagnosis of stroke. Between 10% and 11% of patients admitted to an acute care hospital were residing at an LTC facility at one, three and 6 months following stroke (Chuang et al. 2005). Brodaty et al. (2010) 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. (2008) 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 patients were institutionalized at 4 years.

Patients discharged to long term care 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 (Sackley & Pound 2002; Sackley & Pound 2002).

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 (Brajkovic 2009) 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. 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. 2013) stated there was insufficient evidence to support or refute the efficacy of occupational therapy interventions for improving, restoring or maintaining independence in ADL for persons with stroke residing in care homes.

Les tableaux de données probantes et les liste de références sont accessibles au www.pratiquesoptimalesavc.ca.

ANNEXE 1

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC Les transitions et la participation communautaire après un AVC Groupe de rédaction 2019

NOM	RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES	EMPLACEMENT	CONFLITS D'INTÉRÊTS
Mountain, Anita Coprésidente	Professeure adjointe, Université Dalhousie Division de médecine physique et réadaptation Responsable médicale du programme sur les lésions cérébrales acquises Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II Centre de réadaptation de la Nouvelle-Écosse	Nouvelle-Écosse	Aucun conflit à déclarer
Cameron, Jill I. Coprésidente	Ph. D., professeure agrégée, vice-présidente de la recherche, département des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie, Institut des sciences de la réadaptation, Faculté de médecine, Université de Toronto	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Bains, Naresh	Baccalauréat spécialisé, baccalauréat en travail social, travailleur social autorisé Travailleur social en neurosciences Hôpital de l'Université de l'Alberta	Alberta	Aucun conflit à déclarer
Bowes, Rebecca	Baccalauréat spécialisé Coordonnatrice régionale, Programme de soins de transition post-AVC Centre et réseau d'indépendance (CERD)	Ontario	Conflit potentiel : Travaille pour le CERD
Cheung, Donna	Ergothérapeute agréée (Ont.) Coordonnatrice du programme de l'AVC, South East Toronto Stroke Network	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Corriveau, Hélène	Physiothérapeute, Ph. D. Professeure titulaire, École de réadaptation, Université de Sherbrooke	Québec	Aucun conflit à déclarer
Joseph, Lynn	Inf. aut., M. Sc., infirmière certifiée en neurosciences Infirmière en pratique avancée en neurosciences, gestion des soins de santé, Nurse on Board, Ottawa	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Lesko, Dana	B.A., baccalauréat spécialisé en plein air Guide communautaire du système de l'AVC, West GTA Stroke Network, Trillium Health Partners	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Millar, Ann	B.A., M.A. Guide du système de l'AVC, Santé Î.-P.-É.	Île-du-Prince-Édouard	Aucun conflit à déclarer
Parappilly, Beena	Inf. aut., maîtrise en sciences infirmières, candidate au doctorat, Université de la Colombie-Britannique	Colombie-Britannique	Aucun conflit à déclarer

	Infirmière clinicienne spécialisée, programme de médecine ambulatoire, Providence Health Care, Vancouver		
Pikula, Aleksandra	M.D. Professeure adjointe de médecine, neurologie, Université de Toronto; responsable de clinique; infirmière clinicienne spécialisée dans la vascularite et l'AVC chez les jeunes, Toronto Western Hospital et Hôpital Mont Sinai; directrice, programme de recherche en neurologie et AVC, Réseau universitaire de santé	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Scarfone, David	M.D. Médecin de famille	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Rochette, Annie	Ergothérapeute agréée (Canada), Ph. D. Professeure, École de réadaptation, Université de Montréal; chercheuse au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)	Québec	Conflit potentiel : Membre d'un conseil consultatif ou d'un organisme équivalent auprès d'une organisation commerciale : Cœur + AVC (conseil sur l'AVC), Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC (Comité de la planification et des priorités) Conflit potentiel : Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC – reçoit des fonds pour www.strokengine.ca
Taylor, Trudy	Inf. aut., B. en soins infirmiers Infirmière clinicienne Centre D' Vernon Fanning, Carewest	Alberta	Aucun conflit à déclarer
Vallentin, Tina	M.Sc.A. (orthophonie), orthophoniste agréée (Canada), Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario Orthophoniste Spécialiste de l'expérience du patient Portefeuille de la qualité et du rendement Hamilton Health Sciences	Ontario	Aucun conflit à déclarer

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC
Les transitions et la participation communautaire après un AVC
Examineurs externes 2019

EXAMINATEUR EXTERNE	RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES	EMPLACEMENT	CONFLITS D'INTÉRÊTS
Biggs, Krista	Inf. aut., M.Sc.Inf., infirmière praticienne Infirmière praticienne en neurologie Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse	Nouvelle-Écosse	Aucun conflit à déclarer
Bonnell, Jeanne	Ergothérapeute agréée (Ont.) Directrice par intérim, Soins à domicile et en milieu communautaire, Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Dean, Catherine Mary	B. Sc. A. (physiothérapie) avec distinction (Collège des sciences de la santé Cumberland), M.A. (Université Columbia), Ph. D. (Université de Sydney) Professeure, vice-doyenne et doyenne adjointe, Apprentissage et enseignement, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université Macquarie, Sydney, Australie	Australie	Conflit potentiel : Essai clinique : chercheuse principale d'un essai clinique sur les chutes après l'AVC
Egan, Mary	Ph. D., ergothérapeute agréée (Ont.) Professeure, École des sciences de la réadaptation, Université d'Ottawa Chercheuse, Institut de recherche Bruyère	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Fage, Maria	Ergothérapeute agréée (Ont.) Gestionnaire des services aux patients Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington Responsable des soins de l'AVC	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Guest, Dana	B. Sc., physiothérapeute Physiothérapeute, équipe des pratiques exemplaires, Réseau régional des AVC Champlain	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Joachimides, Jennifer	M.Sc., ergothérapeute agréée (Ont.) Chargée de cours, Département des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie Providence Health Centre	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Keon, Lisa	Inf. aut., B. Sc. inf. Infirmière en prévention des AVC et en insuffisance cardiaque, Hôpital régional	Ontario	Conflit potentiel : Groupe de travail en soins infirmiers

	de Pembroke		du Congrès canadien de l'AVC
Lasuita, Catherine	B. Sc., ergothérapeute, réadaptation neurologique, Centre D' Vernon Fanning, Carewest	Alberta	Aucun conflit à déclarer
Nelson, Michelle L. A.	M.A., Ph. D. Chercheuse, Institut de recherche Lunenfeld-Tanenbaum; professeure adjointe, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Sharp, Kelly	M. Sc. (réadaptation), B. Sc. (ergothérapie) Responsable régionale, programme de réadaptation et de restructuration du système de soins de l'AVC Vancouver Coastal Health	Colombie- Britannique	Aucun conflit à déclarer
Sreenivasan, Barathi	M.D., Associée du Collège royal des médecins du Canada Physiatre, médecin membre du personnel, Toronto; chargée de cours, département de médecine, Université de Toronto	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Subramanian, Sandeep	Baccalauréat en physiothérapie, Ph. D. Professeure adjointe (poste menant à la permanence), département de physiothérapie, School of Health Professions, UT Health, San Antonio, Texas, États- Unis	Texas, États-Unis	Aucun conflit à déclarer
Tee, Alda	M.Sc.S., B.Sc.(physio.), physiothérapeute agréée Coordonnatrice régionale, communauté et soins de longue durée, Central East Stroke Network	Ontario	Aucun conflit à déclarer
Yang, Christine	M.D., Associée du Collège royal des médecins du Canada Directrice médicale, programme de réadaptation post-AVC, Hôpital Élisabeth-Bruyère, Soins continus Bruyère, Ottawa	Ontario	Aucun conflit à déclarer

Tableau 1 : Outils d'évaluation de la participation et de la qualité de vie liée à la santé (en anglais)

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Additional Considerations	Availability
Health Status				
<p>Stroke Impact Scale (SIS)</p> <p>Duncan et al. 2003</p>	<p>The SIS is a measure of health status following stroke</p>	<p>59-items representing 8 domains: strength, hand function, ADL/IADL, Mobility, Communication, Emotion, Memory and Thinking, and Participation/Role Function. Each item is rated on a 5-point ordinal scale, with the exception of a single item rated on a 100-point visual analog scale.</p> <p><u>Score Interpretation:</u> Scores are summed for each domain and range from 0-100, with higher scores indicating more recovery.</p> <p><u>Administration:</u> Self-report; 15-20 minutes to administer</p>	<p>The SIS is easy to administer, does not require any additional equipment, and can be administered by mail or telephone. The measure can also be completed by proxy respondents, although there is some evidence that proxies tend to rate patients as being more impaired.</p> <p>Some ceiling effects have been observed for individuals with mild impairment, particularly, in the Emotion, Communication, and Memory and Thinking domains.</p> <p><u>Specialized Training:</u> None required.</p>	<p>Free for non-profit use after signing a licensing agreement</p> <p>http://www.stroking.ca/assessment/sis/</p>
<p>Medical Outcomes Study Short Form 36 SF-36</p> <p>(Ware & Sherbourne 1992)</p>	<p>The SF-36 was designed as a generic health survey for the assessment of health status in the general population.</p>	<p>36 items are organized into 8 subscales; physical functioning, role limitations- physical, bodily pain, social functioning, general mental health, role limitations – emotional, vitality, and general health perceptions. 2 additional questions estimate change in overall health status over the past year. With the exception of the general change in health status questions, subjects are asked to respond with reference to the past 4 weeks.</p> <p>Items are scored using a weighted Likert system. Items are summed to provide subscale scores which are transformed linearly to provide a score from 0-100 for each subscale. In addition, a physical component (PCS) and mental component (MCS) score may be derived. The 2 health status</p>	<p>The SF-36 questionnaire can be administered by self-completion questionnaire or by interview (either on the telephone or in-person). It has been used as a mail survey with reasonably high completion rates reported, however, data obtained are more complete when interview administration is used. It should be noted that some items have been questioned as less relevant for use in the assessment of elderly populations.</p>	<p>Available without charge</p> <p>http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html</p> <p>There are terms and conditions for use posted on the site.</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Additional Considerations	Availability
		<p>questions remain separate from the 8 subscales and are not scored.</p> <p><u>Score Interpretation:</u> There are normative subscale scores based on population data available for a number of different countries. In addition, component scores have also been standardized with a mean of 50 and a standard deviation of 10.</p> <p><u>Administration:</u> Approx. 10 minutes. Self-report or by interview.</p>	<p>The SF-36 has been studied for use by proxy, however, reliability of the test decreased when proxy respondents completed assessments.</p> <p><u>Specialized training:</u> None required.</p>	
Participation/Extended Activities of Daily Living				
<p>Assessment of Life Habits (LIFE-H 3.1)</p> <p>Fougeyrollas et al. 2001</p>	<p>The LIFE-H is a measure of the accomplishment of daily activities and social roles.</p>	<p>77-items representing 12 domains. Items are rated on two-scales: 1) level of difficulty/type of assistance required (10-point ordinal scale) and 2) satisfaction with performance (5-point ordinal scale).</p> <p><u>Score Interpretation:</u> Scores are summed and presented as an average of items answered, with lower scores indicating less optimal subjective participation. Ratings on the Satisfaction with Performance scale are not included as part of the total score.</p> <p><u>Administration:</u> self-report; 20-30 minutes to administer.</p>	<p>The LIFE-H is easy to administer and does not require specialized equipment.</p> <p>The scale is not available for free, is somewhat lengthy, and some concern has been expressed regarding ceiling effects in patients with mild stroke (Rochette et al. 2007).</p> <p><u>Specialized Training:</u> Recommended.</p>	<p>Available for purchase by request</p> <p>http://www.strokenet.ca/assess/lifeh/</p>
<p>Frenchay Activities Index (FAI)</p> <p>(Holbrook & Skilbeck 1983)</p>	<p>The FAI provides an assessment of a broad range of activities</p>	<p>The FAI contains 15 items or activities that can be separated into 3 factors; domestic chores, leisure/work and outdoor activities. The frequency with which each item or activity is undertaken over the past 3 or 6 months (depending on the nature of the activity) is assigned a score of 1 – 4 where</p>	<p>Simple and brief. Well suited to use in most clinical settings. However, lack of standardized guidelines for administration or interpretation may reduce comparability between settings, groups or studies.</p>	<p>Free of charge</p> <p>http://www.strokenet.ca/assess/fai/</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Additional Considerations	Availability
	associated with everyday life.	<p>a score of 1 is indicative of the lowest level of activity.</p> <p><u>Score Interpretation:</u> Summed scores range from 15-60.</p> <p><u>Administration:</u> 5 minutes or less. Self-report or interview.</p>	<p>The FAI extends information about function along the ADL continuum in terms of item difficulty. It should be noted that FAI scores may be influenced by both gender and age.</p> <p>The FAI is suitable for use with proxy respondents. The scale is based on behaviour and the emphasis placed on frequency rather than quality of activity. This reduces elements of subjectivity which can undermine reliability of proxy assessment.</p> <p><u>Specialized Training:</u> None required.</p>	
<p>London Handicap Scale (LHS)</p> <p>Harwood & Gompertz, 1994</p>	The LHS is a measure of the degree of disadvantage perceived by an individual as the result of an illness/handicap.	<p>6-items, each representing a single dimension: Mobility, Physical Independence, Occupation, Social Integration, Orientation, and Economic Self Sufficiency. Responses are rated on a 6-point ordinal scale relating to the degree of perceived disadvantage.</p> <p><u>Score Interpretation:</u> The LHS provides a profile of handicap based on the responses within each of the 6 dimensions as well as a weighted total handicap score. This overall weighted score should be interpreted as an estimate of the desirability of the health state described by the respondent's profile.</p> <p>Scale weights are used to calculate total scores, which range from 0 to 1.0, with lower scores indicating more disability.</p>	<p>LHS appears to facilitate the assessment of 'participation', though response statements span all domains of the ICF. Statements that describe body functions are typically associated with greater degrees of restriction in participation (Perenboom and Chorus 2003).</p> <p>The LHS is brief, easy to administer and does not require any specialized equipment. It can be administered via mail or completed by a proxy respondent.</p> <p>Use of a weighted scale makes calculation of total scores relatively arduous, as compared to other measures. More independent research is required to assess the</p>	<p>Free</p> <p>http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=929</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Additional Considerations	Availability
		<u>Administration</u> : Self-report; approximately 5 minutes to administer	psychometric properties of the LHS (Salter et al. 2012). <u>Specialized Training</u> : Not required.	
Reintegration to Normal Living Index (RNLI) Wood-Dauphinee et al. 1988	The RNLI is a measure of reintegration to normal activities following illness or trauma.	11 declarative statements rated by respondents on a 10cm visual analogue scale. <u>Score Interpretation</u> : Summed scores are reported as a percentage out of 100, with lower scores indicating poorer perceptions of reintegration. Scores can also be calculated for Daily Functioning and Perceptions of Self subscales. <u>Administration</u> : Self-report; approximately 10 minutes to administer.	The tool focuses on the perception of the individual with regard to personal capability and/or autonomy. It may be considered a person-centred assessment of re-integration. Quick, easy to administer, and does not require any additional equipment. The visual analogue response format may not be appropriate for use with some stroke patients (e.g., those with neglect or visuospatial deficits). Concern has been expressed regarding the use of proxy respondents (Tooth et al. 2003). <u>Specialized Training</u> : Not required.	Free http://www.stroking.ca/assess/rnli/
Health-related Quality of Life				
EuroQoL Quality of Life Scale (EQ-5D) EuroQoL Group, 1990	The EQ-5D is a measure of health-related quality of life.	Part 1 consists of 5 domains: Mobility, Self-care, Usual Activities, Pain/Discomfort, and Anxiety/Depression. For each domain, respondents are asked to indicate which 1 of 3 statements best describes their current health state. Part 2 consists of a 100 cm visual analog scale representing "your own health state today."	The EQ-5D is short, easy to administer, and does not require any specialized equipment. The measure can be administered in person or by mail	Licensing fees may be required http://www.euroqol.org/

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Additional Considerations	Availability
		<p><u>Score Interpretation:</u> Weights are applied to calculate a summary index score, which range from 0 to 1, with higher scores indicating more quality of life.</p> <p><u>Administration:</u> Self-report; approximately 3 minutes to administer.</p>	<p>Although the EQ-5D can be completed by a proxy respondent, decreased reliability has been reported (Dorman et al. 1998). Patient-proxy agreement rates have also been reported to be low on the more subjective domains (e.g., anxiety/depression, and pain/discomfort) (Picard et al. 2004).</p> <p><u>Specialized Training:</u> Not required.</p>	
<p>Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)</p> <p>Williams et al. 1999</p>	<p>The SS-QOL is a measure of health-related quality of life.</p>	<p>49-items representing 12 domains: energy, family roles, language, mobility, mood, personality, self-care, social roles, thinking, upper extremity function, vision, and work/productivity. Items are rated on a 5-point ordinal scale.</p> <p><u>Score Interpretation:</u> Summation yields a total score ranging from 49 to 245, with higher scores indicating better functioning. Subscale scores can also be calculated.</p> <p><u>Administration:</u> Self-report; approximately 10-15 minutes to administer.</p>	<p>Quick, easy to administer, and does not require any additional equipment.</p> <p>The SS-QOL can be completed by proxy respondents; however, agreement rates have been reported to be weaker for items that are more subjective as compared to those that are more observable (Williams et al. 2000). Some concern has been expressed regarding floor and ceiling effects (Czechowsky & Hill, 2002).</p> <p><u>Specialized Training:</u> Not required.</p>	<p>Free</p> <p>http://www.strokingengine.ca/assess/ssqol/</p>
<p>Stroke-Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP-30)</p> <p>Van Straten et al. 1997</p>	<p>The SA-SIP-30 is a measure of health-related quality of life</p>	<p>30-items representing 8 domains: Body Care and Movement, Social Interaction, Mobility, Communication, Emotional Behavior, Household Management, Alertness Behavior, and Ambulation. Respondents are asked to mark "yes" for each item that is descriptive of the impact of illness on their daily life.</p>	<p>The SA-SIP-30 is much shorter and easier to administer than the original 136-item scale. However, evidence suggests that the shorter version may not perform as well when used with patients with more severe stroke (van Straten et al. 1997).</p>	<p>Free</p> <p>http://www.strokingengine.ca/assess/sasip30/</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Additional Considerations	Availability
		<p><u>Score Interpretation:</u> Items are weighted, summed, and expressed as a percentage, with higher scores indicating less quality of life. Subscale cores can also be calculated. The scale authors have suggested a cut-off score of >33 as being indicative of poor health.</p> <p><u>Administration:</u> Self-report; approximately 10 minutes to administer.</p>	<p>No specialized equipment is required.</p> <p><u>Specialized Training:</u> Not required.</p>	
Assessment of Caregiver Burden				
<p>Bakas Caregiving Outcomes Scale</p> <p>(Bakas et al. 1999, 2006)</p>	<p>Assesses adaptation to caregiving in informal carers of individuals with stroke.</p>	<p>Originally a 10 item scale, the 15-item version is used more often. Items reflect changes in social functioning, subjective well-being and perceived health attributable to fulfilling the role of informal carer. Each item is rated on a 7-point Likert scale ranging from -3 (changed for the worst) to +3 (changed for the best).</p> <p><u>Scores and interpretation:</u> Item scores transformed to 1-7, then summed to provide total scale scores ranging from 15 – 105.</p> <p><u>Administration:</u> Self-report. Requires 2-4 minutes to complete</p>	<p>Assesses both the positive and negative aspects of the caregiving role. Emphasis is placed on the subjective, social aspects of change associated with caregiving.</p> <p><u>Specialized training:</u> None required</p>	<p>The 15-Item BCOS is available upon request from Dr Tamilyn Bakas (Bakas et al. 2006)</p>
<p>Caregiver Strain Index</p> <p>(Robinson 1983)</p>	<p>Originally developed as a screening instrument to detect strain (stress) in carers of individuals</p>	<p>13 items rated as yes or no. Positive responses receive 1 point; negative receive no score.</p>	<p>Short and simple. Most commonly used scale for the assessment of burden, particularly in research settings.</p>	<p>Free.</p> <p>Available via: http://www.rehabmeasures.org/Lis</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Additional Considerations	Availability
	with hip surgery and heart disease.	<p>Scores and Interpretation: Item scores are summed to create total scores out of a possible 13.</p> <p>Administration: Self-report.</p>	<p>Although used frequently, its psychometric properties have not been well-studied in populations of individuals with stroke.</p> <p>Specialized Training: None required.</p>	<p>ts/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=1099</p>
<p>Zarit Burden Interview (Zarit et al. 1980)</p>	<p>Measures the degree to which responsibilities associated with informal caregiving role have affected health, personal and social well-being. Originally developed to assess carers of individuals with dementia.</p>	<p>29-item instrument includes items addressing caregiver health, well-being, finances, social life and the relationship between carer and the individual being cared for. 25 questions represent negative aspects of caring; 4 items represent positive aspects. Items are scored on a 5-point Likert scale (0-4). There are no subscales.</p> <p>Scores and Interpretation: Scores for 'negative' items are totaled, then 'positive' items subtracted to create an overall total score. Total scores are intended to reflect degree of burden.</p> <p>Administration: Self-report. Pen and paper or interview-administered.</p>	<p>Shorter 22, 18 and 12-item versions of the interview are also available. The 22-item version is used most frequently. Scores appear unaffected by age, gender language, marital or employment status, geographic locale suggesting the scale may be acceptable for a variety of assessment populations (Hebert et al. 2000).</p> <p>The Interview examines burden that is associated with both functional and behavioural impairments and with the situation in the home. Items focus on the subjective response of the carer.</p> <p>Specialized training: None required.</p>	<p>Free for use in non-funded studies only. Funded research or commercial use requires purchase/permission.</p> <p>http://www.proqolid.org/instruments/zarit_burden_interview_zbi</p>

Reference List for Assessment and Outcome Tools Tables

- Andresen E, Gravit G, Aydelotte M, Podgorski C. Limitations of the SF-36 in a sample to nursing home residents. *Age and Ageing*. 1999;28:562-566.
- Andresen E, Meyers A. Health-related quality of life outcomes measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000;81(Suppl 2):S30-S45.
- Appelros P. Characteristics of the Frenchay Activities Index one year after a stroke: a population-based study. *Disabil.Rehabil*. 2007;29(10):785-790.
- Bakas T. Bakas Caregiving Outcomes Scale. In: Michalos AC, ed. *Encyclopaedia of Quality of Life and Well-Being Research* Dordrecht: Springer Science and Business Media; 2014.
- Bakas T, Champion V. Development and psychometric testing of the Bakas Caregiving Outcomes Scale. *Nurs Res*. 1999;48(5):250-259.
- Bakas T, Champion V, Perkins SM, Farran CJ, Williams LS. Psychometric testing of the revised 15-item Bakas Caregiving Outcomes Scale. *Nurs Res*. 2006;55(5):346-355.
- Brazier J, Harper R, Jones N, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992;305:160-164.
- Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and the Euroqol on an elderly population. *Quality of Life Research*. 1996;5:195-204.
- Cardol M, Brandsma JW, de Groot IJM, van den Bos GAM, de Haan RJ, de Jong BA. Handicap questionnaires: what do they assess? *Disability and Rehabilitation*. 1999;21(3):97-105.
- Czechowsky D, Hill MD. Neurological Outcome and Quality of Life after Stroke due to Vertebral Artery Dissection. *Cerebrovascular Diseases* 2002;13:192-197.
- Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26(4):922-953.
- Dorman PJ, Slattery J, Farrell B, Dennis M, Sandercock P, for the United Kingdom Collaborators in the International Stroke Trial (IST). Qualitative comparison of the reliability of health status assessments with the EuroQol and SF-36 questionnaires after stroke. *Stroke* 1998;29:63-68.
- Duncan PW, Bode RK, Lai SM, Perera S. Rasch analysis of a new stroke-specific outcome scale: the Stroke Impact Scale. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:950-963.
- EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
- Finch E, Brooks D, Stratford PW, Mayo NE. *Physical Rehabilitation Outcome Measures. A Guide to Enhanced Clinical Decision-Making*. 2nd ed. Toronto, Ontario: Canadian Physiotherapy Association; 2002.
- Fougeyrollas P, Noreau L, St-Michel G. Life Habits measure - Shortened version (LIFE-H 3.1). International Network on Disability Creation Process, Lac St Lac St-Charles, Québec, Canada, 2001.
- Harwood RH, Rogers A, Dickinson E, Ebrahim S. Measuring handicap: the London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. *Qual Health Care* 1994;3:11-16.
- Harwood RH, Ebrahim S. Measuring the outcomes of day hospital attendance: a comparison of the Barthel Index and London Handicap Scale. *Clin Rehabil*. 2000;14(5):527-531.
- Harwood RH, Ebrahim S. A comparison of the responsiveness of the Nottingham extended activities of daily living scale, London handicap scale and SF-36. *Disabil Rehabil*. 2000;22(17):786-793.
- Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it suitable for use with older adults? *Age and Aging*. 1995;24:120-125.
- Hébert R, Bravo G, Prévile M. Reliability, validity and reference values of the zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging*. 2000;19(4):494-507.
- Hewlett S, Dures M, Almeida C. Measures of fatigue. *Arthritic Care & Res* 2011;63(11):S263-286.
- Holbrook M, Skilbeck CE. An activities index for use with stroke patients. *Age and Aging*. 1983;12:166-170.
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., et al. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989;46(10):1121-1123.
- Lerdal A, Kottorp A. Psychometric properties of the Fatigue Severity Scale-Rasch analyses of individual responses in a Norwegian stroke cohort. *Int J Nurs Stud* 2011;48(10):1258-1265.
- Mallinson S. Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 health status questionnaire. *Soc Sci Med*. 2002;54:11-21.
- McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
- McHorney CA, Ware JEJ, Raczek AE. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) II: Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*. 1993;31(3):247-263.
- O'Mahoney PG, Rodgers H, Thomson RG, Dobson R, al. e. Is the SF-36 suitable for assessing health status of older stroke patients? *Age and Aging*. 1998;27(1):19-23.
- Pederson PM, Jorgensen HA, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Comprehensive assessment of activities of daily living in stroke. The Copenhagen Stroke Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1997;78:161-165.
- Pickard AS, Johnson JA, Feeny DH, Shuaib A, Carriere KC, Nasser AM. Agreement between patient and proxy assessments of health-related quality of life after stroke using the EQ-5D and Health Utilities Index. *Stroke* 2004;35(2):607-612.
- Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J.Gerontol*. 1983;38(3):344-348.
- Rochette A, Desrosiers J, Bravo G, St-Cyr/Tribble D, Bourget A. Changes in participation after a mild stroke: quantitative and qualitative perspectives. *Top Stroke Rehabil* 2007;14(3):59-68.
- Salter K, Jutai J, Zettler L, Moses M, McClure JA, Mays R, Foley N, Teasell R. Chapter 21. Outcome measures in stroke rehabilitation. In *The Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation* (15th edition). www.ebrsr.com/uploads/chapter-21-outcome-assessment-SREBR-15_.pdf. Updated August 2012.
- Segal ME, Schall RR. Determining functional/health status and its relation to disability in stroke survivors. *Stroke*. 1994;25:2391-2397.
- Smets E, Garssen B, Bonke B, De Haes J. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI): psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosomatic Res* 1995;39:315-325.

- Sveen U, Bautz-Holter E, Soding KM, Wyller TB, Laake K. Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke. *Disabil Rehabil.* 1999;21(8):372-377.
- Tooth LR, McKenna KT, et al. Reliability of scores between stroke patients and significant others on the Reintegration to Normal (RNL) Index. *Disabil Rehabil* 2003;25:433-440.
- Van Durme T, Macq J, Jeanmart C, Gobert M. Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: a literature review. *International journal of nursing studies.* 2012;49(4):490-504.
- van Straten A, de Haan RJ, Limburg M, Schuling J, Bossuyt PM, van den Bos GAM. A Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile to Assess Quality of Life (SA-SIP30). *Stroke* 1997;28:2155-2161.
- Visser-Meily JM, Post MW, Riphagen, II, Lindeman E. Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients: a review. *Clin Rehabil.* 2004;18(6):601-623.
- Wade D. *Measurement in neurological rehabilitation.* New York: Oxford University Press; 1992.
- Wade D, Leigh-Smith J, Langton-Hewer R. Social activities after stroke: measurement and natural history using the Frenchay Activities Index. *Int Rehabil Med.* 1985;1:176-181.
- Ware JEJ, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF36) I: Conceptual framework and item selection. *Medical Care.* 1992;30(6):473-483.
- Whitlatch CJ, Zarit SH, von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist.* 1991;31(1):9-14.
- Williams LS, Bakas T, Brizendine E, et al. How valid are family proxy assessments of stroke patients' health-related quality of life? *Stroke* 2006;37:2081-2085.
- Williams LS, Weinberger M, Harris MD, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke* 1999;30(7):1362-1369.
- Wood-Dauphinee SL, Opzoomer MA, Williams JI, Marchand B, Spitzer WO. Assessment of global function: The reintegration to Normal Living Index. *Arch Phys Med Rehabil* 1988;69:583-590.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980;20(6):649-655.

Tableau 2 : Éducation de base sur l'ensemble du continuum de soins pour les personnes ayant subi un AVC (en anglais)

STROKE AWARENESS AND ACTION	HYPERACUTE CARE	ACUTE INPATIENT CARE	STROKE REHABILITATION	STROKE PREVENTION	TRANSITIONS	COMMUNITY INTEGRATION
Review and reinforce all information previously provided that is relevant to the person and their unique situation						
<ul style="list-style-type: none"> • Signs of Stroke <ul style="list-style-type: none"> • Face • Arms • Speech • Time • Call 911 immediately if signs of stroke observed • Never drive self or someone with stroke to hospital on your own • Risk factors for stroke <ul style="list-style-type: none"> • High Blood Pressure • Atrial Fibrillation • Obesity • High Sodium Diet • Diabetes • High Cholesterol • Lack of Exercise • Smoking • Sleep Apnea • Family History • Risk of stroke for all age groups from newborns to children, young adults and older adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Types of Stroke • Cause of stroke for individual patient • Diagnostic tests <ul style="list-style-type: none"> • CT Scan • MRI • Carotid imaging • ECG for AFib detection • Acute thrombolysis • Endovascular interventions • Involvement of neurosurgery if applicable • Potential outcomes – expectation management • For patients discharged directly from the ED: <ul style="list-style-type: none"> • Need for follow-up with primary care and stroke specialists (refer to prevention education) • Risk of recurrence and review of stroke signs and symptoms • Accessing resources and stroke support following discharge 	<ul style="list-style-type: none"> • Current deficits – what areas may be involved • Patient safety • Family and caregiver safety • Tests and interventions • Initiate transition planning • Potential for home modifications prior to discharge • Discuss potential pathway for care and likely next setting of care • Focus on self-management and involvement of family and informal caregivers in daily activities • Medications: purpose, schedule, interactions, adherence • Activities to prevent complications • Accessing resources and stroke support following discharge from acute care • Expectations for recovery following discharge, addressing issues 	<ul style="list-style-type: none"> • Educate people with stroke about goal-setting so they can actively participate in goal setting and care planning • Information regarding specific individualized rehabilitation needs • Roles of each of the rehabilitation team members involved in care • The types or rehabilitation exercises and activities that could and should be done between scheduled sessions with therapists • Patient, family caregiver safety while participating rehabilitation • Self-management skills for mobility and activities of daily living • Discharge planning, type of care needed after discharge, and required modifications to living setting prior to discharge from 	<ul style="list-style-type: none"> • Signs of Stroke <ul style="list-style-type: none"> • Face • Arms • Speech • Time • Importance of calling 911 if any stroke signs and symptoms appear again after initial stroke • Risk factors for stroke <ul style="list-style-type: none"> • High Blood Pressure • Atrial Fibrillation • Obesity • High Sodium Diet • Diabetes • High Cholesterol • Lack of Exercise • Smoking • Sleep Apnea • Family History • Effects of stroke in months following index event – risk for depression, cognitive changes, sleep apnea, post-stroke fatigue; and provide strategies and self-management skills so patients, families and caregivers can manage in 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-management skills for activities of daily living • Types of services and primary contact for health care professionals at the next stage and/or setting • Appropriate expectations for recovery of deficits, time frames and likely transition points appropriate to the individual • Physical adjustments including medication adherence, post-stroke fatigue, strategies to prevent complications and recurrent stroke • Address functional issues – ongoing rehabilitation and physical activity recommendations, personalized plan of care and goal setting • Address psychosocial issues, i.e., depression, family 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-management skills for mobility, symptom management, medication adherence and activities of daily living • Types of services available in the community and how to access them – e.g., mobility assistance, meal delivery, communication support • Need for follow-up with primary health care providers for ongoing monitoring and management • Appropriate expectations for recovery of deficits, time frames as appropriate to individual situations • Physical adjustments including medication adherence, post-stroke fatigue, preventing complications, preventing recurrent stroke

STROKE AWARENESS AND ACTION	HYPERACUTE CARE	ACUTE INPATIENT CARE	STROKE REHABILITATION	STROKE PREVENTION	TRANSITIONS	COMMUNITY INTEGRATION
Review and reinforce all information previously provided that is relevant to the person and their unique situation						
		including depression, post-stroke fatigue, rehabilitation needs and access, and issues for social reintegration <ul style="list-style-type: none"> • Access to community resources and stroke support groups • Re-access to healthcare system • Advance care planning and personal health directives 	inpatient rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> • Information regarding resuming vocational, educational and driving activities • Information regarding relationships and sexuality post-stroke • Access to therapists and programs for ongoing rehabilitation in out-patient and community settings • Access to community resources and stroke support groups • Re-access to healthcare system • Advance care planning and personal health directives 	community and home settings <ul style="list-style-type: none"> • Medication management • Atrial fibrillation risks and management as appropriate • Adherence to drug therapy • Access to community resources and stroke support groups • Re-access to healthcare system • Advance care planning and personal health directives 	support, referrals to community resources <ul style="list-style-type: none"> • Self-management preparation for the next phase of care • Timeframes for transitions • Importance of information transfer and provision of written core information about previous stroke related episodes of care to share with stroke experts and recovery team members in next phase of care • Advance care planning and personal health directives 	<ul style="list-style-type: none"> • Addressing functional issues – ongoing rehabilitation and physical activity recommendations, personalized plan of care and goal setting • Social and leisure activity review and importance of resuming social interactions • Information regarding resuming vocational, educational and driving activities • Information on sexuality following stroke • Advance care planning and personal health directives

Tableau 3 : Outils d'évaluation en prévision de la conduite automobile et outils de recherche corrélés au risque lié à la conduite automobile

Data was aggregated by the Toronto Rehabilitation Driving Best Practice Group under the leadership of Geoff Law OT Reg. (Ont) with the contributions from student occupational therapist Luisa Cao. Current document was summarized by Debbie Hebert OT Reg. (Ont).

Assessment/ Domain	Cut-Off Scores Correlated with Driving Risk/Return to Driving and Patient Populations					References
<p>Dynavision</p> <p>Domain: visual scanning, peripheral visual awareness, visual attention, visuomotor reaction time, execution of visuomotor response sequence, basic cognitive skills (short term memory), and physical and mental endurance</p> <p>Administration Time 15 – 20 min.</p>	The following Dynavision tests were used in the research to determine fitness to drive:					<p>Klavora, P., Gaskovski, P., Martin, K., Forsyth, R.D., Heslegrave, R. J., Young, M., et al. (1995). The effects of Dynavision rehabilitation on behind-the-wheel driving ability and selected psychomotor abilities of persons after stroke. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i>, 49, 534-542.</p> <p>Klavora, P., Gaskovski, P., & Forsyth, R. (1995). Test-retest reliability of three Dynavision tasks. <i>Perceptual Motor Skills</i>, 80(2), 607-610.</p> <p>Klavora, P., Heslegrave, R.J., & Young., M. (2000). Driving skills in elderly persons with stroke: comparison of two new assessment options. <i>Archives of Physical Medicine & Rehabilitation</i>, 81(6), 701-705.</p> <p>Vrkljan, B.H., McGrath, C.E., & Letts, L.J. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: A critical appraisal of evidence. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 78(2): 80-96.</p>
	Test Mode	Pass Criterion based on a pass/fail "behind the wheel test"	Accuracy In predicting outcome	False Positives	False Negatives	
	Mode A 60 sec.	50 responses/min	66%	4%	30%	
	Mode B 60 sec. with 1 sec. light speed	40 responses/min.	68%	4%	28%	
	Mode B 60 sec. with on sec. light speed presented every 5 sec.	30 responses/min.	68%	4%	28%	
	Mode A 4 min.	195 responses/4 min.	75%	7%	18%	
	Mode A 60 sec. + Mode A 4 min		77%	7%	16%	
<p>Motor Free Visual Perceptual Test (MVPT) Domains: visual perceptual skills, including spatial relations, visual discrimination, figure-</p>	<p>The use of the MVPT to inform ability to return to driving depends on the version used.</p> <p>The original version of MVPT, which is no longer commercially available, has the greatest amount of research evidence and at one time was considered the</p>					<p>Ball, K., Roenker, D., Wadley, V., Edwards, J., Roth, D., McGwin, G., . . . Dube, T. (2006). Can high-risk older drivers be identified through performance-based</p>

ground, visual closure, and visual memory (McCane, 2006).

most predictive test of on-road performance (Bouillon, 2006). Findings linking MVPT performance with fitness to drive are inconsistent (Dickerson, 2014) and should not be used as a sole screening tool (Korner-Bitensky, 2000). Note: Positive predictive value was also found to vary with hemisphere lesioned with the right hemisphere lesions having greater accuracy than the left hemisphere lesions (Mazer, 1998).

Version	Study	Suggested cut-off scores	Positive Predictive Value/ Negative Predictive Value	Time cut-off scores
MVPT	Bouillon et al., 2006; Korner-Bitensky et al., 2000; Mazer et al., 1998)	≤ 30 = needs further driving evaluation	86.1%/58.3 %	
	Oswanski, 2007 (older drivers)	≤ 32 = needs further driving evaluation		> 6.27s = predicts on-road failure Pass on road = 7.1 +/- 6.5; Fail on road = 10.6 +/- 5.5
	Ball et al., 2006	≤ 32 = older drivers 78+ years as likely to be involved in at-fault crashes.		
	Bouillon et al., 2006			>6.11 sec fail on road test Pass on road = 4.63 mean (2.30 SD); Fail on road = 6.11

measures in a department of motor vehicles setting? *J Am Geriatr Soc*, 54(1), 77-84.

Bouillon, L., Mazer, M., & Gelinas, I. (2006). Validity of the Cognitive Behavioral Driver's Inventory in predicting driving outcome. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 420-427.

Dickerson, A.E., Meuel, D.B., Ridenour, C.D., & Cooper, K. (2014). Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 670-680.

Gibbons, C., Smith, N., Middleton, R., Clack, J., Weaver, B., Dubois, S., & Bedard, M. (2017). Using serial trichotomization with common cognitive tests to screen for fitness to drive. *American Journal of Occupational Therapy*, 71

Korner-Bitensky, N.A., Mazer, B.L., Sofer, S., Gelina, I., Meyer, M.B., Morrison, C., ... & White, M. (2000). Visual testing for readiness to drive after stroke: A multicenter study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(3): 253-259.

Mazer, B., Korner-Bitensky, N.A., & Sofer, S. (1998). Predicting ability to drive after stroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(7), 743-749.

-3
McCane, S. (2006). Test review: Motor-Free Visual Perception Test. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24(3): 265-272.

	<p>MVPT-3 (Third Ed.)</p>	<p>Gibbons, et al., (2017)</p>	<p>> 57 = predicts on-road test pass < 41 = predicts on-road test failure</p>		<p>mean (2.45 SD)</p>	<p>Oswanski, M.F., Sharma, O.P., Raj, S.S., Vassar, L.A., Woods, K.L, Sargent, W.M., & Pitock, R.J. (2007). Evaluation of two assessment tools in predicting driving ability of senior drivers. <i>American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation</i>, 86(3): 190-199.</p> <p>Schurr, Stephanie. <i>Driving After Stroke: Clinical Use of Pre-Driving Screen Data</i>. http://tbrhsc.net/wp-content/uploads/2017/01/S.Schurr-Driving-and-Stroke-OutPatient-Clinic.pdf accessed Jan 25, 2019</p>
	<p>MVPT – 4 (Fourth Ed.) For those using this test version, a conversion method of equating these score to MVPT – 3 scores was suggested Shurr et al. (2019)</p>		<p>≥ 38 – fit to drive 19-37 = “grey zone” ≤ 18 + unfit to drive</p>			
<p>Trail Making Test A – (TMT-A)and B (TMT-B)</p> <p>Domains: TMT-A: visual scanning, planning and motor processing speed (Roy & Molnar, 2013) TMT-B: visual scanning, planning, processing speed and attention/cognitive flexibility (Roy & Molnar, 2013)</p>	<p>This test has been highly correlated with driving performance. Time and errors both correlate with driving after stroke (Marshall et al., 2007). At an earlier point in time, the combination of the MVPT and the TMT-B resulted in the most predictive model: poor performance on both tests = 22x more likely to fail on-road evaluation (Mazer, 1998). There is however, a large amount of variability in determining in cut-off points. A conservative estimate from the data below would be a 3 min or 3 error cut-off. It is suggested that there shouldn't be strict adherence to a cut-off, but instead considering performance on Trails B in the context of how a person scores on other measures. It has also suggest that method of establishing the cut-off is important. Those established based on on-road performance vs. crash history may be more directly related to a screening process</p> <ul style="list-style-type: none"> Note: Several published guidelines have recommended use of the TMT-B to assess driving safety. TMT-A may also be used to discriminate between safe and potentially unsafe cognitively impaired older drivers (Lee & Molnar, 2017). See chart below: 					<p>Bedard, M., Weaver, B., Darzins, P., & Porter, M.M. (2008). Predicting driving performance in older adults: we are not there yet! <i>Traffic Injury Prevention</i>, 9(4): 336–41.</p> <p>Classen, S., Wang, Y., Crizzle, A.M., Winter, S.M., & Lanford, D.N. (2013). Predicting older driver on-road performance by means of the Useful Field of View and Trail Making Test Part B. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 67(5): 574–582.</p> <p>Devos, H., Akinwuntan, A.E., Nieuwboer, A., Truijen, S., Tant, M., & De Weerd, W. (2011). Screening for fitness to drive after stroke: A systematic review and meta-analysis. <i>Neurology</i>, 76(8), 747-756.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ MVPT and Trail Making B, poor performance on both tests 22 times more likely to fail on-road evaluation (Mazer, 1998) 					

Author	Cut-off indicating needs further Driving Evaluation	Strength of association	Method of Evaluation
Bedard et al., 2008	TMT-A: >48 sec = indicative of unsafe driving TMT- B: >39.5 sec = needs further driving evaluation	PPV: 60.3%, NPV: 57.6%	Statistical correlation and ROC curve analysis for Driving Performance
Classen et al.	TMT- B: >106 sec predictive of poor on-road performance	PPV: 80%, NPV: 48.1%	On-road
Devos et al.	TMT- B: >90 sec predictive of unsafe driving	PPV: 69%, NPV: 52%	Unsafe driving
Gibbons et al.	TMT-A ≥ 69= Pass ≤ 25 Fail (100% sensitivity) TMT-B ≥178 = Pass (100% sensitivity) ≤ 80 Fail (100% sensitivity) (see chart p.5 for tri-chotomization))		In-clinic assessment and On-road
National Highway Traffic Safety Admin (2003) Authors Staplin, L , Lococo, K.H., Gish, K. w., Decina , L. E.	TMT- B: >80 sec indicative of an “early warning” (prevention measure) of unsafe driving of unsafe driving. Score of 180 sec indicate an “immediate danger” (intervention measure)		Crash Risk
Mazer et al. 1996	TMT-A: ≥ 1 error = needs further driving evaluation TMT- B: ≥3 errors = need for driving evaluation	p<.01, PPV = 85.2%, NPV = 48.1%	On-road
Papandonatos et al., 2015 (older adults)	TMT-A: > 48 sec = indicative of unsafe driving TMT-B 108sec = indicative of unsafe driving		On-road

Dickerson, A.E., Meuel, D.B., Ridenour, C.D., & Cooper, K. (2014). Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 670-680.

Gibbons, C., Smith, N., Middleton, R., Clack, J., Weaver, B., Dubois, S., and Bédard, M.I. (2017) Using Serial Trichotomization With Common Cognitive Tests to Screen for Fitness to Drive
The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association, 71(2): 1-8

Lee, L. & Molnar, F. (2017). Driving and dementia: Efficient approach to driving safety concerns in family practice. *Clinical Review*, 63(1): 27-31.

Marshall, S.C., Molnar, F., Man-Son-Hing, M., Blair, R., Brosseau, L., Finestone, H.M., ... & Wilson, K.G. (2007). Predictors of driving ability following stroke: A systematic review. *Topics in Stroke Rehab*, 14(1):98-114.

Mazer, B., Korner-Bitensky, N.A., & Sofer, S. (1998). Predicting ability to drive after stroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(7), 743-749.

National Highway Traffic Safety Administration. (2003). *Model driver screening and evaluation program: final technical report. Volume 2: Project summary and model program recommendations* (DOT HS 809 582), Washington, DC: U.S. Department of Transportation.

		<p>Papandonatos, G.D., Ott, B.R., Davis, J.D., Barco, P.P., & Carr, D.B. (2015). Clinical utility of the Trail-Making Test as a predictor of driving performance in older adults. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 63(11): 2358-2364.</p> <p>Roy, M., & Molnar, F., (2013). Systematic review of the evidence for Trails B cut-off scores in assessing fitness-to-drive. <i>Canadian Geriatrics Journal</i>, 16(3): 120-142.</p> <p>Tombaugh, T.N. (2004). Trail making Test A and B: normative data stratified by age and education. <i>Archives of Clinical Neuropsychology</i>, 19(2), 203-214.</p>
<p>Color Trails Test: Domains: selective attention, motor speed, visuospatial abilities, and executive functions (Elkin-Frankston et al., 2007)</p> <p>Similar to TMT, but involves alternation between numbers and two colors (1-pink, 2-yellow, 3-pink, etc.)</p>	<p><u>Evidence on predicting driving performance:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - The CTT can be used as an alternative to the TMT to predict on-road performance. The CTT may be particularly useful for those individuals who are less familiar with the Latin alphabet (Elkin-Frankston et al., 2007) <p><u>Suggested time cut-offs:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - > 60s = predicts road test failure (Hartman-Maeir et al., 2008) 	<p>Elkin-Frankston, S., Lebowitz, B.K., Kapust, L.R., Hollis, A.M., & O'Connor, M.G. (2007). The use of the Color Trails Test in the assessment of driver competence: Preliminary report of a culture-fair instrument. <i>Archives of Clinical Neuropsychology</i>, 22(5): 631-635.</p> <p>Hartman-Maeir, A., Bar-Haim Erez, A., Ratzon, N., Mattatia, T. & Weiss, P. (2008). The validity of the Color Trail Test in the pre-driver assessment of individuals with acquired brain injury. <i>Brain Injury</i>, 22(13-14): 994-998.</p>
<p>Clock drawing test: Domains: visual-spatial construction, visual perception, and abstract conceptualization (Oswanski et al., 2007)</p>	<p><u>Evidence on predicting driving performance:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • The Clock Drawing Test is a significant predictor of seniors' driving capabilities (Oswanski et al., 2007) • Predicts on-road driving performance (Vanlaar et al., 2014) <p><u>Suggested cut-offs:</u></p>	<p>American Medical Association. <i>AMA physician's guide to assessing and counseling older driver's</i>. http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/public-health/promoting-healthy-lifestyles/geriatric-health/older-driver-safety/assessing-counseling-older-drivers.shtml</p>

<p>Currently, The Ontario Ministry of Transportation requires completion of a version of the Clock-Drawing Test as part of its Senior Driver Renewal Program that targets drivers aged 80 and older (Ontario Ministry of Transportation, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Four Point Scale: $\leq 3/4$ = need further driving evaluation (Oswanski et al., 2007) • Seven Point Scale: \leq = Unfit to drive, \geq = Fit to drive (Gibbons, 2017) <p>Methods of administration and scoring of Clock Drawing Test can vary. See <i>AMA Physician's Guide to Assessing and Counseling Older Drivers</i> found in the Candrive website for 1 method (Freund Clock Scoring) of administering and scoring The Clock Drawing Test: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/433/phyguidechap3.pdf</p>	<p>Gibbons, C., Smith, N., Middleton, R., Clack, J., Weaver, B., Dubois, S., & Bédard, M. (2017). Using serial trichotomization with common cognitive tests to screen for fitness to drive. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 71</p> <p>Schurr, Stephanie. <i>Driving After Stroke: Clinical Use of Pre-Driving Screen Data</i>. http://tbrhsc.net/wp-content/uploads/2017/01/S.Schurr-Driving-and-Stroke-OutPatient-Clinic.pdf accessed Jan 25, 2019</p> <p>Oswanski, MF. et. al. (2007). Evaluation of Two Assessment Tools in Predicting Driving Ability of Senior Drivers. <i>American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation</i>, 86, 3.</p> <p>Vanlaar, W., McKiernan, A., McAteer, H., Robertson, R., Mayhew, D., Carr, D., ...& Holmes, E. (2014). <i>A meta-analysis of cognitive screening tools for drivers aged 80 and over</i>. Ottawa, ON: Traffic Injury Research Foundation.</p>
<p>Useful Field of View (UFOV)</p> <p>Domain: Tests visual memory, visual attention, and divided attention with structured and unstructured components.</p> <p>The concept of “useful field of view” refers to the brain’s ability to comprehend visual info with the head and eyes in a stationary position. This test is administered on a computer.</p>	<p>The UFOV is one of the most extensively researched and promising predictor tests for a range of driving outcomes measures, including driving ability and crash risk (Wood & Owsley, 2014).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Performance on the UFOV corresponds with crash history (Novack et al., 2006), future crashes (Owsley, 1994), and pass/fail on-road driving test (Myers et al., 2000; Novack et al., 2006; Stav et al., 2008) <p>Suggested cut-off scores (UFOV-2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 300 ms = need further driving evaluation <p>PPV: 61.9% NPV: 86.1% (Bedard et al., 2008)</p>	<p>Ball, K., Owsley, C., Sloane, M.D., Roenker, D.L., & Bruni, J.R. (1993). Visual attention problems as a predictor of vehicle accidents in older drivers. <i>Investigative Ophthalmology and Visual science</i>, 34, 3110-3123.</p> <p>Ball, K., & Owsley, C. (1993). The useful field of view test: A new technique for evaluating age-related declines in visual function. <i>Journal of the American Optometric Association</i>, 64, 71-79.</p>

- Drivers aged 75+: > 353 ms = 2x as likely to be involved in at-fault crashes (Ball et al., 2006)

Ball, K., & Rebok, G. (1994). Evaluating the driving ability of older adults. *The Journal of applied Gerontology*, 13, 20-38.

Ball, K.K., Roenker, D.L., Wadley, V.G., Edwards, J.D., Roth, D.L., McGwin, G., ... & Dube, T. (2006). Can high-risk older drivers be identified through performance-based measures in a department of motor vehicles setting? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(1), 77-84.

Bedard, M., Weaver, B., Darzins, P., & Porter, M.M. (2008). Predicting driving performance in older adults: we are not there yet! *Traffic Injury Prevention*, 9(4): 336-41.

Edwards, J.D., Ross, L.A., Wadley, V.G., Clay, O.J., Crowe, M., Roenker, D.L., & Ball, K.K. (2006). The useful field of view test: Normative data for older adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(4): 275-286.

Owsley, C., & Ball, K. (1993). Assessing visual function in the older driver. *Clinics in Geriatric Medicine: Medical Considerations in the older driver*, 9, 389-401.

Myers, R. S., Ball, K. K., Kalina, T. D., Roth, D. L., & Goode, K. T. (2000). Relation of useful field of view and other screening tests to on-road driving performance. *Perceptual & Motor Skills*, 91: 279-290.

Novack, T.A., Banos, J.H., Alderson, A.L., Schneider, J.J., Weed, W., Blankenship, J., & Salisbury, D. (2006). UFOV performance and

		<p>driving ability following traumatic brain injury. <i>Brain Injury</i>, 20: 455-461.</p> <p>Stav, W.B., Justiss, M.D., McCarthy, D.P., Mann, W.C., & Lanford, D.N. (2008). Predictability of clinical assessments for driving performance. <i>Journal of Safety Research</i>, 39: 1-7.</p> <p>Wood, J.M., & Owsley, C. (2014). Useful Field of View Test. <i>Gerontology</i>, 60(4): 315-318. Owsley, C., Ball, K., McGwin, G. Jr., Sloane, M.E., Roenker, D.L., White, M.F., et al. (1998). Visual processing impairment and risk of motor vehicle crash among older adults. <i>Journal of the American Medical Association</i>, 279(14), 1083-1088.</p>
<p>Single-Letter Cancellation Test Domains: visual scanning and visual attention</p> <p>Administration time: <5 minutes</p> <p>Norms: 18–91 yrs</p>	<p><u>Evidence on predicting driving performance:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Single-Letter Cancellation Test is significantly associated with on-road test outcome (Mazer et al., 1998) <p><u>Suggested cut-off scores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ≥ 5 errors = 3x more likely to fail on-road test (Mazer et al., 1998) - PPV: 78.9% NPV: 44.6% 	<p>Mazer, B., Korner-Bitensky, N.A., & Sofer, S. (1998). Predicting ability to drive after stroke. <i>Archives of Physical Medicine & Rehabilitation</i>, 79(7), 743-749.</p>
<p>Bells Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> Domains: selective attention and visual scanning 	<p><u>Evidence on predicting driving performance:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bells Test is significantly associated with on-road test outcome (Mazer et al., 1998) <p><u>Suggested cut-off scores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ≥ 4 errors = predictive of unsafe driving (Mazer et al., 1998) - PPV: 77.8% NPV: 44.6% 	<p>Bouillon, L., Mazer, B., & Gelinas, I. (2006). Validity of the Cognitive Behavioural Driver's Inventory in predicting driving outcome. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 60(4): 420-427.</p> <p>Mazer, B., Korner-Bitensky, N.A., & Sofer, S. (1998). Predicting ability to drive after stroke. <i>Archives of Physical Medicine & Rehabilitation</i>, 79(7), 743-749.</p>

Cognitive Screening

<p>Mini-Mental State Exam Domains: Orientation to time and place, immediate recall, short-term verbal memory, calculation, language, and construct ability.</p>	<p>Current best practice suggests utilization of the MMSE with other tests to predict on-road performance as it is not adequate as a benchmark on its own (Hollis et al., 2015).</p> <p><u>Suggested cut-off scores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • $\leq 24/30$ may indicate the presence of a cognitive impairment, but determining fitness to drive would require additional assessment (Molnar et al., 2009) • $<20/30$ = likely unsafe to drive (Molnar et al., 2009) <p>If the MMSE has already been administered, and the clinician has concerns about driving capacity, a score of 24 would equate a score of 18 on the MoCA and could be used as a benchmark for driving risk (Hollis et al., 2015). However, ≤ 24 on the MMSE is not adequately sensitive to predict on-road performance.</p>	<p>Bedard, M., Weaver, B., Darzins, P., & Porter, M.M. (2008). Predicting driving performance in older adults: we are not there yet! <i>Traffic Injury Prevention</i>, 9(4): 336–41.</p> <p>Hollis, A.M., Duncanson, H., Kapust, L.R., Xi, P.M., & O'Connor, M.G. (2015). Validity of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in the prediction of driving test outcome. <i>Journal of the American Geriatric Society</i>, 63(5): 988-992.</p> <p>Molnar F.J., Byszewski, A.M., Rapoport, M., & Dalziel, W.B.. (2009). Practical experience-based approaches to assessing fitness to drive in dementia. <i>Geriatric and Aging</i>, 12(2): 83-92.</p>
<p>Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Domains: attention and concentration, executive functions, memory, language, visuoconstructional skills, conceptual thinking, calculations, and orientation (Nasreddine et al., 2005).</p>	<p>While one study found that MoCA was predictive of fitness to drive, it is recommended to work best in combination with other cognitive tools and not as a stand-alone test. (Bowers et al., 2013; Esser et al., 2016; Kwok et al., 2015)</p> <p><u>Suggested cut-off scores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • < 25 = discriminate pass/fail on-road (Kwok et al., 2015) • ≤ 18 = should raise concerns about driving (Hollis et al., 2015) • < 12 = likely to fail (Esser et al., 2016) • ≥ 27 = pass, ≤ 16 fail (Gibbons et al, 2017) 	<p>Bowers, A.R., Anastasio, R.J., Sheldon, S.S., O'Connor, M.G., Hollis, A.M., Howe, P.D., & Horowitz, T.S. (2013). Can we improve clinical prediction of at-risk older drivers? <i>Accident Analysis & Prevention</i>, 59(2013): 537-547.</p> <p>Esser, P., Dent, S., Jones, C., Sheridan, B.J., Bradley, A., Wade, D.T., & Dawes, H. (2016). Utility of the MoCA as a cognitive predictor for fitness to drive. <i>Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry</i>, 87(5): 567-568.</p> <p>Gibbons, C., Smith, N., Middleton, R., Clack, J., Weaver, B., Dubois, S., and Bédard, M.I. (2017) <u>Using Serial Trichotomization With Common Cognitive Tests to Screen for Fitness to Drive</u> <u>The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association</u>, 71(2): 1-8</p>

		<p>Kwok, J.C,W., Gelinas, I., Benoit, D., & Chilingaryan, G. (2015). Predictive validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a screening tool for on-road driving performance. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 78(2): 100-108.</p> <p>Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ...& Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. <i>Journal of the American Geriatric Society</i>, 53(4): 695-699.</p>
Driving Batteries		
<p>DriveABLE® Competence Screen Domains: motor speed & control, visual attention, spatial judgement; executive function</p> <p>Computer-based tasks used in concert with on-road DriveABLE test</p> <p>Administration time: 50 minutes</p>	<p>While recent evidence on the DriveABLE® tool supports its utility with regard to predicting on-road performance using its own standardized protocol, there is no evidence available in the peer-reviewed literature concerning its psychometric properties or validating its corresponding on-road evaluation (Vrkljan, McGrath, & Letts, 2011)</p> <p><u>Suggested cut-off scores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • The positive predictive validity of the DriveABLE® Office Competence Screen in identifying those who would fail the DriveABLE® Road Test was 97% (n = 32 of 33). - Negative predictive validity was 47% - The sensitivity was 76% with a specificity of 90% (Vrkljan, McGrath, & Letts, 2011) 	<p>Vrkljan, B.H., McGrath, C.E., & Letts, L.J. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: A critical appraisal of evidence. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 78(2): 80-96.</p>
<p>Cognitive Behavioral Driver's Inventory (CBDI) Domains: cognitive and behavioural skills required for driving</p> <p>Administration time: 1–1.5 hours.</p>	<p>CBDI involves a comprehensive protocol with strong psychometric to determine fitness to drive (Vrkljan, McGrath, & Letts, 2011)</p> <p><u>Suggested cut-off scores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • < 45/50 = predicts failures on-road (Bouillon et al., 2006) • PPV: 62% NPV: 83% 	<p>Bouillon, L., Mazer, B., & Gelinas, I. (2006). Validity of the Cognitive Behavioural Driver's Inventory in predicting driving outcome. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 60(4): 420-427.</p> <p>Vrkljan, B.H., McGrath, C.E., & Letts, L.J. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: A critical appraisal of</p>

<p>Available at https://www.cbdionline.com/</p>		<p>evidence. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 78(2): 80-96.</p>
Vision Assessment		
<p>Ministry of Transportation Requirements Province specific websites http://www.mto.gov.on.ca/english/dandv/driver/medical-review/standards.shtml Canadian Council of Motor Transport Administrators</p>	<p><u>Vision Standards - Class G and M</u></p> <p>“Ontario Regulation 340/94 (s. 18) requires that an applicant for or a holder of a Class G, G1, G2, M, M1 or M2 licence must have,</p> <ul style="list-style-type: none"> •A visual acuity as measured by Snellen Rating that is not poorer than 20/50, with both eyes open and examined together with or without the aid of corrective lenses; and •A horizontal visual field of at least 120 continuous degrees along the horizontal meridian and at least 15 continuous degrees above and below fixation, with both eyes open and examined together” <p>http://www.mto.gov.on.ca/english/dandv/driver/medical-review/standards.shtml</p> <p>In Ontario, a vision waiver can be applied for people seeking Class G licenses who lack 120 degrees of horizontal vision as long as certain conditions are met.</p>	
Sensori - Motor Assessment		
<p>Range of Motion (ROM) & Strength</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Range of motion assessments should be made of any joints required to operate a vehicle for example neck, spine, upper and lower limbs. Restrictions and painful range of motion should be noted. • Strength of the muscle groups should also be assessed to determine any restrictions which might limit action • Potential ability to participate with of impaired limbs should be considered and need for devices or strategies anticipated identified. 	
<p>Sensation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Somatosensory impairment of the limb should be assessed to determine ability of the limbs to move with adequate speed and strength with vehicle. Somatosensation of the in the foot and proprioception of the ankle/foot will be of particular interest for braking and acceleration. (Vrkljan et al., 2011) 	<p>Vrkljan, B.H., McGrath, C.E., & Letts, L.J. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: A critical appraisal of evidence. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 78(2): 80-96.</p>
<p>Gait and Physical Performance Tests</p>	<p>Rapid Pace Walk (Marottoli et al. 1994) in Mielenz et al., (2017)</p>	<p>Guralnik JM, Branch LG, Cummings SR,</p>

	<ul style="list-style-type: none">• > 7 seconds = Red Flag <p>The Short Physical Performance Battery (Guralnik et al., 1994) in Mielenz et al., (2017)</p> <ul style="list-style-type: none">• associated with reduced driving exposure and increased cessation in older drivers	<p>Curb JD. Physical performance measures in aging research. J Gerontol. 1989;44(5):M141–6.</p> <p>Marottoli RA, Ostfeld AM, Merrill SS, Perlman GD, Foley DJ, Cooney LM. Driving cessation and changes in mileage driven among elderly individuals. J Gerontol. 1993;48(5):S255–60.</p> <p>Marottoli RA, Cooney LM, Wagner R, Doucette J, Tinetti ME. Predictors of automobile crashes and moving violations among elderly drivers. Ann Intern Med. 1994;121:842–6.</p> <p>Mielenz, T. J. Durbin, L.L., Cisewski, J., A., Guralnik, J. M. and Li, G. (2017). Inj Epidemiol. Published online 2017 May 8. doi: 10.1186/s40621-017-0110-2</p>
--	---	--