

Vingt ans de **Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC** : améliorer les soins, sauver des vies et favoriser le rétablissement

Le 2 juin 2026

Stratégie canadienne de l'AVC : le commencement

Il y a à peine quelques décennies, l'AVC pouvait être diagnostiqué, mais il n'existait aucun traitement et très peu de ressources pour soutenir le rétablissement. Une étape déterminante a été franchie lorsque l'altéplase, un médicament administré par voie intraveineuse qui dissout les caillots, a été provisoirement approuvé par Santé Canada comme traitement de l'AVC ischémique (le type d'AVC le plus courant, causé par un caillot sanguin) en 1999, puis approuvé de façon définitive en 2005. À la même époque, la Stratégie canadienne de l'AVC a été lancée sous la direction du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (Cœur + AVC).

La Stratégie canadienne de l'AVC a rassemblé les parties prenantes et les partenaires autour d'une vision commune, celle d'un accès optimal à des services intégrés, efficaces et de haute qualité en matière de prévention et de traitement de l'AVC, de réadaptation après un AVC et de participation communautaire dans tout le pays. Bien que des pratiques exemplaires en matière de soins de l'AVC se soient développées dans certaines régions au pays, la qualité des soins variait : dans de nombreux endroits, d'importants écarts persistaient entre ce qui aurait dû être fait et ce qui était fait. L'un des principaux objectifs de la Stratégie canadienne de l'AVC était de fournir un cadre pour l'élaboration et la diffusion à l'échelle nationale de pratiques optimales en matière de soins de l'AVC fondées sur des données probantes. Cette approche visait à s'assurer que les résultats de la recherche parviennent aux personnes en mesure de les utiliser : les professionnels de la santé, les gestionnaires en milieu hospitalier ainsi que les responsables des systèmes de santé.

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

Les premières *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (les *Recommandations*) ont été publiées il y a 20 ans, en 2006, par le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Cœur + AVC dans le cadre de la Stratégie canadienne de l'AVC. Bien que des lignes directrices de pratique clinique relatives à l'AVC existaient déjà aux États-Unis et en Europe, il était nécessaire de formuler des recommandations adaptées au système de santé et au contexte canadiens, notamment à l'immensité du territoire et à la diversité des communautés urbaines, rurales et éloignées. Ces lignes directrices ont commencé à structurer et à uniformiser l'organisation et la prestation des soins de l'AVC au pays, avec une méthodologie de mesure intégrée, un élément nouveau et essentiel.

En 2013, Cœur + AVC a pris en charge la gestion opérationnelle

des *Recommandations*, en partenariat avec le Consortium Neurovasculaire Canadien, la Fédération des sciences neurologiques du Canada et le réseau de la plateforme CanStroke Essais post-AVC.

Les *Recommandations* fournissent des lignes directrices de pratique clinique à jour, fondées sur des données probantes, couvrant le continuum de soins, de la sensibilisation du public au diagnostic et au traitement d'urgence, en passant par la réadaptation, le rétablissement et la prévention d'une récurrence. Au fil des ans, elles ont évolué pour couvrir les différents sous-types d'AVC et contextes associés, chacun faisant l'objet de recommandations de soins adaptées. Leur objectif est de rendre les soins de l'AVC plus uniformes au pays et de promouvoir l'application rapide des nouvelles connaissances et données probantes dans la pratique, afin d'améliorer les soins, de réduire la mortalité et l'incapacité, de favoriser le rétablissement et la participation communautaire pour les personnes ayant subi un AVC, de soutenir les familles et les personnes aidantes, et de réduire les coûts des soins de santé.



Les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC améliorent les soins, sauvent des vies et favorisent le rétablissement.

Lorsque cela est possible et approprié, les *Recommandations* sont harmonisées avec d'autres lignes directrices de pratique clinique canadiennes connexes, par exemple pour la prise en charge de l'hypertension, du diabète, des problèmes cardiaques et du cholestérol. Examinées par des pairs et publiées dans des revues scientifiques, elles sont gratuites, bilingues, faciles d'accès et consultables sur le [site Web](#). Elles sont promues et diffusées dans tout le pays.

« Les *Recommandations* ont grandement contribué à l'établissement d'un cadre national couvrant l'ensemble du continuum des soins de l'AVC, depuis les soins d'urgence jusqu'à la réadaptation et au rétablissement », explique la D^{re} Anita Mountain, physiatre au Nova Scotia Rehabilitation and Arthritis Centre du Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II.

Derrière les *Recommandations*

Utilisées par les professionnels de première ligne et les responsables des systèmes de santé à tous les niveaux, les *Recommandations* fournissent des orientations fondées sur des données probantes pour orienter l'organisation et la prestation des soins de l'AVC. Elles décrivent l'infrastructure nécessaire ainsi que les protocoles et processus cliniques permettant de fournir des services intégrés, de haute qualité et efficaces en matière d'AVC au pays, tout en reconnaissant que toutes les recommandations ne s'appliquent pas à l'ensemble des patientes et patients dans tous les contextes et que les décisions peuvent être influencées par les ressources disponibles, les circonstances individuelles et le jugement clinique. Les **considérations cliniques** fournissent des conseils pratiques sur des questions spécifiques pour lesquelles les données probantes issues de la recherche sont limitées ou inexistantes.

Le **Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière de soins de l'AVC**, composé de spécialistes des quatre coins du pays représentant tout le continuum de soins, de la prévention à la réadaptation et au rétablissement, assume la responsabilité générale du processus d'élaboration et de mise à jour. Le **Comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC** examine les ébauches de recommandations et élabore des indicateurs de qualité, des objectifs et des seuils de référence. Les **indicateurs de qualité** sont conçus pour éclairer et uniformiser les activités de mesure et de surveillance afin d'améliorer les soins et les résultats pour les patientes et patients. Ces indicateurs peuvent être des indicateurs de résultats (p. ex. la mortalité), des indicateurs de processus (p. ex. le délai de traitement), des indicateurs du système (p. ex. des indicateurs de personnel) ou des mesures axées sur la personne (p. ex. la qualité de vie).



Près d'un million
de personnes au
pays vivent avec les
séquelles d'un AVC.

Un **groupe de rédaction** composé de spécialistes est réuni pour chaque module afin d'examiner, de rédiger et de réviser les énoncés des *Recommandations*. Une révision finale est effectuée avant la publication par un **groupe externe d'examen** composé de professionnels de la santé. Le **comité de consultation et d'examen communautaire**, composé de personnes ayant subi un AVC, de leurs familles et de leurs aidantes et aidants, joue un rôle essentiel dans le processus d'élaboration des *Recommandations*. Il veille à ce que les recommandations finales soient fondées sur des expériences réelles et reflètent des valeurs et des préférences authentiques. Les modules de chaque édition font l'objet de mises à jour à quelques années d'intervalle. Toutefois, comme la recherche en matière de soins de l'AVC évolue constamment, un protocole est en place pour

traiter en temps opportun des **données émergentes**, au moyen d'un processus d'examen rigoureux. Dans ces cas, une mise à jour provisoire est publiée, puis intégrée ultérieurement à la prochaine version complète du module.



Au pays, **un AVC survient** toutes les **5 minutes** environ.

L'optimisation des soins de l'AVC

Les meilleurs soins sont structurés

Les *Recommandations* soulignent la nécessité de coordonner les soins aux patientes et patients entre l'ensemble des services hospitaliers, et entre les différents établissements et programmes de soins de santé. Elles mettent également en évidence l'importance d'équipes de prise en charge de l'AVC bien organisées pour offrir des soins efficaces et utiliser les ressources de manière efficiente. Des soins structurés et intégrés signifient que les systèmes, protocoles et infrastructures nécessaires sont en place et qu'ils sont soutenus par des budgets et des ressources dédiés. Une étude canadienne a montré que la mise en œuvre de systèmes intégrés de soins de l'AVC (2004-2013) était associée à une diminution de plus de 20 % du taux de mortalité liée à l'AVC. Les soins prodigués dans une unité de prise en charge de l'AVC (une unité spécialisée dotée d'une équipe interdisciplinaire dédiée à l'AVC) augmentent les chances de survie, de retour à la maison et de rétablissement de l'autonomie^{i, ii}. En conséquence directe des *Recommandations* et des efforts de développement du système de soins de l'AVC, le nombre d'unités de prise en charge de l'AVC désignées au pays est passé de 58 à 95 entre 2009 et 2022.

« Avant l'adoption des *Recommandations*, il n'existait pas vraiment de système de soins de l'AVC. Le système en place était fragmenté et les soins variaient en fonction des connaissances de chaque professionnel de la santé. Les *Recommandations* ont permis de mettre l'expertise de pointe en matière d'AVC à la portée de l'ensemble des médecins au Canada. Elles ont permis d'améliorer les soins, de sauver davantage de vies et d'obtenir de meilleurs résultats », déclare le Dr Eric Smith, neurologue spécialisé en AVC au Calgary Stroke Program.

L'application de la recherche dans la pratique

Les *Recommandations* comprennent des descriptions de processus et d'activités destinés au personnel de première ligne afin de fournir des soins optimaux de l'AVC, fondées sur une synthèse des données de recherche publiées. Lorsque les données probantes sont moins claires, des considérations cliniques sont fournies pour guider la prise de décisions cliniques. Un résumé des données probantes, la justification de la mise en œuvre, les répercussions ou considérations potentielles pour les systèmes de santé et des conseils sur la mesure du rendement des systèmes sont également fournis.

« Lorsque les thrombolytiques intraveineux [médicaments pouvant dissoudre les caillots sanguins] ont été approuvés, cela a transformé la perception de l'AVC : il était possible de le traiter et nous pouvions réellement faire quelque chose. Les pratiques optimales en matière de soins de l'AVC ont renforcé et promu ce concept, elles sont à la fois le résultat de l'évolution du traitement de l'AVC, et un levier favorisant la poursuite de l'évolution de la recherche et des soins dans ce domaine », explique le Dr Michael Hill, neurologue spécialisé en AVC au Calgary Stroke Program. « Lorsque nous avons publié les résultats de l'essai ESCAPE sur la thrombectomie endovasculaire [le retrait des caillots], ils ont été immédiatement accessibles dans les 11 sites canadiens participant à l'essai. Leur intégration aux *Recommandations* a toutefois facilité leur diffusion dans d'autres établissements. Aujourd'hui, 27 centres dans tout le pays offrent ce traitement », poursuit-il.



Les cas d'AVC sont en hausse, mais un plus grand nombre de personnes y survivent.

Le processus d'élaboration des *Recommandations* permet d'atténuer le délai souvent important entre la production de la recherche et sa mise en pratique, grâce à des examens programmés et à un processus d'examen rapide. Par exemple, les premières *Recommandations* publiées en 2006 recommandaient un délai maximal de trois heures entre l'apparition des symptômes de l'AVC et l'administration d'un médicament pouvant dissoudre les caillots sanguins. À la lumière d'études ultérieures, le délai a été prolongé à quatre heures et demie dans une édition subséquente, bien que le diagnostic et le traitement doivent toujours être réalisés le plus rapidement possible. Sur la base de données scientifiques récentes, les *Recommandations* actuelles incluent également un autre médicament pouvant dissoudre les caillots sanguins, jugé tout aussi efficace, mais plus facile à administrer, ce qui contribue à en élargir l'accès.

« Les *Recommandations* insistent fortement sur le principe que chaque seconde compte et que l'AVC est une urgence, déclare le Dr Dar Dowlatshahi, neurologue spécialisé en AVC à l'Hôpital d'Ottawa. Elles soulignent la nécessité d'accélérer les processus et de s'assurer que les systèmes soient en place pour atteindre des cibles précises. Elles ont eu une incidence majeure sur la manière dont nous traitons systématiquement l'AVC. »



Un **AVC** peut survenir à **n'importe quel âge.**

Mesurer le rendement

Un élément novateur, mais essentiel, des *Recommandations* a été l'intégration d'indicateurs de rendement au processus. Ceux-ci permettent de bien comprendre comment mesurer les progrès réalisés, évaluer la mise en œuvre des pratiques et favoriser l'amélioration continue de la qualité. En 2008, le Guidelines International Network (GIN) a salué les *Recommandations* pour cette décision avant-gardiste d'intégrer des indicateurs de rendement dans les lignes directrices.

« Puisque des indicateurs de rendement font partie des *Recommandations*, leur publication sous forme d'ensemble permet de démontrer : ce qu'il faut faire, comment le faire, comment savoir si c'est fait et dans quelle mesure c'est bien fait », explique Patrice Lindsay, ancienne éditrice en chef des *Recommandations*.

La promotion de l'amélioration du système de soins de l'AVC

La première édition des *Recommandations* comprenait des sections sur la sensibilisation du public, la prévention, la prise en charge de l'AVC en phase aiguë et la réadaptation. Au cours des 20 dernières années, des modules ont été ajoutés, notamment sur la prise en charge de l'AVC en phase hyperaiguë, la gestion des transitions, la télé-AVC, la pédiatrie, la grossesse, les déficits cognitifs d'origine vasculaire, l'hémorragie intracérébrale et la thrombose veineuse cérébrale. Les *Recommandations* fournissent aux cliniciennes et cliniciens, ainsi qu'aux responsables des systèmes de santé, les données probantes et le cadre nécessaires pour plaider en faveur d'investissements visant à renforcer les compétences et les capacités du personnel, à améliorer le système et à prodiguer de meilleurs soins.

« Les *Recommandations* nous incitent à examiner le système dans son ensemble, de la sensibilisation du public aux soins de fin de vie, en passant par les soins de courte durée, la prévention et la réadaptation, et à recenser les partenaires et les parties prenantes, y compris les patientes et patients partenaires ainsi que les ressources communautaires. Du point de vue des systèmes de santé, elles nous fournissent les données probantes importantes qui peuvent contribuer à orienter les décisions continues concernant l'amélioration du système et l'allocation des ressources afin de nous assurer de pouvoir offrir des soins de très grande qualité aux patientes et patients, affirme Sacha Arsenault, directrice provinciale à Stroke Services BC. Elles sont à la base de tout ce que nous faisons et nous donnent l'assurance que nous faisons ce qu'il faut. »

Sensibilisation du public

Depuis la première édition, les *Recommandations* soulignent l'importance de faire comprendre au grand public que l'AVC est une urgence médicale, de lui apprendre à en reconnaître les signes et à agir en conséquence. Reconnaître les signes de l'AVC et agir rapidement peut faire la différence entre la vie et la mort, ou entre un

rétablissement optimal et une incapacité de longue durée. En 2014, Cœur + AVC a lancé la campagne VITE (coeuretavc.ca/VITE).

Le nombre de personnes qui peuvent nommer au moins deux signes VITE de l'AVC a plus que doublé au cours des 12 dernières années, passant de deux personnes sur dix (21 %) à près de la moitié (47 %).

Reconnaissez les signes de l'AVC

V **Visage**
est-il affaissé ?

I **Incapacité**
à lever les deux bras
normalement ?

T **Trouble de
la parole**
trouble de la
prononciation ?

E **Extrême
urgence**
composez le 9-1-1

Combattez l'AVC, appelez VITE le 9-1-1

Vingt ans de *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : points saillants

Sept éditions des *Recommandations* ont été publiées (la 7^e édition est en cours), témoignant de progrès considérables réalisés au cours des 20 dernières années. Au départ, chaque édition était mise à jour tous les deux ans. Toutefois, avec l'augmentation du volume de données probantes au fil du temps, le nombre de modules de lignes directrices a augmenté, et de nouveaux modules sont désormais publiés tous les ans ou tous les deux ans. Les *Recommandations* sont utilisées par les professionnels de la santé ainsi que par les responsables des systèmes dans tout le pays et ont influencé les soins de l'AVC dans le monde entier.

2005

L'altéplase, un médicament administré par voie intraveineuse qui dissout les caillots pour traiter l'AVC ischémique, reçoit l'approbation finale de Santé Canada sur la base de l'étude *The Canadian Alteplase for Stroke Effectiveness Study* (CASES), soutenue par le financement de Cœur + AVC.

2006

La première édition des *Recommandations* est publiée sous la forme d'un seul document comportant six sections : sensibilisation et faculté de réponse du public, enseignement au patient et à sa famille, prévention de l'AVC, prise en charge de l'AVC en phase aiguë, réadaptation, et suivi et réintégration en milieu communautaire.

2008

La deuxième édition des *Recommandations* est publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*. De nouvelles recommandations portent sur les services médicaux d'urgence, la prise en charge de l'accident ischémique transitoire et de l'AVC mineur, les soins hospitaliers de courte durée et les déficits cognitifs d'origine vasculaire.

2010

La troisième édition des *Recommandations* est publiée avec une section sur les transitions des soins pour aider les personnes ayant subi un AVC, leurs familles et les personnes aidantes à accéder au bon type de soins dans le bon milieu et au bon moment.

2010

Un site Web dédié (pratiquesoptimalesavc.ca) est lancé pour faciliter l'accès aux dernières *Recommandations* et permettre des mises à jour en temps opportun.

2010

Agrément Canada, en collaboration avec le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Cœur + AVC, met sur pied un programme de distinction des services en matière de soins de l'AVC à partir des *Recommandations*. Il s'agit du tout premier programme d'agrément spécifique à une maladie.

2011

Le rapport *La qualité des soins de l'AVC au Canada* est publié, en fonction des données des hôpitaux du pays et des bases de données nationales sur la santé. Le rapport compare l'état des soins de l'AVC aux *Recommandations* et propose des orientations visant à améliorer les soins.

2013

La quatrième édition des *Recommandations* est publiée et comprend un module sur l'humeur, la cognition et la dépression recommandant le dépistage de la dépression chez toutes les personnes ayant subi un AVC et leurs aidantes et aidants. Cette étape a marqué un tournant en matière de soins psychologiques et a été révolutionnaire pour les *Recommandations*.

2013

Un nouveau module est ajouté sur la télé-AVC. Il mise sur l'utilisation des technologies pour relier les établissements de soins référents et consultants afin d'assurer l'évaluation et la prise en charge de personnes ayant subi un AVC, y compris l'administration de médicaments pouvant dissoudre les caillots sanguins ainsi que la prévention secondaire, la réadaptation et le rétablissement. La télé-AVC est un moyen efficace de fournir des soins aux personnes ayant subi un AVC, partout au pays. Entre 2009 et 2022, le nombre d'hôpitaux offrant la télé-AVC pour la prise en charge de l'AVC en phase aiguë est passé de 71 à 307.

2014

Le premier module de la cinquième édition des *Recommandations* sur la prévention secondaire est publié dans *l'International Journal of Stroke*. Il comprend une nouvelle recommandation très ferme selon laquelle les personnes qui sont vues dans les 48 heures suivant un accident ischémique transitoire soupçonné ou un AVC ischémique soupçonné, avec une faiblesse du visage, du bras ou de la jambe, ou des troubles de l'élocution, sont les plus à risque de récurrence d'AVC et doivent être immédiatement transférées afin de recevoir des soins avancés de l'AVC et subir des examens d'imagerie en urgence.

2015

Les résultats spectaculaires de l'essai ESCAPE, financé par Cœur + AVC, révèlent que la thrombectomie endovasculaire améliore les résultats et peut réduire de moitié le taux de mortalité associé aux AVC ischémiques graves. Le traitement est immédiatement rendu disponible dans les onze hôpitaux canadiens qui ont participé à la recherche. Les résultats sont rapidement inclus dans les *Recommandations*, faisant du Canada l'un des premiers pays au monde à intégrer ce traitement dans son système de santé et facilitant son adoption dans d'autres centres au pays.

2016

Un ajout important aux nouvelles lignes directrices en matière de réadaptation est l'inclusion des personnes ayant subi un AVC et des aidantes et aidants comme des membres importants de l'équipe de réadaptation.

2017

L'énoncé de consensus des *Recommandations* sur la prévention secondaire de l'AVC pendant la grossesse fournit, pour la première fois à l'échelle mondiale, des orientations générales et spécifiques en matière de prévention secondaire de l'AVC pendant la grossesse. Il se concentre sur les aspects propres à la prévention secondaire de l'AVC chez les femmes ayant des antécédents d'AVC ou d'accident ischémique transitoire et qui sont enceintes ou envisagent de le devenir.

2018

L'énoncé de consensus des *Recommandations* sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë pendant la grossesse, le premier du genre au Canada, révèle que, bien que relativement rare, l'AVC chez les femmes enceintes est trois fois plus fréquent que chez les femmes non enceintes du même âge. Selon une étude canadienne financée par Cœur + AVC, environ 30 femmes sur 100 000 subiront un AVC au cours de leur grossesse, le risque le plus élevé se situant juste avant ou après l'accouchement.

2020

Une nouvelle ligne directrice recommande aux personnes qui n'ont pas d'antécédents de maladies du cœur, de maladies vasculaires ou d'AVC de ne pas prendre d'acide acétylsalicylique (AAS) à des fins préventives. Il s'agit d'un changement apporté à une pratique courante en place depuis plusieurs décennies. La ligne directrice est fondée sur de nouvelles données probantes solides qui indiquent que la prise quotidienne d'AAS (un produit surtout connu sous les noms d'Aspirine, d'Entrophen et de Novasen) pourrait causer plus de tort que de bien, notamment en raison d'effets secondaires graves comme les hémorragies internes. Au moment de la publication de cette ligne directrice, 5,3 millions d'adultes au pays prenaient de l'AAS pour prévenir les maladies du cœur ou les AVC, dont 2,4 millions sans recommandation médicale. Toute personne ayant des antécédents d'AVC, de maladies du cœur ou de maladies vasculaires était toutefois encouragée à continuer de prendre quotidiennement une faible dose d'AAS pour prévenir un nouvel événement, si un professionnel de la santé le lui avait recommandé.

2020

Pour faire face aux énormes défis auxquels le système de santé est confronté en raison de la pandémie de COVID-19, des *Recommandations* sont publiées pour assurer la poursuite de la mise en œuvre de soins de l'AVC fondés sur des données probantes. La mise à jour couvre l'ensemble du continuum des soins, de la prévention à la réadaptation, et comprend une trousse d'outils de télé-AVC (soins virtuels) visant à favoriser l'adoption rapide de la technologie pour l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge de l'AVC chez les personnes présentant des problèmes de santé nouveaux ou existants qui ne nécessitent pas de soins en personne ou pour lesquels les soins ne sont pas disponibles.

2020

Le sexe et le genre doivent désormais être pris en compte par tous les groupes de rédaction des *Recommandations* lors de l'examen des données probantes, notamment en ce qui concerne le ratio hommes/femmes dans les essais cliniques et l'observation des différences significatives fondées sur le sexe dans les résultats.

2022

Sur la base de la plus grande étude sur l'AVC en phase aiguë jamais menée au Canada (essai AcT), financée par Cœur + AVC, de nouvelles recommandations sont publiées concernant l'utilisation du ténecteplase (TNKase^{MD}) qui est plus facile à administrer que l'altéplase pour dissoudre les caillots. Il s'agit d'une amélioration majeure de la prise en charge de l'AVC en phase aiguë, qui se traduit

par un traitement plus rapide. En 2025, le ténecteplase est approuvé par Santé Canada, la Food and Drug Administration des États-Unis et l'Agence européenne des médicaments.

2024

Un nouveau module présente des orientations liées à la thrombose veineuse cérébrale (TVC), un type d'AVC rare, mais potentiellement mortel, encore mal compris. Le risque de TVC est plus élevé chez les femmes et est souvent associé à l'utilisation de contraceptifs oraux ainsi qu'à la grossesse.

2024

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire font désormais l'objet d'un module distinct et élargi. Une nouvelle infographie et une carte de parcours unique, élaborées en collaboration avec des personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire et leurs familles, sont également incluses.

2025

Le module portant sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire est réorganisé afin de mieux s'harmoniser avec le cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). De plus, en raison de l'étendue des sujets abordés, il est désormais présenté en trois parties couvrant la planification de la réadaptation, la prestation de soins de réadaptation, ainsi que l'activité et la participation communautaire.

Les *Recommandations* en chiffres

- Depuis 2006, **7 éditions** des *Recommandations* ont été publiées.
- La première édition (2006) se présente sous la forme d'un **document** comprenant **6 sections, 24 sujets et 97 recommandations**.
- La deuxième édition (2008) se présente sous la forme d'un **document** comprenant **6 sections** et **220 recommandations**.
- La quatrième édition (2012-2013) comprend **6 modules distincts** avec **1 trousse d'outils, 825 recommandations** et **23 considérations cliniques**.
- La septième édition (2020 à maintenant) comprend **11 modules, 2 mises à jour provisoires**, plus de **1336 recommandations** et **469 considérations cliniques**.
- En 2025, le site Web des Pratiques optimales de l'AVC au Canada a été visité par plus de **318 000 personnes**.
- Les *Recommandations* **ont été publiées dans 5 revues** **examinées par des pairs** : *Journal de l'Association médicale canadienne*, *International Journal of Stroke*, *Journal canadien des sciences neurologiques*, revue *Alzheimer's & Dementia* et *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*.
- Plus de **500 autrices et auteurs** ont contribué à la rédaction des *Recommandations*.
- **Plus de 50 organisations offrant des soins de l'AVC** ont été reconnues dans le cadre du programme Distinction – AVC d'Agrément Canada, un programme fondé sur les *Recommandations*.

Malgré les progrès réalisés, il reste encore beaucoup à faire

La prévention, la sensibilisation, le traitement et le rétablissement liés à l'AVC ont connu des avancées majeures au cours des dernières décennies grâce aux percées de la recherche, à l'accroissement de la sensibilisation et à l'amélioration des systèmes de soins de l'AVC, le tout soutenu par les *Recommandations*.

- L'incidence de l'AVC est en hausse au Canada en raison du vieillissement de la population^{iv} et de l'augmentation du nombre de cas chez des personnes plus jeunes^{v, vi}, mais un plus grand nombre de personnes y survivent.
- À l'heure actuelle, près d'un million de personnes vivent avec les séquelles d'un AVC au Canada^{vii}.
- Plus de 108 000 AVC surviennent chaque année au pays, soit un toutes les cinq minutes^{viii}.
- Jusqu'à huit cas d'AVC ou de maladies du cœur précoces sur dix peuvent être évités grâce à de saines habitudes de vie.
- Au Canada, neuf personnes sur dix ont au moins un facteur de risque de maladies du cœur ou d'AVC.
- Un AVC peut survenir à n'importe quel âge.
- Pendant un AVC, 1,9 million de cellules cérébrales meurent chaque minute^{ix}.
- Les AVC coûtent à l'économie canadienne plus de 3,6 milliards de dollars par an en coûts directs^x.
- L'AVC figure parmi les dix causes les plus coûteuses d'hospitalisation en soins de courte durée au Canada, avec un coût annuel de 146 millions de dollars^{xi}.
- L'AVC est l'une des plus importantes causes d'incapacité chez les adultes au Canada^{xii}.
- Cœur + AVC a investi 1,73 milliard de dollars dans des recherches de classe mondiale afin de promouvoir la santé, prévenir des maladies, sauver des vies et améliorer le rétablissement.

pratiquesoptimalesavc.ca

Remerciements

Cœur + AVC tient à remercier chaleureusement les centaines de professionnels de la santé, de personnes ayant une expérience vécue et de membres du personnel qui ont contribué à l'élaboration des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* depuis 2006, notamment les coprésidentes et coprésidents des groupes consultatifs ainsi que d'autres collaboratrices et collaborateurs de la première heure et de longue date : D^r Antoine Hakim, Dr Stephen Phillips, Alison McDonald, D^r Mark Bayley, D^r Eric Smith, D^r Ed Harrison, D^{re} Anita Mountain, D^r Dylan Blacquiere, D^r Gord Gubitza, D^r Dar Dowlatshahi et D^r Michael Hill.

La fondation souhaite souligner la contribution exceptionnelle de Patrice Lindsay, qui a agi à titre d'éditrice en chef des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, de la première édition parue en 2006 jusqu'à la publication de la septième édition en 2025 (émérite).

Cœur + AVC assure la direction opérationnelle des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* et en gère la mise en œuvre en partenariat avec le Consortium Neurovasculaire Canadien, la Fédération des sciences neurologiques du Canada et le réseau de la plateforme CanStroke Essais post-AVC.

ⁱ Ganesh *et al.* Integrated systems of stroke care and reduction in 30-day mortality: A retrospective analysis. 2016. American Academy of Neurology. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26850979/>

ⁱⁱ Michael D. Hill, Stroke units in Canada CMAJ. 17 septembre 2002;167(6):649-650

ⁱⁱⁱ Langhorne P, Ramachandra S. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub4.

^{iv} Gouvernement du Canada, Statistique Canada. *Le Quotidien* – Alors que les postes vacants sont nombreux et que le taux de chômage est à un niveau historiquement bas, le Canada fait face à une vague record de retraites au sein d'une main-d'œuvre qui vieillit : le nombre de personnes de 65 ans et plus a crû six fois plus vite que celui des enfants de 0 à 14 ans; 2022. Page consultée le 29 avril 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427a-fra.htm>.

^v Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. Bulletin sur l'AVC 2017 : les mille facettes de l'AVC; 2017. <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/stroke-report/hsf-stroke-report-2017-fr.pdf?rev=76696eaae5b1407abf8989a64aae062b>.

^{vi} Botly LCP, Lindsay MP, Mulvagh SL, *et al.* Recent Trends in Hospitalizations for Cardiovascular Disease, Stroke, and Vascular Cognitive Impairment in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*. 2020;36(7):1081-1090. DOI:10.1016/j.cjca.2020.03.007.

^{vii} Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). 2025. <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/?G=00&V=41&M=1&S=B>.

^{viii} Holodinsky JK, Lindsay P, Yu AYX, Ganesh A, Joundi RA, Hill MD. Estimating the number hospital or emergency department presentations for stroke in Canada. *Journal canadien des sciences neurologiques*. Publication en ligne le 20 décembre 2022;1-18. DOI: 10.1017/cjn.2022.338.

^{ix} Saver JL. Time Is Brain – Quantified. *Stroke*. 2006;37(1):263-266. DOI:10.1161/01.STR.0000196957.55928.ab.

^x Krueger H, Lindsay P, Cote R, Kapral MK, Kaczorowski J, Hill MD. Cost avoidance associated with optimal stroke care in Canada. *Stroke*. 2012;43(8):2198-2206. DOI:10.1161/STROKEAHA.111.646091.

^{xi} Institut canadien d'information sur la santé. Leading Hospitalization Costs in Acute Inpatient Facilities in 2012-2013.

^{xii} Agence de la santé publique du Canada. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). 2025. <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/?G=00&V=41&M=1&S=B>.