



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

Déficits cognitifs d'origine vasculaire

Septième édition, mise à jour 2024

Groupe de rédaction scientifique sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire

**Direction : Richard H. Swartz, R. Stewart Longman, Eric E. Smith, Anita Mountain,
M. Patrice Lindsay, Rebecca Lund, Chelsy Martin**

Membres : Melissa Austin, Lauren E. Bechard, Jaspreet Bhangu, Venera C. Bruto, Sherri Carter, Nelly Chow, Yan Deschaintre, Gail A. Eskes, Kathleen Fedorchuk, Lesley Fellows, Norine Foley, Aravind Ganesh, Lee-Anne Greer, Douglas S. Lee, Carol Leonard, Ronak Patel, Sepideh Poonyania, Valérie Poulin, Fatima Quraishi, Pamela Roach, Tricia Shoniker, Carmen Tuchak, *au nom du comité consultatif des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien, la Fédération des sciences neurologiques du Canada et la plateforme CanStroke Essais post-AVC.*

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2024

™ L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Déficits cognitifs d'origine vasculaire, septième édition, mise à jour 2024

Table des matières

INTRODUCTION ET APERÇU	3
Introduction aux <i>Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC</i>	3
Portée du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire	4
Définitions et descriptions	7
Cadre pour l'évaluation et le diagnostic des déficits cognitifs d'origine vasculaire	9
Méthodologie d'élaboration des lignes directrices	12
Remerciements.....	14
Comité de consultation et d'examen communautaire	15
Financement.....	15
Citation de la mise à jour de 2024 du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire de la septième édition des <i>Recommandations</i>	15
Commentaires	16
Recommandations relatives aux déficits cognitifs d'origine vasculaire, 2024.....	17
Section 1 Dépistage, évaluation et diagnostic.....	17
Section 2 Prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire.....	31
Section 3 Réadaptation cognitive.....	48
Section 4 Soutien aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, à leur famille et à leurs aidantes et aidants.....	54
Section 5 Soins palliatifs et soins de fin de vie.....	61
Annexe I : Groupe de rédaction sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire, 2024	68
Annexe II : Responsables de l'examen externe des recommandations en matière de déficits cognitifs d'origine vasculaire, 2024	74
Annexe III : Signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire	77
Annexe IV : Sommaire des outils de dépistage et d'évaluation initiale sélectionnés pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire.....	80
Références pour l'annexe IV : Sommaire des outils de dépistage et d'évaluation initiale sélectionnés pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire.....	90
Annexe V : Carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire	92
Annexe VI : Références	93

INTRODUCTION ET APERÇU

Introduction aux *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (ci-après, les « *Recommandations* ») offrent des lignes directrices actualisées et fondées sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge de l'AVC. Elles promeuvent le rétablissement optimal et la réintégration des personnes ayant subi un AVC de même que le soutien de leur famille et de leurs proches aidantes et aidants. Les *Recommandations* sont sous la direction de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Le thème de la septième édition des *Recommandations* est « **établir des liens pour optimiser les résultats individuels** ». Les personnes ayant subi un AVC ont souvent de multiples troubles concomitants préexistants; certains peuvent avoir contribué à l'AVC, d'autres en être les conséquences, et d'autres encore peuvent ne pas y être liés. Une étude a révélé qu'environ 80 % des survivants et survivantes à un AVC ont en moyenne cinq autres affections et plusieurs problèmes psychosociaux (Nelson et coll., 2016). Les interactions entre les troubles concomitants complexes doivent être prises en compte pour que le traitement et la planification des soins continus soient personnalisés et axés sur la personne.

En outre, de solides données probantes indiquent que des liens intrinsèques existent entre le cœur et le cerveau. Par conséquent, dans le cadre de la prise en charge des personnes ayant subi un AVC, il faut tenir compte de la santé cardiaque et de son association possible avec un déficit cognitif d'origine vasculaire. La conception du système de santé favorise souvent les cloisonnements, ce qui fait en sorte que chaque affection comporte ses propres processus de planification et d'organisation, sans que ces processus soient intégrés aux traitements d'autres maladies, même des affections vasculaires connexes. Les personnes qui passent par différents milieux et phases de soins après un AVC se sentent souvent anxieuses et dépassées. L'élaboration d'un plan de soins personnalisé et l'établissement de liens au sein du milieu extrahospitalier ont des répercussions importantes sur les résultats des personnes à court et à long terme.

La septième édition des *Recommandations* adopte une approche holistique élargie et tient compte de la comorbidité et de la complexité croissante des cas des personnes atteintes d'affections vasculaires. Cette approche est particulièrement pertinente pour le présent module sur les **déficits cognitifs d'origine vasculaire**. De multiples causes de maladie vasculaire ou de déclin cognitif lié à un trouble neurodégénératif, de même que de nombreux facteurs de risque qui contribuent à ces deux affections, peuvent avoir une incidence sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire. Les déficits cognitifs d'origine vasculaire « purs » (c'est-à-dire ceux causés uniquement par un AVC ou une maladie vasculaire cérébrale latente sans aucune contribution de maladies neurodégénératives sous-jacentes) sont rares. Les troubles neurocognitifs mixtes (auxquels contribuent des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer) sont plus fréquents. Les maladies neurodégénératives en cause peuvent être passées inaperçues sur le plan clinique avant la survenue d'un AVC, mais pourraient contribuer aux déficits cognitifs post-AVC en réduisant la résistance aux lésions cérébrales. La relation entre les déficits cognitifs d'origine vasculaire et la neurodégénérescence se complique davantage par le fait que les deux troubles partagent des facteurs de risque; l'AVC peut accélérer la neurodégénérescence et les maladies neurodégénératives peuvent affecter les vaisseaux sanguins cérébraux, ce qui augmente le risque d'AVC (par exemple, dans le cas de l'angiopathie amyloïde cérébrale). Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire peuvent également présenter d'autres affections concomitantes susceptibles de contribuer aux changements cognitifs. Le cas des personnes présentant de multiples troubles vasculaires concomitants est plus complexe; elles requièrent une approche interdisciplinaire et coordonnée pour les soins et le rétablissement et elles risquent d'avoir des séquelles plus importantes.

Dans cette édition, on a entrepris un examen plus réfléchi de la représentation selon le sexe et le genre dans les essais cliniques précurseurs sur lesquels les recommandations sont fondées. L'objectif était de déterminer la mesure dans laquelle les données probantes disponibles ont inclus des sujets masculins et féminins dans des proportions suffisantes pour permettre la détection de résultats et la généralisation

pour une population plus vaste. Ces conclusions sont présentées dans les sections de résumé des données probantes (lorsque celles-ci sont accessibles) et sont intégrées dans les recommandations proprement dites, le cas échéant. Enfin, les indicateurs de rendement connexes ont été élargis pour inclure des indicateurs du système, des indicateurs cliniques et de nouveaux indicateurs de résultats rapportés par les patientes et patients, en appui à notre approche holistique.

La diffusion et l'adoption de ces recommandations ont pour but d'optimiser à l'échelle du pays les soins de l'AVC fondés sur des données probantes, de réduire les variations dans les soins fournis aux personnes ayant subi un AVC ou présentant des troubles cognitifs d'origine vasculaire et des séquelles connexes, et de diminuer l'écart entre les connaissances actuelles et la pratique clinique.

Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien et la plateforme CanStroke Essais post-AVC. Nous travaillons en étroite collaboration avec la Société canadienne de cardiologie (SCC), Thrombose Canada et Hypertension Canada afin d'assurer l'harmonisation des recommandations propres aux différentes lignes directrices lorsque cela est possible et approprié.

Le module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire de la septième édition des Recommandations de 2024 remplace toutes les recommandations contenues dans le module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire de la sixième édition des Recommandations, publié en 2020 (Lanctôt et coll., 2020).

Avis de non-responsabilité : Les Recommandations visent à appuyer l'adoption de pratiques optimales de soins de l'AVC dans l'ensemble du pays. Les systèmes de santé, les organismes du secteur de la santé et les organisations professionnelles, ainsi que les lois et les normes, varient d'une province à l'autre. Les présentes Recommandations fournissent une orientation à l'échelle nationale; elles ne tiennent pas compte, dans l'ensemble, des variations des lois ou des normes provinciales. Elles ne visent pas à remplacer une loi provinciale ou locale ou une norme organisationnelle ou professionnelle. Dans le cadre de l'examen et de la mise en œuvre de ces Recommandations, les utilisatrices et les utilisateurs sont encouragés à consulter et à suivre toutes les lois ou normes appropriées.

Portée du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire

Dans le cadre de la mise à jour de la septième édition des *Recommandations*, on a créé un module distinct qui se concentre principalement sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire résultant d'une ou de plusieurs affections vasculaires, comme l'AVC. Ce module remanié et élargi fournit des conseils sur le continuum de soins offerts aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, y compris la sensibilisation aux signes et symptômes; le dépistage; l'évaluation; le diagnostic; la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique; la prévention secondaire des déficits cognitifs d'origine vasculaire; la réadaptation active; ainsi que les soins de fin de vie et la planification qui s'y rattache. Ce module traite également des considérations relatives aux déficits cognitifs d'origine vasculaire lorsque ceux-ci sont causés par d'autres affections vasculaires sous-jacentes telles que l'insuffisance cardiaque et l'hypertension.

L'objectif consiste à s'appuyer sur la version précédente des *Recommandations* et sur d'autres sources de haute qualité, comme les *lignes directrices sur la prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire de la cinquième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD5)*, afin de fournir des orientations claires à un éventail d'équipes et de prestataires de soins de santé dans l'ensemble du continuum de soins, en travaillant en collaboration dans la mesure du possible.

Portée : ce module se concentre sur l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire et **s'adresse aux personnes qui en présentent déjà des signes et des symptômes**. Il s'agit des personnes qui présentent un déficit cognitif d'origine vasculaire sans AVC manifeste; de celles qui présentent un déficit cognitif d'origine vasculaire à la suite d'un AVC; et de celles qui présentent un déficit cognitif d'origine vasculaire secondaire à d'autres affections vasculaires importantes (par exemple, insuffisance cardiaque, hypertension, fibrillation auriculaire, arrêt cardiaque, diabète, insuffisance rénale ou autre atteinte vasculaire) avec ou sans maladie neurodégénérative.

Veillez consulter la figure 1 : Tableau des associations cœur-cerveau de Cœur + AVC.

Exclus de la portée : la prévention primaire des maladies vasculaires, qui peuvent inclure les déficits cognitifs d'origine vasculaire, l'AVC, les maladies cardiaques et d'autres troubles vasculaires, sera généralement exclue de la portée de ce module. Nous reconnaissons l'importance cruciale de la prévention primaire, que nous encourageons vivement. Nous invitons le lectorat à consulter les lignes directrices de grande qualité actuellement accessibles sur la prévention primaire des maladies vasculaires (Arnett et coll., 2019; Jain et coll., 2022; Visseren et coll., 2022). Nous travaillons en collaboration avec d'autres secteurs de la santé (par exemple, l'Agence de santé publique du Canada) et des organisations professionnelles de la santé (comme le Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement, la Société canadienne de cardiologie et Hypertension Canada) qui fournissent des conseils fondés sur des données probantes en matière de prévention primaire. Par conséquent, nous nous en remettons à ces organisations et à ces lignes directrices en ce qui a trait aux recommandations générales relatives à la prévention primaire. De même, les présentes lignes directrices ne traitent pas de la prise en charge des affections sous-jacentes (par exemple, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension et la maladie d'Alzheimer) qui peuvent contribuer au déclin cognitif d'origine vasculaire. Nous invitons le lectorat à consulter les lignes directrices portant sur ces domaines pour obtenir les recommandations pertinentes. Les personnes présentant des problèmes moteurs, physiques, visuels, sensoriels ou de communication sans composante cognitive ne font pas partie de la portée du présent module. Leurs besoins sont traités dans le module sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC (Teasell et coll., 2020).

Remarque : Dans les présentes recommandations, le terme « AVC » fait référence à tous les types d'AVC, y compris l'AVC ischémique, l'AVC hémorragique (hémorragie sous-arachnoïdienne et hémorragie intracérébrale) et la thrombose veineuse cérébrale. Si l'accident ischémique transitoire est inclus, il sera mentionné séparément.

Figure 1 : Tableau des associations cœur-cerveau de Cœur + AVC – Toutes les affections cardiovasculaires peuvent entraîner des déficits cognitifs d'origine vasculaire

Les associations plus ou moins fortes entre plusieurs affections vasculaires et le développement ultérieur de déficits cognitifs d'origine vasculaire sont illustrées dans le tableau ci-dessous. Dans le cadre des présentes recommandations, il est donc justifié de prendre en compte le déclin cognitif au-delà de l'AVC. La force des associations a été déterminée par un groupe de spécialistes qui a effectué un examen approfondi de la littérature et une analyse des résultats des recherches et de documents de synthèse (Cœur + AVC 2019)

Tableau des associations entre des affections cardiaques, l'AVC et les déficits cognitifs d'origine vasculaire

Vous trouverez les noms des affections dans la colonne de gauche et une pastille de couleur indiquant la force de l'association avec les déficits cognitifs d'origine vasculaire dans la colonne de droite.

Force de l'association : ● Aucune association connue ● Faible ● Modérée ● Forte

	Déficits cognitifs d'origine vasculaire
AFFECTIONS	
Fibrillation auriculaire	● Modérée
Insuffisance cardiaque	● Forte
AVC	● Forte
Cardiopathie congénitales	● Forte
Valvulopathie	● Faible
Infarctus du myocarde (crise cardiaque)	● Modérée
Coronaropathie et maladies vasculaires	● Forte
Arrêt cardiaque	● Modérée

Intégration dans les lignes directrices cliniques du parcours des personnes ayant une expérience vécue des déficits cognitifs d'origine vasculaire

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire sont des affections dévastatrices qui sont à la fois un facteur de risque d'AVC et une conséquence de ce dernier. Les expériences des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de leurs aidantes et aidants dans l'ensemble du continuum de soins ne sont pas bien définies. Pour faire en sorte que les présentes recommandations pour les pratiques optimales concordent avec l'expérience vécue des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de leur famille et la prennent en compte, une carte de leur parcours a été créée pour consigner leur itinéraire et leurs besoins critiques, depuis l'apparition des symptômes jusqu'au prédiagnostic, au diagnostic, à la prise en charge et à la vie avec un déficit cognitif d'origine vasculaire. Cette carte complète les recommandations et garantit une approche des soins centrée sur la personne et

sur la famille. *L'annexe V présente la carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire de Cœur + AVC (Swartz et coll., 2025).*

Cinq étapes distinctes du parcours associé aux déficits cognitifs d'origine vasculaire ont été déterminées dans le cadre d'un processus de collaboration avec le comité de consultation et d'examen communautaire et le groupe de rédaction scientifique : l'apparition des symptômes, le prédiagnostic, le diagnostic, la prise en charge et la vie avec un déficit cognitif d'origine vasculaire. Les thèmes abordés comprenaient les symptômes, l'orientation dans le système de soins, la gestion des activités quotidiennes, les émotions et la santé mentale, ainsi que la relation à soi et aux autres. Des éléments uniques ont été définis et notés dans la carte. Les principales conclusions de ce processus sont les suivantes :

- Il existe d'importantes lacunes en matière de connaissances relatives à l'expérience des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire ainsi qu'à celle des aidantes et aidants.
- Les personnes ayant une expérience vécue des déficits cognitifs d'origine vasculaire et les aidantes et aidants expriment des besoins distincts tout au long du parcours.
- La carte peut aiguiller la planification et fournir un soutien pour faciliter la prise en charge autonome et l'orientation dans le système pour les personnes ayant une expérience vécue et les aidantes et aidants, et favoriser des soins centrés sur la personne pour les professionnels de la santé.
- Il est nécessaire d'étudier plus en détail les besoins des personnes ayant une expérience vécue et des aidantes et aidants, et d'élaborer des stratégies pour répondre aux besoins exprimés.

Définitions et descriptions

Contexte : *Le terme général « déficits cognitifs d'origine vasculaire » désigne divers tableaux cliniques et est associé à une évolution variable de l'atteinte, depuis les tout premiers symptômes légers ou mineurs à une extrémité du spectre jusqu'à la démence vasculaire profonde à l'autre extrémité. Il existe des stades même en cas de démence (dont le déclin léger, le déclin modéré et le déclin grave), qui sont définis par le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Le document 168 du SIGN aborde l'évaluation et le diagnostic de la démence, ainsi que les soins et le soutien des personnes qui en sont atteintes et de leurs aidants et aidantes (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2023). Il est donc difficile de définir les déficits cognitifs d'origine vasculaire de manière simple et concise.*

Le terme général « troubles cognitifs vasculaires » a été proposé et son utilisation pourrait être envisagée dans les futures versions du présent document. Aux fins des présentes lignes directrices, le terme « déficits cognitifs d'origine vasculaire » vise à englober diverses affections décrites dans la littérature, dont les suivantes : le « déficit cognitif léger d'origine vasculaire », qu'il touche une ou plusieurs fonctions; le « déficit cognitif d'origine vasculaire sans démence »; le « trouble neurocognitif léger d'origine vasculaire »; le « trouble neurocognitif majeur d'origine vasculaire »; les « troubles neurocognitifs mixtes » (par exemple, une maladie vasculaire cérébrale associée à la maladie d'Alzheimer ou à d'autres maladies neurodégénératives); et la « démence vasculaire ». Il est important de noter que les troubles neurocognitifs mixtes représentent la cause la plus fréquente de démence chez les personnes âgées.

Déficits cognitifs d'origine vasculaire

Description publique générale : Les déficits cognitifs d'origine vasculaire sont des affections du cerveau et de ses vaisseaux sanguins qui affectent certaines capacités **cognitives**, comme l'attention, la mémoire, le langage, la vitesse de traitement de l'information, le jugement et la résolution de problèmes.

Définition pour le grand public : Les déficits cognitifs d'origine vasculaire sont des affections caractérisées par des lésions des vaisseaux sanguins du cerveau qui endommagent le tissu cérébral, ce qui entraîne une altération de la capacité de réflexion et de la mémoire. Les déficits cognitifs

d'origine vasculaire peuvent être causés par un AVC, de minuscules caillots qui bloquent les petits vaisseaux sanguins du cerveau, une hémorragie des petits vaisseaux sanguins du cerveau ou une maladie de la paroi vasculaire, ce qui réduit l'apport en oxygène et endommage les cellules cérébrales. Les facteurs de risque des déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent inclure des affections vasculaires comme l'AVC, l'insuffisance cardiaque, le diabète et l'hypertension artérielle, le tabagisme et des facteurs de risque modifiables des déficits cognitifs d'origine vasculaire en général. Ceux-ci peuvent comprendre un faible niveau de scolarité, un déficit auditif, l'obésité, la dépression, la sédentarité, le manque de contacts sociaux, la consommation excessive d'alcool et la pollution de l'air (Livingston et coll., 2020). Les déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent provoquer des symptômes allant de l'oubli léger à des problèmes plus graves touchant l'attention, la mémoire, le langage, la vitesse de traitement de l'information, le jugement et la résolution de problèmes.

La forme la plus grave de déficit cognitif d'origine vasculaire est la démence vasculaire. Celle-ci peut compliquer les activités quotidiennes, comme s'habiller et se laver. La démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer peuvent partager certains signes et symptômes et peuvent survenir séparément ou en même temps, mais il ne s'agit pas de la même maladie.

Définition scientifique : Les déficits cognitifs d'origine vasculaire désignent une série de **déficits cognitifs** nouveaux ou s'aggravant, attribués à une **lésion vasculaire cérébrale** ou accélérés par celle-ci (Paradise et Sachdev, 2019).

- a. **Déficits cognitifs :** Le schéma des déficits cognitifs nouveaux ou s'aggravant dans les déficits cognitifs d'origine vasculaire peut englober **l'ensemble des fonctions cognitives ou certaines d'entre elles**, comme l'attention, l'apprentissage et la mémoire, le langage, la perception, la vitesse de traitement de l'information ou les fonctions exécutives comme la cognition sociale, la résolution de problèmes et la prise de décision. Les déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent également comprendre des déficiences liées à des syndromes focaux d'AVC tels que l'aphasie ou la négligence spatiale.
- b. **Lésions vasculaires cérébrales (maladie vasculaire) :** La cause prédominante est la maladie vasculaire associée à diverses manifestations (maladie symptomatique ou latente), y compris des infarctus corticaux ou sous-corticaux, des infarctus stratégiques, des maladies des petits vaisseaux avec des lésions de la substance blanche, des infarctus lacunaires ou des hémorragies cérébrales. Ces maladies vasculaires cérébrales peuvent être causées par divers troubles (comme l'AVC, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, la fibrillation auriculaire, l'arrêt cardiaque, le diabète, l'insuffisance rénale ou d'autres atteintes vasculaires). Ces derniers peuvent être isolés ou associés à d'autres processus neurodégénératifs, tels que la maladie d'Alzheimer, et donner lieu à des troubles neurocognitifs mixtes (également appelée « démence mixte »).

Dépistage : Le dépistage est un processus d'évaluation de la présence éventuelle d'un problème particulier. Le dépistage est une action ou une investigation délibérée visant l'identification précoce des personnes à risque de développer une affection, un trouble ou un problème particulier. Le dépistage peut révéler l'existence possible d'un problème. Les résultats d'un dépistage peuvent indiquer la nécessité d'une évaluation plus exhaustive. Le dépistage est généralement bref et sert à cerner d'éventuelles préoccupations, et non à poser un diagnostic. Les prestataires de soins de santé peuvent utiliser des mesures de dépistage préliminaires pour faciliter la prise de décision clinique.

Évaluation : L'évaluation est un processus qui permet de définir et de mesurer la nature du problème, d'orienter l'établissement d'un diagnostic et de contribuer à l'élaboration de recommandations de traitement particulières liées au problème ou au diagnostic. L'objectif de l'évaluation consiste à recueillir des renseignements plus précis et plus détaillés afin d'acquérir une compréhension globale d'un problème potentiel. L'évaluation inclut d'autres renseignements qui permettent d'inscrire les résultats dans un contexte plus vaste.

Remarque : Le dépistage et l'évaluation des déficits cognitifs d'origine vasculaire doivent être adaptés en fonction de multiples facteurs. La version actuelle des présentes recommandations comprend une section intitulée « Considérations cliniques ». On y trouve une brève discussion des questions soulevées dans l'examen des données probantes ou par consensus de spécialistes, qui

ont une incidence sur le traitement ou l'interprétation des renseignements relatifs au dépistage et à l'évaluation des déficits cognitifs d'origine vasculaire.

Idéalement, il faut confirmer que les outils d'évaluation et de dépistage conviennent à une utilisation précise et à la population cible afin de permettre l'interprétation des résultats la plus juste possible.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé, 2001).

Déficit : problème de fonctionnement ou de structure du corps, comme une anomalie ou une perte significative (d'après la Classification internationale du fonctionnement [CIF]).

Limitation d'activité : difficultés qu'une personne peut rencontrer dans la pratique d'activités (d'après la Classification internationale du fonctionnement [CIF]).

Restrictions de participation : problèmes qu'une personne peut rencontrer dans des situations de la vie courante (d'après la Classification internationale du fonctionnement [CIF]).

Remarque sur le consentement

Dans le domaine des déficits cognitifs d'origine vasculaire, la question de la capacité à donner son consentement se pose souvent. Tout au long de ces recommandations, il est question de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de sa famille et d'autres proches aidantes et aidants. La personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire conserve les mêmes droits en matière de protection des renseignements de santé que toute personne cherchant à obtenir des services de santé, en vertu des lois nationales et provinciales. Il est entendu qu'à un moment donné, sa capacité à donner son consentement peut changer, qu'il s'agisse du consentement à ce que d'autres personnes s'occupent de ses soins et aient accès à ses renseignements personnels sur sa santé, ou du consentement à recevoir des traitements. Dans les présentes recommandations, on présume que la question du consentement a été traitée par les membres de l'équipe soignante avec la personne concernée et ses autres décisionnaires, le cas échéant. [Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la section 5 sur la planification préalable des soins de ce module.](#)

Cadre pour l'évaluation et le diagnostic des déficits cognitifs d'origine vasculaire

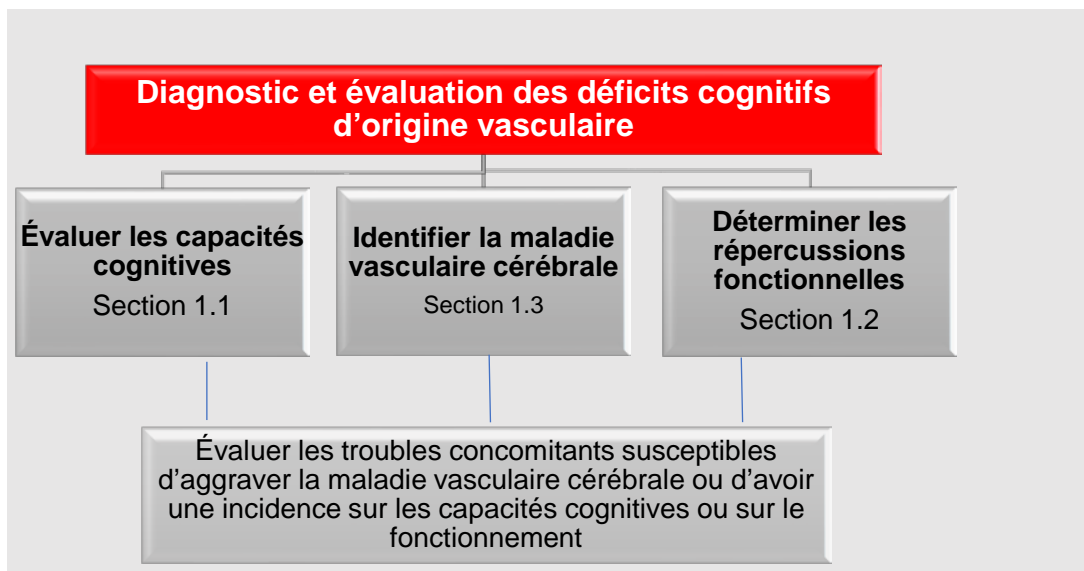
Il existe plusieurs termes utilisés dans la littérature clinique et de recherche, tous regroupés sous le terme générique « déficits cognitifs d'origine vasculaire ». Ils comprennent les suivants : troubles neurocognitifs majeurs et légers (en cas d'atteinte vasculaire); démence vasculaire; déficit cognitif léger d'origine vasculaire; déficit cognitif d'origine vasculaire sans démence; démence post-AVC; démence vasculaire ischémique sous-corticale; démence multi-infarctus; troubles neurocognitifs mixtes (en cas de diagnostics concomitants de maladies neurodégénératives, le plus souvent la maladie d'Alzheimer ou la démence à corps de Lewy) (Skrobot et coll., 2018).

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire sont hétérogènes en ce qui a trait à leur portée, à leur gravité et à leurs répercussions. Il faut prendre en compte trois composantes principales en vue d'établir un diagnostic :

1. Comprendre les capacités cognitives à l'aide d'évaluations et de dépistages validés (section 1.1).
2. Identifier la maladie vasculaire cérébrale à l'aide de la neuro-imagerie (section 1.3).
3. Déterminer les répercussions fonctionnelles en recueillant des renseignements sur les antécédents de la personne (fournis par cette dernière et par ses proches) et, parfois, en observant les capacités fonctionnelles de la personne chez elle ou dans un contexte de réadaptation (section 1.2).

L'établissement du diagnostic nécessite généralement l'évaluation des résultats obtenus dans le cadre des trois composantes, ainsi que la prise en compte d'autres facteurs de risque sous-jacents ou de troubles concomitants susceptibles d'aggraver la maladie vasculaire cérébrale, d'avoir une incidence sur les capacités cognitives ou d'affecter le fonctionnement.

Figure 2 : Cadre pour l'évaluation et le diagnostic des déficits cognitifs d'origine vasculaire

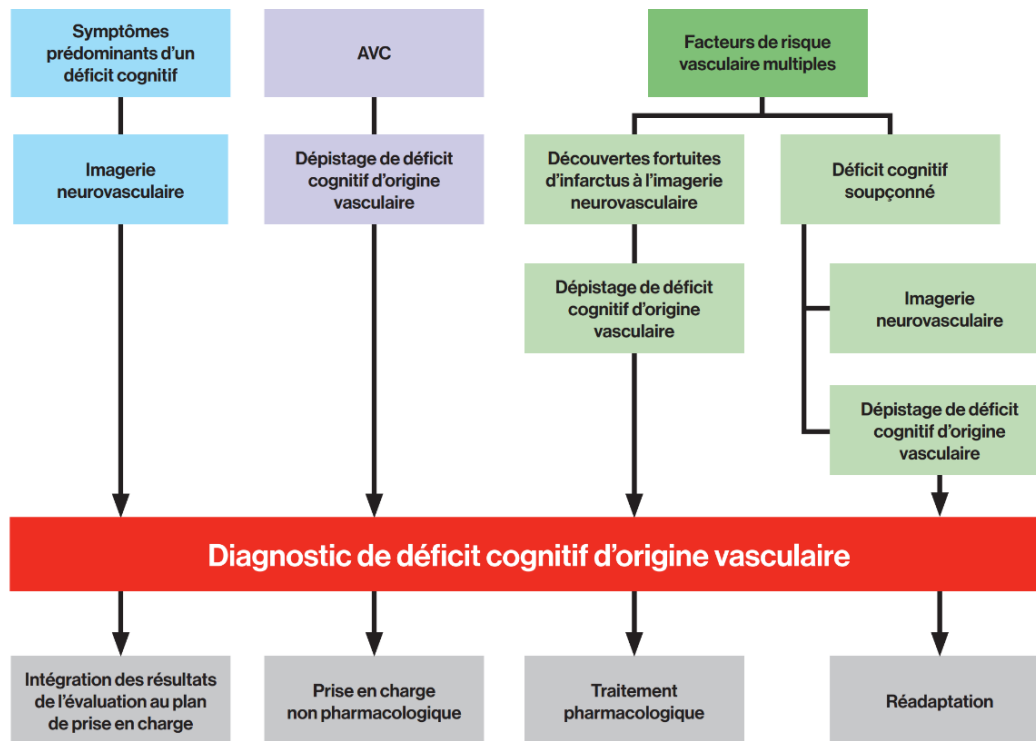


Considérations relatives au cadre

- Les personnes touchées peuvent se trouver en premier dans l'une ou l'autre des trois situations susmentionnées (par exemple, présence de symptômes d'atteinte cognitive, puis identification d'une maladie vasculaire cérébrale, ou présence d'une maladie vasculaire cérébrale, puis évaluation des capacités cognitives; voir la figure 2). Il est donc important de prendre en compte les trois composantes lorsque l'une des situations survient, et d'adapter les approches au cas par cas.
- **Évaluer les troubles concomitants**
Plusieurs affections concomitantes peuvent contribuer directement ou indirectement au déclin cognitif et doivent être prises en compte et évaluées, le cas échéant :
 - Causes de l'AVC, comme l'athérosclérose des gros ou des petits vaisseaux, les affections cardiaques et les vasculopathies génétiques.
 - Affections médicales comme l'AVC, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, la fibrillation auriculaire, l'arrêt cardiaque, le diabète, l'insuffisance rénale, d'autres atteintes vasculaires, l'apnée obstructive du sommeil, ou des maladies métaboliques (par exemple, les troubles liés à la vitamine B12 ou au calcium, et les troubles de la thyroïde).
 - Affections neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy et la maladie de Parkinson.
 - Affections neuropsychiatriques comme les troubles dépressifs majeurs, les troubles anxieux, le délire et la maladie bipolaire.

- **Déterminer les répercussions fonctionnelles**
 - Le déficit fonctionnel s'observe dans un spectre allant de l'atteinte légère à grave, soit une dépendance totale. D'une manière générale, de nombreuses études de recherche font référence à deux catégories principales de déficit neurocognitif, conformément au manuel DSM-5 et à l'étude The Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study (VICCCs 1 et 2). Celle-ci définit le *trouble neurocognitif léger* et le *trouble neurocognitif majeur*, également appelé démence vasculaire.
 - Le **trouble neurocognitif vasculaire léger** (déficit cognitif léger d'origine vasculaire) se caractérise par un déclin par rapport à un degré antérieur de fonctionnement cognitif **sans modification significative des activités de base de la vie quotidienne ou des activités instrumentales de la vie quotidienne**. Les symptômes sont généralement considérés comme plus légers et se prêtent à la mise en place de stratégies compensatoires pour gérer les exigences quotidiennes. Cependant, les déficits peuvent affecter ou altérer le fonctionnement dans certaines activités et certains rôles professionnels, sociaux ou de loisirs.
 - Le **trouble neurocognitif vasculaire majeur** (également appelé démence vasculaire) se caractérise par un déclin cognitif substantiel, **suffisamment grave pour nuire à l'autonomie fonctionnelle** (par exemple, déclin significatif d'une ou de plusieurs fonctions cognitives, entraînant un besoin d'assistance pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne, des rappels fréquents et des mesures de sécurité).

Figure 3 : Divers tableaux cliniques pouvant mener à des déficits cognitifs d'origine vasculaire (principales composantes des cheminements cliniques traités dans les présentes recommandations)



Méthodologie d'élaboration des lignes directrices

Les *Recommandations* présentent des lignes directrices sur les soins de l'AVC de haute qualité, fondées sur des données probantes, dans un cadre normalisé. La mise en œuvre de ces recommandations par les prestataires de soins de santé de toutes les disciplines devrait permettre de réduire les variations dans les soins et de commencer à combler les écarts entre les données probantes et la pratique, ce qui améliorera les résultats pour les personnes ayant subi un AVC.

La méthodologie utilisée pour élaborer ce module était complète et rigoureuse. [Pour obtenir des détails supplémentaires, voir le document « Overview of Methodology » des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* \(en anglais seulement\).](#)

1. Mise sur pied d'un groupe de rédaction interprofessionnel composé de spécialistes représentant les disciplines pertinentes dans l'ensemble du continuum de soins et dans divers milieux, et tentative d'atteindre un équilibre relatif au genre et à la diversité. [Voir l'annexe I pour consulter la liste des membres du groupe de rédaction et leurs affiliations.](#)
2. Entretiens avec les comités de consultation et d'examen communautaire sur la prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire, composés de personnes ayant subi un AVC, de proches aidantes et aidants et de membres de la famille.
3. Sélection des questions cliniques à traiter dans le module selon le modèle PICO (population ou problème, intervention ou exposition, comparaison et résultat) lorsque cela est approprié et applicable.
4. Recherche et évaluation systématiques des études publiées jusqu'en mai 2024 et mise à jour du résumé des données probantes. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la

méthode GRADE, consulter la section [« Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes »](#).

5. Recherche et évaluation systématiques des recommandations de lignes directrices de référence externes.
6. Examen et révision des recommandations existantes, élaboration de nouvelles recommandations et réponse aux questions cliniques par les groupes de rédaction et de consultation communautaire, dans le respect de tous les critères de la grille AGREE II, le cas échéant (AGREE Trust). Cet exercice inclut l'évaluation de la qualité des données probantes et de la force des recommandations. Des discussions approfondies sur les risques, les bienfaits et les inconvénients, ainsi que sur les valeurs et les préférences de la population cible, ont eu lieu et ont été prises en compte lors de la définition des formulations et des niveaux d'évaluation des données probantes.
7. Examen du module proposé par le comité consultatif canadien sur les pratiques optimales de soins de l'AVC et intégration des modifications nécessaires.
8. Examen du module proposé par des spécialistes externes de premier plan au Canada et à l'étranger, et intégration des modifications nécessaires. *Voir l'annexe II pour consulter une liste des responsables de l'examen externe et de leurs affiliations.*
9. Mise à jour du matériel éducatif et des ressources de mise en œuvre.
10. Approbation finale et traduction vers le français.
11. Diffusion par publication et activités publiques de transfert des connaissances.
12. Poursuite du processus continu d'examen et de mise à jour.

Des détails sur chacune de ces étapes se trouvent dans le manuel [« Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances » des Recommandations](#) sur le site Web des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada.

Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes

La méthode et la terminologie GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) ont été utilisées tout au long de ces lignes directrices. Selon cette méthode, chaque recommandation a été évaluée en fonction de ce qui suit.

1. La **force de la recommandation** (forte ou conditionnelle) en fonction de l'équilibre entre les conséquences souhaitables et indésirables, la qualité des données probantes, les valeurs et les préférences des personnes touchées, et l'utilisation des ressources.
 - Une recommandation forte est une recommandation pour laquelle le groupe de spécialistes est convaincu que les effets souhaitables d'une intervention l'emportent sur ses effets indésirables.
 - Une recommandation conditionnelle est une recommandation pour laquelle le groupe de spécialistes estime que les effets souhaitables l'emportent probablement sur les effets indésirables, mais qu'il existe une incertitude notable.
2. La **qualité des données probantes** (élevée, modérée ou faible) selon lesquelles les recommandations sont formulées : risque de partialité, caractère direct des données probantes, cohérence et précision des résultats, risque de biais de publication, ampleur des effets, relation dose-effet et influence des facteurs de confusion résiduels plausibles (Guyatt et coll., 2008).

On a offert au groupe de rédaction des tableaux de données probantes complètes qui comprenaient des sommaires des données de haute qualité repérées dans le cadre d'un examen structuré de la littérature. Le groupe a discuté de la qualité des données probantes et, par consensus, a élaboré une série définitive de recommandations. Une note a été attribuée à chaque recommandation en fonction de sa force et de la qualité des données probantes. Dans la mesure où c'était approprié et possible, une évaluation et une

analyse GRADE complètes ont été effectuées en utilisant les tableaux GRADE pertinents (GRADE Handbook, en anglais seulement).

Considérations cliniques

Les *Recommandations* comprennent une catégorie supplémentaire, soit les considérations cliniques, qui consistent en des opinions de spécialistes. Les considérations cliniques sont incluses lorsqu'il est déterminé que des lignes directrices liées à des problèmes cliniques courants seraient utiles, mais que les données probantes sont insuffisantes pour formuler une véritable recommandation.

Conflits d'intérêts

L'ensemble des participantes et des participants potentiels à l'élaboration des recommandations et au processus de révision doivent remplir des ententes de confidentialité et, au préalable, divulguer tout conflit d'intérêts réel ou potentiel. Tout conflit d'intérêts est examiné par les coprésidentes et coprésidents du comité consultatif des *Recommandations* et les membres du personnel de Cœur + AVC afin d'en évaluer l'incidence potentielle. Les personnes ayant des conflits d'intérêts importants en lien avec le sujet du module ne sont pas sélectionnées comme membres du groupe de rédaction ou responsables de l'examen.

Celles ayant des conflits d'intérêts sur un sujet particulier sont signalées au début des discussions sur ce sujet et sont exclues du vote. Si un coprésident ou une coprésidente a un conflit d'intérêts, cette personne doit se récuser de ses responsabilités pour cette discussion; une autre personne sans conflit d'intérêts prend sa place et son vote. Des membres de la haute direction de Cœur + AVC participent à toutes les discussions des groupes de rédaction et interviennent en cas de parti pris malvenu de l'un ou l'une des membres de ces groupes.

Les déclarations de conflits d'intérêts des membres du groupe de rédaction du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire figurent à l'[annexe I](#), et celles des responsables de l'examen externe figurent à l'[annexe II](#).

Remerciements

Cœur + AVC remercie sincèrement les chefs et les membres du groupe de rédaction du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire, 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. Les recommandations ont fait l'objet d'une révision externe par les personnes suivantes : Joy Boyce, Nada El Husseini, Mary Lou Halabi, Sara Hayes, Raed Joundi, Elise Lamy, Anik Laneville, Haakon Nygaard, Terrance Quinn, Jennifer Rabin, Angela Roberts et Paolo Vitali.

Nous remercions les membres du comité consultatif canadien sur les pratiques optimales de soins de l'AVC et du Comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC : Eric E. Smith (coprésident), Anita Mountain (coprésidente), Gord Gubitz, Dar Dowlatshahi, Dylan Blacquièrre, Margie Burns, Thalia S. Field, Farrell Leibovitch, Erin MacHattie, Christine Papoushek, Jeffrey Habert, Joyce Fung, Michael D. Hill, Eddy Lang, Pascale Lavoie, Beth Linkewich, Colleen O'Connell, Jai Shankar, Debbie Timpson, Theodore Wein et Katie White. Les indicateurs de rendement ont été examinés et mis à jour par des membres du conseil sur la qualité des systèmes de santé de Cœur + AVC, notamment : Amy Yu (présidente), Aravind Ganesh, Sacha Arsenault et Shannon MacDonald.

Nous reconnaissons et remercions Norine Foley et l'équipe d'analyse des données probantes de workHORSE Consulting Group; Alison Zorzit et Maggie McDougall pour leurs contributions à la carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire;

Laurie Charest de Cœur + AVC pour sa coordination des équipes et des processus des *Recommandations*; Meghan Papoushek pour la coordination de la recherche; ainsi que les équipes internes de Cœur + AVC qui ont contribué à l'élaboration et à la publication de ces recommandations (l'équipe de traduction et la révision par une experte en la matière [Francine Forget Marin], communications, application des connaissances, engagement, systèmes de santé, politique de santé et solutions numériques).

Comité de consultation et d'examen communautaire

Cœur + AVC est particulièrement reconnaissante aux membres du comité de consultation et d'examen communautaire qui ont passé en revue ce module, raconté leurs expériences personnelles et commenté ce qui a facilité leur cheminement ou ce qui aurait pu le faire. Les membres du comité comprennent Angie Collins-Burke, George Curran, Hannah Foulger, Lara Kaufman, Jim Nicol, Alisha Thaver, Julie Tomaino, Debbie Wyatt, Fatima Quraishi (liaison avec le groupe de rédaction) et d'autres membres (qui préfèrent que leurs noms demeurent confidentiels).

Financement

L'élaboration des *Recommandations* est financée par Cœur + AVC. Aucun financement ne provient d'intérêts commerciaux, y compris des sociétés pharmaceutiques et des fabricants de dispositifs médicaux. Les membres du groupe de rédaction et les responsables de l'examen externe sont des bénévoles qui ne reçoivent aucune rémunération pour leur participation. Toutes les personnes impliquées dans le projet rédigent une déclaration de conflit d'intérêts avant d'y participer.

Citation de la mise à jour de 2024 du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire de la septième édition des *Recommandations*

Citation information

Richard H Swartz (Co-Chair), R Stewart Longman (Co-Chair), M. Patrice Lindsay (Corresponding Author), Rebecca Lund, Melissa Austin, Lauren E. Bechard, Jaspreet Bhangu, Venera C. Bruto, Sherri Carter, Nelly Chow, Yan Deschaintre, Gail A Eskes, Kathleen Fedorchuk, Lesley Fellows, Norine Foley, Lee-Anne Greer, Aravind Ganesh, Douglas S Lee, Carol Leonard, Ronak Patel, Sepideh Poonyania, Valerie Poulin, Fatima Quraishi, Pamela Roach, Tricia Shoniker, Carmen Tuchak, Anita Mountain (Senior Advisor), Chelsy Martin and Eric E Smith (Senior Advisor); on behalf of the Canadian Stroke Best Practice Recommendations Advisory Committee, in collaboration with the Canadian Stroke Consortium, Canadian Neurological Sciences Federation, and CanStroke Recovery Clinical Trials Platform. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular Cognitive Impairment, 7th Edition, 2024; Toronto, Ontario, Canada: Heart and Stroke Foundation.

Les recommandations du présent module sont aussi publiées dans la revue *Alzheimer's & Dementia*.

Swartz RH, Longman RS, Lindsay MP, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024. *Alzheimer's Dement.* 2025;e14324. <https://doi.org/10.1002/alz.14324>

Lien vers la version anglaise: <http://doi.org/10.1002/alz.14324>

Lien vers la version française: <http://doi.org/10.1002/alz.14324>

Commentaires

L'équipe de prise en charge de l'AVC de Cœur + AVC vous invite à envoyer vos commentaires, suggestions et questions au sujet de l'élaboration et de l'application des *Recommandations* à l'adresse pratiquesoptimalesAVC@coeuretavc.ca.

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX DÉFICITS COGNITIFS D'ORIGINE VASCULAIRE, 2024

Section 1 Dépistage, évaluation et diagnostic

1. Dépistage, évaluation et diagnostic, 2024

1.0 Diagnostic d'un déficit cognitif d'origine vasculaire

- i. Toutes les personnes ayant subi un AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT) manifeste sur le plan clinique ou un AVC silencieux observable lors d'exams d'imagerie cérébrale sans antécédents d'AVC symptomatique, ou présentant une maladie cardiovasculaire manifeste ou des facteurs de risque vasculaire importants doivent être considérées comme étant à risque plus élevé de déficits cognitifs d'origine vasculaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir les définitions des déficits cognitifs d'origine vasculaire et les figures 2 et 3.*
- ii. Les personnes présentant des signes d'un déficit cognitif doivent subir un examen de neuro-imagerie [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire, voir l'[annexe III](#).

1.1 Dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. Les personnes ayant subi un AVC ou un AIT doivent faire l'objet d'un dépistage de tout changement cognitif à la suite de l'AVC par rapport à leur état cognitif avant l'AVC [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Les changements peuvent être signalés par la personne concernée, les membres de sa famille, les aidantes et aidants ou les cliniciennes et cliniciens. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire, voir l'[annexe III](#).*
 - a. **Moment** : les personnes ayant subi un AVC ou un AIT doivent faire l'objet d'un dépistage des déficits cognitifs avant leur sortie des soins de courte durée et du centre de réadaptation en milieu hospitalier [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Un dépistage continu doit également avoir lieu aux moments de transition et lors des rendez-vous de suivi avec les professionnels de la santé (par exemple, dans les centres de soins ambulatoires et communautaires) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les personnes qui présentent des **facteurs de risque importants de déficits cognitifs d'origine vasculaire** (maladie vasculaire cérébrale observable par examen d'imagerie ou personnes présentant plusieurs facteurs de risque vasculaire) et des changements cognitifs, perceptifs ou fonctionnels cliniquement évidents ou signalés (par la personne elle-même ou par un témoin) doivent faire l'objet d'un dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. Le dépistage doit également être envisagé lorsqu'un déclin des capacités fonctionnelles est signalé ou cliniquement évident [forte recommandation; faible qualité des données probantes].
 - b. On peut commencer le dépistage en interrogeant la personne et le ou la témoin (si possible) sur les changements cognitifs ou fonctionnels qui pourraient indiquer un déclin cognitif, comme l'oubli de doses de médicaments ou de rendez-vous médicaux, ou d'autres changements dans les activités de base ou instrumentales de la vie

quotidienne. Cet examen doit être suivi d'évaluations cognitives et fonctionnelles selon les indications cliniques [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

- iv. Lors du dépistage des déficits cognitifs et fonctionnels, il convient d'utiliser des outils de dépistage validés [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur les outils de dépistage et d'évaluation validés, voir l'annexe IV.*
- v. Lorsque les résultats du dépistage ne sont pas suffisamment révélateurs, ou ne correspondent pas aux compétences fonctionnelles ou aux risques de sécurité anticipés, il convient d'envisager d'orienter la personne vers un ou une spécialiste qui effectuera des évaluations cognitives, fonctionnelles ou du langage adéquates [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le point 2 des considérations cliniques de la section 1.1.*

Considérations cliniques de la section 1.1

1. Il existe de nombreuses mesures de dépistage validées pour l'évaluation de la fonction neurocognitive. Le déficit peut être indiqué par des scores qui se situent en dehors des normes standard (fondées sur des facteurs tels que l'âge et le niveau de scolarité) ou par des scores inférieurs à ceux obtenus précédemment par la personne pour la même mesure.
2. Le dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire consiste à s'enquérir de déclin cognitifs ou fonctionnels qui peuvent être causés par des troubles cognitifs. Ces déclin peuvent être signalés par la personne elle-même ou par un témoin. Le déclin fonctionnel peut se manifester par exemple par des rendez-vous manqués; des difficultés à suivre des directives médicales; une faible observance des traitements médicamenteux; des problèmes quant à la sécurité; des difficultés d'orientation; des erreurs financières; une détérioration du jugement; ou encore une perte générale d'autonomie.
3. Les personnes peuvent ne pas être conscientes de leurs propres symptômes. De même, la famille et les aidantes et aidants peuvent ne pas reconnaître les difficultés. Il peut donc être utile d'interroger à la fois les personnes touchées et les témoins.
4. Les seuils associés au déficit cognitif léger peuvent être trop bas dans un contexte de soins de courte durée et peuvent devoir être réévalués dans un contexte de soins ambulatoires et de réadaptation.
5. Les moments de transition dans le continuum peuvent comprendre les suivants :
 - a. pendant le séjour en soins de courte durée, en particulier si des problèmes cognitifs ou fonctionnels sont constatés;
 - b. pendant la réadaptation en milieu hospitalier, en consultation externe et à domicile, en fonction des progrès réalisés par la personne;
 - c. dans le cadre d'un suivi dans un centre de soins ambulatoires ou communautaires (y compris les soins de longue durée) après le congé donné par le service des urgences ou la fin de l'hospitalisation;
 - d. l'utilisation au cours des moments de transition de différents formulaires de dépistage équivalents, lorsqu'ils sont accessibles, peut contribuer à limiter le risque qu'une personne obtienne de meilleurs résultats en raison de sa familiarité avec un formulaire en particulier.
6. Les mesures élaborées pour le dépistage de la démence peuvent ne pas être assez précises pour détecter un déficit plus léger, ou omettre des fonctions cognitives cliniquement pertinentes liées aux déficits cognitifs d'origine vasculaire.

1.2 Évaluation des déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui présentent des troubles cognitifs (sur le plan clinique, selon leurs antécédents, selon le rapport de la personne ou de la famille, ou détectés lors du processus de dépistage), qu'ils soient associés ou non à des antécédents d'AVC, doivent faire l'objet d'une évaluation plus détaillée par des professionnels de la santé ayant l'expertise appropriée en matière d'évaluation neurocognitive et de déficits cognitifs d'origine vasculaire [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur les signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire, voir l'annexe III.*
- ii. L'évaluation des déficits cognitifs d'origine vasculaire doit inclure les répercussions des déficits **cognitifs** sur le fonctionnement et la sécurité dans le cadre des activités de la vie quotidienne, la conduite automobile, les activités instrumentales de la vie quotidienne, les activités sociales, les loisirs, la gestion financière, ainsi qu'au travail ou à l'école [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur les outils de dépistage et d'évaluation validés, voir l'annexe IV.*
 - a. Ces évaluations doivent être effectuées avant que la personne ne reprenne des activités exigeantes sur le plan cognitif et susceptibles de présenter un risque pour sa sécurité [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire doivent également faire l'objet d'un dépistage de troubles concomitants susceptibles d'affecter la cognition. Il peut s'agir d'affections médicales concomitantes, de maladies neurodégénératives, de troubles du sommeil ou de troubles de l'humeur, comme la dépression, l'anxiété ou l'apathie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur la dépression et les troubles du sommeil après un AVC, voir le module [Réadaptation, rétablissement et participation communautaire](#). (Lanctôt et coll., 2020) Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le point 2 des considérations cliniques de la section 1.1.*
- iv. Les résultats de ces évaluations doivent être pris en compte pour guider le choix et la mise en œuvre de stratégies d'intervention correctives, compensatoires ou adaptatives appropriées en fonction des besoins et des objectifs de la personne [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 1.2

1. **Troubles concomitants et facteurs situationnels** : Le rendement cognitif doit être interprété dans le contexte de facteurs cliniques de confusion potentiels qui peuvent avoir une incidence sur l'interprétation des résultats, tels que des déficits de communication et sensorimoteurs (parole et langage, vision et audition), le délire, l'hypo-activation ou l'hyper-activation, les symptômes neuropsychiatriques (par exemple, labilité, dépression, apathie et anxiété), d'autres problèmes médicaux (comme la douleur ou des infections) ou des médicaments, ainsi que des facteurs sociodémographiques et individuels (par exemple, langue, sexe, genre, origine ethnique, normes culturelles et situation géographique).
 - a. Lors des évaluations, en particulier dans les établissements de soins de courte durée, les facteurs environnementaux doivent être pris en compte, y compris les tentatives de maximiser l'intimité, de minimiser le bruit et les éléments de distraction potentiels, et d'éviter les signaux dans la pièce.
 - b. Le délire peut perturber les évaluations cognitives. De nouveaux diagnostics (comme un diagnostic d'AVC) et d'autres motifs d'hospitalisation en soins de courte durée, ainsi que l'environnement même des soins de courte durée, peuvent déclencher ou aggraver le délire. En cas de délire manifeste, l'évaluation détaillée doit être reportée; si l'on

crain qu'un délire plus subtil n'affecte les résultats de l'évaluation, il est utile de procéder à une réévaluation cognitive au fil du temps.

- c. La dépression a un lien complexe avec la cognition. La dépression peut aggraver les déficits cognitifs d'origine vasculaire; ces derniers peuvent limiter le recours à des stratégies non pharmacologiques de prise en charge de la dépression post-AVC, et la dépression dans le contexte de l'AVC peut ressembler à un déficit cognitif d'origine vasculaire.
2. **Fonctions de base** : L'ampleur et le degré de détail d'une évaluation doivent prendre en compte les antécédents individuels de la personne, son fonctionnement intellectuel de base, sa scolarité, sa profession, de même que ses activités sociales et de loisirs. L'exécution d'une tâche peut indiquer un déclin ou une limitation fonctionnelle chez une personne, même si les résultats de celle-ci aux évaluations n'évoquent pas une atteinte grave ou une perturbation. Il faut consigner le niveau de scolarité de la personne et en tenir compte dans l'interprétation des résultats aux évaluations cognitives.
3. **Étape de la vie** : Les effets de l'âge, des étapes de la vie ou du fonctionnement préalable aux déficits cognitifs d'origine vasculaire doivent être pris en compte lorsqu'il s'agit de décider du moment et de l'objet de l'évaluation, ainsi que de la méthode à employer. Les décisions concernant les compétences à évaluer doivent toujours être prises en fonction des objectifs de la personne, qui peuvent différer selon les étapes de la vie (par exemple, l'école, le travail, la conduite automobile et la vie autonome).
4. **Personnalisation** : Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire doivent faire l'objet de plans de prise en charge et de réadaptation personnalisés qui comprennent une approche centrée sur la personne, une prise de décisions partagée, ainsi que des préférences et des objectifs adaptés à la culture et convenus d'un commun accord.
5. **Moment** : Les répercussions des déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent changer avec le temps, en raison de l'évolution de la maladie, des effets de la réadaptation et des exigences de la vie. Ainsi, les personnes identifiées comme étant à risque d'un déficit cognitif d'origine vasculaire ou qui en sont atteintes doivent faire l'objet d'un dépistage ou d'une évaluation aux différents stades des soins.
6. **Fonctions cognitives** : Les maladies vasculaires cérébrales peuvent affecter tous les aspects de la cognition. L'attention, la vitesse de traitement de l'information et d'autres fonctions exécutives (compétences qui aident à la planification, la concentration de l'attention, la mémorisation de renseignements et la réflexion s'y rapportant, ou au passage d'une tâche à une autre) sont les fonctions les plus fréquemment touchées. La mémoire (déficits cognitifs d'origine vasculaire liés à l'amnésie), le langage et les capacités visuo-spatiales peuvent également être touchés. Les fonctions peuvent être affectées individuellement ou concurremment.
 - a. Les évaluations neuropsychologiques approfondies peuvent comprendre l'évaluation d'un large éventail de fonctions cognitives, notamment l'attention, la vitesse de traitement de l'information, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les fonctions visuelles, spatiales et perceptives. L'évaluation ne doit pas se limiter aux fonctions dans lesquelles la personne ou le témoin signale des changements.
 - b. L'AVC peut causer des syndromes focaux de troubles cognitifs qui nécessitent des évaluations particulières.
 - c. L'attention, la vitesse de traitement de l'information et les fonctions exécutives comprennent des sous-éléments ou des capacités particulières qui pourraient faire l'objet d'une évaluation (par exemple, les fonctions exécutives peuvent comprendre l'activation, l'inhibition, la flexibilité, le discernement, la planification et l'organisation, le jugement, la résolution de problèmes, le raisonnement abstrait et la cognition sociale).
Les définitions et la délimitation des différents éléments et fonctions figurent dans le

[document Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation \(EBRSR\) – Chapter 12 : Cognitive Impairments Post-stroke \(Saikaley et coll., 2022\) \(en anglais seulement\).](#)

7. **Capacité** : Les professionnels doivent être conscients que les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire peuvent présenter une altération de la capacité à prendre des décisions. Lors du dépistage ou de l'évaluation des déficits cognitifs d'origine vasculaire, il faut tenir compte des questions de consentement et de capacité, tant pour l'évaluation elle-même qu'au moment d'obtenir des renseignements auprès des proches.
8. **Choix des outils d'évaluation** : L'évaluation cognitive à l'aide d'outils normalisés est importante pour déterminer la nature et la gravité des troubles cognitifs, ainsi que les capacités cognitives et les forces préservées. Dans le cadre d'une évaluation portant sur plusieurs fonctions, les domaines d'intérêt peuvent être choisis en fonction du tableau clinique, des antécédents, des examens et des besoins ou objectifs de la personne ou de son aidant ou aidant.
 - a. Il existe de nombreuses évaluations validées des fonctions neurocognitives qui portent sur plusieurs domaines.
 - b. Le déficit peut être défini par des scores qui se situent en dehors des normes standard ou qui indiquent un changement par rapport au fonctionnement antérieur consigné de la personne.
 - c. Les activités thérapeutiques, les évaluations fonctionnelles et les évaluations normalisées fournissent des renseignements supplémentaires en montrant l'incidence des déficits.
 - d. Les outils utilisés pour évaluer les déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent être propres à la question clinique posée, aux différents contextes, aux zones géographiques, aux professions et à la chronologie tout au long du continuum de soins. Tenez compte de la validité et de la normalisation des outils choisis en fonction de facteurs tels que l'âge, la culture, la maîtrise de la langue utilisée pour l'évaluation, l'aphasie, la fonction physique et le niveau de scolarité.
9. **Évaluations multiples** : Bien que le dépistage et l'évaluation à différents stades des soins soient importants pour orienter le diagnostic et la prise en charge, il est également important d'être conscient de l'incidence possible des évaluations multiples, à la fois sur la validité des résultats et sur la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire (par exemple, obtention de meilleurs résultats en raison de la familiarité avec les évaluations, fatigue ou ennui lié aux évaluations). Pour éviter la familiarité avec les évaluations, l'utilisation de différents formulaires équivalents est recommandée lorsque possible.
10. **Évaluations chez des personnes présentant d'autres déficits neurologiques** : La présence et la gravité de déficits neurologiques non cognitifs, y compris des déficits moteurs et du champ visuel, doivent être considérées lors de la réalisation d'évaluations cognitives et dans la compréhension des causes des changements touchant les activités quotidiennes. De plus, il est difficile d'évaluer les fonctions cognitives qui ne concernent pas le langage en présence d'une aphasie. En présence d'autres déficits neurologiques, il peut être nécessaire de procéder à un examen minutieux des antécédents, d'obtenir des renseignements de la part d'un témoin et de faire preuve de jugement clinique pour comprendre les répercussions des changements cognitifs. Dans les cas complexes, une évaluation officielle réalisée par un neuropsychologue ou des évaluations multiples peuvent être nécessaires.

1.3 Imagerie diagnostique et analyses de laboratoire

- i. Les personnes soupçonnées d'être atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire doivent subir un examen d'imagerie cérébrale vasculaire par résonance magnétique (IRM) ou tomodensitométrie (TDM) afin d'évaluer la présence d'une maladie vasculaire cérébrale [forte recommandation; faible qualité des données probantes].

- a. L'IRM est recommandée par rapport à la TDM en l'absence de contre-indications [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - b. Si une TDM est réalisée, on recommande de ne pas utiliser d'agent de contraste et d'effectuer des reformations coronales pour mieux évaluer l'atrophie de l'hippocampe [forte recommandation; faible qualité des données probantes] (Smith et coll., 2020).
- ii. Les analyses de laboratoire visant à déterminer le risque d'AVC et les éventuels facteurs contribuant aux déficits cognitifs doivent comprendre les suivantes : FSC; thyroïdostimuline; vitamine B12; calcium; électrolytes; créatinine; alanine aminotransférase; bilan lipidique; taux d'HbA_{1c} [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 1.3

1. Les maladies vasculaires comprennent des infarctus corticaux ou sous-corticaux multiples, des infarctus silencieux, des infarctus stratégiques, des maladies des petits vaisseaux avec lésions de la substance blanche et des lacunes, ainsi que des hémorragies cérébrales, y compris les microhémorragies et la sidérose superficielle.
2. L'IRM est plus sensible que la TDM aux modifications vasculaires telles que les petits infarctus cérébraux et constitue la modalité de choix pour décrire les marqueurs d'une maladie des petits vaisseaux cérébraux et de l'angiopathie amyloïde selon des critères consensuels. L'IRM peut également fournir des données supplémentaires sur d'autres diagnostics ou des diagnostics concomitants, tels que les schémas d'atrophie focale associés aux démences neurodégénératives.
 - a. Les séquences d'imagerie de base comprennent l'imagerie de diffusion, la séquence FLAIR, l'imagerie par susceptibilité (soit l'imagerie pondérée par susceptibilité, soit par écho de gradient) et l'imagerie pondérée en T1 ou en T2.
 - b. L'imagerie de diffusion par résonance magnétique est plus sensible dans le cas d'un AVC aigu si elle est réalisée dans la première ou les deux premières semaines suivant les symptômes de l'AVC ou un changement soudain de la cognition ou du comportement.
 - c. Les changements structurels plus chroniques associés aux déficits cognitifs d'origine vasculaire, notamment l'atrophie, les infarctus chroniques, les micro-infarctus corticaux, les lacunes, les maladies de la substance blanche et les micro-hémorragies sont évalués à l'aide d'une combinaison de séquences, dont les suivantes : T1 et T2, FLAIR et imagerie par susceptibilité ou par écho de gradient.
3. Lorsque l'IRM n'est pas accessible ou est contre-indiquée, il est raisonnable d'envisager l'imagerie par TDM.
4. L'imagerie, en plus d'aider au diagnostic, peut également être utilisée pour faire le suivi des changements ou de la progression de la maladie au fil du temps.
5. Si l'imagerie n'est pas possible, les antécédents cliniques et les résultats d'examen compatibles avec un AVC peuvent être utilisés comme données probantes objectives d'une maladie vasculaire cérébrale.
6. Les rapports de radiologie doivent décrire les maladies vasculaires cérébrales latentes conformément aux normes STRIVE (Duering et coll., 2023).
7. Les hypersignaux de la substance blanche qu'on soupçonne d'être d'origine vasculaire doivent être signalés à l'aide d'une échelle d'évaluation visuelle validée, telle que l'échelle de Fazekas pour l'IRM.
8. Le seuil associé aux lésions vasculaires (en ce qui a trait à leur ampleur et à leur emplacement) qui doit être atteint pour causer un dysfonctionnement cognitif clinique n'est pas bien défini. Il sera probablement variable d'une personne à l'autre en raison de différents degrés de réserve

cognitive. Une récente étude, dans le cadre de laquelle on a regroupé des données tirées de plus de 2 900 examens d'IRM cérébrale effectués après un AVC, a révélé que le lobe frontal gauche, le lobe temporal gauche, le thalamus gauche et le lobe pariétal droit sont des zones où des infarctus étaient fortement susceptibles d'affecter la cognition. Il existe un consensus, appuyé par certaines données probantes tirées d'études observationnelles, sur le fait suivant : la présence d'hypersignaux de la substance blanche sous-corticale (début de confluence des lésions ou lésions confluentes) mesurés à l'aide de l'échelle Fazekas est suffisante pour entraîner un déficit cognitif clinique chez de nombreuses personnes (Staals et coll., 2015; Weaver et coll., 2021).

Voir les lignes directrices de la CCCDTD5 sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire pour obtenir de plus amples renseignements sur les procédures d'imagerie (Smith et coll., 2020).

1.4 Critères diagnostiques des déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. Tels qu'ils sont définis dans les présentes lignes directrices (voir ci-dessus), les déficits cognitifs d'origine vasculaire désignent une série de **déficits cognitifs** nouveaux ou s'aggravant (**sections 1.1-1.2**) attribués à une **lésion vasculaire cérébrale** ou accélérés par celle-ci (section 1.3). Le diagnostic peut être établi en fonction de la présence d'une maladie vasculaire et de déficits cognitifs tels que décrits ci-dessus (sections 1.1-1.3) [forte recommandation; faible qualité des données probantes].
- ii. Des critères normalisés peuvent être utilisés pour étayer le diagnostic de déficits cognitifs d'origine vasculaire [**recommandation conditionnelle**; faible qualité des données probantes].
 - a. Ces critères peuvent comprendre les critères de la VAS-COG (International Society of Vascular Behavioral and Cognitive Disorders), le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la VICCS (Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study) ou l'énoncé de consensus de l'American Heart Association [forte recommandation; faible qualité des données probantes] (Smith et coll., 2020).

Justification

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire touchent jusqu'à 60 % des personnes ayant subi un AVC. Ils sont associés à un moins bon rétablissement et à une diminution des capacités fonctionnelles en ce qui a trait aux activités de base et aux activités instrumentales de la vie quotidienne (El Husseini et coll., 2023). Chez les personnes ayant subi un premier AVC, la prévalence des déficits cognitifs est d'environ 20 %, et est supérieure à 33 % chez celles en ayant subi plus d'un (Craig et coll., 2022; Pendlebury et Rothwell 2019). Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire peuvent avoir besoin d'une assistance et d'une réadaptation continues et à long terme (Madureira et coll., 2001). Les capacités cognitives liées aux fonctions exécutives, à l'attention et à la mémoire semblent importantes pour prédire l'état fonctionnel à la sortie de l'hôpital. Dans le cadre de l'étude Oxford Vascular (OxVASC), l'incidence cumulée après 5 ans d'un nouveau déficit cognitif d'origine vasculaire post-événement était de 16,2 % à la suite d'un AIT et de 33,1 % à la suite d'un AVC (Pendlebury et Rothwell, 2019). Les déficits cognitifs sont associés à une augmentation des taux de dépendance à long terme et de mortalité (61 % contre 25 %) (Tatemichi et coll., 1990; Tatemichi et coll., 1994).

On observe aussi une augmentation du taux de déficits cognitifs dus à une maladie vasculaire latente. Les AVC silencieux, observables par des lacunes ou des hypersignaux de la substance blanche lors d'examen d'imagerie pondérée en T2, sont fréquents et associés au déclin cognitif, à la démence et à l'AVC. De nouvelles données montrent que pour chaque AVC cliniquement évident, il peut y avoir jusqu'à dix AVC silencieux. La maladie des petits vaisseaux intracérébraux est une affection dont le taux augmente avec le vieillissement de la population, entraînant une hausse des besoins de services de soutien à long terme.

Au pays, on estime que 5 % des personnes de plus de 65 ans présentent des signes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire. Les coûts sociaux annuels totaux par patient associés à la prise en charge des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire au pays ont été estimés à l'aide des données

de l'étude Canadian Study of Health and Aging (Rockwood et coll., 2002). Les coûts étaient de 15 022 \$ pour les personnes dont l'atteinte était légère, de 14 468 \$ pour les personnes dont l'atteinte était légère à modérée, de 20 063 \$ pour les personnes dont l'atteinte était modérée et de 34 515 \$ pour les personnes dont l'atteinte était grave.

Les personnes ayant une expérience vécue ont souligné l'importance du dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire chez les personnes ayant subi un AVC ou un AIT et chez celles qui présentent des facteurs de risque importants de déficits cognitifs d'origine vasculaire. Elles ont insisté sur la nécessité d'un dépistage continu et régulier dans l'ensemble du continuum de soins. Elles ont également souligné le lien entre les déficits cognitifs d'origine vasculaire et la santé mentale, de même que l'importance d'un dépistage lié à la santé mentale chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire. Elles ont aussi affirmé que les évaluations des déficits cognitifs d'origine vasculaire devaient être centrées sur la personne touchée et tenir compte de ses préoccupations et de celles de sa famille, ainsi que des répercussions des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne. Il a été difficile de poser un diagnostic chez certaines personnes atteintes d'un déficit cognitif léger d'origine vasculaire, car les évaluations n'étaient pas assez précises pour détecter les atteintes de moindre importance.

Les personnes ayant une expérience vécue des déficits cognitifs d'origine vasculaire ont mentionné que recevoir un tel diagnostic peut être difficile et bouleversant. Elles ont souligné l'importance du soutien et de la compassion lors de l'annonce du diagnostic.

Exigences pour le système

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

1. Responsables des systèmes pour évaluer la façon dont les considérations liées à l'équité, à la diversité et à l'inclusion sont intégrées dans la planification des systèmes pour les services de prise en charge de l'AVC et les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.
2. Mécanismes en place pour s'assurer que les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leur famille ont accès aux ressources et services appropriés dans leur communauté, et ce, en temps opportun après l'apparition des symptômes et le diagnostic.
3. Modèles de soins incluant des outils technologiques comme la télémédecine, le suivi téléphonique régulier et l'assistance en ligne.
4. Hôpitaux, centres de réadaptation, services de soins à domicile, établissements de soins de longue durée et autres établissements communautaires dotés de ressources suffisantes pour offrir des soins aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, ainsi que de personnes-ressources, de gestionnaires de cas et d'intervenants pivots identifiés pour coordonner la gestion des transitions de soins chez les personnes ayant subi un AVC.
5. Éducation du public pour l'informer que le déclin cognitif peut être considéré comme une manifestation d'une maladie vasculaire ou d'un AVC.
6. Éducation du public pour le sensibiliser davantage sur l'hypertension non traitée ou non maîtrisée et sur les autres facteurs de risque vasculaire, ainsi que sur leur relation avec le déclin cognitif et la démence.
7. Éducation pour sensibiliser davantage les médecins de famille et les professionnels des soins primaires que sans traitement, les personnes ayant subi un AVC, atteintes d'une maladie cardiaque ou présentant d'autres facteurs de risque vasculaire courent un risque élevé de déficits cognitifs, même en l'absence d'un AVC manifeste.
8. Éducation pour sensibiliser davantage les professionnels dans l'ensemble des disciplines (par exemple, néphrologie, ophtalmologie et médecine familiale) sur le fait que les personnes atteintes

d'une maladie des petits vaisseaux doivent faire l'objet d'un dépistage des facteurs de risque d'AVC et de déficits cognitifs.

9. Accès à des équipes interprofessionnelles (médecins, infirmières, psychologues, ergothérapeutes et autres spécialistes pertinents) disposant de l'expertise nécessaire pour prendre en charge de manière appropriée les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire dans l'ensemble du continuum de soins, dans des cliniques spécialisées et au sein de la communauté.
10. Mécanismes visant à assurer une bonne communication et une bonne circulation de l'information entre les divers spécialistes et programmes au-delà des principaux prestataires pour répondre aux besoins variés des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire (par exemple, les spécialistes de la santé mentale, les spécialistes des fonctions cognitives, les programmes gériatriques).
11. Éducation continue pour garantir la compétence des professionnels en ce qui a trait à la réalisation, à l'interprétation et à la prise en charge du dépistage et de l'évaluation des personnes qui présentent un déficit cognitif d'origine vasculaire après avoir subi un AVC ou qui sont à risque d'en présenter un.
12. Mécanismes de collecte et de transmission de données efficaces et cohérents pour faciliter la communication entre les équipes de soins et réduire les redondances.
13. Élaboration et mise en œuvre, en partenariat avec les provinces, d'un programme d'assurance médicaments équitable, universel et conçu pour améliorer l'accès à des médicaments à moindre coût pour toutes les personnes au pays, indépendamment de leur situation géographique, de leur âge ou de leur capacité à payer. Ce programme doit comprendre une liste exhaustive de médicaments remboursés, dans le cadre de laquelle l'État est le premier payeur.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Pourcentage de familles et d'aidantes et aidants qui ont reçu des renseignements sur le fonctionnement cognitif des personnes qui ont subi un AVC, y compris sur les recommandations qui prennent en considération la capacité de la personne à fonctionner le mieux possible dans l'environnement le moins restrictif possible.
2. Proportion des régions au pays disposant d'un accès à des spécialistes de la fonction cognitive (par exemple, des neuropsychologues, des neurologues, des spécialistes de la neurologie cognitive, des gériatres) à des fins d'évaluation et de prise en charge des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.

Indicateurs de processus

3. Pourcentage de personnes ayant subi un AVC, atteintes d'une maladie du cœur ou présentant d'autres facteurs de risque vasculaire qui se soumettent à un dépistage des déficits cognitifs à chaque moment de transition dans l'ensemble du continuum de soins (c'est-à-dire, soins aigus en milieu hospitalier, réadaptation en milieu hospitalier, programmes et consultations externes, services à domicile et rendez-vous de suivi), ainsi que dans la communauté après l'obtention de leur congé, et chaque fois que l'on soupçonne un changement de leur état cognitif.
4. Proportion de personnes ayant subi un AVC, atteintes d'une maladie du cœur ou présentant d'autres facteurs de risque vasculaire chez qui des changements cognitifs possibles ont été détectés durant le dépistage et qui sont orientées vers une évaluation cognitive ou neuropsychologique plus approfondie aux moments de transition et lors de changements de milieux dans l'ensemble du continuum de soins (par exemple, dans le cadre des soins en milieu hospitalier, de la réadaptation en milieu hospitalier ou des consultations ou programmes externes et ambulatoires [cliniques de prévention de l'AVC], ainsi qu'après l'obtention de leur congé pour réintégrer la communauté).

5. Proportion de personnes ayant subi un AVC, atteintes d'une maladie du cœur ou présentant d'autres facteurs de risque vasculaire et qui ont reçu un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire après l'AVC de référence.
6. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif et qui se soumettent à des examens d'imagerie cérébrale et cérébrovasculaire.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

7. Qualité de vie après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire selon une auto-évaluation longitudinale effectuée au moyen d'un outil de mesure validé.
8. Résultats fonctionnels après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire, mesurés de façon longitudinale.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- Les recommandations relatives aux déficits cognitifs d'origine vasculaire et les indicateurs de rendement correspondants s'appliquent dans l'ensemble du continuum de soins et doivent être pris en considération dans le cadre des soins en milieu hospitalier, de la réadaptation en milieu hospitalier, des consultations externes, des services à domicile et des cliniques de prévention, ainsi qu'après l'obtention de leur congé pour réintégrer la communauté.
- Lors de l'utilisation de ces indicateurs de rendement, il est important d'en consigner le moment et le contexte (continuum des soins). Les données à mesurer se trouvent dans la vérification préliminaire des dossiers médicaux des personnes. La qualité des données repose sur la qualité des documents préparés par les professionnels de la santé.
- Il s'agit d'un nouveau champ de compétences pour lequel les professionnels de la santé auront besoin de beaucoup de formation, notamment en ce qui concerne la préparation de documents.
- Les indicateurs de la qualité de vie et des résultats fonctionnels doivent être mesurés à des intervalles réguliers afin de déceler tout changement au fil du temps. Ces données doivent être communiquées à l'ensemble des prestataires de soins et dans les différents milieux afin de favoriser la collaboration et de faciliter l'accès aux données pertinentes pour que les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire puissent obtenir des soins optimaux.
- Des points de référence fondés sur des données probantes n'ont pas encore été établis pour les indicateurs de rendement relatifs aux déficits cognitifs d'origine vasculaire; ils le seront au fur et à mesure que des données seront recueillies et transmises.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- [Figure 1 du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : tableau des associations cœur-cerveau de Cœur + AVC – Toutes les affections cardiovasculaires peuvent entraîner des déficits cognitifs d'origine vasculaire](#)
- [Définitions et descriptions du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC](#)

- [Figure 2 du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : Cadre pour l'évaluation et le diagnostic des déficits cognitifs d'origine vasculaire](#)
- [Annexe III du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : Signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire](#)
- [Annexe IV du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : Outils de dépistage des déficits cognitifs d'origine vasculaire](#)
- [Annexe V du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : Carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire](#)
- Cœur + AVC. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) : Une ressource pour les dispensateurs de soins de santé : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl>
- Cinquième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDT5) : Lignes directrices pour la prise en charge des déficits d'origine vasculaire: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7657196/>
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) 168 : Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers : <https://www.sign.ac.uk/>
- Vascular Harmonization Guidelines : <http://stroke.ahajournals.org/content/37/9/2220.full>
- Evidence-based Review of Post-Stroke Cognitive Disorders (EBRSR) : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/12-post-stroke-cognitive-disorders>
- Essais post-AVC CanStroke : <https://canadianstroke.ca/fr/>
- AHA/ASA Scientific Statement on Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia : <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0b013e3182299496>
- NHS Psychological care after stroke : https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531_strokepsychologicalsupportfinal.pdf
- Info AVC. Évaluations par sujet, Cognition : <https://strokengine.ca/fr/evaluations-par-sujet/>
- First Nations cognitive assessment tool : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8190538/>
- ICIS. Comprendre les trajectoires de soins de santé des personnes atteintes de démence : <https://www.cihi.ca/fr/comprendre-les-trajectoires-de-soins-de-sante-des-personnes-atteintes-de-demence>
- Gouvernement du Canada. Démence au Canada : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/demence.html>
- Institut ontarien du cerveau. Stroke and Transient Ischemic Attack (en anglais seulement) : https://braininstitute.ca/img/Stroke_Chart-Pack_230301_112049.pdf
- Institut ontarien du cerveau. Infographie sur l'AVC (en anglais seulement) : https://braininstitute.ca/img/Stroke_Infographic.pdf

Renseignements destinés aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. *Infographie sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire et carte du parcours* <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/vascular-cognitive-impairment/csbpr7-infographic-vci-fr.pdf>

- Cœur + AVC. *Votre cheminement après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Cœur + AVC. *Liste de vérification après un AVC* : https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1.pdf?rev=630467c033514049bc7983ca14182737
- Cœur + AVC. *Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels* : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
- Cœur + AVC. Infographie sur la prévention secondaire : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr7-infographic-secondaryprevention-final-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. Infographie sur la réadaptation et le rétablissement : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. Infographie sur les transitions et la participation communautaire : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. Déficit cognitif d'origine vasculaire : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc/deficit-cognitif-d-origine-vasculaire>
- Cœur + AVC. Rétablissement et soutien après un AVC : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Cœur + AVC. Dépression, énergie, réflexion et perception : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/emotions>
- Cœur + AVC. Soutien en ligne et soutien par les pairs : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
- Cœur + AVC. Soutien aux partenaires de soins familiaux : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/les-aidants-naturels-ont-aussi-besoin-d-aide>
- Cœur + AVC. Reconnaître et gérer le stress : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/emotions-et-pensees/stress>
- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>

Résumé des données probantes (en anglais seulement)

Screening and Assessment

Despite the widespread adoption of screening and assessment methods for VCI post stroke, there are few studies that have examined their association with stroke outcome (McKinney et al. 2002) reported no significant differences in outcomes (Extended ADL, Cognitive Failures Questionnaire, General Health Questionnaire-28 for patients and carers and Carer Strain Index) at 3 or 6 months among 112 patients with stroke, who received a detailed battery of cognitive assessments to assess specific cognitive functions, compared with patients who received no further assessment after initial cognitive screening. However, there were significant losses to follow-up, limiting the availability of outcome data. In the OSC CARE trial (Demeyere et al. 2019), 821 patients, who had sustained a stroke within the previous 10 weeks were randomized to receive domain-specific cognitive screening, using the Oxford Cognitive Screen (OCS) + tailored management advice (one page domain specific leaflets) or general cognitive screening using the MoCA. At baseline, 75% of patients in the OCS group were cognitively impaired in ≥ 1 domain vs. 58% of patients in the MoCA group, based on a score < 26 . At 6 months, there were no significant differences between groups in either of the primary outcomes (Stroke Impact Scale and change in stroke severity, assessed using the NIHSS), or in change in cognitive status.

The most commonly used tests for the screening of cognitive function post stroke are the MoCA and the MMSE. The sensitivities and specificities of the MMSE to detect dementia or multidomain cognitive impairment were estimated at 88% and 62%, respectively, when pooling data from 5 studies (Lees et al. 2014). Using data from 16 studies, a meta-analysis embedded in the European Stroke Organization guidelines on post-stroke cognitive impairment (Quinn et al. 2021), the overall sensitivity of the MMSE was 73% and the specificity, 79%. These test characteristics disregarded timing of assessment and used a cut-off that provided the best fit of sensitivity/specificity. The sensitivity was higher in the acute (<3 months) vs. chronic studies (80% vs. 60%), while the specificity was higher in chronic studies (81% vs. 74%). Using cutoffs of 22-24 vs. 25-27, yielded similar specificities (74% and 72%), with slightly better specificity at lower thresholds (82% vs. 76%).

The estimates of sensitivity and specificity for MoCA to detect dementia or multidomain cognitive impairment at a cut-point of <26 were reported to be 84% and 45%, respectively, pooling the results from 4 studies (Lees et al. 2014). In other studies, including patients with acute stroke, sensitivities and specificities were 85% and 88% (cut point 22/23), (Zuo et al. 2016) and 82% and 76% (cut point 26/27)(Cumming et al. 2013). Using data from the same European Stroke Organization guideline, pooling data from 17 studies, the overall sensitivity of MoCA was 84% and the specificity, 71%. At the lower MoCA threshold of 21–23 sensitivity was 84% and specificity 78%. A cutoff of 24–26 had similar sensitivity (86%) but lower specificity (59%). MoCA performed in the “post acute” period had higher specificity (80%), compared with the acute period (61%). Overall, the MoCA appears more sensitive to the presence of VCI compared to the MMSE, particularly with mild deficits (Dong et al. 2010; Godefroy et al. 2011; Pendlebury et al. 2012; Toglia et al. 2011), although equivalence has been noted in other studies, notably with patients of moderate to severe strokes (Dong et al. 2012).

Screening for pre-stroke cognitive impairment, which can be helpful to inform the diagnostic process, can be accomplished using validated instruments such as the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) or its variations that use informant reports (Jorm and Korten 1988). Other instruments may be useful. As part of the 5th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, the literature on informant-based tools for assessment and monitoring of cognition, behavior, and function in neurocognitive disorders (NCDs), was reviewed (Choudhury et al. 2022). Nineteen tools were identified. Among them 5 assessed cognition and function, 5 assessed function (mainly ADL), 7 assessed behaviors, and 2 assessed cognition, function and behavior.

In patients with cognitive impairment identified on screening tests, a more detailed assessment is required to determine which cognitive domains have been affected, and to determine the nature and extent of the impairment. For selected patients, those wishing to return to work or school may be candidates to undergo through examination using neuropsychological battery (NPB), considered the gold standard for detection of cognitive impairments. An example of one such battery, The National Institute of Neurological disorders and Stroke— Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonized battery aims to maximize information obtained from relatively few tests with well-validated tasks, and which can assess impairments across different cognitive domains. The battery consists of 3 sets of tests that can be performed in 60, 30, or 5 minutes (Hachinski et al. 2006).

Since clinical signs and symptoms of VCI are often insufficient to confirm a final diagnosis and usually cannot differentiate among the various etiologies, neuroimaging plays an important role in the management of patients with impaired cognition. Neuroimaging, using magnetic resonance imaging (MRI) can be used to detect infarcts, white matter changes and lacunar infarcts, and microbleeds and is preferred over computed tomography (CT) as it has greater sensitivity for detecting these abnormalities.

Sex, gender and other equity-related considerations

The incidence of post stroke cognitive impairment (PSCI) is generally considered to be similar between the sexes, although some studies report a higher incidence in women (Mellon et al. 2015, Dong et al. 2020). Exalto et al. (2023) reported the incidence of PSCI 15 months after stroke was 51%, with no difference

between men and women, although there were differences in affected cognitive domains. The most commonly affected domain was visuospatial perception/construction, in women and verbal memory for men. Women more often had impairment in the domains of attention, executive functioning, and language, whereas men were more likely to have impairment in verbal memory. In the same study, the sensitivity and specificity of MoCA for detecting cognitive impairment did not differ between the sexes, while the sensitivity of MMSE was significantly higher in women, and the specificity, higher in men. The differences in the performance of the two screening tests may reflect differences between the two tests, whereby there is a greater focus on verbal abilities in the MMSE, while MoCA contains more items testing executive and visuoconstructive function and covers more cognitive domains.

Section 2 Prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire

2. Prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire, 2024

Remarques

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire représentent un syndrome complexe et hétérogène qui pose des défis en ce qui concerne les processus de soins et la prise de décisions cliniques. La prise en charge clinique des déficits cognitifs d'origine vasculaire doit donc se baser sur la collaboration visant à assurer le bien-être optimal de la personne touchée par l'entremise de la coordination et de la continuité des soins. Les principaux éléments de la prise en charge sont les interventions fondées sur des données probantes, l'éducation des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de leur famille, les perspectives centrées sur la personne et les approches systémiques visant à améliorer l'orientation dans le système de soins et la continuité des soins.

2.1 Principes de la prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire doivent faire l'objet d'un plan de prise en charge personnalisé comprenant une approche centrée sur la personne, une prise de décisions partagée, ainsi que des préférences et des objectifs adaptés à la culture et convenus d'un commun accord [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Le plan de prise en charge doit comprendre un suivi et une surveillance et être revu régulièrement en fonction de l'évolution du déficit cognitif d'origine vasculaire au fil du temps [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Les objectifs de traitement et les interventions choisies doivent tenir compte de ce qui suit : forces et faiblesses du profil cognitif de la personne touchée (y compris le tableau clinique et la gravité) et ses capacités de communication; étiologie et pronostic; troubles concomitants; capacité de décision de la personne touchée; environnement de soins et milieu de vie (y compris la disponibilité de la famille et des aidantes et aidants) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - c. Les interventions doivent prendre en compte les objectifs à long terme visant à maintenir la pratique d'activités et la participation souhaitées ou à faciliter la reprise de celles-ci (par exemple, les soins personnels, la gestion du foyer et des finances, les loisirs, la conduite automobile, le retour au travail), dans le contexte des meilleures données probantes accessibles [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Des approches non pharmacologiques et pharmacologiques de la prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire et de la réadaptation cognitive doivent être utilisées [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. La prise en charge des facteurs de risque vasculaire doit être optimisée [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le [module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations](#) et les lignes directrices C-CHANGE (Gladstone et coll., 2022; Jain et coll., 2022). Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section 5.2 sur les soins palliatifs.*
- iv. La personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, sa famille et ses aidantes ou aidants doivent être informés, à de multiples moments de transition dans leur parcours, de l'évolution clinique attendue et de l'incidence sur la cognition et le fonctionnement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la [carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire](#) à l'[annexe V](#).*

Considérations cliniques de la section 2.1

1. Un plan de prise en charge coordonné doit favoriser la continuité des soins tout au long de l'évolution des déficits cognitifs d'origine vasculaire et du continuum de soins.
2. L'approche de la prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire doit prendre en compte des éléments tels que la fixation d'objectifs, le soutien social, l'étayage cognitif (en utilisant des approches précises pour les tâches cognitives, comme des listes de vérification), la gestion du mode de vie, l'entraînement aux tâches et l'environnement.
3. Chez les personnes présentant des troubles concomitants importants ou pour lesquelles les objectifs de soins donnent la priorité au confort ou aux approches palliatives, des discussions concernant des stratégies de réduction du risque vasculaire moins énergiques ou l'abandon de ces stratégies peuvent s'avérer appropriées. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section 5.2 sur les soins palliatifs.*

2.2 Prise en charge non pharmacologique des déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire doivent être évaluées aux fins de dépistage des facteurs de risque vasculaire médicaux (par exemple, hypertension, diabète, hyperlipidémie, fibrillation auriculaire et troubles du sommeil) et liés au mode de vie (par exemple, régime alimentaire, apport en sodium, cholestérol, exercice physique, poids, consommation d'alcool et tabagisme) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Les facteurs de risque vasculaire médicaux et liés au mode de vie doivent être pris en charge afin de réduire au minimum le risque d'un premier AVC ou d'un AVC récurrent, car ils sont associés à des déficits cognitifs [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Les personnes doivent être orientées vers les spécialistes appropriés pour soutenir la prise en charge des facteurs de risque vasculaire particuliers liés à des affections médicales et au mode de vie, ainsi que des troubles concomitants (par exemple, la dysphagie), s'il y a lieu [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire (par exemple, outils de communication, aide-mémoire, participation et soutien des aidantes et aidants et de la famille) afin d'optimiser leur participation à la définition des objectifs et leur engagement dans les interventions [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le [module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations](#) (Gladstone et coll., 2022). Pour obtenir de plus amples renseignements sur les stratégies non pharmacologiques particulières, voir les sections 2.6 à 2.9 ci-dessous.

2.3 Prise en charge pharmacologique des déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. L'administration d'inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine)* et de mémantine* (antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate [NMDA]) peut être envisagée chez certaines personnes atteintes de démence vasculaire ou de troubles neurocognitifs mixtes, sur la base d'essais randomisés montrant des bienfaits de faible ampleur en matière de résultats cognitifs [recommandation conditionnelle; qualité élevée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur les inhibiteurs de la cholinestérase, voir les points 1 et 2 des considérations cliniques de la section 2.3.*
- ii. Les médecins qui suivent des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire doivent porter une attention particulière aux médicaments qui leur sont prescrits, car certaines

classes de médicaments peuvent augmenter le risque de fluctuations cognitives ou de déclin cognitif [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

** Remarque : Ces médicaments sont actuellement approuvés par Santé Canada pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. Ils n'ont pas été approuvés pour le traitement des déficits cognitifs d'origine vasculaire. De nombreuses démences sont associées à la fois à la maladie d'Alzheimer et à la démence vasculaire (troubles neurocognitifs mixtes).*

Voir la section 2.4 pour connaître les recommandations relatives à l'utilisation d'agents antithrombotiques, et la section 2.5 pour les recommandations relatives à la prise en charge de l'hypertension. Pour obtenir des conseils généraux sur la prévention de l'AVC, voir aussi le module sur la prévention secondaire de l'AVC ischémique des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. (Gladstone et coll., 2022).

Considérations cliniques de la section 2.3

1. L'utilisation des inhibiteurs de la cholinestérase dans le cas de déficits cognitifs d'origine vasculaire « purs » sans maladie d'Alzheimer est controversée. L'utilisation de ces médicaments doit être fondée sur un jugement clinique selon lequel de petites améliorations de la cognition auraient une incidence significative sur la qualité de vie de la personne. Des événements indésirables peuvent survenir. La gravité des déficits cognitifs d'origine vasculaire doit être prise en compte dans les décisions relatives à la prise en charge pharmacologique.
2. On peut envisager d'arrêter les inhibiteurs de la cholinestérase en cas d'événements indésirables, s'il n'y a pas de bienfait apparent ou si leur utilisation n'est plus compatible avec les objectifs de soins en raison de l'évolution vers des déficits graves.
3. Les psychostimulants peuvent avoir un rôle à jouer chez certaines personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire (par exemple, celles dont l'apathie ou l'inattention importante a une incidence sur leur fonctionnement quotidien), bien que les données probantes soient actuellement insuffisantes pour émettre une recommandation. D'autres études sont nécessaires pour vérifier l'innocuité et l'efficacité au sein de cette population.

2.4 Agents antithrombotiques

- i. L'utilisation d'antiplaquettaires ou d'antithrombotiques doit être guidée par les indications existantes de prévention primaire et secondaire de l'AVC ou de troubles vasculaires [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. (Bainey et coll., 2024; Gladstone et coll., 2022; Heran et coll., 2022)
- ii. Les déficits cognitifs d'origine vasculaire ne doivent pas être considérés comme une contre-indication à un traitement antithrombotique conforme aux lignes directrices [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Les effets d'une faible dose d'acide acétylsalicylique (AAS) chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire présentant des infarctus cérébraux silencieux détectés par neuro-imagerie **sans** antécédents d'AVC n'ont pas été définis. L'utilisation d'AAS dans ce contexte pourrait être envisagée, mais le bienfait n'est pas clair [recommandation conditionnelle; faible qualité des données probantes] (Smith et coll., 2020).

Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le [module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations](#) (Gladstone et coll., 2022), le [module sur l'acide acétylsalicylique \(AAS\) pour la prévention d'événements vasculaires des Recommandations](#) (Wein et coll., 2020) et [C-CHANGE](#) (Jain et coll., 2022).

2.5 Prise en charge de l'hypertension

- i. Le traitement à long terme de l'hypertension peut atténuer le déclin cognitif et doit être envisagé chez toutes les personnes ayant une pression artérielle élevée qui sont à risque élevé de déficit

cognitif d'origine vasculaire ou qui en présentent déjà un [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

- ii. Chez les personnes présentant des troubles cognitifs et une atteinte vasculaire connue ou soupçonnée, un traitement antihypertenseur doit être fortement envisagé en cas de pression artérielle diastolique moyenne constamment ≥ 90 mm Hg, ou en cas de pression artérielle systolique moyenne constamment ≥ 140 mm Hg [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations (Gladstone et coll., 2022) et les lignes directrices d'Hypertension Canada (Rabi et coll., 2020) et C-CHANGE (Jain et coll., 2022).*
 - a. Le traitement antihypertenseur et les objectifs particuliers de pression artérielle doivent être guidés par les indications existantes de prévention primaire et secondaire de l'AVC ou de troubles vasculaires [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le module sur la prévention secondaire de l'AVC des Recommandations (Gladstone et coll., 2022) et les lignes directrices d'Hypertension Canada (Rabi et coll., 2020) et C-CHANGE (Jain et coll., 2022).*

2.6 Prise en charge de l'humeur chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire

- i. Les prestataires de soins de santé doivent surveiller les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire pour détecter les changements d'humeur et de comportement, sur la base du tableau clinique ou des rapports de la personne ou de son aidante ou aidant, et ce, tout au long de l'évolution de la maladie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. La dépression, l'anxiété, l'apathie et la réactivité émotionnelle sont courantes chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et peuvent être évaluées à l'aide d'outils et de questionnaires validés [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section sur l'humeur du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation des Recommandations (Lanctôt et coll., 2020).*
- ii. Le traitement des troubles de l'humeur et de l'anxiété peut comprendre une psychothérapie, des traitements non pharmacologiques (comme l'exercice physique) ou une pharmacothérapie, ou une combinaison de ces approches [forte recommandation; qualité élevée des données probantes], en fonction de l'état de santé de la personne et de la présence de déficits cognitifs et de communication [forte recommandation; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section sur l'humeur du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation des Recommandations. (Lanctôt et coll., 2020)*
- iii. Chez les patients atteints de déficits cognitifs légers d'origine vasculaire, il est raisonnable d'envisager la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle ou l'activation comportementale comme l'un des traitements de première intention des symptômes dépressifs et anxieux, en monothérapie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iv. Chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif grave d'origine vasculaire (déficits cognitifs marqués, manque d'activation ou d'autodétermination), des traitements personnalisés visant à améliorer la qualité de vie et à atténuer les symptômes comportementaux et psychologiques doivent être envisagés. Ces approches peuvent comprendre la gestion de l'environnement et l'activation comportementale, l'activité physique, la musicothérapie et la thérapie par réminiscence [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 2.6

1. Lorsqu'ils choisissent des interventions pour traiter les troubles de l'humeur chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, les cliniciens doivent tenir compte de la nature

des troubles et du profil cognitif de chaque personne. La nature et la gravité des déficits cognitifs (par exemple, la mémoire et les fonctions exécutives) peuvent être importantes pour déterminer la faisabilité d'une intervention particulière ou la pertinence des objectifs.

2. La thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle peuvent être plus appropriées chez les personnes dont les capacités liées à l'attention, à la mémoire et aux fonctions exécutives sont suffisantes. L'activation comportementale peut être plus appropriée chez les personnes qui ont besoin d'un engagement soutenu.
3. La surveillance et le dépistage des changements d'humeur et de comportement peuvent se faire selon le même calendrier que d'autres protocoles de dépistage de routine propres à la clinique pour le suivi d'autres maladies chroniques, lors des transitions de soins ou d'autres rendez-vous annuels ou de suivi.
4. L'agitation, l'irritabilité et la réactivité émotionnelle peuvent être des conséquences des déficits cognitifs d'origine vasculaire liées au comportement. Elles peuvent être traitées de manière appropriée par des interventions comportementales ou familiales ou par des médicaments sous la supervision de prestataires de soins de santé qualifiés, et avec le soutien de ces derniers.
5. Il est important de repérer et de surmonter les obstacles à l'adaptation au diagnostic et aux changements de la cognition et du fonctionnement tout au long de l'évolution des troubles cognitifs d'origine vasculaire.
6. Chez les personnes dont le déficit cognitif d'origine vasculaire et les difficultés de communication sont connus ou soupçonnés, le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de la dépression ou de l'anxiété doivent être effectués à l'aide de mesures et d'approches adaptées à leur capacité cognitive et de communication et, si possible, validées à cette fin. *Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section sur l'humeur du module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation des Recommandations.*(Lanctôt et coll., 2020)

2.7 Prise en charge du comportement

- i. Les personnes dont le déficit cognitif d'origine vasculaire est connu ou soupçonné doivent être examinées pour détecter les changements de comportement susceptibles de provoquer une détresse ou une perturbation, notamment par le biais d'entretiens avec la personne, les membres de sa famille et les membres de l'équipe soignante [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Chez les personnes présentant de nouveaux changements de comportement, il convient de rechercher et de traiter les causes sous-jacentes potentielles (par exemple, une douleur ou une infection urinaire) [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. Des stratégies non pharmacologiques doivent être envisagées en première intention pour la prise en charge d'une personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui présente des changements de comportement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
 - a. Chez les personnes présentant un déficit cognitif léger d'origine vasculaire, un déficit cognitivo-comportemental, interpersonnel ou lié à la résolution de problèmes, des stratégies psychothérapeutiques peuvent être envisagées pour faciliter l'adaptation [recommandation conditionnelle; faible qualité des données probantes].
- iv. Des activités structurées qui sont personnalisées et conformes aux capacités actuelles de la personne, et qui prennent en compte ses rôles et ses intérêts antérieurs peuvent être envisagées [recommandation forte; faible qualité des données probantes] (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2023).
- v. Une intervention pharmacologique peut être envisagée si la personne, sa famille ou d'autres aidantes et aidants sont gravement perturbés, ou s'il existe un risque immédiat de préjudice pour la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire ou pour d'autres (c'est-à-dire

en cas de symptômes très graves) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

- a. En cas de prise en charge pharmacologique, celle-ci doit compléter, et non remplacer, les approches non pharmacologiques [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Les stratégies pharmacologiques de prise en charge du comportement peuvent avoir des effets néfastes. La participation de spécialistes de la prise en charge du comportement des adultes doit être envisagée [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- vi. Dans les cas complexes, l'orientation vers un spécialiste de la prise en charge du comportement dans le contexte d'un déficit neurocognitif doit être envisagée [recommandation conditionnelle; faible qualité des données probantes].
- vii. Chez les personnes présentant des symptômes graves d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, des interventions fondées sur des activités et adaptées aux capacités et aux préférences individuelles (par exemple, les activités Montessori pour les personnes âgées et les interventions d'activation) peuvent favoriser l'affect positif [recommandation forte; qualité modérée des données probantes] et réduire l'agitation [recommandation conditionnelle; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 2.7

1. L'objectif de l'intervention peut varier en fonction du cheminement de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de la progression de la maladie, d'une atteinte plus légère vers une atteinte grave et la démence. L'objectif du traitement évolue lorsque le déficit est grave. Les interventions thérapeutiques conçues pour avoir une incidence sur l'incapacité et la qualité de vie sont remplacées par des interventions destinées à promouvoir la qualité de vie des personnes atteintes de démence.
2. Chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire modéré à grave et présentant de l'agitation, le modèle ACC (antécédent-comportement-conséquence) peut être utilisé pour la prise en charge du comportement. Le modèle ACC peut comprendre un suivi systématique de l'agitation, sur plusieurs jours, afin de déterminer les déclencheurs environnementaux et somatiques ou physiques de l'agitation qui peuvent être utilisés pour orienter les stratégies de prise en charge du comportement.
3. Chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif léger d'origine vasculaire vivant dans un environnement moins structuré (par exemple, à domicile ou dans une résidence pour personnes âgées), l'établissement d'un tableau comportemental peut aider à déterminer les déclencheurs environnementaux et somatiques ou physiques de l'agitation, afin d'élaborer des stratégies visant à réduire au minimum l'incidence de ces facteurs.
4. Dans le contexte de déficits cognitifs graves d'origine vasculaire ou de démence, il peut être approprié d'offrir du soutien à l'aidante ou à l'aidant pour lui permettre de prendre soin de la personne touchée, ainsi que de jouer le rôle de partenaire dans le cadre des soins.
5. Les caractéristiques des services fournis devront s'harmoniser aux contextes environnementaux particuliers des personnes (par exemple, communautés rurales ou urbaines).
6. La plupart des données probantes concernent le traitement des symptômes comportementaux liés à la démence en général plutôt qu'aux déficits cognitifs d'origine vasculaire en particulier, dans les cas où un traitement pharmacologique des troubles du comportement est nécessaire (traitement qui n'est pas de première intention). La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a publié des lignes directrices détaillées sur la prise en charge des symptômes comportementaux de la démence. La présente recommandation renvoie à la section 5 sur la prise en charge de l'agitation dans la démence. Les recommandations 3 à 9

décrivent des stratégies non pharmacologiques, et les recommandations 10 à 30 présentent des considérations relatives à la prise en charge pharmacologique, y compris des médicaments qui peuvent être bénéfiques ou nuisibles. Les sections 6 (sur la prise en charge de la psychose dans la démence), 7 (sur la prise en charge des symptômes dépressifs dans la démence) et 8 (sur la prise en charge de l'anxiété dans la démence) peuvent aussi être utiles (Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées 2024).

2.8 Sécurité et gestion des risques

- i. La présence de déficits cognitifs d'origine vasculaire peut accroître les risques en matière de sécurité dans le cadre des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance des risques liés à la sécurité [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. [Voir l'encadré 2A pour obtenir de plus amples renseignements.](#)
- ii. L'évaluation des risques pour la sécurité d'une personne peut comprendre la détermination de la relation entre son état cognitif (par exemple, discernement, mémoire et planification) et les caractéristiques suivantes :
 - a. son autonomie et sa capacité à prendre des décisions [recommandation forte; faible qualité des données probantes];
 - b. son état comportemental (par exemple, agitation ou apathie) [recommandation forte; faible qualité des données probantes];
 - c. son environnement (comme l'environnement physique et les déterminants sociaux de la santé) [recommandation forte; faible qualité des données probantes];
 - d. son risque de chute [recommandation forte; qualité modérée des données probantes];
 - e. ses activités et occupations (par exemple, les activités de la vie quotidienne, les activités instrumentales de la vie quotidienne et les activités de loisirs) [recommandation forte; faible qualité des données probantes];
 - f. sa capacité de conduire un véhicule [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. La personne, sa famille et les prestataires de soins de santé doivent être informés des risques liés à la sécurité et des stratégies d'atténuation [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. L'exercice physique, les exercices d'équilibre et l'aménagement de l'environnement doivent être envisagés pour réduire le risque de chute [recommandation forte; faible qualité des données probantes]. [Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'AVC et les risques de chutes, voir le module sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC des Recommandations. \(Teasell et coll., 2020\)](#)

Considérations cliniques de la section 2.8

1. L'évaluation de la sécurité et des risques peut inclure des renseignements provenant de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et des personnes qui la connaissent (par exemple, sa famille et ses prestataires de soins de santé). Ces renseignements peuvent porter sur le fonctionnement cognitif, les exigences de la vie, la familiarité avec le milieu, l'incidence potentielle sur la sécurité d'autrui, de même que les mesures d'assistance actuellement accessibles pour accroître la qualité de vie de la personne et sa capacité actuelle à fonctionner dans l'environnement le moins restrictif possible.

2. Un plan de sécurité personnalisé doit être élaboré en partenariat avec la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, sa famille, ses aidantes et aidants et son équipe soignante. Il peut comprendre les approches suivantes :
 - a. déterminer les mesures de soutien personnel (par exemple, la famille ou les aidantes ou aidants peuvent surveiller ou appuyer la prise de décisions en matière de santé ou de finances);
 - b. recourir à des moyens technologiques (par exemple, des systèmes d'alarme personnels);
 - c. aménager l'environnement (par exemple, des veilleuses pour réduire les chutes en cas de faible luminosité, la modification du matériel de cuisine, la création d'une routine et d'une structure pour les tâches);
 - d. envisager les besoins et l'assistance à venir;
 - e. revoir et mettre à jour régulièrement les approches, au besoin.

2.9 Mesures de soutien relatives à l'environnement

- i. L'environnement physique doit être évalué en fonction des facteurs susceptibles d'influer sur la capacité des personnes à accomplir les activités de la vie quotidienne [recommandation forte; qualité modérée des données probantes]. *Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence des déficits cognitifs d'origine vasculaire sur les activités de la vie quotidienne, voir l'encadré 2A.*
- ii. L'utilisation de technologies d'assistance (par exemple, messages automatiques pour les activités de la vie quotidienne et éclairage automatique) doit être envisagée pour soutenir les compétences fonctionnelles, notamment pendant les repas, en ce qui a trait à l'hygiène et aux soins personnels (par exemple, lavage des mains, soins dentaires, habillage et toilette), et à l'orientation dans le temps [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. L'utilisation de signaux (par exemple, des affiches, des images ou des flèches) doit être envisagée pour orienter une personne en fonction du temps et du lieu [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iv. Le recours à un aménagement environnemental personnalisé, comme l'ajout d'éléments d'ambiance (par exemple, musique, éclairage ou photographies personnelles), et à des activités de loisirs (par exemple, le jardinage) doit être envisagé [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

2.9.1 Mesures de soutien relatives à l'environnement pour les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et d'aphasie

- i. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et d'aphasie doivent être évaluées en vue de déterminer si elles peuvent tirer profit d'une communication améliorée et alternative ou d'autres outils d'aide à la communication (par exemple, iPad, tablette, appareils électroniques et tableau alphabétique) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Le traitement visant à améliorer la communication fonctionnelle doit comprendre des techniques de conversation soutenue pour les partenaires de communication potentiels de la personne aphasique [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 2.9

1. Facteurs à prendre en compte lors de l'évaluation de l'environnement physique d'une personne :

- a. la taille de l'environnement (les environnements plus petits peuvent être plus faciles à gérer);
 - b. la disposition architecturale (les pièces fermées ayant une fonction évidente sont plus favorables que les pièces ouvertes);
 - c. l'atmosphère familiale (chambres individuelles, fenêtres plus grandes, etc.);
 - d. la disposition physique de l'environnement et les dangers potentiels (tels que les tapis ou les meubles susceptibles d'augmenter le risque de trébucher).
2. Lors de la détermination des mesures de soutien appropriées, les recommandations ci-dessus peuvent devoir être adaptées en fonction de l'environnement de la personne (par exemple, le domicile par rapport aux lieux de rassemblement). En effet, les mesures peuvent varier dans un espace partagé, en fonction de la disponibilité du soutien (par exemple, si une personne vit seule ou si sa famille ou le personnel n'est pas disponible), ou selon les ressources financières.
 3. L'incidence de l'aphasie sur les activités fonctionnelles, la participation et la qualité de vie, y compris les répercussions sur les relations, le travail et les loisirs, doivent être évaluées et prises en compte dans l'ensemble du continuum de soins.

Encadré 2A Exemples d'activités de la vie quotidienne sur lesquelles influent les changements cognitifs

Les activités suivantes sont des exemples d'activités de la vie quotidienne et d'activités instrumentales de la vie quotidienne sur lesquelles influent les déficits cognitifs d'origine vasculaire. Cet encadré donne des exemples d'activités dont il faut tenir compte ou qu'il faut possiblement adapter dans le cadre d'un plan de sécurité*.

Activités de la vie quotidienne

- Se laver, assurer son hygiène personnelle
- S'habiller, choisir des vêtements appropriés
- S'alimenter (par exemple, déglutition, manipulation des aliments, choix alimentaires sains)
- Faire sa toilette
- Se déplacer dans la maison et changer de position, comme se lever et se coucher (y compris le risque de chute)

Activités instrumentales de la vie quotidienne

- Conduire un véhicule
- S'occuper de ses enfants et des autres
- Se déplacer dans la communauté
- Magasiner (y compris le choix des achats)
- Faire des tâches ménagères
- Cuisiner en sécurité (préparation des repas, élimination des aliments avariés, sécurité incendie)
- Prendre ses médicaments correctement et de façon sécuritaire
- Prendre des décisions en matière de soins de santé
- Prendre des décisions financières
- Assurer sa sécurité à la maison
- Vivre seul ou passer du temps seul à la maison

* Cette liste n'est pas exhaustive. Il s'agit plutôt d'activités courantes qui sont plus souvent source de

préoccupation.

Justification

Des déficits cognitifs sont signalés après 6 mois chez près de 60 % des personnes ayant subi un AVC ischémique. Ils ont été associés à une moindre qualité de vie et à un risque accru de mortalité et de placement en établissement (El Husseini et coll., 2023). Les troubles de l'humeur et du comportement sont également fréquents. La prise en charge globale des déficits cognitifs, qu'ils résultent d'un AVC ou d'autres causes, englobe à la fois des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques visant à résoudre un large éventail de problèmes liés au rétablissement, entre autres la réduction des facteurs de risque vasculaire, la pratique des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne, la sécurité et le comportement.

Les personnes ayant une expérience vécue ont souligné l'importance des soins centrés sur la personne dans la prise en charge des déficits cognitifs d'origine vasculaire. Elles ont souligné la nécessité d'une communication (écrite et verbale) et d'une collaboration de qualité entre les prestataires de soins de santé, la personne et sa famille. Elles permettent de comprendre qui est impliqué dans les soins, de participer activement à la planification des soins et de fixer des objectifs significatifs et appropriés. Elles ont également mentionné que les renseignements sur les facteurs de risque vasculaire et la prise en charge et le suivi continu sont importants. De plus, elles ont souligné l'importance de l'accès aux services en santé mentale et à du soutien en ce qui concerne l'anxiété et les changements d'humeur et de comportement.

Exigences pour le système

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

1. Responsables des systèmes pour comprendre et surmonter les obstacles structurels et systémiques auxquels font face les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui cherchent à obtenir des soins, et qui mènent à des inégalités dans les résultats en santé chez les groupes méritant l'équité.
2. Protocoles visant à impliquer les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leur famille dans les réunions de planification des transitions de l'équipe soignante, ainsi que dans la prise de décisions collaborative concernant la définition des objectifs à tous les moments de transition.
3. Ressources et mécanismes pour planifier et fournir des services communautaires qui tiennent compte des besoins des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de leur famille et aidantes et aidants (par exemple, des services de soins à domicile ou un soutien psychologique).
4. Modèles de soins incluant des outils technologiques comme la télémédecine, le suivi téléphonique régulier et l'assistance en ligne.
5. Hôpitaux, centres de réadaptation, services de soins à domicile, établissements de soins de longue durée et autres établissements communautaires dotés de ressources suffisantes pour offrir des soins aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, ainsi que de personnes-ressources, de gestionnaires de cas et d'intervenants pivots identifiés pour coordonner la gestion des transitions de soins chez les personnes ayant subi un AVC.
6. Formation professionnelle afin d'accroître les connaissances et les compétences des médecins de famille et des professionnels des soins primaires en matière de prise en charge des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.

7. Formation professionnelle dans l'ensemble des disciplines (par exemple, néphrologie, ophtalmologie et médecine familiale) sur la nécessité d'une prise en charge globale des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, ainsi que d'une collaboration et d'une coordination accrues entre les disciplines.
8. Accès à des équipes interprofessionnelles (médecins, infirmières, psychologues, ergothérapeutes et autres spécialistes pertinents) disposant de l'expertise nécessaire pour prendre en charge de manière appropriée les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire dans l'ensemble du continuum de soins, dans des cliniques spécialisées et au sein de la communauté. On compte parmi ces professionnels des spécialistes ayant des connaissances sur les jeunes personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.
9. Mécanismes visant à assurer une bonne communication et une bonne circulation de l'information entre les divers spécialistes et programmes au-delà des principaux prestataires pour répondre aux besoins variés des personnes ayant subi un AVC (par exemple, les spécialistes de la santé mentale, les spécialistes des fonctions cognitives, les programmes gériatriques, les programmes d'aide à domicile). La continuité des soins est primordiale dans la planification des services de santé pour les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.
10. Mécanismes visant à réévaluer périodiquement les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire (étant donné que cette affection peut progresser au fil du temps), afin de garantir qu'elles ont accès à des soins continus pour répondre à leurs besoins en évolution.
11. Mécanismes de collecte et de transmission de données efficaces et cohérents pour faciliter la communication entre les équipes de soins et réduire les redondances.
12. Établissement et coordination de partenariats solides au sein de la communauté, et offre de ressources adéquates pour garantir l'accès à des services et à un soutien complets. Cette mesure est particulièrement importante dans les régions rurales et éloignées où les technologies de télésanté doivent être optimisées.
13. Élaboration et mise en œuvre d'un programme d'assurance médicaments équitable et universel, déployé en partenariat avec les provinces et conçu pour améliorer l'accès à des médicaments à moindre coût pour toutes les personnes au pays, indépendamment de leur situation géographique, de leur âge ou de leur capacité à payer. Ce programme doit comprendre une liste exhaustive de médicaments remboursés, dans le cadre de laquelle l'État est le premier payeur.
14. Accès à des communautés et à des environnements sûrs pour les personnes dont les besoins cognitifs évoluent et qui souhaitent rester chez elles.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Proportion des régions au pays disposant d'un accès à des spécialistes de la fonction cognitive à des fins d'évaluation et de prise en charge des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.

Indicateurs de processus

2. Pourcentage de familles et d'aidantes et aidants qui ont reçu des renseignements sur le fonctionnement cognitif des personnes qui ont subi un AVC, y compris sur les recommandations qui prennent en considération la capacité de la personne à fonctionner le mieux possible dans l'environnement le moins restrictif possible.
3. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire à qui les meilleurs médicaments possibles ont été prescrits pour la prise en charge de facteurs de risque vasculaire (par exemple, hypertension, diabète ou insuffisance cardiaque).

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

4. Qualité de vie après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire selon une auto-évaluation longitudinale effectuée au moyen d'un outil de mesure validé.
5. Résultats fonctionnels après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire, mesurés de façon longitudinale.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- Lors de l'utilisation de ces indicateurs de rendement, il est important d'en consigner le moment et le contexte (continuum des soins). Les données à mesurer se trouvent dans la vérification préliminaire des dossiers médicaux des personnes. La qualité des données repose sur la qualité des documents préparés par les professionnels de la santé.
- Il s'agit d'un nouveau champ de compétences pour lequel les professionnels de la santé auront besoin de beaucoup de formation, notamment en ce qui concerne la préparation de documents.
- Les indicateurs de la qualité de vie et des résultats fonctionnels doivent être mesurés à des intervalles réguliers afin de déceler tout changement au fil du temps. Ces données doivent être communiquées à l'ensemble des prestataires de soins et dans les différents milieux afin de favoriser la collaboration et de faciliter l'accès aux données pertinentes pour que les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire puissent obtenir des soins optimaux.
- Des points de référence fondés sur des données probantes n'ont pas encore été établis pour les indicateurs de rendement relatifs aux déficits cognitifs d'origine vasculaire; ils le seront au fur et à mesure que des données seront recueillies et transmises.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- [Module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Encadré 2A Exemples d'activités de la vie quotidienne sur lesquelles influent les changements cognitifs](#)
- [Annexe V du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire](#)
- Module sur la prévention secondaire de l'AVC des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prevention-secondaire-de-lavc->
- Module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation>
- Cœur + AVC. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) : Une ressource pour les dispensateurs de soins de santé : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl>
- C-CHANGE Guidelines : <https://www.cchangeguidelines.com/>
- Hypertension Canada : <https://hypertension.ca/fr/lignes-directrices/>

- CAMH Dementia, Medications for Treating Behavioural and Psychological Symptoms : <https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/dementia/dementia---treatment/dementia---medications-for-treating-behavioural-and-psychological-symptoms>
- Cinquième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD5) : Lignes directrices pour la prise en charge des déficits d'origine vasculaire : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7657196/>
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) 168 : Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers : <https://www.sign.ac.uk/>
- Vascular Harmonization Guidelines : <http://stroke.ahajournals.org/content/37/9/2220.full>
- Essais post-AVC CanStroke : <https://canadianstroke.ca/fr/>
- Evidence-based Review of Post-Stroke Cognitive Disorders (EBRSR) : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/12-post-stroke-cognitive-disorders>
- AHA/ASA Scientific Statement on Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia : <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0b013e3182299496>
- NHS Psychological care after stroke : https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531_strokepsychologicalsupportfinal.pdf
- Info AVC. Évaluations par sujet, Cognition : <https://strokengine.ca/fr/evaluations-par-sujet/>
- Info AVC. Interventions par sujet, Cognition : <https://strokengine.ca/fr/interventions-par-sujet/>
- Info AVC. Module d'auto-apprentissage : <https://strokengine.ca/fr/ressources/apprentissage-en-ligne/fonctions-executives-module-auto-apprentissage/>

Renseignements destinés aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. *Infographie sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire et carte du parcours* : <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/vascular-cognitive-impairment/csbpr7-infographic-vci-fr.pdf>
- Cœur + AVC. *Votre cheminement après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Cœur + AVC. *Liste de vérification après un AVC* : https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1.pdf?rev=630467c033514049bc7983ca14182737
- Cœur + AVC. *Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels* : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
- Cœur + AVC. *Infographie sur la prévention secondaire* : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr7-infographic-secondaryprevention-final-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Infographie sur la réadaptation et le rétablissement* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Infographie sur les transitions et la participation communautaire* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Déficit cognitif d'origine vasculaire* : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc/deficit-cognitif-d-origine-vasculaire>
- Cœur + AVC. *Rétablissement et soutien après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Cœur + AVC. *Dépression, énergie, réflexion et perception* : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/emotions>

- Cœur + AVC. Soutien en ligne et soutien par les pairs : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communaute>
- Cœur + AVC. Soutien aux partenaires de soins familiaux : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/les-aidants-naturels-ont-aussi-besoin-d-aide>
- Cœur + AVC. Reconnaître et gérer le stress : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/emotions-et-pensees/stress>
- Société canadienne de psychologie: <https://cpa.ca/fr/psychology-works-fact-sheet-vascular-cognitive-impairment/>
- Info AVC : <http://www.strokingengine.ca/fr/>

Résumé des données probantes (en anglais seulement)

Vascular Risk Factor Reduction

Selected vascular risk factors, such as hypertension, diabetes, and smoking at midlife are each associated with a 20% to 40% increased risk of dementia (Rundek et al. 2022). Hypertension has been consistently associated with poor cognitive performance. The risk of VCI in late life was increased by 20% in individuals with hypertension in midlife (Ou et al. 2020). The risk of vascular dementia was also increased significantly in individuals with hypertension in late life (RR=2.12, 95% CI, 1.50–2.99). McGrath et al. (McGrath et al. 2017) reported that each 10-mmHg increment in systolic BP during midlife was associated with a significantly increased risk of dementia (HR=1.17, 95% CI 1.05–1.31). The risk of vascular dementia was significantly higher in individuals with diabetes in a systematic review including 2,310,330 individuals (Chatterjee et al. 2016). After a mean duration of follow-up ranging from 3 to 15 years, the risk was 2.34 times higher in women (95% CI 1.86–2.94) and 1.73 times higher in men (95% CI 1.61–1.85). The risk of VCI was increased by 31% and 33% in individuals who were obese, compared with those who were normal weight (Albanese et al. 2017; Ma et al. 2020). The risk was higher in women with abdominal obesity, but not in men (HR=1.39; 95% CI, 1.12–1.66 vs. (HR= 0.84; 95% CI, 0.55–1.19) in the English Longitudinal Study of Ageing (Ma et al. 2020).

Lifestyle factors may also positively and negatively affect the risk of dementia/VCI. The risk of VCI has been shown to be increased in individuals who consume heavy amounts of alcohol, defined as >14 units/week (HR=1.02, 95% CI 0.77 to 1.35), compared with those consuming 1-14 drinks per week, over an average of 23 years of follow-up (Sabia et al. 2018). Regular physical activity has been associated with a significantly reduced risk of VCI by up to 35% (Kivimäki et al. 2019; Middleton et al. 2008; Sofi et al. 2011), while smoking can increase VCI risk by 40% (Gottesman et al. 2017). Adherence to a Mediterranean or MIND diet may reduce the risk of VCI (McEvoy et al. 2017).

Non lifestyle factors associated with an increased risk of VCI include depression, social isolation, air pollution, hearing loss, traumatic brain injury and lower levels of educational attainment. The estimated percentage reduction in VCI prevalence if each individual risk factor was eliminated range from 2% to 8% (Livingston et al. 2020).

Pharmacological Management of VCI

Cholinergic agents, including donepezil, rivastigmine and galantamine have been used in the treatment of dementia of the Alzheimer's type and vascular dementia. The usefulness of these agents has also been investigated in the treatment of post stroke cognitive deficits. In a network meta-analysis (Battle et al. 2021), using the results from 7 trials, 10 mg donepezil ranked first in terms of benefit for improving cognition, compared with the other drugs and placebo but was 3rd in harm. Galantamine ranked second in terms of both benefit and harm. Rivastigmine had the lowest ranking in both benefit and harm estimates.

The use of the MND A receptor antagonist, memantine has also been reported to improve cognitive function in individuals with vascular dementia. In a recent Cochrane review (McShane et al. 2019) including the results from 2 trials, while there was no significant difference in mean change in Clinician's Interview-Based Impression of Change scores from baseline to end of study between group (20 mg memantine or placebo; SMD= -0.02, 95% CI -0.23 to 0.19), the mean decrease in ADAS-Cog scores at 28

weeks was significantly greater in the memantine group (-2.15, 95% CI -3.25 to -1.05).

Management of hypertension

The benefit of antihypertensive agents to reduce the risk of dementia or cognitive decline in individuals with vascular risk factors but without an overt stroke was investigated in the INFINITY trial (White et al. 2019). There was no significant difference between groups (intensive treatment [24-hour SBP target ≤ 130 mmHg] vs. standard treatment [≤ 145 mmHg]) at 36 months in any of the 7 assessments of cognitive function test, except for the California Computerized Assessment Package Sequential Reaction Time (mean change: -23.2 vs. 32.6 msec), which favoured the intensive group. In contrast, the SPRINT MIND investigators (Williamson et al. 2019) reported that among individuals with SBP >130 mmHg and at least one additional risk factor, the risk of mild cognitive impairment (MCI) was significantly lower in the intensive therapy group after a median of 5.11 years. (287 vs. 353 cases per 1,000 persons years; HR=0.81; 95% CI, 0.69-0.95, $p=0.007$). The risk of the composite outcome (MCI and a composite outcome of MCI or probable dementia) was also significantly lower in the intensive group (20.2 vs. 24.1 cases per 1,000 person-years; HR=0.85, 95% CI 0.74-0.97, $p=0.01$).

Management of Mood

Mood disorders, including depression, anxiety and apathy are common in individuals with post stroke VCI. Psychological interventions such as cognitive behavioral therapies (CBT), which include behavioural activation, problem-solving therapy and CBT, all considered forms of CBT have been shown to improve mood in individuals with VCI. In a Cochrane review (Orgeta et al. 2022), which included 2,599 individuals with mild to moderate dementia and mild cognitive impairment, CBT was associated with a significant reduction in depressive symptoms (SMD= -0.23, 95% CI -0.37 to -0.10), increased odds of depression remission (OR=1.84, 95% CI 1.18 to 2.88), as well as improvements in the performance of activities of daily living and quality of life. CBT did not reduce symptoms of anxiety. Supportive and counselling interventions, which were also examined in the same review were not as effective as CBT interventions, compared with usual care. Cognitive behavioral therapy can also be provided virtually (Mehta et al. 2019). Physical activity has also been shown to reduce depressive symptoms in individuals with MCI (Leng et al. 2018). In individuals with advanced dementia living in institutions, music therapy was shown to significantly improve mood/depression and emotional well-being (van der Steen et al. 2018).

Behavior Management

Behavioral disturbances, which can be difficult to manage, frequently manifest in Individuals with severe VCI. A Cochrane review (Möhler et al. 2023) included 11 RCTs and 1,071 participants with dementia living in long-term care facilities, which compared an activity plan tailored to the individual's present or past preferences, which could also be adapted to their cognitive and functional status with a control condition or usual care. The interventions varied in terms of the theoretical basis (e.g., Treatment Routes for Exploring Agitation [TREA], Montessori-based activities). There was significantly greater improvement in the intervention group in positive affect compared with usual care at the end of follow-up ranging from 10 days to 9 months; however, there were no significant differences between groups in the reduction of challenging behavior, or improvement in negative affect. Simulated presence therapy (SPT), which was performed using an audio or video recording prepared by family members or surrogates and included positive experiences from the participant's past life was shown to reduce symptoms of agitation in individuals with severe dementia living in nursing homes (Abraha et al. 2020). In a network meta-analysis (Leng et al. 2020), including 65 RCTs of individuals with agitation due to dementia, massage therapy was most likely to be rank 1 (43%), animal-assisted intervention ranked 2 (16%), personally tailored intervention ranked 3 (18%), and pet robot intervention ranked 4 (11%).

Both typical and atypical antipsychotic were shown to reduce agitation and psychosis in a Cochrane review (Mühlbauer et al. 2021) of 24 RCTs that included 6,090 individuals with Alzheimer's Disease or vascular dementia with neuropsychiatric symptoms. In another Cochrane review (Dudas et al. 2018), of 10 RCTs including 1,592 patients with VCI and depression, treatment with antidepressants (serotonergic, tricyclic, MAOI and SSRI) did not significantly improve symptoms of depression at 6-13 weeks (SMD= -0.10, 95% CI -0.26 to 0.06), but did increase the odds of remission (OR=2.57, 95% CI 1.44 to 4.59). Serotonergic antidepressants significantly improved overall neuropsychiatric symptoms, agitation and depression in individuals with VCI, both with and without a major depressive disorder at baseline. In

subgroup analysis, SSRIs as a class was found to significantly reduce overall neuropsychiatric symptoms, but non-SSRIs did not, while both drug classes reduced agitation.

Safety and Risk Management

Physical activity interventions including home-based exercises, group exercise programs, strength and balance exercises, and Tai Chi were shown to significantly reduce the incidence of falls (incidence rate ratio=0.70, 95% CI 0.52 to 0.95) compared to usual care in individuals with mild to moderate dementia, living in the community (Li et al. 2021). Safety items, such as grab rail, a sensor night light, an electronic bracelet and a teleassistance support centre, included in a safety toolkit, also helped to reduce the number of Individuals who fell (RR=0.50, 95% CI 0.32- 0.78) compared with individuals who received usual care (Brims and Oliver 2019).

In a systematic review of 53 studies including individuals with VCI (Toepper and Falkenstein 2019), the effects of severity and type of VCI on driving fitness were reviewed. The results suggest that drivers with vascular dementia exhibit severe driving difficulties. Patients with multi-infarct dementia show poorer on-road driving skills than older Individuals with diabetes, healthy older individuals, or healthy young drivers. Driving scores were inversely associated with cognitive skills, number of collisions, and violations per 1,000 miles driven. About 70% of drivers with very mild and mild vascular dementia fail an on-road driving test, compared to 11% of health seniors. Financial decision-making was also shown to be impaired in individuals with Alzheimer's disease (AD) and MCI, compared with a healthy control group (Bangma et al. 2021), although in another systematic review (Sudo et al. 2017), in individuals with mild AD, basic monetary skills, and the ability to conduct cash transactions remained intact.

Environmental Supports

A systematic review including 72 studies of individuals with VCI across the spectrum of severity explored the role of the physical environment in supporting bodily performance in everyday activities (Woodbridge et al. 2018). Nineteen studies evaluated the impact of the physical environment on overall performance across all everyday activities. Factors assessed were size of the environment, quality of the environment, architectural layout, homelike atmosphere, and tailored individual adaptations. The results from these studies were largely positive. Across the remaining studies that evaluated strategies for assisting mealtimes, improving hygiene and self-care, improving orientation to time and space, improving leisure activities, and improving communication, the results were mixed.

Sex, gender and other equity-related considerations

Volgman et al. (2019) conducted an extensive review of the influence of sex on cardiovascular risk factors and cognitive decline and identified several factors that contributed to the increased prevalence of dementia in women, including a higher burden of traditional cardiovascular risk factors such as obesity, diabetes and hypertension, cardiac abnormalities (e.g., atrial fibrillation). Other factors included hypertensive disorders of pregnancy, increased longevity, and under-treatment with anticoagulants.

Using data from the 19,000 individuals in the UK Biobank, Kaur et al. (2024) reported high low-density lipoprotein, low education, and high blood pressure had a greater effect on the rate of cognitive decline in the executive function for women compared with men. In the population based Canadian Study of Health & Ageing, which recruited individuals aged ≥ 65 years and examined the association between physical activity and the development of incident cognitive impairment over a 5-year period, a difference between the sexes was found (Middleton et al. 2008). In women, moderate to high levels of physical activity (vs. low physical activity) were highly protective for the development of vascular cognitive impairment (without dementia), with no corresponding risk reduction in men.

While sex differences in the pharmacological treatment of cognitive impairment exist and are increasingly recognized, they are poorly understood. The specific mechanisms and implications may vary based on the medication type, and are likely influenced by differences in pharmacokinetics and the hormonal environment. Sex and gender were not explored as potential effect size moderators in most of the trials examining cardiovascular risk factor reduction. In the SPRINT-MIND trial (Williamson et al. 2019) intensive treatment to reduce blood pressure did not significantly reduce the risk of probable dementia overall, compared with less intensive treatment, with no difference between men and women in subgroup

analysis.

Section 3 Réadaptation cognitive

3. Réadaptation cognitive, 2024

Remarques

- Cette section traite des éléments propres à la réadaptation des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, quelle qu'en soit la cause sous-jacente.
- D'autres recommandations et données relatives à la réadaptation cognitive figurent dans le [module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire des Recommandations](#). (Mountain et coll., 2020; Teasell et coll., 2020)
- Les données probantes en faveur de la réadaptation visant à corriger les problèmes cognitifs liés aux déficits cognitifs d'origine vasculaire sont de plus en plus nombreuses. Toutefois, elles proviennent généralement d'études menées auprès d'un nombre limité de cohortes, regroupant notamment des personnes ayant subi un AVC ou présentant des lésions cérébrales acquises, un déficit cognitif léger ou des troubles neurocognitifs mixtes. Pour que les études portant sur ces populations variées soient prises en compte, leurs critères doivent définir que les personnes dont le déficit cognitif résulte d'une atteinte vasculaire sont admissibles.

3.0 Évaluation et planification en vue de la réadaptation liée aux déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. Toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire doivent faire l'objet d'une évaluation visant à déterminer leurs besoins en matière de réadaptation cognitive, à l'aide d'outils d'évaluation validés lorsqu'ils sont accessibles [forte recommandation; faible qualité des données probantes].
- ii. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, les aidantes et aidants et les familles doivent participer à l'élaboration d'un plan de réadaptation cognitive qui s'attaque aux limitations et aux déficits actuels, qui est axé sur les objectifs et qui favorise la prise de décisions partagée [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Les plans de réadaptation cognitive doivent tenir compte de la nature évolutive des déficits cognitifs d'origine vasculaire et être régulièrement revus et adaptés en fonction des modifications de l'état cognitif de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Les interventions doivent être personnalisées, fondées sur les meilleures données probantes accessibles et avoir pour objectif à long terme de faciliter la reprise ou la poursuite en toute sécurité des activités souhaitées (par exemple, les soins personnels, la gestion du foyer et des finances, les loisirs, la conduite automobile, le retour au travail) [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - c. Les interventions doivent être effectuées en tenant compte des approches pharmacologiques et non pharmacologiques [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- iii. Il convient d'envisager une approche multidimensionnelle de la réadaptation, comprenant à la fois des stratégies propres à une fonction (par exemple, l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives) et des stratégies globales (par exemple, l'activité physique et les exercices) [recommandation forte; qualité élevée des données probantes]. [Pour obtenir de plus amples renseignements, voir le module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire des Recommandations](#) (Mountain et coll., 2020; Teasell et coll., 2020).

Considérations cliniques de la section 3.0

1. Une évaluation complète des forces et faiblesses cognitives, telle que décrite à la section 1.2, est nécessaire pour prendre en compte l'incidence des difficultés (comme la détérioration de la perception visuelle, des capacités d'apprentissage, de la conscience et de la perception des changements) sur la motivation, la capacité à participer à la planification et au traitement, et les approches particulières de la mise en œuvre du traitement.
2. Pour la planification du traitement, il faut considérer le pronostic de rétablissement ou de déclin cognitif et l'incidence potentielle d'autres troubles concomitants existants (comme la fatigue, la douleur, la dépression ou l'anxiété) sur la capacité de la personne à participer à la réadaptation cognitive et à en tirer profit.
3. La disponibilité d'un soutien social et l'environnement physique actuel peuvent avoir des répercussions sur la participation, la sécurité et les résultats. La modification de l'environnement social ou physique et l'intégration d'une structure et d'une routine peuvent être envisagées pour optimiser des techniques particulières de réadaptation cognitive.
4. Des mesures compensatoires et correctives peuvent être appliquées dans le cadre d'une approche centrée sur la personne afin d'optimiser le fonctionnement de cette dernière.
5. Outre les interventions adaptées à des fonctions cognitives particulières, d'autres approches ayant une incidence directe sur les fonctions cérébrales ou la santé (par exemple, la stimulation cérébrale non invasive, l'activité physique) ont fait l'objet d'une attention croissante en tant que modulateurs de la cognition.
6. Des approches multimodales (par exemple, régime alimentaire, activités sociales, musique, éducation à la santé) peuvent être envisagées pour améliorer les performances cognitives ou prévenir le déclin cognitif.

D'autres recommandations et données relatives à la réadaptation cognitive figurent dans le [module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire des Recommandations](#) (Mountain et coll., 2020; Teasell et coll., 2020).

Justification

L'AVC et les déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent entraîner des déficits touchant plusieurs fonctions cognitives. Les stratégies de réadaptation cognitive, y compris les interventions ciblant une ou plusieurs fonctions et comprenant à la fois des mesures correctives et compensatoires, peuvent être utilisées pour contribuer au rétablissement des fonctions exécutives (résolution de problèmes, prise de décisions, planification), de l'attention, de la mémoire et des compétences cognitives liées à la communication.

Les personnes ayant une expérience vécue mettent en évidence l'importance d'un accès équitable à la réadaptation cognitive. Elles ont souligné que les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, leur famille et leurs aidantes et aidants doivent participer activement à l'élaboration de plans de réadaptation cognitive personnalisés et axés sur des objectifs centrés sur la personne.

Exigences pour le système

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

1. Nombre suffisant de cliniciennes et cliniciens expérimentés en réadaptation cognitive disponibles dans toutes les régions.

2. Processus clair d'orientation des patients vers des professionnels et des programmes de réadaptation à la suite d'un diagnostic et en cas de nouveau besoin de réadaptation au fil du temps.
3. Outils d'évaluation normalisés, validés et fondés sur un consensus de spécialistes, et formations portant sur les déficits cognitifs et la réadaptation.
4. Processus d'orientation en temps utile vers des services spécialisés de réadaptation cognitive dans tous les centres (par exemple, un système d'orientation électronique et des outils d'évaluation normalisés).
5. Mécanismes visant à réévaluer périodiquement les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire (étant donné que cette affection peut progresser au fil du temps), afin de garantir qu'elles ont accès à de la réadaptation continue pour répondre à leurs besoins en évolution.
6. Établissement et coordination de partenariats solides au sein de la communauté, et ressources adéquates pour garantir l'accès à des services de réadaptation et à un soutien complets. Cette mesure est particulièrement importante dans les régions rurales et éloignées où les technologies de télésanté doivent être optimisées.
7. Accès à des communautés et à des environnements sûrs pour les personnes dont les besoins cognitifs évoluent et qui souhaitent rester chez elles.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Nombre de programmes de réadaptation cognitive offerts au pays, par région.
2. Pourcentage de la couverture offerte par télémédecine/télé-AVC dans les communautés éloignées afin de soutenir les soins de l'AVC organisés dans l'ensemble du continuum, y compris des services d'évaluation aux fins de la réadaptation et des traitements pour les personnes ayant subi un AVC.

Indicateurs de processus

3. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui se sont soumises à une première évaluation aux fins de la réadaptation cognitive après l'établissement du diagnostic.
4. Pourcentage de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui ont été orientées vers des services de réadaptation cognitive en milieu hospitalier ou en consultation externe (programmes en établissement ou programmes communautaires).
5. Temps médian qui s'écoule entre l'orientation vers des services de réadaptation cognitive et le commencement de celle-ci.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

6. Qualité de vie après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire selon une auto-évaluation longitudinale effectuée au moyen d'un outil de mesure validé.
7. Résultats fonctionnels après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire, mesurés de façon longitudinale.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- Les indicateurs de la qualité de vie et des résultats fonctionnels doivent être mesurés à des intervalles réguliers afin de déceler tout changement au fil du temps. Ces données doivent être communiquées à l'ensemble des prestataires de soins et dans les différents milieux afin de favoriser la collaboration et de faciliter l'accès aux données pertinentes pour que les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire puissent obtenir des soins optimaux.
- Des points de référence fondés sur des données probantes n'ont pas encore été établis pour les indicateurs de rendement relatifs aux déficits cognitifs d'origine vasculaire; ils le seront au fur et à mesure que des données seront recueillies et transmises.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- [Annexe V du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire](#)
- Module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation>
- Cœur + AVC. *Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) : Une ressource pour les dispensateurs de soins de santé* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl>
- Vascular Harmonization Guidelines : <http://stroke.ahajournals.org/content/37/9/2220.full>
- Evidence-based Review of Post-Stroke Cognitive Disorders (EBRSR) : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/12-post-stroke-cognitive-disorders>
- Essais post-AVC CanStroke : <https://canadianstroke.ca/fr/>
- Cinquième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD5) : Lignes directrices pour la prise en charge des déficits d'origine vasculaire (en anglais seulement) : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7657196/>
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) 168 : Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers : <https://www.sign.ac.uk/>
- AHA/ASA Scientific Statement on Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia : <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0b013e3182299496>
- NHS Psychological care after stroke : https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531_strokepsychologicalsupportfinal.pdf
- Info AVC. Évaluations par sujet, Cognition : <https://strokengine.ca/fr/evaluations-par-sujet/>
- Info AVC. Réadaptation cognitive : <https://strokengine.ca/fr/interventions/readaptation-cognitive/>

Renseignements destinés aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. *Infographie sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire et carte du parcours* : <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/vascular-cognitive-impairment/csbpr7-infographic-vci-fr.pdf>
- Cœur + AVC. *Votre cheminement après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Cœur + AVC. *Liste de vérification après un AVC* : https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1.pdf?rev=630467c033514049bc7983ca14182737
- Cœur + AVC. *Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels* : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/csbp-infographic-virtual-healthcare-checklist-fr.ashx>
- Cœur + AVC. *Infographie sur la prévention secondaire* : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/csbpr7-infographic-secondaryprevention-final-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Infographie sur la réadaptation et le rétablissement* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/csbp-infographic-rehabilitation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Infographie sur les transitions et la participation communautaire* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/transition-of-care-nov2019/french/csbp-infographic-transitions-and-participation-fr.ashx?rev=-1>
- Cœur + AVC. *Déficit cognitif d'origine vasculaire* : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc/deficit-cognitif-d-origine-vasculaire>
- Cœur + AVC. *Rétablissement et soutien après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien>
- Cœur + AVC. *Services et ressources* : <https://www.coeuretavc.ca/services-et-ressources>
- Cœur + AVC. *Dépression, énergie, réflexion et perception* : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/emotions>
- Cœur + AVC. *Soutien en ligne et soutien par les pairs* : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/la-magie-de-la-communauté>
- Cœur + AVC. *Soutien aux partenaires de soins familiaux* : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/les-aidants-naturels-ont-aussi-besoin-d-aide>
- Cœur + AVC. *Reconnaître et gérer le stress* : <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/retablissement-et-soutien/emotions-et-pensees/stress>
- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>

Résumé des données probantes (en anglais seulement)

Cognitive Rehabilitation

VCI (no stroke)

In a Cochrane review (Bahar-Fuchs et al. 2019), which included data from 33 RCTs of individuals with mild to moderate VCI, multi and single domain cognitive interventions were associated with significant improvements in the composite measure of global cognition, when assessed immediately after the

intervention (SMD=0.42, 95% CI 0.23 to 0.62) and at 3-12-month follow-up (SMD=0.65, 95% CI 0.11 to 1.2), compared with active and passive interventions. A multi-domain adaptive internet-based training program resulted in significantly increased mean MoCA scores from baseline, compared with an active intervention control group (lower difficulty tasks) at 7 weeks (mean change of 3.36 vs. -0.85, $p=0.013$) in the Cog-VACCINE trial (Tang et al. 2019). In this trial, participants were recruited from neurology and geriatric clinics from 3 hospitals, with complaints of cognitive impairment involving memory or other cognitive domains lasting ≥ 3 months, but without dementia.

Post-stroke VCI

Among the earliest and most pronounced cognitive abnormalities are deficits in attention and executive function. Small to medium effect sizes for cognitive recovery (Hedge's g 0.35-0.48) have been reported in these domains in systematic reviews including individuals with stroke who received cognitive rehabilitation (Saa et al. 2021) (Rogers et al. 2018). Effect sizes were higher in trials that provided interventions earlier following stroke, and in trials that provided an intervention for a longer duration. In a systematic review including the results of 64 RCTs, including 4,005 individuals with/without cognitive impairment following stroke, trials compared cognitive rehabilitation strategies to improve cognitive function with a control group (O'Donoghue et al. 2022). Multiple component interventions were associated with higher mean MoCA scores, improved measures of memory, and better functional status, compared with individuals receiving standard care. There were no significant differences between groups comparing cognitive rehabilitation interventions with an active control in any of the outcomes assessed (general cognitive functioning, memory, executive function, or attention), nor was there a difference between groups comparing cognitive rehabilitation interventions vs. wait list control (memory).

While physical activity has been shown to prevent the development of VCI in healthy older adults (Gallaway et al. 2017; Verdelho et al. 2012), it may also help to improve cognitive outcomes in individuals with existing forms of VCI. In a systematic review & meta-analysis including 18 RCTs of 802 elderly participants with dementia (primarily Alzheimer's dementia) living both in care facilities and the community, physical activity was associated with an improvement in global cognitive function (SMD=0.42, 95% CI 0.23 to 0.62) (Groot et al. 2016). The duration of the intervention ranged from 6 to 52 weeks. This positive effect was accompanied by improvements in activities of daily living.

Sex, gender and other equity-related considerations

Sex and gender were not explored as potential effect size moderators in any of the literature reviewed on cognitive rehabilitation. In the Cochrane review of 33 cognitive rehabilitation trials including individuals with mild to moderate dementia (Bahar-Fuchs et al. 2019), no subgroup analyses were conducted based on sex, nor was it explored in a systematic review and meta-regression (Saa et al. 2021) of 43 intervention and observational trials examining changes in cognition post stroke. Separate literature searches conducted to identify sex and gender differences associated with cognitive rehabilitation strategies did not yield any results.

Section 4 Soutien aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

4.0 Soutien aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, à leur famille et à leurs aidantes et aidants, 2024

Remarques

- *La famille et les proches aidantes et aidants jouent un rôle essentiel dans la vie d'une personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, et subissent aussi des répercussions tout au long du parcours. Il est important de comprendre leurs situations, leurs capacités et leurs préoccupations pour fournir des soins complets centrés sur la personne et la famille.*
- *Le soutien aux familles et aux aidantes et aidants peut porter sur les domaines suivants : éducation, formation, conseil, création d'une structure de soutien et aide financière (d'après les lignes directrices de l'AHA sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC) (Winstein et coll., 2016).*
- *Consentement : voir l'introduction pour consulter les questions liées au consentement lors de la prestation de services de soutien à une personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.*
- *Pour obtenir des recommandations et des données plus approfondies, voir le module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC.*

4.1 Éducation liée aux déficits cognitifs d'origine vasculaire

- i. Les cliniciennes et cliniciens doivent évaluer les besoins des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de leur famille et de leurs aidantes et aidants en matière d'information, d'éducation et de formation sur les répercussions qu'ils peuvent subir, afin de soutenir la cognition et le fonctionnement quotidien des personnes atteintes [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- ii. Un plan d'éducation personnalisé doit être élaboré et mis en œuvre sur la base de l'évaluation des besoins et des objectifs d'apprentissage des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de leur famille et de leurs aidantes et aidants. Il doit être adapté à la culture et au degré de littératie [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
- iii. L'éducation doit porter sur la connaissance des déficits cognitifs d'origine vasculaire et de leur progression potentielle dans le temps, les compétences pratiques, les considérations liées à la sécurité, de même que les stratégies personnelles d'adaptation et de résolution de problèmes pour gérer les difficultés actuelles [forte recommandation; qualité modérée des données probantes].
- iv. Les aidantes et aidants doivent recevoir une formation personnalisée sur les compétences en matière de soins dans le contexte des difficultés cognitives particulières et de leur gravité, ainsi que des comportements et des symptômes psychologiques associés aux déficits cognitifs d'origine vasculaire [recommandation forte; qualité élevée des données probantes].
- v. Les besoins en matière d'éducation évoluent au fil du temps et à mesure que les déficits cognitifs d'origine vasculaire progressent; les évaluations, les discussions et la formation doivent avoir lieu de façon continue et être fournies par écrit et oralement [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

4.2 Soutien à la famille et aux aidantes et aidants

- i. L'étendue et la qualité du soutien offert par la famille et les aidantes et aidants d'une personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, ainsi que leur capacité à en offrir, doivent être évaluées pour en garantir la durabilité [recommandation conditionnelle; qualité modérée des données probantes].
 - a. Voici quelques points dont il faut tenir compte : la capacité individuelle d'adaptation des membres de la famille ou des aidants; le risque de problèmes de santé mentale; le contexte social; la culture; les structures sociales; d'autres problèmes physiques et psychosociaux (par exemple, financiers, environnementaux, de maltraitance, de logement) qui peuvent avoir une incidence sur leurs responsabilités d'aidants [recommandation conditionnelle, qualité modérée des données probantes]
Remarque : En cas d'inquiétude, il faut encourager les membres de la famille à s'adresser à des prestataires de soins primaires, des organismes de santé mentale, des travailleurs sociaux ou des organismes de soutien communautaire.
- ii. Il faut informer la famille et les aidantes et aidants des ressources et des sources de soutien appropriées qui répondent à leurs besoins tout au long de l'évolution des déficits cognitifs d'origine vasculaire et dans l'ensemble du continuum de soins [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].

Considérations cliniques de la section 4

1. Il est important de comprendre le réseau de soutien (par exemple, les aidantes et aidants, la famille, les amis) et les contextes culturels de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de ses aidants pour mieux personnaliser le traitement.
2. On peut envisager le recours à des services qui peuvent améliorer ou compléter les soins fournis par la famille et les aidantes et aidants, comme des services de relève, des programmes de jour ou des services communautaires. Une orientation du médecin traitant peut être nécessaire pour accéder à certaines de ces ressources ou à des ressources supplémentaires.
3. Les prestataires de soins de santé et les services communautaires doivent tenir compte de la stigmatisation et de la façon dont les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leurs aidantes et aidants perçoivent la maladie et les possibilités de soins, en fonction de leurs connaissances, de leur expérience et de leurs croyances culturelles, afin d'encourager les comportements favorisant la santé et l'adhésion aux soins et aux services (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2023).
4. L'éducation doit porter sur la nature progressive des déficits cognitifs d'origine vasculaire et encourager les personnes qui en sont atteintes à prendre des dispositions concernant leurs affaires personnelles, leur santé et leurs finances.
5. Le format de tout renseignement transmis doit être adapté aux besoins et aux préférences de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de sa famille et de ses aidants. Il faut tenir compte du degré de littératie et du vocabulaire, des besoins de soutien supplémentaire et de la réalité culturelle (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2023).
6. Il est préférable d'offrir une formation sur les compétences en matière de soins lors de l'élaboration d'un plan de soins (le cas échéant), lors des transitions dans les soins, en cas d'obstacles aux soins nouveaux ou aggravés, ou de changements de l'état clinique qui nécessitent que des modifications soient apportées aux stratégies de soins.
7. Tous les établissements de soins doivent avoir un répertoire à jour des ressources communautaires accessibles pour soutenir la prise en charge autonome et offrir des conseils et une assistance pour l'obtention des services nécessaires.

Justification

Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire sont souvent prises en charge par des proches aidantes et aidants, comme une conjointe ou un conjoint, un frère ou une sœur, ou un enfant adulte. Les proches aidants se disent souvent stressés et anxieux, se sentent limités et ont une moins bonne qualité de vie. L'éducation est une composante constante et vitale du processus de rétablissement et de planification pour les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, les membres de leur famille et leurs aidants. Le renforcement du dépistage, de l'évaluation et de la surveillance des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, des besoins de la famille et des aidants et de leur capacité d'adaptation permettra d'adopter une approche holistique des soins, centrée sur la personne et la famille, et mènera de manière optimale à de meilleurs résultats et à une meilleure adaptation.

Les personnes ayant une expérience vécue ont souligné que les besoins en matière d'information et de soutien peuvent évoluer au fil du temps. Elles ont soutenu que l'éducation et le soutien en matière de déficits cognitifs d'origine vasculaire doivent être adaptés aux besoins de la personne atteinte, de sa famille et de ses aidants. Le soutien lié aux activités quotidiennes et aux rôles professionnels est également très important pour les personnes ayant une expérience vécue, de même que le soutien par les pairs. Elles ont aussi mis l'accent sur l'importance des ressources et du soutien pour les aidants, qui comprend également la transmission de renseignements aux aidants sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire, leur incidence potentielle sur la vie quotidienne, les activités, l'humeur et le comportement, ainsi que sur la prise en charge des personnes qui en sont atteintes. La formation des aidants peut également réduire le fardeau que représentent les explications à fournir à la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, et les aider à se sentir entendus et compris.

Exigences pour le système

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

1. Protocoles visant à impliquer les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leur famille dans les réunions de planification des transitions de l'équipe soignante, ainsi que dans la prise de décisions collaborative concernant la définition des objectifs à tous les moments de transition.
2. Ressources et mécanismes pour planifier et fournir des services communautaires qui tiennent compte des besoins des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de leur famille et aidantes et aidants (par exemple, des services de soins à domicile ou un soutien psychologique).
3. Modèles de soins incluant des outils technologiques comme la télémédecine, le suivi téléphonique régulier et l'assistance en ligne.
4. Hôpitaux, centres de réadaptation, services de soins à domicile, établissements de soins de longue durée et autres établissements communautaires dotés de ressources suffisantes pour offrir des soins aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, ainsi que de personnes-ressources, de gestionnaires de cas et d'intervenants pivots identifiés pour coordonner et gérer les transitions de soins chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de même que traiter des affections connexes comme l'AVC.
5. Formation continue pour informer les professionnels de la santé sur les soins de l'AVC centrés sur la personne et la famille dans tous les établissements qui s'occupent de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.

6. Possibilités de formation pour les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, leur famille et leurs aidantes et aidants, afin que ceux-ci puissent offrir un soutien par les pairs au besoin.
7. Accès à des ressources éducatives adaptées aux différentes cultures, origines ethniques et langues.
8. Accès à des services de soutien en matière de prise en charge autonome par le biais de la télémédecine, en particulier dans les zones rurales et là où il y a des lacunes sur le plan des ressources locales.
9. Efforts coordonnés entre les parties prenantes, comme la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, les organismes de santé publique, les ministères provinciaux de la Santé, les organisations non gouvernementales (ONG), les hôpitaux et les cliniques, et les prestataires de soins dans l'ensemble du continuum de soins, afin de produire des documents éducatifs contenant des renseignements cohérents.
10. Ressources communautaires, telles que des groupes de soutien et des soins de relève, afin de fournir en continu un soutien et de l'information tout au long de l'évolution des déficits cognitifs d'origine vasculaire.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Nombre de services communautaires (comme des programmes de réadaptation, des programmes de jour pour les personnes âgées, des services de soins à domicile et des services de relève) accessibles aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et à leur famille.

Indicateurs de processus

2. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire pour lesquelles on a consigné les renseignements fournis à toutes les étapes des soins.
3. Nombre total de consultations axées sur l'éducation pour chaque personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, et temps consacré à l'éducation par consultation.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

4. Pourcentage de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leur famille qui ont déclaré se sentir adéquatement préparées en ce qui a trait aux soins personnels et à leurs propres aptitudes.
5. Qualité de vie après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire selon une auto-évaluation longitudinale effectuée au moyen d'un outil de mesure validé.
6. Résultats fonctionnels après un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire, mesurés de façon longitudinale.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- La quantité de renseignements fournis et les méthodes d'éducation utilisées sont des éléments très importants des présentes recommandations. La mesure des renseignements fournis aux personnes ayant subi un AVC et à leur famille doit être élargie, lorsque possible, pour bien illustrer ces éléments, bien que cela soit difficile à réaliser.

- Dans la mesure du possible, il faut inclure dans les séances d'information des mécanismes normalisés afin d'évaluer les connaissances, avant et après les séances, des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de leur famille et de leurs aidantes et aidants.
- Les sources de données comprennent tous les documents, les dossiers et les fichiers liés aux soins dans l'ensemble du système de santé (soins primaires, soins de courte durée, rendez-vous de suivi, programmes de réadaptation en milieu hospitalier et en consultation externe, programmes et services communautaires) et peuvent être obtenues dans le cadre d'un examen ou d'une vérification préliminaire des dossiers médicaux, et de diverses pratiques de documentation et de vérification de groupes particuliers.
- La qualité (généralement faible) des documents préparés par les professionnels de la santé qui participent aux soins des personnes peut nuire à la capacité de faire le suivi de cet indicateur de manière fiable.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- [Annexe V du module sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire](#)
- Module sur la réadaptation, le rétablissement et la participation communautaire après un AVC des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation>
- Cœur + AVC. Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC : Une ressource pour les dispensateurs de soins de santé : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac/>
- Vascular Harmonization Guidelines : <http://stroke.ahajournals.org/content/37/9/2220.full>
- Evidence-based Review of Post-Stroke Cognitive Disorders (EBRSR) : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/12-post-stroke-cognitive-disorders>
- Evidence-based Review of Post-Stroke Depression and Mood Disorders : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/18-post-stroke-depression-and-mood-disorders>
- AHA/ASA Scientific Statement on Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia : <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0b013e3182299496>
- NHS Psychological care after stroke : https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/531_strokepsychologicalsupportfinal.pdf
- Info AVC. Évaluations par sujet, Cognition : <https://strokengine.ca/fr/evaluations-par-sujet/>

Renseignements destinés aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, à leur famille et à leurs aidantes et aidants

- Cœur + AVC. *Infographie sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire et carte du parcours* <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/vascular-cognitive-impairment/csbpr7-infographic-vci-fr.pdf>
- Cœur + AVC. *Votre cheminement après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>

caregivers of elderly individuals with a variety of chronic conditions (Tao and Zhang 2019). Among 34 RCTs included in a systematic review of informal carers of individuals with VCI who were living in the community, interventions designed to reduce burden/stress trials were found to have a small, but significant effect (SMD=-0.18, 95% CI -0.30 to -0.05). Interventions examined included multicomponent interventions, skills training or education, support and counseling and physical activity (Williams et al. 2019). A Cochrane review (Liu et al. 2018) included 5 RCTs involving 201 unpaid carers of individuals with any type of VCI examining mindfulness-based stress reduction (MBSR) techniques such as yoga and meditation. At the end of treatment, carer depressive symptoms and anxiety were significantly lower in the MBSR group compared with the active control group (SMD=-0.63, 95% CI -0.98 to -0.28, and MD= -7.5, 95% CI -13.11 to -1.89, respectively), although the certainty of the results were low, assessed using the GRADE system.

Sex, gender and other equity-related considerations

Unpaid caregiver burden disproportionately affects women and may be associated with negative health consequences. The increased stress of caregiving may also represent a potential risk factor for cognitive decline and dementia in female caregivers (Volgman et al. 2019). Pillemer et al. (2019) examined the baseline measures of 211 community-residing caregivers of people with dementia, reporting some degree of distress at baseline who were participants of a longitudinal study. There were significant gender differences, whereby women experienced a greater level of overall burden, assessed using the Zarit Burden Interview, and reported higher levels of depression, compared with men. A recent scoping review (Arbel et al. 2019) including the results of 61 studies sought to synthesize the literature related to sex and gender differences among dementia spousal caregivers. The areas with the greatest evidence base relating to sex differences were depression, burden, objective physical health, and informal supports. Research gaps that were identified were related to quality and type of literature (e.g, a lack of qualitative, longitudinal studies) and the use of secondary analyses to investigate sex and gender differences.

Section 5 Soins palliatifs et soins de fin de vie

5.0 Soins palliatifs et soins de fin de vie, 2024

Voir les sections 10 (Planification préalable des soins) et 11 (Soins palliatifs) du module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë pour obtenir des recommandations détaillées sur ces sujets. Les recommandations présentées ci-dessous sont spécifiquement adaptées aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, et sont fondées sur des données probantes propres à ces personnes ou à celles atteintes de démence (Heran et coll., 2022).

5.1 Planification préalable des soins

- i. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, ainsi que leur famille et leurs proches aidantes et aidants doivent être informés des options de planification préalable des soins le plus tôt possible après le diagnostic, en raison de la nature progressive des déficits cognitifs d'origine vasculaire [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. Une planification préalable des soins effectuée avec respect et empathie doit être intégrée dans un plan de soins complet, en tenant compte de la capacité de compréhension et de prise de décisions de la personne, ses valeurs et ses préférences, les renseignements relatifs à l'évolution de son état de santé, son pronostic, les traitements appropriés sur le plan médical et les soins médicaux futurs [recommandation forte; qualité modérée des données probantes].
Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la définition du terme « consentement » dans la section « Aperçu ».
- iii. Les discussions sur la planification préalable des soins doivent être consignées et réévaluées régulièrement avec la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, l'équipe de soins de santé et le mandataire spécial, particulièrement lorsqu'il y a un changement dans l'état de santé de la personne [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

5.2 Soins palliatifs et soins de fin de vie

- i. Une approche palliative doit être envisagée en cas de démence vasculaire avancée, afin d'optimiser les soins et la qualité de vie [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
- ii. L'équipe de soins doit discuter avec la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire ou ses mandataires spéciaux des objectifs des soins, qui doivent tenir compte des capacités de la personne, de son diagnostic, de son pronostic, de ses valeurs, de ses volontés (plans préalables de soins) et du type de soins à prodiguer, soit des soins visant à assurer le confort ou à prolonger la vie [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - a. Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, leur famille et leurs proches aidantes et aidants doivent être consultés régulièrement pour garantir que leurs objectifs sont atteints et que leurs besoins sont satisfaits. Les discussions doivent aussi tenir compte de tout changement en matière de diagnostic ou de pronostic [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
 - b. Ces conversations avec les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, leur famille et leurs proches aidants peuvent porter sur les sujets suivants : la pertinence des mesures de maintien des fonctions vitales, comme la ventilation mécanique, l'alimentation entérale ou intraveineuse, l'administration de liquide par voie intraveineuse; des stratégies de réduction du risque vasculaire moins énergiques ou leur abandon; l'objectif de tous les médicaments administrés, y compris ceux servant à

	la prise en charge des symptômes [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
iii.	Les discussions sur les soins palliatifs doivent être consignées et réévaluées régulièrement avec l'équipe de soins et le mandataire spécial [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
iv.	Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, leur famille, leurs proches aidants et aidantes et leur équipe de soins doivent pouvoir consulter des spécialistes en soins palliatifs, particulièrement lorsque les personnes présentent des symptômes difficiles à maîtriser, lorsque la prise de décisions relatives à la fin de vie s'avère complexe ou source de conflit, ou en présence de problèmes psychosociaux complexes au sein de la famille [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
v.	Les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, les familles, les proches aidants et l'équipe soignante doivent avoir accès à du soutien supplémentaire, notamment des soins spirituels, des conseils en matière de deuil et des services professionnels en santé mentale [recommandation forte; faible qualité des données probantes].
vi.	Chaque membre de l'équipe de soins doit comprendre ses rôles et ses responsabilités lors des conversations portant sur l'aide médicale à mourir, conformément aux recommandations des ordres professionnels provinciaux ou territoriaux, tout particulièrement lorsqu'il est question de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire [recommandation forte; faible qualité des données probantes].

Considérations cliniques de la section 5

1. L'éducation doit porter sur la nature progressive des déficits cognitifs d'origine vasculaire et encourager les personnes qui en sont atteintes à prendre des dispositions concernant leurs affaires personnelles, leur santé et leurs finances.
2. Il faut discuter de l'importance de la participation de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de sa famille et de ses aidantes et aidants aux discussions sur la planification préalable des soins, de ce que cela implique, des raisons pour lesquelles cette participation est importante et des avantages de l'établissement d'un plan préalable de soins. Ces plans devront peut-être être revus périodiquement, car les déficits cognitifs d'origine vasculaire peuvent changer ou progresser au fil du temps.
3. Les prestataires de soins doivent connaître les lois provinciales pertinentes relatives à la détermination de la capacité. Si la personne a été jugée incapable de prendre des décisions particulières concernant ses soins personnels ou ses finances par un évaluateur compétent, il convient de nommer un ou des mandataires légaux.
4. Une orientation vers un centre local de ressources liées à l'aide médicale à mourir peut être envisagée si des discussions plus approfondies sont nécessaires.
5. *Dans le domaine des déficits cognitifs d'origine vasculaire, la question de la capacité à donner son consentement se pose souvent.* Tout au long de ces recommandations, il est question de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, de sa famille et d'autres proches aidantes et aidants. La personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire conserve les mêmes droits en matière de protection des renseignements de santé que toute personne cherchant à obtenir des services de santé, en vertu des lois nationales et provinciales. Il est entendu qu'à un moment donné, sa capacité à donner son consentement peut changer, qu'il s'agisse du consentement à ce que d'autres personnes s'occupent de ses soins et aient accès à ses renseignements personnels sur sa santé, ou du consentement à recevoir des traitements. Dans les présentes recommandations, on présume que la question du consentement a été traitée par les membres de l'équipe soignante avec la personne concernée et ses autres décisionnaires, le cas échéant.

Justification

Les soins palliatifs et la planification préalable des soins sont deux composantes essentielles des soins de fin de vie pour les personnes atteintes de démence à un stade avancé, leurs aidantes et aidants et les membres de leur famille qui cherchent des repères dans le système de santé. La planification préalable des soins peut donner aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire ou de démence le sentiment de maîtriser un avenir incertain tout en leur permettant de participer directement au processus de prise de décisions concernant les soins futurs. Les soins palliatifs se concentrent sur le soulagement de la douleur et d'autres symptômes pénibles, tels que l'agitation et les difficultés de déglutition, tout en aidant à soutenir la famille sur le plan physique, émotionnel et spirituel.

Les personnes ayant une expérience vécue ont souligné l'importance de la planification préalable des soins avec les membres de leur famille et leurs proches, et ont discuté du fait que le concept n'est pas toujours bien connu. Elles ont expliqué la difficulté que cela pouvait représenter, pour un membre de la famille, de prendre des décisions relatives aux soins de santé pour quelqu'un d'autre, surtout s'il n'en a jamais été question avec la personne touchée alors qu'elle était apte à prendre de telles décisions. Ces personnes ont également expliqué que bien que ces conversations soient parfois nouvelles ou difficiles, elles permettent en fin de compte à la personne d'avoir un certain contrôle et de se faire entendre. Ces conversations peuvent également aider les membres de la famille de la personne lorsqu'ils doivent prendre des décisions importantes au sujet de la santé de cette dernière. Elles ont insisté sur l'importance de discuter du plan préalable de soins tout au long de la vie et d'être conscient qu'une seule conversation à ce sujet pourrait être insuffisante étant donné que les préférences et les volontés d'une personne peuvent changer avec le temps. De plus, elles ont discuté de la pertinence d'avoir une ressource d'orientation lors de ces discussions, particulièrement pour ceux qui n'avaient jamais pensé à établir un plan préalable de soins.

Les personnes ayant une expérience vécue reconnaissent qu'il peut être très difficile d'aborder le sujet des soins palliatifs et de fin de vie. Elles avancent qu'il serait utile qu'un membre de l'équipe de soins soit désigné pour s'assurer que de telles discussions ont lieu entre les parties concernées. Elles ont affirmé que certaines personnes ont besoin d'avoir la permission d'aborder de tels sujets avec leur famille, leurs amis et leurs proches, ou avec un prestataire de soins. Il peut donc être utile que quelqu'un entame la conversation dans un milieu favorable. Les personnes ayant une expérience vécue ont précisé que les dernières volontés en matière de soins palliatifs et de fin de vie doivent être abordées avant que ceux-ci deviennent nécessaires pour que la personne puisse se sentir en contrôle et pour la laisser exprimer ses désirs et ses besoins.

Exigences pour le système

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

1. Protocoles pour la planification préalable des soins afin de connaître les préférences et les objectifs en matière de soins de la personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de sa famille, et de s'assurer que ces renseignements sont consignés et transmis aux mandataires spéciaux et aux membres de l'équipe de soins.
2. Information sur la planification préalable des soins et sur les organismes de soutien locaux et leurs services fournis au personnel afin qu'il puisse la transmettre aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et à leur famille.
3. Formation en communication et perfectionnement des compétences offerts aux médecins, au personnel infirmier et aux professionnels paramédicaux, axés sur le soutien des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de leur famille durant la planification

préalable des soins, de même que sur la gestion des conflits possibles relativement aux volontés et aux décisions.

Indicateurs de rendement

Indicateurs du système

1. Proportion des hôpitaux et des communautés ayant accès aux services en matière de soins palliatifs pour les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.

Indicateurs de processus

2. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui ont été invitées à participer à la planification préalable des soins ou qui ont eu une conversation consignée avec un ou une prestataire de soins de santé.
3. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui désignent un mandataire spécial.
4. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire qui établissent un plan de soins personnel ou un plan préalable de soins et qui demandent à ce qu'il soit annexé à leur dossier médical.

Indicateurs de résultats et d'expérience axés sur la personne

5. Proportion de personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire dont le plan préalable de soins a été respecté lors des soins dispensés.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- La documentation sur les mesures dans le cadre du plan préalable de soins pourrait figurer dans les notes de consultation, de soins infirmiers, de travail social ou des médecins.
- Une copie du plan préalable de soins devrait idéalement être incluse dans les dossiers médicaux de la personne concernant les soins reçus à l'hôpital et dans la communauté.
- La qualité des données pourrait poser problème pour certains de ces indicateurs de rendement. Une amélioration de la préparation des documents doit être encouragée parmi les professionnels de la santé.
- Des sondages auprès des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et de leur famille doivent servir à surveiller la qualité des soins, y compris pour ce qui est des soins de fin de vie.

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

Les ressources et les outils ci-dessous, qui sont externes à Cœur + AVC et aux Recommandations, peuvent être utiles à la mise en œuvre des soins de l'AVC. Cependant, leur présence ne constitue pas une approbation réelle ou implicite par l'équipe des pratiques optimales de soins de l'AVC ni par Cœur + AVC. Nous vous encourageons à examiner ces ressources et ces outils d'un œil critique et à les mettre en œuvre dans votre pratique à votre discrétion.

Renseignements destinés aux prestataires de soins de santé

- Planification préalable des soins au Canada : <https://www.planificationprealable.ca/>
- Portail canadien en soins palliatifs. Modules de formation MonDeuil : <https://mondeuil.ca/>

- Portail canadien en soins palliatifs. Centre d'apprentissage : <https://www.portailpalliatif.ca/apprendre/>
- Association canadienne de soins palliatifs. Ressources : <https://www.acsp.net/connaissance/ressources/>
- Portail canadien en soins palliatifs. Décisions : https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Decisions.aspx
- Formation en soins palliatifs pour tous les fournisseurs de soins : <https://www.pallium.ca/fr/>
- Burton and Payne Palliative Care Pathway : <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/11/22>
- Bernacki RE, Block SD. Serious Illness Communications Checklist. *The Virtual Mentor*. 2013;15(12):1045-9 : https://www.researchgate.net/profile/Rachelle_Bernacki/publication/259316398_Serious_Illness_Communications_Checklist/links/54463d190cf2f14fb80f2c96/Serious-Illness-Communications-Checklist.pdf
- Registered Nurses Association of Ontario Guidelines for End-of-Life Care : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>

Renseignements destinés aux personnes ayant une expérience vécue des déficits cognitifs d'origine vasculaire, y compris les membres de la famille, les proches et les aidantes et aidants

- Cœur + AVC. *Infographie sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire et carte du parcours* <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/vascular-cognitive-impairment/csbpr7-infographic-vci-fr.pdf>
- Cœur + AVC. *Votre cheminement après un AVC* : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/fr-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Cœur + AVC. *Liste de vérification après un AVC* : https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/french-patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_fr_v1
- Cœur + AVC. Soins de fin de vie et soins palliatifs : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/soins-de-fin-de-vie-et-soins-palliatifs>
- Portail canadien en soins palliatifs. Modules de formation MonDeuil : <https://mondeuil.ca/>
- Portail canadien en soins palliatifs. Centre d'apprentissage : <https://www.portailpalliatif.ca/apprendre/>
- Planification préalable des soins au Canada : <https://www.planificationprealable.ca/>
- Association canadienne de soins palliatifs. Ressources : <https://www.acsp.net/connaissance/ressources/>
- Portail canadien en soins palliatifs. Décisions : https://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Decisions.aspx
- Gouvernement du Canada. Aide médicale à mourir : Aperçu : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-avantages-lies-sante/aide-medicale-mourir.html>
- MAiD Family Support : <https://maidfamilysupport.ca/>

Résumé des données probantes (en anglais seulement)

Palliative and End of life Care

Advance Care Planning

As VCI worsens, most of the decision-making responsibility is left to the health care proxies, typically family members. One key component that should be included is advance care planning (ACP). Elements to consider in advance care planning (ACP) include the patients' prognosis, treatment options, goals of care, and the identification and documentation of end-of-life wishes. In a study of 40 dyads (Huang et al. 2020), including individuals diagnosed with mild cognitive impairment or mild dementia >55 years of age and their family caregivers, an ACP information intervention was conducted in two parts by a senior nurse. The nurse reviewed the contents of an ACP manual, which included topics on the symptoms of end-stage dementia (ESD) and the common end-of-life (EoL) life-sustaining medical treatments, such as CPR, mechanical ventilation, tube feeding, intravenous infusion, and antibiotics. In the second part, the nurse conducted a 60-minute session involving family-centered strategies, aimed at developing an ACP. Following the intervention, there was significant improvement in mean Knowledge of ESD treatment scores, Knowledge of ACP and Decisional conflicts in EoL Care scores, in both patients and caregivers. In a review of reviews, including 19 reviews of individuals with dementia or cognitive impairment and their carers, ACP was associated with decreased hospitalizations, increased concordance between care received and prior wishes and increased completion of ACP documents (Wendrich-van Dael et al. 2020). Bryant et al. included 4 studies of individuals with dementia and/or a carer/ family member (Bryant et al. 2019). The effectiveness of interventions to increase participation in ACP was evaluated. Three interventions used varied structured one-on-one family meetings or consultations with caregivers to deliver education and provide an opportunity to complete an ACP, and the final study used face-to-face group sessions with caregivers, aimed to enhance knowledge, self-efficacy and behavioural skills to make end-of-life treatment plan. The results were mixed. In one study, only 32% of caregivers developed an ACP after the intervention; however, more caregivers in the intervention group changed their decisions regarding life-saving interventions and to have a Medical Order for Life-Sustaining Treatments (MOLST) added to their relative's chart, and to have decided on medical options to be listed in the individual with dementia's advance directive.

Palliative and End-of-Life Care

Early referral to palliative care services has been associated with more inpatient hospice utilization, prevention of overly aggressive treatments, and improved comfort and quality of life for individuals with dementia and their families (Amano et al. 2015) A recent Cochrane review (Walsh et al. 2021) included the results of 9 RCTs including individuals with advanced dementia, and their family members, examining a variety of interventions to improve the palliative care process. These interventions were associated with improvements in mean comfort in dying scores, and an improved likelihood of having a palliative care plan in place (RR=5.84, 95% CI 1.37 to 25.02), although the certainty of the evidence was very low.

Sex, gender and other equity-related considerations

In an online opinion survey of 1,523 randomly selected Canadians from the general population, examining knowledge and attitudes, women were more likely than men to engage in advance care planning activities and to discuss their wishes with family and friends (Teixeira et al. 2015). Another finding was that only a small proportion of respondents were aware of advance care planning.

Individuals with advanced dementia are typically institutionalized, and are commonly subjected to burdensome interventions toward the end of life. These interventions can include transitions between

health care facilities, invasive procedures, physical restraints, medications of uncertain benefit and non oral feeding. Stall et al. (2019) reported sex-specific differences in the frequency of such interventions during the final 30 days of life in a large Ontario cohort of nursing home residents with advanced dementia. Men were 33% more likely to receive antibiotics and 41% more likely to be transitioned to another level of care, usually to an acute care hospital, compared with women. The authors suggest that these differences might be associated more with sociocultural factors than with biological factors.

Annexe I : Groupe de rédaction sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire, 2024

Name	Professional role	Location	Declared conflicts of interest
Richard Swartz, MD Ph.D. FRCPC	Stroke Neurologist; Medical Director North East GTA Regional Stroke Program; Director, University of Toronto Stroke Program; Assistant Professor, Department of Medicine (Neurology), Sunnybrook Health Science Centre Associate Professor, University of Toronto Writing Group Co-Chair	Toronto, Ontario	Research grants from the Canadian Institutes for Health Research (CIHR), Ontario Brain Institute (OBI), National Institute of Health (NIH); member of advisory board for Hoffman-LaRoche; and stock options in FollowMD.
Stewart Longman, PhD	Neuropsychologist, Alberta Health Services, Foothills Medical Centre Writing Group Co-Chair	Calgary, Alberta	Support for attending meetings and/or travel for CASEM Annual Sport Medicine Conference
Eric E. Smith, MD, MPH	Medical Director, Alberta Health Services, Cognitive Neurosciences Clinic Professor University of Calgary, Department of Clinical Neurosciences		Royalties or licenses from UpToDate (Royalties paid to him for chapter on diagnosis of VCI); Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board for National Institutes of Health Discovery project; Leadership or fiduciary roles Deputy Editor, Stroke
Anita D. Mountain, MD FRCPC	ABI Program Co- Lead & Assistant Professor, Dalhousie University, Department of Medicine, Division of Physical Medicine and Rehabilitation	Halifax, Nova Scotia	Grants from Brain Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada, Canadian Partnership for Stroke Recovery/CIHR/Governors of the University of Calgary; Site Qualified Investigator for FLOW Trial/MODEX Trial/CAMAROS Trial.

Melissa Austin, MSc. (OT)	Occupational Therapy Practice Leader, Vancouver Coastal Health Clinical Instructor, The University of British Columbia, Department of Occupational Science and Occupational Therapy, Faculty of Medicine	British Columbia	No conflicts to declare
Lauren E. Bechard, Msc	Regional Stroke Coordinator, North and East GTA Stroke Network Doctoral Researcher, University of Waterloo	Waterloo, Ontario	Consulting fees from Canadian Consortium on Neurodegeneration and Aging (payments made as independent contractor for trainee and capacity building initiatives, unrelated to current manuscript); Support for attending meetings and/or travel for Canadian Consortium on Neurodegeneration and Aging (related to graduate research on a separate topic and contract work to support training and capacity building).
Jaspreet Bhangu, MD, MSc., Ph.D.	Geriatrician Assistant Professor, Western University, Department of Medicine, Division of Geriatric Medicine	London, Ontario	No conflicts to declare
Venera C. Bruto, Ph.D., C. Psych.	Clinical Neuropsychologist / Mental Health Clinician, Mount Sinai Hospital, Department of Psychology	Toronto, Ontario	No conflicts to declare
Sherri Carter Ph.D., R.Psych.	Psychologist, Acquired Brain Injury Program, Nova Scotia Rehabilitation Centre Clinical Associate, Dalhousie University, Department of Psychology and Neuroscience	Halifax, Nova Scotia	No conflicts to declare
Nelly Chow, BA,BSW,RSW	Social Worker, Alberta Health Services, Department of Clinical Neurosciences, Neuro Rehabilitation	Calgary, Alberta	No conflicts to declare

Yan Deschaintre MD	Stroke neurologist, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Department of Neurology Assistant Clinical Professor, Département de neurosciences Faculté de médecine. Université de Montréal,	Montreal, Quebec	Payment or honoraria from CPASS (Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'Université de Montréal), SSVQ (Société des sciences vasculaires du Québec), FMC (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC), ANQ (Association des neurologues du Québec), and SRQ (Société de radiologie du Québec) for presentations about stroke (cognitive health after stroke, tele-stroke, Tenecteplase for acute stroke, Imaging and clinical criteria for acute stroke treatments, and neurological exam).
Gail A. Eskes, Ph.D., R. Psych.	Professor, Dalhousie University, Departments of Psychiatry and Psychology & Neuroscience	Halifax, Nova Scotia	Grants or contracts from Nova Scotia Health, CIHR Health Research Training Platform, Innovacorp, Dalhousie University - NSH, Dalhousie - Operating funds; CIHR - Training Grant; payment or honoraria from Mount Allison University; Parkinson Canada; Patents planned, issued, or pending: UK Patent pending for cognitive enhancement technology.
Kathleen Fedorchuk, RN	Stroke Prevention Clinic Coordinator, Yorkton Regional Health Centre Stroke Clinic	Yorkton, Saskatchewan	No conflicts to declare
Lesley Fellows, MDCM, Dphil_	Neurologist, McGill University, Health Centre Stroke Program Professor, McGill University, Department of Neurology & Neurosurgery	Montreal, Quebec	Grants from the Canadian Institutes of Health Research, FRQS (Fonds de recherche du Québec).
Norine Foley, MSc	Partner, workHORSE Consulting Group	London, Ontario	No conflicts to declare

<p>Aravind Ganesh, MD, DPhil, FRCP</p>	<p>Vascular and Cognitive Neurologist, Department of Clinical Neurosciences Faculty of Medicine, University of Calgary</p> <p>Assistant Professor, University of Calgary, Cumming School of Medicine, Department of Clinical Neurosciences</p>	<p>Calgary, Alberta</p>	<p>New investigator award from the Heart and Stroke Foundation of Canada; research grants from the Canadian Institutes of Health Research, Canadian Cardiovascular Society, Alberta Innovates, Campus Alberta Neuroscience, Government of Canada – INOVAIT Program, Government of Canada – New Frontiers in Research Fund, Microvention, Alzheimer Society of Canada, Alzheimer Society of Alberta and Northwest Territories, Heart and Stroke Foundation of Canada, Panmure House, Brain Canada, MSI Foundation, France- Canada Research Fund;</p> <p>Consulting fees from MD Analytics, My Medical Panel, Figure 1, CTC Communications Corp, Atheneum, Deep Bench, Research on Mind, Creative Research Designs, Alpha Sights, 42mr; Payment or honoraria from Figure 1, Alexion, Biogen, Servier Canada; Expert Testimony: Grosso Harper Law, Lerner Law; Support for attending meetings and/or travel: American Academy of Neurology, Association of Indian Neurologists in America, American Heart Association, University of Calgary; patents planned, issued or pending: Patent filed for (1) a system for patient monitoring and delivery of remote ischemic conditioning or other cuff-based therapies and (2) systems and methods for enhancing the efficiency of initiating, conducting and funding research projects;</p> <p>Leadership or fiduciary role paid or unpaid: Member of editorial board for Neurology: Clinical Practice, Neurology, Stroke; Stock or stock options: SnapDx Inc, Collavidence Inc (LetsGetProof) - Patient monitoring and decision support technology, Research crowdfunding and collaboration platform.</p>
--	--	--	--

Lee-Anne Greer, Ph.D., C.Psych.	Psychologist Queen Elizabeth Hospital, Department of Psychology	Charlottetown, PEI	No conflicts to declare
Douglas S. Lee, MD, PhD, FRCPC	Cardiologist, University Health Network, Peter Munk Cardiac Centre Professor, University of Toronto, Faculty of Medicine, Department of Medicine (Cardiology)	Toronto, Ontario	No conflicts to declare
Carol Léonard, PhD	Associate Professor, University of Ottawa, School of Rehabilitation Sciences, Department of Audiology and Speech- Language Pathology	Ottawa, Ontario	No conflicts to declare
Patrice Lindsay RN, PhD	Lead PWLE Engagement Strategy and Stroke, Heart and Stroke Foundation of Canada	Toronto, Ontario	Member of the March of Dimes Canada After Stroke advisory committee (no financial remuneration)
Rebecca Lund MSc.OT	Manager, Stroke, Heart and Stroke Foundation of Canada	Kingston, Ontario	No conflicts to declare
Chelsy Martin MScPT	Project Lead, Canadian Stroke Best Practices, Heart and Stroke Foundation of Canada	Ottawa, Ontario	No conflicts to declare
Ronak Patel, PhD, C. Psych., ABPP-CN	Clinical Neuropsychologist and Assistant Professor, University of Manitoba, Department of Clinical Health Psychology, Max Rady College of Medicine, Rady Faculty of Health Sciences	Winnipeg, Manitoba	No conflicts to declare
Sepideh Pooyania, MD. FRCPC	Stroke Rehabilitation Service Chief, Winnipeg Regional Health Authority, Department of Rehabilitation Sciences Associate Professor, University of Manitoba, Section of Physical Medicine and Rehabilitation Max Rady College of Medicine	Winnipeg, Manitoba	No conflicts to declare

Valérie Poulin, OT, Ph.D.	Professor, Université du Québec à Trois-Rivières, Department of occupational therapy,	Trois-Rivières, Quebec	No conflicts to declare
Fatima Quraishi, OT Reg. (Ont.), MBA	Director Regional Stroke Program Southeast Toronto Stroke Network, Unity Health Toronto Adjunct Lecturer, University of Toronto, Department of Occupational Science and Occupational Therapy, Faculty of Medicine	Toronto, Ontario	No conflicts to declare
Pamela Roach, Ph.D	Assistant Professor, University of Calgary, Departments of Family Medicine and Community Health Sciences, Cumming School of Medicine	Calgary, Alberta	No conflicts to declare
Tricia Shoniker, OT Reg.(Ont.), BSc.OT, MOT	Occupational Therapist, Stroke/Neurology and outpatient CORP Program, Parkwood Institute Professor, Fanshawe College, OTA/PTA program	London, Ontario	No conflicts to declare
Carmen Tuchak, MD FRCP	Associate Clinical Professor, University of Alberta, Department of Medicine, Division of Physical Medicine and Rehabilitation, Medical Lead Stroke Program, Glenrose Rehabilitation Hospital	Edmonton, Alberta	No conflicts to declare

Annexe II : Responsables de l'examen externe des recommandations en matière de déficits cognitifs d'origine vasculaire, 2024

Name	Professional role	Location	Declared conflicts of interest
Joy Boyce, OT Reg. (NS)	Occupational Therapist, Nova Scotia Health Authority Early Supported Stroke Discharge Coordinator	Halifax, NS	No conflicts to declare
Nada El Hussein, MD, MSc. FAHA, FAAN	Duke Telestroke Medical Director Associate Professor, Duke University Hospital	Durham, North Carolina	Professional member of the American Heart Association Professional member and involved in committees-volunteer basis- no financial gains and not supporting the current manuscript review
Mary-Lou Halabi, Bsc., MScOT	Lead - Special Projects - Stroke, Cardiovascular Health and Stroke Strategic Clinical Network™ Cardiovascular Health and Stroke Strategic Clinical Network, Alberta Health Services	Edmonton, Alberta	No conflicts to declare
Sara Hayes, BSc, PG(Stats), PhD	Associate Professor in Physiotherapy, University of Limerick Associate Professor, University of Limerick, School of Allied Health, Health Research Institute	Limerick, Ireland	No conflicts to declare
Raed Joundi, MD, MSc, DPhil, FRPCPC	Stroke Neurologist, Associate Professor McMaster University	Hamilton, ON	Clinical trial, Bayer Site Principal Investigator for OCEANIC trial
Elise Lamy, Erg.	Occupational therapist programme de neurologie à l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, à Montréal	Montreal, QC	No conflicts to declare
Anik Laneville, OT Reg. (Ont), BSc OT	Occupational Therapist Best Practice Team Champlain Regional Stroke Network	Ottawa, ON	No conflicts to declare
Haakon B. Nygaard, MD, PhD	Associate Professor, University of British	Vancouver, BC	Grant or an honorarium from a for-profit or not-for-profit

	<p>Columbia, Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine</p> <p>Fipke Professor in Alzheimer's Research</p> <p>Director, UBCH Clinic for Alzheimer Disease and Related Disorders</p>		<p>organization, Biogen, Hoffman-la Roche, Eisai Paid Alzheimer's advisory board member</p> <p>Patent for a drug, product, or device, Yale University Inventor Distribution Agreement, OCR 4677 "PrionProtein as a Receptor for Amyloid-Beta Oligomers."2009</p>
Terence J Quinn FWSO, FESO, FRCP, MD, MBChB (hons), Bsc (hons)	<p>David Cargill Chair and Honorary Consultant Physician in Geriatric and Stroke Medicine School of Cardiovascular and Metabolic Health</p> <p>College of Medical, Veterinary and Life Sciences, University of Glasgow</p>	Glasgow	No conflicts to declare
Jennifer Rabin, PhD, CPsych	<p>Assistant Professor, University of Toronto, Division of Neurology, Department of Medicine, Sunnybrook Health Sciences Centre</p> <p>Scientist, Hurvitz Brain Sciences Program, Sunnybrook Research Institute</p>	Toronto, ON	<p>Harquail Centre for Neuromodulation, Sandra BlackCentre for Brain Resilience & Supports my salary</p> <p>Grant or an honorarium from a for-profit or not-for-profit organization, CIHR, NSERC, Alzheimer's Society of Canada, Alzheimer's Association, University of Toronto Funding for research</p>
Angela Roberts, MA, PhD CASLPO-reg (SLP)	<p>Assistant Professor of Communication Sciences & Disorders and Computer Science</p> <p>Canada Research Chair, Data Analytics and Digital Health in Cognitive Aging and Dementia</p> <p>Director Collaborative Specialization Machine Learning in Health and Biomedical Science</p>	London, ON	<p>Grant or an honorarium from a for-profit or not-for-profit organization, National Institutes of Health; Canadian Research Chairs program Principal Investigator</p> <p>Patent for a drug, product, or device, U.S. Patent office Description of Co-inventor wearable devices and technologies formeasuring speech and swallowing</p> <p>Clinical trial, National Institutes of</p>

	University of Western Ontario		Health Principal Investigator
Paolo Vitali MD, PhD, FRCPC	Cognitive Neurologist, McGill University Research Centre for Studies on Aging Assistant Professor, McGill University, Department of Neurology and Neurosurgery, Faculty of Medicine		Grant or an honorarium from a for-profit or not-for-profit organization, NovoNordisk, Eisai, Lilly, IntelGenx Corp. Advisory consultant for NovoNordisk and Eisai Medical education grant from Lilly, clinical trial support from NovoNordisk, Member of the Data Safety Monitoring Board (DSMB) supporting IntelGenx Corp Received payment from an organization (including gifts, other consideration, or in-kind compensation). NovoNordisk, Eisai Clinical trial, NovoNordisk, Dian-Tu

Annexe III : Signes et symptômes des déficits cognitifs d'origine vasculaire

	Examples of PWLE & Family reported signs and symptoms	Examples of clinical interview, clinical observations, or findings on clinical examination	Experiences reflected in VCI Journey Map
Executive Function	<p>Difficulties figuring out new strategies</p> <p>Poor monitoring of the environment for safety</p> <p>Unsafe driving</p> <p>Difficulty with multitasking</p> <p>Disliking busy, crowded, or distracting environments</p> <p>Changes in ability to manage bill payments, finances, medications, appointments, scheduling, and/or social plans</p> <p>Needing new strategies to manage daily activities or hide challenges</p> <p>Partner/spouse/child/carer needing to provide more support</p> <p>Loses train of thought easily</p> <p>Misplaces / loses objects & may think they have been stolen</p> <p>Problems with decision-making and learning from feedback</p> <p>Making poor decisions</p> <p>Struggling with job performance</p> <p>Impaired social cognition: interpreting social contexts, emotion recognition, empathy</p>	<p>Impairments in:</p> <ul style="list-style-type: none"> sustaining attention speed of information processing forming verbal &/or nonverbal concepts verbal &/or nonverbal reasoning recognizing own impairments <p>Reduced cognitive flexibility (set shifting)</p> <p>Perseverations in conversation or on tasks</p> <p>Impaired response control</p> <p>Increased susceptibility to delirium</p> <p>Decline in ability to analyze a situation, develop an effective plan, and communicate that plan to others</p> <p>Problems with executive tasks on exam (e.g., serial 7's, go, no-go) or bedside screening (e.g., clock drawing, Trails B)</p> <p>Does not initiate tasks, conversations</p> <p>Poor judgement, does not appreciate consequences of poor decisions</p>	<p>Changes misattributed to lifestyle stress, hearing loss, age</p> <p>Challenges participating in daily activities & roles in the community</p> <p>Develop / use strategies to manage daily activities</p> <p>Hide challenges by developing compensatory strategies</p> <p>Accommodations for return to work</p> <p>Grieve losses</p> <p>Uncertainty</p> <p>Discuss plan for future</p>
Memory	Unusual difficulties		Changes misattributed to

	<p>recalling names or finding words</p> <p>Repeating questions or stories</p> <p>Forgetting appointments, medications</p> <p>Needing to use new strategies to manage daily activities</p> <p>Loses train of thought easily</p> <p>Partner/spouse/child/carer needing to provide more support</p> <p>Misplaces / loses objects and may think they have been stolen</p>	<p>Difficulties remembering</p> <ul style="list-style-type: none"> • new information • recent activities • to turn off the stove • to turn off the tap • to take medications • to pay bills • how to get to familiar places <p>Impairments in learning & retrieval of information (verbal/non-verbal)</p> <p>Poor 3- or 5-word recall</p>	<p>lifestyle stress, hearing loss, age</p>
Other Focal	<p>Speech problems</p> <p>New difficulties with math</p> <p>New problems following routes, getting to places</p> <p>Difficulty understanding left vs. right</p> <p>Getting lost</p> <p>Problems using objects or tools like phones, toothbrushes</p>	<p>Impairments in word finding or naming</p> <p>Acalculia</p> <p>Extinction, neglect</p> <p>Visuospatial challenges</p> <p>Left-right confusion</p> <p>Apraxia</p>	<p>Cognitive difficulties not recognized by individual, partner, family &/or health care providers</p> <p>Develop & use strategies to manage daily activities</p> <p>Living accommodation</p> <p>Limited access to health care providers / services</p> <p>Changes to roles & relationships as family assists</p> <p>Uncertainty</p> <p>Impact on identity & self-determination</p>
Global/Functional	<p>Challenges participating in daily activities & roles in the community</p> <p>Changes misattributed to lifestyle stress, hearing loss, age</p> <p>Family members and caregivers needing to provide more support</p>	<ul style="list-style-type: none"> • easily distracted • can only focus on one thing at a time • tires easily on tasks requiring cognitive effort • does not take initiative • slow to think / speak • irritable, 'short fuse' • repetitive <p>Disagrees with others about what can do independently or safely</p>	<p>Changes to roles & relationships as family assists</p> <p>Impact on identity & self-determination</p> <p>Impact on capacity to give consent or exercise own authority</p> <p>Uncertainty</p> <p>Diagnosis may/may not occur</p> <p>Accommodations for</p>

		Would the individual with VCI or their family or caregivers feel comfortable letting the individual; with VCI drive a young child or loved one by themselves?	return to work Grieve losses Impact on identity & self-determination Uncertainty Discuss plan for future
--	--	---	--

Annexe IV : Sommaire des outils de dépistage et d'évaluation initiale sélectionnés pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire

Le tableau ci-dessous fournit des renseignements supplémentaires sur une sélection d'outils de dépistage et d'évaluation des déficits cognitifs qui ont été relevés durant la revue de la littérature pour les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : déficits cognitifs d'origine vasculaire, septième édition, mise à jour 2024. Cette liste n'est pas exhaustive. Il s'agit plutôt d'un point de départ pour aider les chercheuses et chercheurs et les cliniciennes et cliniciens à connaître les outils validés. La liste complète des références se trouve après le tableau.

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
Quick Screening Tools (≤5 minutes to administer)			
6-Item Cognitive Impairment test (6-CIT) Brooke & Bullock 1999	A dementia screening tool designed for use in primary care.	6 items: 1. What year is it? (correct-0; incorrect 4) 2. What month is it? (correct-0; incorrect-3) 3. About what time is it (within one hour)? (correct-0; incorrect-3) 4. Count backwards from 20-1. (no errors-0; 1 error-2; ≥1 error-4) 5. Say the months of the year in reverse. (no errors-0; 1 error-2; ≥1 error-4) 6. Repeat an address phrase given after Q2. (no errors-0; errors range from 2-10 depending on the number of errors). Total scores range from 0 to 28. Scores of 0-7 are considered normal, while scores ≥ 8 are more significant. Test takes 3-4 minutes to complete. Does not require specialized training for administration	Free https://www.mindwell-leeds.org.uk/wp-content/uploads/2021/03/6CIT.pdf
Clock Drawing Test (CDT) Sunderland et al. 1989	A screening tool for cognitive impairment.	Involves a command to draw a clock or to copy a clock. Score Interpretation: No universal system for scoring exists. Individual scoring systems are based on the number of deviations from what is expected from the drawing. Takes approximately 1-2 minutes to complete by the individual with VCI. Does not require additional equipment or specialized training for administration.	Free http://www.strokingin.ca/?s=clock+drawing
Memory Impairment Screen (MIS) Buschke et al. 1999	A brief screening tool to evaluate memory.	1. A sheet of paper with 4 words in ≥24 upper case font is presented to the individual with VCI. 2. Tell the individual with VCI that each item belongs to a different category. Give a category cue and ask individual with VCI to indicate which of the words belongs in the stated	Free Available on many websites https://www.cogsclub.org.uk/professionals/fil

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		<p>category (e.g., "Which one is the game?"). Allow up to 5 attempts. Failure to complete this task indicates possible cognitive impairment.</p> <p>3. When the individual with VCI identifies all 4 words, remove the sheet of paper. Tell the individual with VCI that he or she will be asked to remember the words in a few minutes.</p> <p>4. Engage individual with VCI in distractor activity for 2 to 3 minutes, such as counting to 20 and back, counting back from 100 by 7, spelling WORLD backwards.</p> <p>5. FREE RECALL — 2 points per word: Ask individual with VCI to state as many of the 4 words he or she can recall. Allow at least 5 seconds per item for free recall. Continue to step 6 if no more words have been recalled for 10 seconds.</p> <p>6. CUED RECALL — 1 point per word: Read the appropriate category cue for each word not recalled during free recall (e.g., "What was the game?").</p> <p>Scores range from 0 to 8. Scores of 5-8 indicate no cognitive impairment; scores \leq 4 indicate possible cognitive impairment. Takes <5 minutes to complete.</p>	<p>es/The Memory Impairment Screen.pdf</p> <p>https://www.alz.org/media/documents/memory-impairment-screening-mis.pdf</p>
<p>Mini Cog</p> <p>Borson et al. 2003</p>	<p>A rapid screening test for Alzheimer's disease</p>	<p>There are 2 components, word recall (scores range from 0-3 with one point awarded for each word correctly recalled) and a clock drawing test where the individual with VCI is asked to place the numbers in a provided circle and set the hands to ten past eleven (0-2 points).</p> <p>Total scores range from 0-5. Cut offs of <3 and <4 have been used to identify possible deficits. Test takes 3-4 minutes to complete.</p>	<p>Free</p> <p>https://mini-cog.com/</p>
<p>The General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)</p> <p>Brody et al. 2002</p>	<p>A brief screening tool for VCI</p>	<p>Patient portion (5 components)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The test administrator or healthcare provider asks the individual to repeat and remember a name and address (e.g., John Brown, 42 West Street, Kensington) and recall it in a few minutes. 2. The individual is asked to state today's date. 3. The test administrator provides a blank page with a circle and asks the individual to make a clock drawing with all of the numbers drawn correctly on the face of the clock. 4. The individual is then asked to draw in the clock's hands so that it reads 10 minutes past 11 o'clock. 5. The test administrator asks the individual to describe something specific that has happened in the news in the last week. <p>Scores range from 0 to 9 points.</p>	<p>Free</p> <p>https://www.alz.org/media/documents/gpcog-screening-test-english.pdf</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		<p>In the name and address recall section, one point is given for correctly providing each of the answers (for a score of up to five points).</p> <p>First name, last name, street number, street name and city name.</p> <p>One point is given for saying the correct date. The exact date required to get credit.</p> <p>One point is given for correctly drawing the clock. Another point is given for correctly drawing the hands of the clock to show 10 minutes past 11 o'clock.</p> <p>A point is awarded for telling the administrator something specific from recent news in the past week.</p> <p>No further assessment is needed if the individual scores the maximum total of 9 points. If an individual with VCI scores 5-8, proceed with Step 2, informant section.</p> <p>Test takes 2-5 minutes to complete.</p> <p>Informant section</p> <p>The test administrator asks a caregiver or family member if the individual has more difficulty than they used to five to 10 years ago with the following tasks: recent memory, memory for conversations held a few days ago, word-finding difficulty, managing finances, medication management or the ability to handle transportation needs.</p> <p>If the informant indicates a decline in three or more of these areas, the individual likely has cognitive impairment.</p>	
<p>6-Item Screener (SIS)</p> <p>Callahan et al. 2002</p>	A brief screen for cognitive impairment	<p>There is a 3-item recall component (apple, table, penny), whereby the patients should be able to repeat the words three items initially, and then recall them after 5 minutes; there is also a 3-item temporal orientation component (day of the week, month, year).</p> <p>Scores range from 0-6. Scores of 4-6 indicate that impairment is less likely, while scores of 0-3 indicate that impairment is likely.</p> <p>Test takes 1-2 minutes to complete.</p>	<p>Free</p> <p>https://www.merckmanuals.com/medical-calculators/CognitiveImpairment6.htm</p>
<p>Depression, Obstructive Sleep Apnea and Cognitive Impairment (DOC) Screen</p> <p>Swartz et al. 2017</p>	To identify patients who are at high-risk for depression, obstructive sleep apnea (OSA) and cognitive impairment	<p>The DOC Screen is an integrated tool that combines the PHQ-2, a screening tool with 2 questions regarding mood, scored from 0 to 3, (total 0 to 6); The STOP questionnaire, a 4-question screen for OSA (total scores range from 0-4); and a 10-point version of the MoCA (5-word recall (5 points), clock drawing (3 points), and abstraction (2 points)).</p> <p>Total scores range from 0-20. For interpretation of data, raw scores from each of the 3 domains</p>	<p>Free</p> <p>http://www.docscreen.ca/</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		<p>are entered into a form on the DOC screen website.</p> <p>Takes approximately 5 minutes to complete.</p> <p>No specialized equipment or training is required.</p>	
<p>Eight-item Informant Interview to Differentiate Aging and Dementia (AD8®)</p> <p>Galvin et al. 2005</p>	<p>An informant-based interview, to be completed by a spouse, adult child, friend who knew the older adult well. Developed to help discriminate between signs of normal aging and mild VCI.</p>	<p>8 items enquiring about changes in the past year (response categories are yes [1 point], no [0 points], and don't know)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problems with judgment (e.g., problems making decisions, bad financial decisions, problems with thinking). 2. Less interest in hobbies/activities 3. Repeats the same things over and over (questions, stories, or statements) 4. Trouble learning how to use a tool, appliance, or gadget (e.g., VCR, computer, microwave, remote control) 5. Forgets correct month or year 6. Trouble handling complicated financial affairs (e.g., balancing checkbook, income taxes, paying bills) 7. Trouble remembering appointments 8. Daily problems with thinking and/or memory <p>Scores of 0-1 indicate normal cognition, scores of ≥ 2 indicate impaired cognition.</p>	<p>The user is required to agree to the terms of a license agreement from Washington University and to complete and submit an access form in order to download the tool, which may be used for clinical and research purposes.</p> <p>https://otm.wustl.edu/ad8-terms-agreement/</p>
<p>Mini Addenbrooke's Cognitive Examination (Mini ACE)</p> <p>Hsieh et al. 2015</p>	<p>A brief screening test for mild cognitive impairment and dementia</p>	<p>Five components</p> <p>Attention: day, date, month year (0-4 points)</p> <p>Memory: recall of name and address (0-7 points)</p> <p>Fluency: name as many animals as possible in one minute (0-7 points)</p> <p>Clock drawing +hands at 10 past 5 (0-5 points)</p> <p>Recall of name and address (0-7 points)</p> <p>Total scores ranged from 0-30. There are 2 cut-offs: 25 and 21. The latter is recommended when the test is used with general clinical populations as part of a VCI assessment. The test takes 5 minutes to complete.</p> <p>Training is required, in the form of watching a video (30-60 minutes).</p>	<p>Free</p> <p>https://remedy.bnssg.icb.nhs.uk/media/2787/mini-ace.pdf</p>
Screening Tools (≥ 5 minutes to administer)			
<p>Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)</p> <p>Hsieh et al. 2013</p>	<p>A test to aid in the detection of cognitive impairment, especially in the detection of Alzheimer's disease and fronto-temporal dementia</p>	<p>Includes 3 components assessing attention (scores range from 0-18), three components assessing memory (scores range from 0-26), fluency (scores range from 0-14), language (0-26), and visuospatial ability (scores range from 0-16).</p> <p>Total scores range from 0-100. Scores < 88 and < 82 have been recommended as cut-off points</p>	<p>Free</p> <p>https://www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementia-test.html</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		<p>for suspicion of VCI.</p> <p>Test takes approximately 15-30 minutes to complete (and 15 minutes to score).</p> <p>Training is required. A training course is available through the University of Glasgow. (There are 3 US versions of the test)</p>	
<p>Free Cog</p> <p>Burns et al. 2021</p>	<p>A hybrid screening instrument incorporating tests of cognitive and executive function</p>	<p>Components include:</p> <p>General knowledge (0-1 points)</p> <p>Orientation to time (0-3 points); place (0-3 points)</p> <p>Registration: repeat five words to be recalled later (no points awarded)</p> <p>Calculation (0-3 points)</p> <p>Attention/calculation (0-2 points)</p> <p>Memory recall of 5 previously presented words (0-5 points)</p> <p>Verbal fluency in 1 minute (0-1 point)</p> <p>Language: Naming (0-2); Repetition (0-1); Write a sentence (0-1)</p> <p>Visuospatial draw a clock with hands set at 10 past 11:00 (0-3)</p> <p>Executive function 5 questions relating to social function, travel, home, emergency, and care function (0-5 points)</p> <p>Total possible score of 30 points. A score of ≤ 22 is indicative of mild cognitive impairment.</p> <p>No formal training is required. The test takes 5-10 minutes to complete.</p>	<p>Free</p> <p>https://psychscenehub.com/wp-content/uploads/2021/03/FInal-Free-Cog-Tool-1.pdf</p>
<p>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</p> <p>Nasreddine et al. 2005</p>	<p>The MoCA is a screening tool for mild cognitive impairment.</p>	<p>Eleven items relating to 8 cognitive domains (visuospatial, executive, naming, memory, language, abstraction, delayed recall, and orientation). Items are in the form of questions or tasks.</p> <p>Score Interpretation: Maximum score is 30; higher scores indicate greater cognitive functioning. Total score ≥ 26 is considered normal.</p> <p>The test takes approximately 5-10 minutes to administer, requires extra equipment (stopwatch and score sheet) and some training (required reading).</p>	<p>Free</p> <p>http://www.mocatest.org/</p>
<p>Mini-Mental State Examination (MMSE)</p> <p>Folstein et al. 1975</p>	<p>The MMSE is a screening tool for cognitive impairment.</p>	<p>Eleven items relating to 6 cognitive domains (orientation – in time and space, registration, attention and calculation, recall, language and read and obey). Items are in the form of questions or tasks.</p> <p>Maximum score is 30, where higher scores indicate greater cognitive functioning. A score</p>	<p>Available for purchase.</p> <p>http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=MMS E</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		<p>of <24 indicates possible cognitive impairment.</p> <p>The test takes approximately 10 minutes to administer. No specialized training required.</p> <p>A newer version, MMSE-2[®] is also available.</p>	
<p>Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)</p> <p>Storey et al. 2004</p>	<p>Designed to detect VCI in culturally and linguistically diverse populations</p>	<p>Memory: repeat and later recall four items (not scored)</p> <p>Visuospatial (body orientation): identify eight body parts (possible score 0-5)</p> <p>Praxis: copy the testers action or exercise (possible score 0-2)</p> <p>Drawing: draw a 3-D square box (possible score 0-3)</p> <p>Judgement - Crossing the Street: (possible score 0-4)</p> <p>Memory: recall items from beginning of the test (possible score 0-8)</p> <p>Language: Name as many animals as you can in 60 seconds (scores 0-8)</p> <p>Total possible score is 30 points. A score of ≤22 is the threshold for possible dementia.</p> <p>The test takes 10-15 minutes to complete.</p>	<p>Free</p> <p>https://www.dementia.org.au/sites/default/files/20110311_2011RUDASAdminScoringGuide.pdf</p>
<p>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (Short IQCODE)</p> <p>Jorm 1994</p>	<p>Informant based test designed to assess cognitive decline and dementia in elderly people, to be completed by a relative or friend who has known the elderly individual for 10 years or more.</p>	<p>Sixteen items with a 5-point scoring for each question ranging from much worse (5 point) to much improved (1 point).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remembering things about family and friends (e.g., occupations, birthdays) 2. Remembering things that have happened recently? 3. Recalling conversations a few days later? 4. Remembering his/her address and telephone number? 5. Remembering what day and month it is? 6. Remembering where things are usually kept? 7. Remembering where to find things which have been put in a different place from usual? 8. Knowing how to work familiar machines around the house? 9. Learning to use a new gadget or machine around the house? 10. Learning new things in general? 11. Following a story in a book or on TV? 12. Making decisions on everyday matters? 13. Handling money for shopping? 14. Handling financial matters - e.g., the pension, dealing with the bank? 15. Handling other everyday arithmetic problems - e.g., knowing how much food to 	<p>Free</p> <p>https://patient.info/doctor/informant-questionnaire-on-cognitive-decline-in-the-elderly-iqcode</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		<p>buy, knowing how long between visits from family or friends?</p> <p>16. Using his/her intelligence to understand what's going on and to reason things through?</p> <p>Cut-off scores of 3.38-3.88/question have been reported to identify possible VCI (Jorm et al. 2004). The test takes approximately 5-7 minutes to complete.</p> <p>A 26-item (original version) of this test is also available.</p>	
<p>Test Your Memory (TYM)</p> <p>Brown et al. 2009</p>	<p>A self-assessment test that covers a broad range of cognitive domains</p>	<p>Questions include:</p> <p>Orientation to person and time</p> <p>Copy a sentence.</p> <p>Who is the Prime Minister?</p> <p>In what year the World War I start?</p> <p>Complete 4 simple arithmetic calculations</p> <p>List four creatures beginning with S.</p> <p>Explain why a carrot is like a potato and a why a lion is like a wolf.</p> <p>Name 5 items on drawing.</p> <p>Join circles together to form a letter.</p> <p>Draw a clock face.</p> <p>Write down sentence copied earlier.</p> <p>Total possible score is 50 points. Scores <33 indicate severe cognitive impairment, while scores between 33 and 45 (if 80+ years of age) or 33 and 46 (if younger than 80 years of age), indicate mild cognitive impairment.</p> <p>Test takes 5-10 minutes to complete.</p>	<p>Free</p> <p>https://www.bmj.com/content/suppl/2009/06/04/bmj.b2030.DC1/br oj611491.ww1_default.pdf</p>
<p>Multifactorial Memory Questionnaire (MMQ)</p> <p>Troyer & Rich 2002</p>	<p>A self-report questionnaire that assesses multiple dimensions of metamemory, useful for clinical assessment and interventions.</p>	<p>Composed of 3 subscales</p> <p>1. MMQ Satisfaction includes 18 questions related to: "how I feel about my memory"</p> <p>Each question is scored on a 5-point scale from strongly disagree (0) to strongly agree (4).</p> <p>2. MMQ Ability includes 20 questions related to memory mistakes.</p> <p>Each question is scored on a 5-point scale from never (0) to all the time (4).</p> <p>3. MMQ Strategy includes 19 questions related to the use of memory strategies.</p> <p>Each question is scored on a 5-point scale from never (0) to all the time (4).</p> <p>The test taker should be told to base responses on their experience during the previous 2 weeks.</p> <p>Raw scores for each section are converted to T scores based on normative data.</p>	<p>Free</p> <p>www.baycrest.org/mm q.</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		<p>Interpretation of scores is presented in Table 4.1 of the MMQ manual, available at: https://www.baycrest.org/Baycrest_Centre/media/content/form_files/MMQ-Manual-2018_ebook.pdf</p>	
Screening Tools for Remote Use			
<p>Tele-Free-Cog</p> <p>Larner et al. 2021</p>	<p>Adapted from original tool for use during the Covid-19 pandemic.</p>	<p>An adaptation of the Free-Cog that excludes three components, 'visuospatial' (clock face) 'language' (name ear/fingernail and 'write a sentence') and orientation to place.</p> <p>The denominator is reduced from 30 to 21.</p> <p>For diagnosis of VCI a cut-off of ≤ 10 has been shown to have a sensitivity of 0.80 and specificity of 0.89.</p>	<p>Free (original version)</p> <p>https://psychscenehub.com/wp-content/uploads/2021/03/FInal-Free-Cog-Tool-1.pdf</p>
<p>Telephone Interview for Cognitive Status (TICS)</p> <p>Brandt et al. 1988</p>	<p>A test of cognitive functioning that was developed for use in situations where in-person cognitive screening is impractical or inefficient.</p>	<p>A derivation of the Folstein Mini-Mental State Examination (MMSE)</p> <p>There are 11 items, assessing orientation to time and place, attention, short-term memory, sentence repetition, immediate recall, naming to verbal description, word opposites, and praxis.</p> <p>Possible scores range from 0-41. A cut-off of 28 has been shown to identify individuals with post-stroke VCI, with a sensitivity of 88% and a specificity of 85% (Barber & Scott 2004).</p> <p>Takes approximately 10 minutes to administer</p>	<p>Available for purchase</p> <p>https://www.parinc.com/Products/Pkey/445</p>
<p>Telephone Interview for Cognitive Status – Modified (TICS-M)</p> <p>Welsh et al. 1993</p>	<p>See above</p>	<p>A modification of the TICS.</p> <p>There are 12 items (one additional item-delayed recall of 10 words), with possible scores ranging from 0-50.</p> <p>A cut-off of 30/31 identified elderly individuals with VCI, living in a care home, with a sensitivity of 85% and a specificity of 83%, when using in-person neuropsychological testing as reference standard.</p> <p>Takes approximately 10-20 minutes to administer.</p>	
<p>Tele-MMSE (26-item version)</p> <p>Newkirk et al. 2004</p>	<p>Alternative method to in-person clinic visits to screen for VCI</p>	<p>A 26-point adaptation of the older, 22-item ALFI-MMSE (Roccaforte et al, 2002), which contains the additions of a 3-step command: "Say hello, tap the mouthpiece of the phone 3 times, then say I'm back". It also contains a new question that requests that the individual with VCI give the interviewer a phone number where they can usually be reached.</p> <p>A Tele MMSE score of 20 is equivalent to an MMSE score of 23 (cut-off for possible cognitive impairment).</p> <p>Takes approximately 5-10 minutes to administer.</p>	
Assessment Tools for Vascular Cognitive Impairment and Dementia			

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
<p>NINDS-CSN Harmonization VCI Neuropsychology Protocols</p> <p>Hachinski et al. 2006</p>	<p>Designed to measure vascular cognitive impairment in stroke patients</p>	<p>Three different versions exist:</p> <p>60 Minute - composed of four domains, within which there are several individual tests of executive/activation function (e.g., animal naming), visuospatial, language/lexical retrieval, memory and learning, and neuropsychiatric/depressive symptoms.</p> <p>30 Minute - semantic and phonemic fluency, Digit Symbol-Coding, revised Hopkins Verbal Learning Test, CES-D, and Neuropsychiatric Inventory.</p> <p>5 Minute - subtests from the Montreal Cognitive Assessment, including a 5-word immediate and delayed memory test, a 6-item orientation task and a 1-letter phonemic fluency test (F).</p>	-
<p>Cambridge Cognition Examination (CAMCOG)</p> <p>Roth et al. 1986</p>	<p>Designed to be a standardized assessment instrument for diagnosis and grading of VCI</p>	<p>CAMCOG consists of 67 items, divided into 8 subscales: orientation, language (comprehension and expression), memory (remote, recent and learning), attention, praxis, calculation, abstraction and perception.</p> <p>Total score ranges from 0 to 106.</p> <p>Scores lower than 80 are considered indicative of VCI. Among the 67 items, 39 are scored as 'right' or 'wrong'; 11 are scored on a 3-point scale with 'wrong', 'right to a certain degree' or 'completely right' as response options; 9 items encompass questions or commands, and the score for each item is the sum of the correct answers; and 8 items are not scored. Five of the non-scored items are from the MMSE and they are not included in the total score because they are assessed in more detail by other CAMCOG items. The remaining 3 items are optional.</p> <p>The CAMCOG takes 60 minutes to administer.</p>	<p>The CAMCOG can be obtained by purchasing the entire CAMDEX and CAMDEX-DS II through Amazon or Cambridge University Press.</p>
<p>Cognitive- Functional Independence Measure (Cognitive-FIM)</p> <p>Keith et al. 1987</p>	<p>Designed to offer a uniform system of measurement for disability based on the International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps.</p>	<p>5 cognitive items including communication (2 items) and social cognition (3 items) are contained with the broader FIM instrument (18 items in total)</p> <p>Comprehension, expression, social interaction, problem solving, and memory.</p> <p>The level of an individual with VCI's disability indicates the burden of caring for them and items are scored based on how much assistance is required for the individual to carry out activities of daily living.</p> <p>Each item on the FIM is scored on a 7-point Likert scale, indicating the amount of assistance required to perform each item (1=total assistance in all areas, 7=total independence in all areas). The ratings are based on performance by observation.</p> <p>For the cognitive domain, possible scores range from 5 to 35.</p> <p>FIM must be administered by trained</p>	<p>FIM is proprietary.</p> <p>https://www.udsmr.org/products/the-fim-system-snf-subacute</p> <p>https://www.udsmr.org/products/inpatient-rehab</p>

Assessment Tool	Purpose	Items and Administration	Availability
		evaluator(s) and takes approximately 30-45 minutes to complete.	
Frontal Assessment Battery (FAB) Dubois et al. 2000	Designed to be a brief tool to be used at the bedside or in a clinic setting to discriminate between dementias with a frontal dysexecutive phenotype and Dementia of Alzheimer's Type (DAT).	6 items 1. Conceptualization (similarities) possible score of 0-3 2. Lexical fluency (mental flexibility) possible scores of 0-3 3. Motor series "Luria" test (programming) possible scores of 0-3 4. Conflicting instructions (sensitivity to interference) possible scores of 0-3. 5. Go–No Go (inhibitory control) possible scores of 0-3. 6. Prehension behaviour (environmental autonomy) possible scores of 0-3 A cut off score of 12 has a sensitivity of 77% and specificity of 87% in differentiating between frontal dysexecutive type dementias and DAT. The test can be completed in approximately 10 minutes.	Free https://psychscenehub.com/wp-content/uploads/2018/07/Frontal_FAB_Scale.pdf
Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) Randolph et al. 1998	Designed to be a brief neurocognitive battery with four alternate forms	5 items Immediate memory (list learning, story memory) Visuospatial/Constructional (figure copy/line orientation) Language (picture naming/semantic fluency) Attention (digit span/coding) Delayed memory (list recall/list recognition/story recall/figure recall) The RBANS uses standard scores (mean=100, standard deviation=15) Raw scores in each domain are converted to index scores. The results are compared with normative data. The test takes approximately 30 minutes to complete.	Available for purchase https://www.pearsonassessments.com/

Références pour l'annexe IV : Sommaire des outils de dépistage et d'évaluation initiale sélectionnés pour les déficits cognitifs d'origine vasculaire

- Barber M, Stott DJ. Validity of the Telephone Interview for Cognitive Status (TICS) in post-stroke subjects. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:75-9.
- Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451-1454.
- Brandt J, Specter M, Folstein MF. The Telephone Interview for Cognitive Status. *Neuropsychiatry, Neuropsychol, Behavioral Neurol* 1988;1:111-17.
- Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, Huppert FA. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Mar;50(3):530-4.
- Brooke P, Bullock R. Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Nov;14(11):936-40.
- Brown J, Pengas G, Dawson K, Brown LA, Clatworthy P. Self-administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study. *BMJ*. 2009 Jun 9;338:b2030.
- Burns A, Harrison JR, Symonds C, Morris J. A novel hybrid scale for the assessment of cognitive and executive function: The Free-Cog. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Apr;36(4):566-572.
- Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, Lipton RB. Screening for dementia with the memory impairment screen. *Neurol*. 1999 Jan 15;52(2):231-8.
- Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Med Care*. 2002 Sep;40(9):771-81.
- Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurol*. 2000 Dec 12;55(11):1621-6.
- Folstein MG, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr* 1975; 12: 189-198.
- Galvin JE, Roe CM, Powlishta KK, Coats MA, Muich SJ, Grant E, et al. The AD8 a brief informant interview to detect dementia. *Neurol* 2005;65:559-64.
- Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, Breteler MM, Nyenhuis DL, Black SE et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke*. 2006 Sep;37(9):2220-41.
- Hsieh S, Schubert S, Hoon C, Mioshi E, Hodges JR. Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Diso* 2013;36:242-50.
- Hsieh S, McGrory S, Leslie F, Dawson K, Ahmed S, Butler CR, et al. The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: a new assessment tool for dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015;39(1-2):1-1.
- Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med*. 1994 Feb;24(1):145-53.
- Jorm AF. The Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): a review. *Int Psychogeriatr*. 2004 Sep;16(3):275-93.
- Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil*. 1987;1:6-18.
- Larner AJ. Cognitive testing in the COVID-19 era: can existing screeners be adapted for telephone use? *Neurodegener Dis Manag*. 2021 Feb;11(1):77-82
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr;53(4):695-9.
- Newkirk LA, Kim JM, Thompson JM, Tinklenberg JR, Yesavage JA, Taylor JL. Validation of a 26-point telephone

- version of the Mini-Mental State Examination. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2004 Jun;17(2):81-7.
- Randolph C, Tierney MC, Mohr E, Chase TN. The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS): preliminary clinical validity. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1998 Jun;20(3):310-9.
- Roccaforte WH, Burke WJ, Bayer BL, Wengel SP. Validation of a telephone version of the mini-mental state examination. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:697-702.
- Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry.* 1986 Dec;149:698-709.
- Storey JE, Rowland JT, Basic D, Conforti DA, Dickson HG. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *Int Psychogeriatr.* 2004 Mar;16(1):13-31.
- Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, Grafman JH. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc.* 1989 Aug;37(8):725-9.
- Swartz RH, Cayley ML, Lanctôt KL, Murray BJ, Cohen A, Thorpe KE, Sicard MN, Lien K, Sahlas DJ, Herrmann N. The "DOC" screen: Feasible and valid screening for depression, Obstructive Sleep Apnea (OSA) and cognitive impairment in stroke prevention clinics. *PloS One.* 2017 Apr 4;12(4):e0174451.
- Troyer AK, Rich JB. Psychometric properties of a new metamemory questionnaire for older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2002 Jan;57(1):P19-27.
- Welsh KA, Breitner JC, Magruder-Habib KM. Detection of dementia in the elderly using telephone screening of cognitive status. *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.* 1993;6:103-110.

Annexe V : Carte du parcours des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire (Swartz et al. 2025)

	Apparition de symptômes	Avant le diagnostic	Diagnostic		Prise en charge		La vie avec un déficit cognitif d'origine vasculaire		
Symptômes	 Symptômes préexistants, soudains, changeants, cumulatifs ou croissants d'une affection vasculaire	 Identification (par la personne, sa famille ou son aidant) de changements cognitifs	 Événement marquant incitant la personne à consulter un médecin	 Accès à des tests diagnostiques	 Confirmation du diagnostic, explication des changements cognitifs et prise en charge	 Besoin d'un suivi et établissement d'un plan de prise en charge, des objectifs et des prochaines étapes	 Adaptations constantes aux besoins changeants		
Orientation dans les soins		 Manque de connaissances sur l'accès aux soins : où, quand et comment	 Accès limité aux prestataires de soins et aux services	 Besoin de reconnaissance des changements/ problèmes cognitifs par les prestataires de soins	 Long processus comportant plusieurs orientations et examens	 Accès à la réadaptation, aux ressources communautaires et à un logement	 Manque d'information et de services appropriés (p. ex. en fonction de l'étape de vie, des capacités et des objectifs actuels, de l'âge)	 Sensibilisation et information pour guider la personne et sa famille dans les prochaines étapes	 Soutien par les pairs pour la personne, sa famille ou son aidant
Gestion des activités quotidiennes	 Défis liés à la gestion des activités quotidiennes et des rôles	 Attribution des changements aux facteurs liés au mode de vie (p. ex. l'âge, la perte d'aisance, le stress)	 Atténuation des défis par la compensation	 Élaboration et utilisation de stratégies pour gérer les activités quotidiennes	 Accommodations et conseils pour retourner au travail ou à l'école et participer à la vie communautaire	 Soutien pour reprendre les loisirs	 Considérations et soutien financiers	 Maintien ou rétablissement de l'identité individuelle	
Émotions et santé mentale	 Incertitude	 Deuil de la vie d'avant			 Besoin de soutien en santé mentale (p. ex. en cas de dépression)	 Élaboration et utilisation de stratégies d'adaptation en santé mentale (pour la personne, sa famille et ses aidants)	 Redécouverte d'un sens à la vie et d'un but dans celle-ci, et amélioration de la qualité de vie pour la personne, sa famille ou son aidant		
Relation avec soi-même et les autres		 Changements dans les rôles et les relations, aide de la famille	 Impact du diagnostic sur l'identité, le consentement et l'autonomie	 Soutien et défense des intérêts par la famille	 Début des discussions sur les souhaits et les plans pour l'avenir	 Relations avec les prestataires de soins et soins axés sur la clientèle	 Établissement d'un réseau de soutien pour favoriser l'autogestion et la défense des intérêts		

Le parcours de chaque personne est différent, qu'il s'agisse d'une personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, des membres de sa famille ou de son aidant ou aidant. Cette carte de parcours a été créée pour aider les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, les membres de leur famille, leurs aidantes et aidants, ainsi que les prestataires de soins de santé à comprendre des aspects de la vie d'une personne atteinte d'un déficit cognitif d'origine vasculaire. Le parcours individuel peut être façonné

par plusieurs facteurs intersectionnels, comme l'étape de la vie, les capacités actuelles, les objectifs, la région géographique, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la race, l'autochtonité, la culture, l'âge et d'autres **déterminants sociaux de la santé**. Cette carte de parcours est un exemple de l'expérience vécue par les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire; les éléments présentés peuvent survenir à plusieurs moments dans le parcours d'une personne, ou tout au long de celui-ci. Il peut y avoir d'autres éléments

importants qui ne sont pas compris dans la carte, mais dont il faut tenir compte en utilisant une approche centrée sur la personne. La carte de parcours a été élaborée à l'aide des conseils d'un comité de consultation et d'examen communautaire de Cœur + AVC, ainsi que des conseils approfondis de parties prenantes externes, dont les suivantes : personnes ayant une expérience vécue de déficits cognitifs d'origine vasculaire, aidantes et aidants, scientifiques et prestataires de soins de santé.



Remerciements : Comité de consultation et d'examen communautaire de Cœur + AVC, 2021-2024; Pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada, 2021-2024; groupe de rédaction scientifique sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire. © Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2022-2024. L'icône du cœur et de la / seule ou suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. La fondation a financé l'intégralité de l'élaboration des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC.

Annexe VI : Références

- Abraha I, Rimland JM, Lozano-Montoya I, Dell'Aquila G, Vélez-Díaz-Pallarés M, Trotta FM, et al. Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020. 4 (4): Cd011882.
- Albanese E, Launer LJ, Egger M, Prince MJ, Giannakopoulos P, Wolters FJ, et al. Body mass index in midlife and dementia: Systematic review and meta-regression analysis of 589,649 men and women followed in longitudinal studies. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2017. 8: 165-178.
- Amano K, Morita T, Tatara R, Katayama H, Uno T, and Takagi I. Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. *J Palliat Med*. 2015. 18 (3): 270-3.
- Arbel I, Bingham KS, and Dawson DR. A scoping review of literature on sex and gender differences among dementia spousal caregivers. *Gerontologist*. 2019. 59 (6): e802-e815.
- Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Circulation*. 2019. 140 (11): e596-e646.
- Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, and Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019. 3 (3): Cd013069.
- Bainey KR, Marquis-Gravel G, Belley-Côté E, Turgeon RD, Ackman ML, Babadagli HE, et al. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Association of Interventional Cardiology 2023 focused update of the guidelines for the use of antiplatelet therapy. *Can J Cardiol*. 2024. 40 (2): 160-181.
- Bangma DF, Tucha O, Tucha L, De Deyn PP, and Koerts J. How well do people living with neurodegenerative diseases manage their finances? A meta-analysis and systematic review on the capacity to make financial decisions in people living with neurodegenerative diseases. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021. 127: 709-739.
- Battle CE, Abdul-Rahim AH, Shenkin SD, Hewitt J, and Quinn TJ. Cholinesterase inhibitors for vascular dementia and other vascular cognitive impairments: A network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021. 2 (2): Cd013306.
- Brims L, and Oliver K. Effectiveness of assistive technology in improving the safety of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2019. 23 (8): 942-951.
- Bryant J, Turon H, Waller A, Freund M, Mansfield E, and Sanson-Fisher R. Effectiveness of interventions to increase participation in advance care planning for people with a diagnosis of dementia: A systematic review. *Palliat Med*. 2019. 33 (3): 262-273.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. 2024. "Canadian clinical practice guidelines for assessing and managing behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)." Canadian Academy of Geriatric Psychology. Accessed June 25, 2024. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/05/DIGITAL_CCSMH_BPSD-Clinical-Guidelines_May2024_ENG.pdf.
- Chatterjee S, Peters SA, Woodward M, Mejia Arango S, Batty GD, Beckett N, et al. Type 2 diabetes as a risk factor for dementia in women compared with men: A pooled analysis of 2.3 million people comprising more than 100,000 cases of dementia. *Diabetes Care*. 2016. 39 (2): 300-7.
- Choudhury S, Ghodasara S, Stiffel M, Fischer CE, Tang-Wai DF, Smith EE, et al. Informant-based tools

- for assessment and monitoring of cognition, behavior, and function in neurocognitive disorders: Systematic review and report from a cccdt5 working group. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022. 37 (2).
- Craig L, Hoo ZL, Yan TZ, Wardlaw J, and Quinn TJ. Prevalence of dementia in ischaemic or mixed stroke populations: Systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2022. 93 (2): 180-187.
- Cumming TB, Churilov L, Linden T, and Bernhardt J. Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination are both valid cognitive tools in stroke. *Acta Neurol Scand*. 2013. 128 (2): 122-9.
- Demeyere N, Sun S, Milosevich E, and Vancleef K. Post-stroke cognition with the oxford cognitive screen vs Montreal Cognitive Assessment: A multi-site randomized controlled study (ocs-care). *AMRC Open Research*. 2019. 1: 12.
- Dong L, Briceno E, Morgenstern LB, and Lisabeth LD. Poststroke cognitive outcomes: Sex differences and contributing factors. *J Am Heart Assoc*. 2020. 9 (14): e016683.
- Dong Y, Sharma VK, Chan BP, Venketasubramanian N, Teoh HL, Seet RC, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. *J Neurol Sci*. 2010. 299 (1-2): 15-8.
- Dong Y, Venketasubramanian N, Chan BP, Sharma VK, Slavin MJ, Collinson SL, et al. Brief screening tests during acute admission in patients with mild stroke are predictive of vascular cognitive impairment 3-6 months after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012. 83 (6): 580-5.
- Dudas R, Malouf R, McCleery J, and Denning T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018. 8 (8): Cd003944.
- Duering M, Biessels GJ, Brodtmann A, Chen C, Cordonnier C, de Leeuw FE, et al. Neuroimaging standards for research into small vessel disease-advances since 2013. *Lancet Neurol*. 2023. 22 (7): 602-618.
- El Husseini N, Katzan IL, Rost NS, Blake ML, Byun E, Pendlebury ST, et al. Cognitive impairment after ischemic and hemorrhagic stroke: A Scientific Statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2023. 54 (6): e272-e291.
- Gallaway PJ, Miyake H, Buchowski MS, Shimada M, Yoshitake Y, Kim AS, et al. Physical activity: A viable way to reduce the risks of mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular dementia in older adults. *Brain Sci*. 2017. 7 (2).
- Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, Smith EE, Dowlathshahi D, Wein T, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 2020. *Can J Neurol Sci*. 2022. 49 (3): 315-337.
- Godefroy O, Fickl A, Roussel M, Auribault C, Bugnicourt JM, Lamy C, et al. Is the Montreal Cognitive Assessment superior to the Mini-Mental State Examination to detect poststroke cognitive impairment? A study with neuropsychological evaluation. *Stroke*. 2011. 42 (6): 1712-6.
- Gottesman RF, Albert MS, Alonso A, Coker LH, Coresh J, Davis SM, et al. Associations between midlife vascular risk factors and 25-year incident dementia in the atherosclerosis risk in communities (aric) cohort. *JAMA Neurol*. 2017. 74 (10): 1246-1254.
- Groot C, Hooghiemstra AM, Raijmakers PG, van Berckel BN, Scheltens P, Scherder EJ, et al. The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: A meta-analysis of randomized

- control trials. *Ageing Res Rev.* 2016. 25: 13-23.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, and Schünemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ.* 2008. 336 (7651): 995-8.
- Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, Breteler MM, Nyenhuis DL, Black SE, et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke.* 2006. 37 (9): 2220-41.
- Heart & Stroke. 2019. "(dis)connected: How unseen links are putting us at risk." Heart & Stroke Foundation of Canada. Accessed 12 June 2024. <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/quality/english/heartandstrokereport2019.pdf?rev=b3af9303d6014950ab97d6ee9ff00607>.
- Heran M, Lindsay P, Gubitz G, Yu A, Ganesh A, Lund R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute stroke management, 7(th) edition practice guidelines update, 2022. *Can J Neurol Sci.* 2022. 1-94.
- Huang HL, Lu WR, Liu CL, and Chang HJ. Advance care planning information intervention for persons with mild dementia and their family caregivers: Impact on end-of-life care decision conflicts. *PLoS One.* 2020. 15 (10): e0240684.
- Jain R, Stone JA, Agarwal G, Andrade JG, Bacon SL, Bajaj HS, et al. Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2022 update. *Cmaj.* 2022. 194 (43): E1460-e1480.
- Jorm AF, and Korten AE. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *Br J Psychiatry.* 1988. 152: 209-13.
- Kaur A, Angarita Fonseca A, Lissaman R, Behloul H, Rajah MN, and Pilote L. Sex differences in the Association of age at hypertension diagnosis with brain structure. *Hypertension.* 2024. 81 (2): 291-301.
- Kivimäki M, Singh-Manoux A, Pentti J, Sabia S, Nyberg ST, Alfredsson L, et al. Physical inactivity, cardiometabolic disease, and risk of dementia: An individual-participant meta-analysis. *BMJ.* 2019. 365: l1495.
- Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke.* 2020. 15 (6): 668-688.
- Lees R, Selvarajah J, Fenton C, Pendlebury ST, Langhorne P, Stott DJ, et al. Test accuracy of cognitive screening tests for diagnosis of dementia and multidomain cognitive impairment in stroke. *Stroke.* 2014. 45 (10): 3008-18.
- Leng M, Liang B, Zhou H, Zhang P, Hu M, Li G, et al. Effects of physical exercise on depressive symptoms in patients with cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2018. 206 (10): 809-823.
- Leng M, Zhao Y, and Wang Z. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: A systematic review and bayesian network meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020. 102: 103489.

- Li F, Harmer P, Eckstrom E, Ainsworth BE, Fitzgerald K, Voit J, et al. Efficacy of exercise-based interventions in preventing falls among community-dwelling older persons with cognitive impairment: Is there enough evidence? An updated systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2021. 50 (5): 1557-1568.
- Liu Z, Sun YY, and Zhong BL. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018. 8 (8): Cd012791.
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020. 396 (10248): 413-446.
- Ma Y, Ajnakina O, Steptoe A, and Cadar D. Higher risk of dementia in english older individuals who are overweight or obese. *Int J Epidemiol*. 2020. 49 (4): 1353-1365.
- Madureira S, Guerreiro M, and Ferro JM. Dementia and cognitive impairment three months after stroke. *Eur J Neurol*. 2001. 8 (6): 621-7.
- McEvoy CT, Guyer H, Langa KM, and Yaffe K. Neuroprotective diets are associated with better cognitive function: The Health and Retirement Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017. 65 (8): 1857-1862.
- McGrath ER, Beiser AS, DeCarli C, Plourde KL, Vasan RS, Greenberg SM, et al. Blood pressure from mid- to late life and risk of incident dementia. *Neurology*. 2017. 89 (24): 2447-2454.
- McGuff R, McDougall M, Zorzit A, Swartz RH, Longman S, Mountain A, et al. The lived experience of vascular cognitive impairment: Mapping the journey (p318). *Int J Stroke*. 2022. 17, no. 3S: p 266.
- McKinney M, Blake H, Treece KA, Lincoln NB, Playford ED, and Gladman JR. Evaluation of cognitive assessment in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2002. 16 (2): 129-36.
- McShane R, Westby MJ, Roberts E, Minakaran N, Schneider L, Farrimond LE, et al. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019. 3 (3): Cd003154.
- Mehta S, Peynenburg VA, and Hadjistavropoulos HD. Internet-delivered cognitive behaviour therapy for chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Behav Med*. 2019. 42 (2): 169-187.
- Mellon L, Brewer L, Hall P, Horgan F, Williams D, and Hickey A. Cognitive impairment six months after ischaemic stroke: A profile from the ASPIRE-S study. *BMC Neurol*. 2015. 15: 31.
- Middleton L, Kirkland S, and Rockwood K. Prevention of cind by physical activity: Different impact on VCI-nd compared with MCI. *J Neurol Sci*. 2008. 269 (1-2): 80-4.
- Möhler R, Calo S, Renom A, Renom H, and Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023. 3 (3): Cd009812.
- Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part two: Transitions and community participation following stroke. *Int J Stroke*. 2020. 15 (7): 789-806.
- Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, Zuidema SU, Köpke S, and Luijendijk HJ. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021. 12 (12): Cd013304.

- O'Donoghue M, Leahy S, Boland P, Galvin R, McManus J, and Hayes S. Rehabilitation of cognitive deficits poststroke: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke*. 2022. 53 (5): 1700-1710.
- Orgeta V, Leung P, Del-Pino-Casado R, Qazi A, Orrell M, Spector AE, et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022. 4 (4): Cd009125.
- Ou YN, Tan CC, Shen XN, Xu W, Hou XH, Dong Q, et al. Blood pressure and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 209 prospective studies. *Hypertension*. 2020. 76 (1): 217-225.
- Paradise MB, and Sachdev PS. Vascular cognitive disorder. *Semin Neurol*. 2019. 39 (2): 241-250.
- Pendlebury ST, Mariz J, Bull L, Mehta Z, and Rothwell PM. MoCA, ACE-R, and MMSE versus the National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards neuropsychological battery after tia and stroke. *Stroke*. 2012. 43 (2): 464-9.
- Pendlebury ST, and Rothwell PM. Incidence and prevalence of dementia associated with transient ischaemic attack and stroke: Analysis of the population-based oxford vascular study. *Lancet Neurol*. 2019. 18 (3): 248-258.
- Pillemer S, Davis J, and Tremont G. Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Aging Ment Health*. 2018. 22 (9): 1156-1161.
- Quinn TJ, Richard E, Teuschl Y, Gattringer T, Hafdi M, O'Brien JT, et al. European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. *Eur Stroke J*. 2021. 6 (3): I-xxxviii.
- Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, et al. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol*. 2020. 36 (5): 596-624.
- Rockwood K, Brown M, Merry H, Sketris I, and Fisk J. Societal costs of vascular cognitive impairment in older adults. *Stroke*. 2002. 33 (6): 1605-9.
- Rogers JM, Foord R, Stolwyk RJ, Wong D, and Wilson PH. General and domain-specific effectiveness of cognitive remediation after stroke: Systematic literature review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*. 2018. 28 (3): 285-309.
- Rundek T, Tolea M, Ariko T, Fagerli EA, and Camargo CJ. Vascular cognitive impairment (VCI). *Neurotherapeutics*. 2022. 19 (1): 68-88.
- Saa JP, Tse T, Baum CM, Cumming T, Josman N, Rose M, et al. Cognitive recovery after stroke: A meta-analysis and metaregression of intervention and cohort studies. *Neurorehabil Neural Repair*. 2021. 35 (7): 585-600.
- Sabia S, Fayosse A, Dumurgier J, Dugravot A, Akbaraly T, Britton A, et al. Alcohol consumption and risk of dementia: 23 year follow-up of whitehall ii cohort study. *BMJ*. 2018. 362: k2927.
- Saikaley M, Iruthayarajah J, Mirkowski M, Macaluso S, Salter K, Badour A, et al. 2022. "Chapter 12: Cognitive rehabilitation." Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation. Accessed 12 June 2024. http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%2012_version19.pdf

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2023. "Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers (sign publication no. 168)." SIGN. Accessed 12 June 2024. <https://www.sign.ac.uk/media/2157/sign-168-dementia.pdf>.
- Skrobot OA, Black SE, Chen C, DeCarli C, Erkinjuntti T, Ford GA, et al. Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: Guidelines from the Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study. *Alzheimers Dement*. 2018. 14 (3): 280-292.
- Smith EE, Barber P, Field TS, Ganesh A, Hachinski V, Hogan DB, et al. Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD)5: Guidelines for management of vascular cognitive impairment. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2020. 6 (1): e12056.
- Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med*. 2011. 269 (1): 107-17.
- Staals J, Booth T, Morris Z, Bastin ME, Gow AJ, Corley J, et al. Total MRI load of cerebral small vessel disease and cognitive ability in older people. *Neurobiol Aging*. 2015. 36 (10): 2806-11.
- Stall NM, Fischer HD, Fung K, Giannakeas V, Bronskill SE, Austin PC, et al. Sex-specific differences in end-of-life burdensome interventions and antibiotic therapy in nursing home residents with advanced dementia. *JAMA Netw Open*. 2019. 2 (8): e199557.
- Tang Y, Xing Y, Zhu Z, He Y, Li F, Yang J, et al. The effects of 7-week cognitive training in patients with vascular cognitive impairment, no dementia (the cog-vaccine study): A randomized controlled trial. *Alzheimers Dement*. 2019. 15 (5): 605-614.
- Tao Q, and Zhang J. Problem-solving based intervention for informal caregivers: A scoping review. *Open Journal of Nursing*. 2019. 9 (9): 951-971.
- Tatemichi TK, Foulkes MA, Mohr JP, Hewitt JR, Hier DB, Price TR, et al. Dementia in stroke survivors in the stroke data bank cohort. Prevalence, incidence, risk factors, and computed tomographic findings. *Stroke*. 1990. 21 (6): 858-66.
- Tatemichi TK, Paik M, Bagiella E, Desmond DW, Pirro M, and Hanzawa LK. Dementia after stroke is a predictor of long-term survival. *Stroke*. 1994. 25 (10): 1915-9.
- Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong Ad, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part one: Rehabilitation and recovery following stroke; 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke*. 2020. 15 (7): 763-788.
- Teixeira AA, Harvey L, Tayler C, Barwich D, Baxter S, and Heyland DK. What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ Support Palliat Care*. 2015. 5 (1): 40-7.
- Toepper M, and Falkenstein M. Driving fitness in different forms of dementia: An update. *J Am Geriatr Soc*. 2019. 67 (10): 2186-2192.
- Toglia J, Fitzgerald KA, O'Dell MW, Mastrogiovanni AR, and Lin CD. The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in persons with mild subacute stroke: Relationship to functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011. 92 (5): 792-8.
- van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, and Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018. 7 (7): Cd003477.

- Verdelho A, Madureira S, Ferro JM, Baezner H, Blahak C, Poggesi A, et al. Physical activity prevents progression for cognitive impairment and vascular dementia: Results from the ladis (leukoaraiosis and disability) study. *Stroke*. 2012. 43 (12): 3331-5.
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the task force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022. 75 (5): 429.
- Walsh SC, Murphy E, Devane D, Sampson EL, Connolly S, Carney P, et al. Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021. 9 (9): Cd011513.
- Weaver NA, Kuijff HJ, Aben HP, Abrigo J, Bae HJ, Barbay M, et al. Strategic infarct locations for post-stroke cognitive impairment: A pooled analysis of individual patient data from 12 acute ischaemic stroke cohorts. *Lancet Neurol*. 2021. 20 (6): 448-459.
- Wein T, Lindsay MP, Gladstone DJ, Poppe A, Bell A, Casaubon LK, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations, seventh edition: Acetylsalicylic acid for prevention of vascular events. *Cmaj*. 2020. 192 (12): E302-e311.
- Wendrich-van Dael A, Bunn F, Lynch J, Pivodic L, Van den Block L, and Goodman C. Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud*. 2020. 107: 103576.
- White WB, Wakefield DB, Moscufo N, Guttmann CRG, Kaplan RF, Bohannon RW, et al. Effects of intensive versus standard ambulatory blood pressure control on cerebrovascular outcomes in older people (infinity). *Circulation*. 2019. 140 (20): 1626-1635.
- Wiegelmann H, Speller S, Verhaert LM, Schirra-Weirich L, and Wolf-Ostermann K. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia - a systematic literature review. *BMC Geriatr*. 2021. 21 (1): 94.
- Williamson JD, Pajewski NM, Auchus AP, Bryan RN, Chelune G, Cheung AK, et al. Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: A randomized clinical trial. *Jama*. 2019.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016. 47 (6): e98-e169.
- Woodbridge R, Sullivan MP, Harding E, Crutch S, Gilhooly KJ, Gilhooly M, et al. Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia (London)*. 2018. 17 (5): 533-572.
- World Health Organization. 2001. "International classification of functioning, disability and health." WHO,. Accessed 12 June 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9241545429-eng.pdf>.
- Zuo L, Dong Y, Zhu R, Jin Z, Li Z, Wang Y, et al. Screening for cognitive impairment with the Montreal Cognitive Assessment in chinese patients with acute mild stroke and transient ischaemic attack: A validation study. *BMJ Open*. 2016. 6 (7): e011310.