



FONDATION<sup>MC</sup>  
DES MALADIES  
DU CŒUR  
ET DE L'AVC

RECOMMANDATIONS SUR  
LES PRATIQUES OPTIMALES  
**DE L'AVC**  
AU CANADA

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

## Réadaptation post-AVC

Mise à jour 2015

*Hebert, D., et Teasell, R. (présidents du groupe de rédaction) au nom du groupe de rédaction du chapitre sur la réadaptation post-AVC des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*

© 2015 Fondation des maladies du cœur et de l'AVC  
Octobre 2015

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

### Réadaptation post-AVC ~ 5<sup>e</sup> édition (MISE À JOUR, OCTOBRE 2015)

#### Table des matières

Sujet	Page
<b>Section 1 : Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Introduction et aperçu</b>	
Introduction	5
Organisation des soins de l'AVC au Canada	6
Aperçu du chapitre sur la réadaptation post-AVC	6
Définition de la réadaptation post-AVC	8
Mises à jour et modifications apportées au chapitre sur la réadaptation post-AVC – Mise à jour 2015	8
Méthodologie d'élaboration des lignes directrices	9
Remerciements, financement, citation	11
Groupe de rédaction et examinateurs externes du chapitre sur la réadaptation post-AVC 2015	12
<b>Section 2 : Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Réadaptation post-AVC</b>	15
<b>A : Organisation d'un système de services de réadaptation post-AVC favorisant la prestation de soins optimaux</b>	15
1. Évaluation initiale des besoins en matière de réadaptation post-AVC	15
2. Soins offerts dans les unités de réadaptation post-AVC	22
3. Prestation de soins de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier	26
4. Réadaptation en consultation externe et en milieu communautaire (incluant le congé précoce avec soutien)	31
<b>B : Prestation de soins de réadaptation post-AVC permettant de maximiser l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne par les patients</b>	35
5.1 Prise en charge du bras et de la main après un AVC	35
5.2 Amplitude du mouvement et spasticité de l'épaule, du bras et de la main	39
5.3 Prise en charge de la douleur à l'épaule après un AVC	42
6.1 Mobilité, équilibre et transferts	46
6.2 Spasticité des membres inférieurs après un AVC	51
6.3 Prévention et prise en charge des chutes	54
7. Évaluation et prise en charge de la dysphagie et de la malnutrition après un AVC	57
8. Réadaptation en cas de troubles de la perception visuelle	60
9. Réadaptation en vue de réduire la douleur centrale	63
10. Réadaptation en vue d'améliorer la capacité à parler et à communiquer	65
11. Tâches et activités de la vie quotidienne	68
12. Réadaptation post-AVC pédiatrique	70
Annexe : Tableaux présentant les outils de dépistage, d'évaluation et de mesure des résultats	
Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC	
Tableau 2 : Outils de dépistage et d'évaluation pour le risque de chute après un AVC	

Tableau 3 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la dysphagie	
Tableau 4 : Outils de dépistage et d'évaluation pour l'aphasie	
Tableau 5 : Outils pour l'évaluation en prévision de la conduite automobile	

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

## RÉADAPTATION POST-AVC

### Section 1 : Introduction et aperçu

#### Introduction

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (les « Recommandations ») visent à offrir des lignes directrices mises à jour qui s'appuient sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge de l'AVC, et à promouvoir le rétablissement optimal et la réintégration des personnes qui ont été touchées par l'AVC (patients, familles et aidants). Les *Recommandations* sont désormais sous la responsabilité de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (la « Fondation »), et leur élaboration a nécessité la contribution d'un vaste réseau de professionnels du domaine de l'AVC, de fournisseurs de soins de santé, de gestionnaires, de patients, de familles et d'aidants.

La diffusion et la mise en œuvre de ces recommandations ont pour objectif de réduire, à l'échelle du Canada, les variations dans les soins offerts aux survivants de l'AVC, et de diminuer l'écart entre les connaissances actuelles et la pratique clinique. L'atteinte de ces objectifs favorisera un rétablissement optimal des patients ainsi que l'obtention de meilleurs résultats pour les personnes touchées par l'AVC.

#### Pourquoi une meilleure prise en charge de l'AVC est-elle si importante?

- Chaque année, environ 62 000 personnes victimes d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) sont traitées dans les hôpitaux canadiens. En outre, on estime que pour chaque AVC symptomatique, neuf AVC dits « silencieux » ont lieu et modifient subtilement la fonction et les processus cognitifs.
- L'AVC et d'autres problèmes vasculaires cérébraux sont la troisième cause de décès au Canada.
- L'AVC est l'une des principales causes d'incapacités chez les adultes, et des centaines de milliers de personnes au pays vivent avec les séquelles de cette maladie.
- L'AVC coûte environ 3,6 milliards de dollars par an en soins de santé et en pertes économiques.
- Le coût de l'AVC sur le plan humain est incalculable.

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

Les *Recommandations* sont élaborées et présentées dans le cadre d'un modèle d'amélioration continue, et sont rédigées à l'intention des planificateurs, des bailleurs de fonds et des administrateurs du système de santé ainsi que des professionnels de la santé, qui ont tous un rôle important à jouer dans l'optimisation de la prévention et des soins de l'AVC, et qui sont responsables des résultats. Une solide base de littérature scientifique sur l'AVC sert à orienter l'optimisation de la prévention et des soins de l'AVC. Plusieurs outils de mise en œuvre sont disponibles pour faciliter l'application des connaissances dans la pratique et sont utilisés conjointement avec des programmes de perfectionnement professionnel actif. En surveillant le rendement, l'incidence de l'application des pratiques optimales est évaluée et les résultats servent ensuite à orienter l'amélioration continue. Les activités récentes de surveillance de la qualité des soins de l'AVC ont permis d'obtenir des résultats convaincants qui continuent de favoriser l'adoption de pratiques optimales fondées sur des données probantes pour organiser et offrir des soins de l'AVC au Canada.

Il s'agit de la cinquième édition des *Recommandations*, qui ont été publiées pour la première fois en 2006. Le thème de la mise à jour 2014-2015 est : **Travailler avec les survivants d'un AVC et leurs aidants afin d'obtenir des**

**résultats optimaux.** Il souligne la nécessité d'adopter une approche d'équipe interprofessionnelle engagée à l'égard des soins de l'AVC à toutes les étapes du continuum de soins et de garantir une prestation de soins uniformes axés sur le patient. Les patients victimes d'un AVC et les membres de leur famille étant au cœur du processus, l'équipe entière doit être soutenue et participer activement à toutes les étapes des soins dans tous les milieux. Les *Recommandations* de la Fondation offrent aux professionnels de la santé les plus récents conseils d'experts et données probantes sur la façon d'offrir des soins optimaux de l'AVC axés sur les patients et les membres de leur famille. Les patients et les aidants en particulier doivent être informés et en mesure de participer activement au processus de rétablissement afin de contribuer de façon importante à l'établissement d'objectifs, à la planification du traitement et au traitement actif. Ce thème, qui s'harmonise avec la nouvelle priorité de mission de la Fondation, Favoriser le rétablissement et favorise sa réalisation, est intégré à chaque chapitre de la mise à jour 2014-2015 des *Recommandations*.

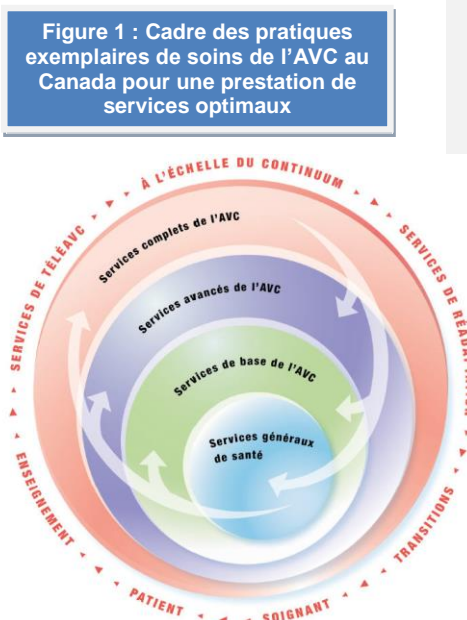
## Organisation des soins de l'AVC au Canada

La Fondation, en collaboration avec le comité consultatif sur les *Recommandations* et des intervenants clés, a élaboré un cadre pour faciliter l'amélioration du système par l'adoption de pratiques optimales des soins de l'AVC fondées sur des données probantes à chaque étape du continuum de soins.

Les services de soins optimaux en AVC comprennent l'accès à des spécialistes en soins de l'AVC, à un équipement et des compétences diagnostiques, ainsi qu'à un éventail de nouveaux traitements de soins actifs et de réadaptation en temps opportun qui sont fondés sur des données probantes. Ces services peuvent être prévus le long d'un continuum de soins, allant de services minimaux non spécialisés dans des établissements qui offrent des soins de santé *généraux*, à des services de diagnostic et de prise en charge de *base*, puis à des soins *avancés* à un seul endroit, et jusqu'à des soins de l'AVC *complets* dans l'ensemble d'une région.

Le cadre des pratiques exemplaires de soins de l'AVC au Canada pour une prestation de services optimaux, tel qu'il est présenté à la figure 1, est conçu pour organiser et hiérarchiser les services de soins de l'AVC selon la disponibilité des ressources pour une région ou une zone géographique. Il est important de souligner que l'approche utilisée en matière de prestation de soins de l'AVC diffèrera nécessairement d'une région à l'autre du Canada. Dans ce cadre, le principal objectif fixé est de faire en sorte que chaque organisme qui offre des soins de l'AVC s'engage dans un cycle continu d'acquisition de connaissances et d'élaboration de processus et de protocoles nécessaires pour offrir aux patients victimes d'un AVC des soins optimaux, en tenant compte du lieu de l'organisme, de sa population de patients, de ses ressources structurelles et humaines, et de sa relation avec d'autres centres au sein de la région ou du système de santé. Lorsqu'un niveau de services de soins de l'AVC est atteint, l'organisme doit chercher à élaborer et à mettre en place les éléments du niveau suivant et ainsi garantir, le cas échéant, la croissance des services de soins de l'AVC, tout en poursuivant un travail d'amélioration continue de la qualité du niveau de service actuellement offert.

Pour de plus amples renseignements, voir le chapitre « Aperçu et méthodes » des *Recommandations* au [www.pratiquesoptimalesavc.ca](http://www.pratiquesoptimalesavc.ca).



## Aperçu du chapitre sur la réadaptation post-AVC

**Travailler avec les survivants d'un AVC et les aidants afin d'obtenir des résultats optimaux** est essentiel en matière de réadaptation et de rétablissement après un AVC, et il est important que les systèmes, les fournisseurs de soins de santé, les patients les familles, les aidants et la collectivité en général adoptent cette approche. Les

Les piliers fondamentaux de la réadaptation exigent que ces personnes et ces groupes joignent leurs efforts afin de mettre en place des plans de soins adaptés aux besoins de chaque patient de manière à optimiser le rétablissement fonctionnel, cognitif et émotionnel.

Il est essentiel de ne pas rattacher les soins de réadaptation à un lieu ou à un moment particulier. La réadaptation post-AVC doit plutôt être vue comme un ensemble de traitements et d'activités qui entrent dans le cadre des soins offerts aux survivants de l'AVC. La réadaptation commence peu après l'AVC et dure aussi longtemps que nécessaire afin que chaque patient puisse se rétablir de manière aussi complète que possible. Elle englobe par conséquent tous les « milieux » et « étapes » de soins, et dépend d'un vaste éventail de fournisseurs de soins de santé et d'aidants qui offrent leurs services au patient en tant que membres actifs de l'équipe de soins de réadaptation.

Pour obtenir des résultats optimaux en ce qui concerne la réadaptation et le rétablissement après un AVC, il faut évaluer très tôt les besoins en matière de réadaptation du patient après l'AVC et élaborer un plan adapté aux besoins de chaque patient. Ce plan doit tenir compte des objectifs que se fixe le patient, des facteurs environnementaux (p. ex., le soutien social, les conditions de logement), de ses déficits fonctionnels, cognitifs et émotionnels actuels et de son potentiel de rétablissement. Le plan précise les traitements requis dans tous les domaines de la réadaptation selon les résultats de l'évaluation clinique. Tout au long des processus de réadaptation et de rétablissement, ce plan est réévalué périodiquement afin de tenir compte de l'évolution des objectifs du patient ainsi que des progrès réalisés. Ces évaluations sont effectuées dans le cadre d'interactions entre le patient et le prestataire de soins ainsi que de discussions lors des rencontres régulières de l'équipe interprofessionnelle de soins.

Les plans de soins personnalisés doivent être adaptés aux besoins particuliers de chaque patient. Plusieurs survivants de l'AVC peuvent être confrontés à des problèmes de santé particuliers comme l'aphasie expressive ou réceptive ou une altération de la fonction cognitive. Ces problèmes ne devraient pas empêcher le patient de participer au processus de réadaptation. En fait, les plans de réadaptation personnalisés devraient indiquer clairement les méthodes et les activités nécessaires pour répondre à tous les besoins en matière de réadaptation en utilisant des approches et des outils fondés sur des données probantes, lesquels ont été validés pour ces sous-groupes (p. ex., utiliser des outils particuliers d'évaluation et de mesure des résultats conçus pour évaluer l'humeur ou la fonction chez les patients victimes d'un AVC qui ont de la difficulté à communiquer, ainsi que des approches d'aide à la conversation pour l'évaluation et le traitement des patients atteints d'aphasie).

**Travailler ensemble** pour améliorer la réadaptation et le rétablissement des patients victimes d'un AVC nécessite la contribution des fournisseurs de soins de santé, des décideurs, des patients eux-mêmes, de leur famille et de leurs aidants, ainsi que du grand public. L'accès aux services de soins spécialisés en AVC, idéalement offerts par des spécialistes en soins de réadaptation, que ce soit en établissement de soins actifs ou de réadaptation pour patients hospitalisés, ou en milieu communautaire, constitue un élément essentiel dans le cadre de cette approche.

Selon de récents rapports sur la qualité des services de soins de réadaptation et de rétablissement offerts aux survivants d'un AVC à l'échelle du Canada et des provinces et territoires, il existe des variations considérables en ce qui concerne l'accès aux services, la disponibilité de certains types de traitement, l'intensité et la durée des traitements, et les soins de suivi après un séjour dans un établissement de réadaptation (Bulletin sur l'AVC 2014 de la Fondation; EBRSS survey, Meyer et coll.). Ces rapports font également état de l'accès limité qu'ont les victimes d'un AVC grave aux soins de réadaptation. Ces disparités en matière d'accès aux services de réadaptation existent autant dans les secteurs urbains où résident de nombreux survivants d'un AVC que dans les secteurs ruraux, où ils sont moins nombreux et où l'on trouve moins de spécialistes en réadaptation ayant une expertise en soins de l'AVC.

## Définition de la réadaptation post-AVC et éléments à prendre en considération à cet effet

**La réadaptation post-AVC** est un processus progressif, dynamique et axé sur les objectifs qui vise à permettre au patient d'atteindre son niveau fonctionnel optimal sur les plans physique, cognitif, émotionnel, communicatif ou social.

### Éléments à prendre en considération en matière de réadaptation post-AVC :

- **Milieus de soins** : Les interventions en réadaptation, composante essentielle des soins complets de l'AVC, sont effectuées dans différents milieux, notamment : les établissements de soins actifs et subaiguës; les unités de soins de réadaptation; les unités de soins de réadaptation générales ou mixtes; les milieux de soins ambulatoires ou communautaires (cliniques externes ou centres de jour); les services de congé précoce avec soutien; les services à domicile; les centres de loisirs; et les équipes communautaires.
- **Durée** : La durée des services ou du séjour en établissement de réadaptation varie selon le type de services nécessaires, l'accessibilité de ces services ainsi que les objectifs et les besoins du survivant d'un AVC et de sa famille.
- **Délai des services** : Les besoins en matière de réadaptation post-AVC continuent souvent de se manifester pendant plusieurs mois et même des années après l'AVC de référence. En général, les systèmes de santé actuels offrent des services de soins de réadaptation post-AVC pendant les six premiers mois après l'apparition des symptômes d'AVC, même si de nombreux patients victimes d'AVC auront besoin de certains de ces services pendant des périodes allant au-delà de ce délai arbitraire, puisque le rétablissement est un processus continu.
- **Données probantes disponibles** : La littérature scientifique évolue rapidement dans ce domaine, et de nouvelles données probantes permettent la mise au point de thérapies innovantes pouvant être appliquées à différentes étapes des soins. Le groupe de rédaction a soigneusement et attentivement examiné l'ensemble de ces thérapies en fonction du moment où les données probantes sont devenues disponibles. [Veuillez consulter la section sur la méthodologie pour obtenir de plus amples renseignements.](#)

## Modifications apportées au chapitre sur la réadaptation post-AVC – Mise à jour 2015

La mise à jour 2015 du chapitre sur la réadaptation post-AVC des *Recommandations* vient s'ajouter au nombre croissant de données probantes issues de la recherche (en constante évolution) qui permettent d'orienter l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge des troubles liés à un AVC pendant les jours, les semaines et les mois suivant l'apparition des symptômes d'AVC.

Parmi les recommandations pour des mises à jour mineures et importantes ainsi que des ajouts en 2015 au chapitre sur la réadaptation post-AVC, mentionnons ce qui suit :

- ✓ De nouvelles données probantes solides et convaincantes continuent d'être publiées à un rythme soutenu dans le domaine de la réadaptation. Par conséquent, plusieurs recommandations ont été révisées afin de tenir compte de nouvelles données probantes de meilleure qualité ou pour rendre leur énoncé plus précis de manière à mieux orienter les traitements.
- ✓ Les recommandations ne cessent d'évoluer au gré des données probantes afin d'orienter les cliniciens dans l'adaptation des traitements aux besoins du patient en fonction du temps écoulé depuis l'AVC, de ses déficits et de ses objectifs.
- ✓ Mettre l'accent sur le fait que la réadaptation et le rétablissement après un AVC constituent un processus dynamique et continu qui se déroule dans l'ensemble des milieux de soins et au fil du temps (jours, semaines, mois, années). La réadaptation N'EST PAS limitée à un lieu précis, mais elle constitue plutôt un ensemble d'activités qui s'enclenchent rapidement après l'épisode d'AVC initial, dès que l'état de santé du patient est stable et que celui-ci peut déterminer quels sont les buts de sa réadaptation et de son rétablissement.
- ✓ Les recommandations ont été regroupées en deux parties : la première porte sur l'organisation des services de réadaptation post-AVC dans le système de santé, et la deuxième se penche sur les aspects fonctionnels précis du rétablissement après un AVC et des soins cliniques directs.

- ✓ De nouvelles sections des recommandations pour la réadaptation offrent des conseils aux praticiens afin que les soins de réadaptation soient offerts au patient selon une approche holistique qui tient compte de l'état physique, fonctionnel, cognitif et émotionnel de ce dernier en vue de l'aider à reprendre le cours normal de sa vie. Certaines sections des précédentes *Recommandations* ont été regroupées aux fins d'exhaustivité, comme on peut le constater dans la section 6, qui porte sur les membres inférieurs.
- ✓ Déployer des efforts de défense des intérêts en ce qui a trait aux exigences pour le système de la part des bailleurs de fonds du système de santé et des cliniciens de première ligne en s'engageant à améliorer les services de réadaptation. Les investissements dans des services efficaces et rentables pourraient, selon certaines analyses, réduire les coûts de la prise en charge des patients victimes d'un AVC.
- ✓ Les membres de la famille et les aidants jouent un rôle crucial dans la réadaptation et le rétablissement après l'AVC.

### 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 uniformisé, afin de soutenir les professionnels de la santé dans tous les domaines. On s'attend à ce que leur mise en œuvre contribue à réduire les variations dans la pratique et à combler les écarts entre les données probantes et la pratique.

Les *Recommandations* sont destinées aux professionnels de la santé qui prennent soin des victimes de l'AVC partout dans le système de santé. Pour les décideurs en matière de politique, les planificateurs, les bailleurs de fonds, les gestionnaires-cadres et les administrateurs du système de santé, qui sont responsables de la coordination et de la prestation des services de soins de l'AVC au sein d'une province, d'un territoire ou d'une région, ce document se révélera pertinent et utile dans leur travail.

La méthodologie utilisée pour mettre à jour les *Recommandations* comprend douze étapes distinctes qui garantissent un processus complet et rigoureux. Ces étapes, supervisées par le comité consultatif sur les *Recommandations*, comprennent les suivantes (détails disponibles en ligne) :

1. Création d'un groupe interprofessionnel d'experts chargé de la rédaction du chapitre, et qui comprend des survivants d'un AVC ou des aidants parmi ses membres.
2. Recherche systématique, évaluation et mise à jour de la littérature scientifique.
3. Recherche systématique et évaluation des recommandations de lignes directrices de référence externes.
4. Mise à jour des tableaux sommaires de données probantes.
5. Examen et révision des recommandations existantes par le groupe de rédaction et élaboration de nouvelles recommandations au besoin.
6. Soumission de la mise à jour proposée pour le chapitre au comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC.
7. Examen en interne de la mise à jour proposée pour le chapitre, soumission des commentaires au groupe de rédaction et achèvement des modifications.
8. Examen en externe et modifications finales fondées sur les commentaires.
9. Mise à jour du matériel éducatif et des ressources de mise en œuvre.
10. Approbations finales, acceptation et traduction du chapitre.
11. Diffusion publique et distribution de la mise à jour finale du chapitre.
12. Poursuite du processus continu d'examen et de mise à jour.

La méthodologie détaillée et l'explication de chacune de ces étapes dans le cadre de l'élaboration et de la diffusion des *Recommandations* sont disponibles dans le chapitre « Aperçu et méthodes », sur le site Web des *Recommandations* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014\\_Overview\\_Methodology\\_FRE.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/08/CSBPR2014_Overview_Methodology_FRE.pdf)

Conflits d'intérêts : Tous les participants potentiels à l'élaboration des recommandations et au processus d'examen doivent signer des ententes de confidentialité et divulguer par écrit tout conflit d'intérêts réel ou



potentiel. Tout conflit d'intérêts divulgué est examiné par les présidents du comité consultatif et les membres du personnel concernés de la Fondation afin d'évaluer les répercussions possibles. Les membres potentiels de n'importe quel groupe de rédaction qui ont des conflits considérés comme importants ne sont pas sélectionnés comme membres du groupe de rédaction ou du comité consultatif.

**Attribution de niveaux d'évaluation de données probantes :** On a offert au groupe de rédaction des tableaux de données probantes complètes qui comprennent des sommaires de toutes les données de haute qualité repérées dans le cadre d'un examen structuré de la littérature. Le groupe de rédaction discute de la valeur des données probantes et, par consensus, élabore une série définitive de recommandations proposées. Dans le cadre de ces discussions, d'autres résultats de recherche peuvent être repérés et ajoutés aux tableaux de données probantes si l'on obtient un consensus sur la valeur de la recherche. Un niveau de qualité des données probantes (niveau de preuve) allant de A à C est attribué à toutes les recommandations, selon les critères définis dans le tableau 1 (ci-dessous). Dans le cadre de l'élaboration et de l'inclusion des recommandations de « niveau C », un consensus est obtenu au sein du groupe de rédaction et validé par un processus d'examen interne et externe. Ce niveau de preuve est utilisé avec précaution, et seulement en l'absence de plus solides données probantes pour des thèmes qui sont considérés comme d'importants moteurs de système des soins de l'AVC (p. ex., les services de transport par ambulance ou certaines pratiques en matière de dépistage). Les recommandations de « niveau C » peuvent également être formulées en réponse à des demandes de professionnels de la santé, qui cherchent de l'orientation et des directives de la part d'experts en AVC à l'échelle nationale *en l'absence* de données probantes solides pour certains thèmes de grande importance clinique.

Comme il a été souligné précédemment, certains traitements et stratégies de prise en charge inclus dans ce chapitre sur la réadaptation des *Recommandations* s'appuient sur des données probantes valables uniquement pour des périodes données. Compte tenu de cette réalité, certaines recommandations formulées dans ce chapitre peuvent être accompagnées de données probantes de deux niveaux différents.

Nous avons regroupé les données probantes dans deux catégories afin de mieux tenir compte des connaissances actuelles et d'offrir des conseils plus précis aux cliniciens :

- **La phase « tôt »** de la réadaptation désigne la qualité des données probantes issues de la recherche pour un traitement donné qui a été testé chez des patients pendant les six premiers mois après l'apparition des symptômes d'AVC.
- **La phase « tard »** de la réadaptation désigne la qualité des données probantes issues de la recherche pour un traitement donné testé chez des patients après les six premiers mois suivant l'apparition des symptômes d'AVC.

**Tableau 1 : Sommaire des critères pour les niveaux de preuve attribués dans les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour 2014)***

Niveau de preuve	Critères*
<b>A</b>	Données probantes provenant d'une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés ou résultats uniformes obtenus dans deux essais contrôlés randomisés ou plus. Les effets désirables l'emportent clairement sur les effets indésirables, ou vice versa.
<b>B</b>	Données probantes provenant d'un seul essai contrôlé randomisé, ou résultats uniformes obtenus dans deux essais non randomisés ou non contrôlés bien conçus ou plus, et grandes études observationnelles. Les effets désirables l'emportent sur les effets indésirables, ou les deux types d'effet sont à peu près équivalents, ou vice versa.
<b>C</b>	Consensus du groupe de rédaction ou fondé sur des données probantes de recherche limitées. Les effets désirables l'emportent sur les effets indésirables, ou les deux types d'effet sont à peu près équivalents, ou vice versa, comme ils sont déterminés d'un commun accord par le groupe de rédaction.

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

## Remerciements

La Fondation remercie sincèrement les chefs de file et les membres du groupe de rédaction du chapitre sur la réadaptation post-AVC, les examinateurs externes et tous ceux qui ont donné de leur temps et fait partager leurs connaissances dans le but de mettre à jour les recommandations. Nous remercions les membres du comité consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC pour leur travail de révision et de mise à jour des indicateurs de rendement accompagnant chaque recommandation. **Nous remercions Amanda McIntyre et <<(IL FAUT RECHERCHER LES NOMS DE TOUS LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'EBSR AYANT PARTICIPÉ À CE TRAVAIL>> pour leur travail de revue de la littérature, de création de tableaux des données probantes et de mises à jour des résumés de données probantes; ainsi que Francine Forget Marin, Paule Chamberland-Martin et Christelle Desgranges-Farquhar pour leur contribution à la traduction française du document.**

## Financement

La Fondation a financé l'intégralité de l'élaboration des *Recommandations*. Aucun financement pour le présent document ne provient d'intérêts commerciaux, notamment les entreprises pharmaceutiques. Les membres des groupes de rédaction et les examinateurs externes sont des bénévoles et n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à l'élaboration, à l'actualisation et à l'examen des lignes directrices. Toutes les personnes impliquées dans le projet rédigent une déclaration de conflit d'intérêts avant d'y participer.

## Citations bibliographiques du chapitre sur la réadaptation post-AVC 2015

Hebert, D. et Teasell, R., au nom du groupe de rédaction du chapitre sur la réadaptation post-AVC. *Chapitre sur la réadaptation post-AVC 2015*. Dans Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M et Smith EE (rédacteurs), au nom du comité consultatif sur les pratiques optimales et normes des soins de l'AVC. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, 2015*; Ottawa (Ontario) Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

## Commentaires

Nous encourageons les commentaires, suggestions et questions sur l'élaboration et la mise en œuvre des *Recommandations*.

Faites-en part à l'équipe de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC en envoyant un courriel à [pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca](mailto:pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca).

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

### GRUPE DE RÉDACTION DU CHAPITRE SUR LA RÉADAPTATION POST-AVC 2015 :

NOM	RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES	LIEU DE TRAVAIL
<b>Hebert, Debbie</b>	Coprésidente, éducatrice clinique et chef de la pratique (erg.), Toronto Rehab Institute, Réseau universitaire de la santé; professeure agrégée, département d'ergothérapie, Université de Toronto	Ontario
<b>Teasell, Robert</b>	Professeur, Université de Western Ontario; directeur médical, Programme de réadaptation post-AVC, Hôpital Parkwood, London	Ontario
<b>Bagg, Stephen</b>	Professeur agrégé, directeur du département de médecine physique et réadaptation, Université Queen's	Ontario
<b>Dukelow, Sean</b>	Professeur agrégé, division de médecine physique et réadaptation, département de neurosciences cliniques, Hotchkiss Brain Institute, Université de Calgary; directeur, réadaptation post-AVC, Calgary Stroke Program	Alberta
<b>Garnhum, Maridee</b>	Infirmière spécialisée en réadaptation post-AVC; gestionnaire de l'unité de réadaptation post-AVC	Île-du-Prince-Édouard
<b>Halabi, Mari-Lou</b>	Coordonnatrice des services de soins de l'AVC Stroke Program Edmonton Zone	Alberta
<b>Kang, Ester</b>	Diététiste clinicienne, réadaptation en milieu hospitalier, région sanitaire de Saskatoon	Saskatchewan
<b>MacKay-Lyons, Marilyn</b>	Physiothérapeute, professeure, École de physiothérapie, Université Dalhousie	Nouvelle-Écosse
<b>Martino, Rosemary</b>	Professeure agrégée, chaire de recherche du Canada sur les troubles de la déglutition	Ontario
<b>Rochette, Annie</b>	Professeure agrégée, programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal; chercheure, Centre de recherche interdisciplinaire sur la réadaptation du Montréal métropolitain	Québec
<b>Rowe, Sarah</b>	Coordonnatrice des pratiques en physiothérapie, G.F. Strong Rehabilitation Centre, soins actifs de neurologie/colonne vertébrale, Hôpital général de Vancouver; professeure adjointe de clinique, département de physiothérapie, Université de la Colombie-Britannique	Colombie-Britannique
<b>Salbach, Nancy</b>	Professeure, département de physiothérapie, Université de Toronto	Ontario
<b>Semenko, Brenda</b>	Ergothérapeute, Programme de jour de réadaptation, Health Sciences Centre, Winnipeg et chargée de cours, School of Medical Rehabilitation, Université du Manitoba	Manitoba
<b>Stack, Bridget</b>	Infirmière-ressource en réadaptation, Réseau de santé Horizon	Nouveau-Brunswick
<b>Swinton, Luchie</b>	Chef des pratiques de réadaptation, Plan d'action en matière d'AVC, Cardiovascular Health & Stroke Strategic Clinical Network, Alberta Health Services	Alberta
<b>Weber, Valentine</b>	Orthophoniste, Centre universitaire de santé McGill, Institut et hôpital neurologiques de Montréal	Québec
<b>Mayer, Matthew</b>	Spécialiste principal, Information sur la mission, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC	Ontario

<b>Verrilli, Sue</b>	Spécialiste en soins communautaires et de longue durée Northeastern Ontario Stroke Network	Ontario
----------------------	---	---------

## Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC Examineurs externes des recommandations pour la réadaptation post-AVC 2015

EXAMINATEUR EXTERNE	RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES	LIEU DE TRAVAIL
Boyd, Lara	Professeure et chaire de recherche du Canada, département de physiothérapie et Centre for Brain Health de l'Université de la Colombie-Britannique	Colombie-Britannique
Cole-Haskayne, Andrea	Infirmière autorisée, Calgary Stroke Program, éducatrice à l'unité 58, Foothills Medical Centre	Alberta
Dawson, Drew	Physiatre; <i>directeur médical, Programme de réadaptation, Fraser Health; Division de médecine physique et de réadaptation, Université de la Colombie-Britannique</i>	Colombie-Britannique
Fung, Joyce	<i>Professeure agrégée et bourse William-Dawson École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill Directrice de la recherche, Hôpital juif de réadaptation</i>	Québec
Harris, Jocelyn	Professeure adjointe, École des sciences de la réadaptation, Université McMaster	Ontario
Hebblethwaite, Shannon	Récréothérapeute, professeure agrégée, département des sciences humaines appliquées, Université Concordia	Québec
Jarus, Tal	Ph. D. (ergothérapie); professeure, département d'ergothérapie, Université de la Colombie-Britannique	Colombie-Britannique
Kagan, Aura	Directrice générale, directrice de l'éducation et de la recherche appliquée, Aphasia Institute	Ontario
Liem, Nathania	Physiatre, <i>directrice médicale</i> – Programme de réadaptation; Centre de santé Hôtel Dieu Grace, Windsor	Ontario
Menon, Anita	Ergothérapeute; directrice de projets – projets de recherche en réadaptation Edith Strauss École de physiothérapie et d'ergothérapie (Université McGill)	Québec
Paterson, Phyllis	Diététiste accréditée; professeure, Collège de pharmacie et de nutrition, Université de la Saskatchewan	Saskatchewan
Ploughman, Michelle	Chaire de recherche du Canada (niveau 2); réadaptation, neuroplasticité et rétablissement des fonctions cérébrales; professeure adjointe, médecine physique et réadaptation Faculté de médecine, Université Memorial de Terre-	Terre-Neuve-et-Labrador

	Neuve	
Raghavan, Preeti	Physiatre, professeure adjointe de médecine de réadaptation et de physiothérapie, directrice, Motor Recovery Research Laboratory; NYU Langhorne Ambulatory Centre, Rusk Rehabilitation	New York, É.-U.
Rocket, Howard	Survivant de l'AVC	Ontario
Simmons-Mackie, Nina	Orthophoniste, Aphasia Institute	Ontario
Sooley, Donelda	Orthophoniste; coordonnatrice régionale des services de réadaptation, Central East Stroke Network – Centre de santé régional Royal Victoria	Ontario
Stein, Joel	Professeur et chaire Simon Baruch, département de réadaptation et de médecine régénérative, Collège des médecins et chirurgiens de l'Université Columbia; professeur et chef, division de médecine de réadaptation, Weill Cornell Medical College; physiatre en chef, New York-Presbyterian Hospital	New York, É.-U.
Thiel, Alexander	Neurologue spécialisé en soins de l'AVC, professeur agrégé, département de neurologie et de neurochirurgie, Université McGill; Hôpital général juif de Montréal – SMBD et Institut Lady Davis pour la recherche médicale	Québec
White, Katie	Physiothérapeute; gestionnaire, Stroke Services BC; directrice du système	Colombie-Britannique
Wright, Paul	Infirmier autorisé, Calgary Stroke Program, gestionnaire de l'unité 58, Foothills Medical Centre	Alberta

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

### RÉADAPTATION POST-AVC

## Section 2 : RECOMMANDATIONS

### A. Organisation d'un système de services de réadaptation post-AVC favorisant la prestation de soins optimaux

#### 1. Évaluation initiale des besoins en matière de réadaptation post-AVC

Réadaptation post-AVC	1. Évaluation initiale des besoins en matière de réadaptation post-AVC
<b>Mise à jour 2015</b>	
La gravité de l'AVC et les besoins immédiats en réadaptation devraient être évalués chez tous les patients avec AVC en phase aiguë.	
<ol style="list-style-type: none"><li>i. Les patients <b>admis à l'hôpital</b> en raison d'un AVC aigu devraient tous subir une évaluation initiale effectuée par des spécialistes de la réadaptation aussitôt que possible après l'admission [niveau de preuve A].<ol style="list-style-type: none"><li>a. L'équipe centrale de professionnels de la réadaptation devrait compter parmi ses membres des physiatres, d'autres médecins possédant des compétences ou une formation de base en réadaptation post-AVC, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes, des membres du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des diététistes [niveau de preuve A]. Le patient et sa famille devraient également faire partie de l'équipe centrale [niveau de preuve C].</li><li>b. Parmi les membres de cette équipe centrale, on peut également trouver des rééducateurs, des psychologues, des ergothérapeutes, des thérapeutes en apprentissage, des kinésithérapeutes et des assistants en réadaptation fonctionnelle [niveau de preuve C].</li><li>c. Tous les membres professionnels de l'équipe de réadaptation devraient avoir une formation spécialisée en soins de l'AVC et en soins de rétablissement après un AVC [niveau de preuve C].</li><li>d. Tous les membres professionnels de l'équipe de réadaptation devraient avoir une formation en matière de soutien à la conversation pour être en mesure d'interagir avec des patients qui éprouvent des difficultés à communiquer, notamment les patients atteints d'aphasie [niveau de preuve C].</li></ol></li><li>ii. L'évaluation initiale devrait être effectuée moins de 48 heures après l'admission par des professionnels de la réadaptation en relation directe avec le patient [niveau de preuve C].<ol style="list-style-type: none"><li>a. L'évaluation initiale devrait porter sur : l'état fonctionnel, la sécurité, la préparation physique et l'aptitude du patient à apprendre et à participer à sa réadaptation [niveau de preuve C].</li><li>b. Les questions relatives à la planification des transitions devraient également être abordées lors de l'évaluation initiale [niveau de preuve C].</li></ol></li><li>iii. L'évaluation des déficits, des limitations en ce qui concerne l'activité fonctionnelle, des restrictions à l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne et des facteurs environnementaux devrait être effectuée en utilisant des outils uniformisés validés. Ces outils devraient être adaptés pour une utilisation chez des patients présentant des différences ou des limitations en matière de communication, le cas échéant [niveau de preuve B]. <i>Voir l'annexe, tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC.</i></li><li>iv. Les besoins en matière de réadaptation des patients qui ne répondent pas initialement aux critères fixés devraient être réévalués de manière hebdomadaire au cours du premier mois et ensuite périodiquement en fonction leur état de santé [niveau de preuve C].</li><li>v. Les patients avec AVC ou AIT aigu qui <b>ne sont pas admis à l'hôpital</b> devraient être triés en vue de déterminer si l'on devrait faire une évaluation exhaustive de l'ampleur de leurs déficits depuis le premier épisode d'AVC et de tout besoin potentiel en matière de réadaptation [niveau de preuve C].</li></ol>	

- a. Les évaluations prioritaires, notamment celle de la sécurité (cognition, aptitude à conduire), de la déglutition et de la mobilité, devraient être effectuées par un clinicien spécialisé en réadaptation *avant que le patient ne quitte les services des urgences* ou l'établissement de soins primaires [niveau de preuve C].
  - b. Une évaluation supplémentaire devrait être effectuée dans les deux semaines après l'apparition des symptômes d'AVC, notamment l'évaluation des déficits, des limitations en ce qui concerne l'activité fonctionnelle, des restrictions à l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne et des facteurs environnementaux ainsi que l'évaluation pour le dépistage de la dépression [niveau de preuve C].
- vi. Après que le patient victime d'un AVC a subi les différentes évaluations, il faut utiliser une approche uniformisée pour déterminer le milieu de soins de réadaptation approprié (en milieu hospitalier, en consultation externe, en milieu communautaire ou à domicile) [niveau de preuve C].
- vii. Les critères d'accès aux services des différents milieux de soins de réadaptation devraient être uniformisés et communiqués à tous les centres et services d'orientation des patients. *Voir l'encadré 1 pour plus de détails sur les éléments clés des critères d'admission à la réadaptation.*

### ENCADRÉ 1 : Critères d'admissibilité et d'admission au rétablissement post-AVC

#### DÉTERMINER SI LE PATIENT EST UN CANDIDAT À LA RÉADAPTATION

*Les critères qui suivent ont été élaborés dans le cadre des Recommandations afin d'orienter les décisions et d'uniformiser les éléments clés qui devraient être pris en compte dans la prise de décision en matière de réadaptation post-AVC chez chaque patient. Tous les intervenants concernés dans chaque région devraient s'entendre sur les critères d'accès aux services de réadaptation, et ces derniers devraient être clairement énoncés et communiqués à tous les sites d'orientation de manière à améliorer l'accès et l'admission des patients à des programmes de réadaptation de manière efficace et transparente. Cela s'applique dans tous les milieux de soins de réadaptation suivants : milieu hospitalier, consultation externe, milieu communautaire et à domicile.*

#### Critères généraux d'inclusion pour la réadaptation post-AVC

- Le patient victime d'AVC aigu ou récent (moins de un an après l'AVC) **ou** le patient dont l'AVC date de plus de un an qui a besoin :
  - de soins de réadaptation interdisciplinaire en milieu hospitalier ou en consultation externe afin d'atteindre des objectifs fonctionnels qui préviendront son admission à l'hôpital ou amélioreront son indépendance fonctionnelle; ou
  - d'une évaluation ou réévaluation de ses besoins en réadaptation par une équipe interdisciplinaire dont les membres sont expérimentés/experts dans le domaine de l'AVC (incluant des disciplines telles que la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, les soins infirmiers, la psychologie ou la récréothérapie); et
  - celui dont l'étiologie et les mécanismes de l'AVC ont été déterminés et qui a commencé à suivre un programme de prévention approprié.
- L'état de **santé du patient est stable** :
  - diagnostic net de l'AVC établi, même si l'étiologie reste initialement incertaine, comme l'AVC cryptogénique (cela ne devrait pas causer de délais dans l'accès à la réadaptation);
  - toutes les questions médicales ou les comorbidités (p. ex., essoufflement excessif, chutes, insuffisance cardiaque) ont été prises en charge;
  - au moment du congé des soins actifs, les maladies en évolution ou les handicaps n'empêchent pas une participation au programme de réadaptation;
  - les signes vitaux du patient sont stables;
  - les investigations médicales sont terminées **ou** un plan de suivi a été adopté au moment de l'orientation et les rendez-vous de suivi sont fixés au moment du congé des soins actifs.
- Le patient démontre avoir au moins un niveau fonctionnel minimal, notamment :
  - il a l'énergie nécessaire pour répondre aux exigences et suivre le calendrier du programme;
  - il peut suivre au moins des instructions simples avec un soutien à la communication au besoin;
  - il a la capacité d'attention, la mémoire à court terme et la compréhension nécessaires pour suivre

le processus de réadaptation.

- Le patient démontre par les progrès qu'il fait en réadaptation post-AVC qu'il a la capacité de revenir au fonctionnement de base/pré-AVC ou d'augmenter son niveau de fonctionnement post-AVC en participant au programme de réadaptation.
- Il est possible de fixer des objectifs de réadaptation qui sont précis, mesurables, atteignables, réalistes et opportuns.
- Le patient ou son subrogé a accepté de participer au programme et démontre la volonté et la motivation nécessaires pour participer au programme de réadaptation (exceptions : les patients à motivation réduite/initiation secondaire au diagnostic, p. ex., dépression).
- Le patient **est prêt à participer au processus de réadaptation** :
  - il répond aux critères de stabilité de l'état de santé conformément à la ligne directrice citée plus haut;
  - il répond au niveau minimal de tolérance du programme de réadaptation, tel qu'il est défini dans les critères d'admission;
  - il n'a aucun problème de comportement limitant sa capacité à participer au niveau minimal requis par le programme de réadaptation.

#### Critères généraux d'exclusion

- Le patient ne peut apprendre ni participer aux traitements à cause d'un déficit cognitif grave.
- Le patient reçoit déjà ailleurs des traitements qui répondent à ses besoins.
- Le patient a des comportements inappropriés qui constituent un risque pour lui-même et les autres (p. ex., est agressif, etc.).
- Le patient souffre d'une maladie en phase terminale et son espérance de vie est limitée.
- Le patient refuse de participer au programme.

#### DÉTERMINER SI LE PATIENT EST UN BON CANDIDAT À LA RÉADAPTATION EN CONSULTATION EXTERNE

- Le patient répond aux critères fixés pour la réadaptation – état de santé stable et état de préparation – tels qu'ils sont définis plus haut.
- Les besoins du patient en matière de soins médicaux, de soins personnels ou de réadaptation peuvent être satisfaits dans la collectivité.
- Le patient peut subir la thérapie seul, ou s'il a besoin de soutien (p. ex., alimentation, toilette), un aidant est disponible pour l'accompagner.
- Le patient est en mesure de tolérer et d'organiser ses propres déplacements aller-retour (au besoin) pour se rendre au lieu où le programme est offert. Les personnes ayant des limitations communicationnelles telles que l'aphasie peuvent avoir besoin d'aide pour organiser leurs déplacements.

---

#### Éléments dont il faut tenir compte dans la planification de la réadaptation

##### Caractéristiques de l'AVC :

- Gravité initiale de l'AVC.
- Localisation, étiologie et type de l'AVC (ischémique c. hémorragique).
- Déficits fonctionnels et état fonctionnel – déterminés à l'aide du MIF, de l'échelle de Barthel, du score Rankin ou de l'Alpha MIF.
- Types de traitements requis selon l'évaluation des déficits (p. ex., ergothérapie, physiothérapie, orthophonie et autres au besoin).
- État cognitif – le patient est en mesure d'apprendre et de participer activement à la réadaptation.
- Temps écoulé depuis l'apparition des symptômes d'AVC.

##### Autres caractéristiques du patient :

- Stabilité de l'état de santé.
- Les objectifs en matière de réadaptation visant une autonomie accrue dans toutes les activités de la vie quotidienne peuvent être fixés par le patient ou l'équipe de soins de santé. Voici quelques exemples



d'objectifs : effectuer les transferts sans aide, marcher de façon autonome à l'aide d'accessoires fonctionnels, utiliser le bras affecté, avoir des compétences langagières améliorées et la capacité d'assurer ses soins personnels.

- Tolérance et endurance adéquates pour participer activement aux traitements de réadaptation.
- Âge et fragilité avant l'AVC.
- Comorbidités présentes – démence, soins palliatifs pour un autre trouble de santé/maladie en phase terminale.
- La disponibilité d'un aidant auprès des patients présentant des insuffisances graves est cruciale.

#### Caractéristiques systémiques :

- Processus efficace d'orientation vers les services de réadaptation.
- Évaluation des demandes d'admission par des professionnels de la réadaptation ayant les connaissances requises sur l'AVC.
- Les membres de la famille et les aidants devraient être inclus dans le processus de réadaptation, notamment dans les décisions au sujet de la réadaptation en milieu hospitalier ou en consultation externe.
- Norme en matière de délai depuis l'orientation jusqu'à la décision d'admission (24-48 heures est proposé)
- Services et ressources disponibles dans divers services de réadaptation dans la région sanitaire; types et niveaux de services disponibles à ces endroits.
- Disponibilité d'un programme de congé précoce avec soutien et critères destinés à déterminer si le patient est un candidat au programme.

#### Remarques relatives à la réadaptation post-AVC pédiatrique :

##### Populations :

En ce qui a trait à la réadaptation, il y a lieu de distinguer trois types de patients pédiatriques avec lésion cérébrale due à une lésion vasculaire cérébrale (AVC) en fonction de l'âge et de la présentation :

- Enfants (1 mois – 18 ans) avec diagnostic en phase aiguë d'AVC ischémique artériel ou d'AVC hémorragique dû à une thrombose sino-veineuse (diagnostic en phase aiguë, et hospitalisés dans un établissement de soins actifs);
- Nouveau-nés (naissance à terme – 1 mois) avec diagnostic en phase aiguë d'AVC ischémique artériel ou d'AVC hémorragique dû à une thrombose sino-veineuse (diagnostic en phase aiguë, et hospitalisés dans un établissement de soins actifs);
- AVC périnatal présumé diagnostiqué plus tard dans l'enfance et hémiparésie congénitale (habituellement diagnostiqués chez le patient externe rarement admis à l'hôpital).

##### Éléments à prendre en considération lors de la planification de la réadaptation post-AVC pédiatrique :

- Certaines conséquences de l'AVC chez un enfant demeurent parfois inconnues pendant des années. Des besoins continus ou nouveaux en matière de réadaptation peuvent se manifester tout au long du développement et de la croissance de l'enfant. Par conséquent, celui qui a été victime d'un AVC doit être surveillé à long terme et suivi tout au long de son vieillissement.
- Les programmes spécialisés en réadaptation post-AVC pédiatrique sont rares tant au Canada qu'à l'échelle internationale. Là où ils ne sont pas disponibles, les besoins en réadaptation de l'enfant ont souvent été pris en charge dans des cliniques de paralysie cérébrale (patients plus jeunes) ou dans des services de traitement des lésions cérébrales acquises et de rééducation (enfants plus âgés).
- Les objectifs de réadaptation sont semblables à ceux qui sont fixés pour les adultes ayant survécu à un AVC et comprennent souvent aussi des objectifs supplémentaires en ce qui concerne la réadaptation éducative et professionnelle, la réintégration dans les jeux de rôles, la croissance et le développement, et la psychologie du développement.
- Le patient ayant survécu à un AVC peut être en mesure de vivre chez ses parents/tuteurs et de suivre un programme de réadaptation en consultation externe.
- Un grand nombre des traitements en réadaptation de l'adulte s'appliquent aussi aux enfants en y apportant des ajustements en raison de l'âge et de la plasticité plus grande.
- Les nouvelles techniques éprouvées, dont la thérapie par contrainte induite et les nouveaux traitements à

l'aide de la robotique, conviennent à l'enfant tout comme les traitements traditionnels axés sur les fonctions avec attelles au besoin.

- La réadaptation chez l'enfant cible plus souvent le « nouvel » apprentissage plutôt que le réapprentissage.
- Les programmes pédiatriques doivent s'insérer harmonieusement dans le programme scolaire de l'enfant afin de garantir la continuité des programmes et plans de soins, et également dans d'autres activités sportives et extracurriculaires (en milieu hospitalier ou en consultation externe).

### Justification

La première évaluation interprofessionnelle effectuée après l'admission du patient avec AVC doit porter sur les déficits physiques, cognitives et de communication dus à l'AVC afin de déterminer les besoins en matière de services de réadaptation susceptibles de se présenter au moment du congé. Une consultation précoce des spécialistes en réadaptation permet d'ores et déjà de planifier le congé et la transition des soins actifs vers des unités spécialisées en réadaptation ou vers la collectivité.

### Exigences pour le système

Pour que les patients puissent être évalués en vue de la réadaptation post-AVC en temps opportun, les établissements de soins actifs, les centres de réadaptation et les organismes communautaires doivent disposer de ce qui suit :

- Un effectif adéquat de cliniciens expérimentés en AVC et réadaptation post-AVC.
- Un processus clair d'orientation du patient vers des professionnels de la réadaptation et des programmes de réadaptation après son admission.
- Une équipe interprofessionnelle dotée de ressources suffisantes pour offrir le niveau prescrit de soins de réadaptation.
- Un secteur ou une unité géographiquement définis où les patients victimes d'AVC ont un accès garanti à une équipe expérimentée.
- Des outils de dépistage et d'évaluation et une formation uniformisés, fondés sur un consensus de spécialistes.
- Un processus d'orientation permettant l'accès en temps opportun aux services spécialisés en milieu hospitalier dans tous les centres (p. ex., système d'orientation électronique et outils d'évaluation uniformisés).
- L'accès à une clinique de suivi pour la prévention secondaire de l'AVC en vue de l'évaluation des troubles de santé connexes à un AVC moins grave et l'orientation vers des services et des programmes de réadaptation lorsque les déficits et problèmes dépistés peuvent être traités en réadaptation.
- Une expertise renforcée en réadaptation post-AVC dans les hôpitaux pour enfants et les centres de soins pédiatriques, au besoin, et l'intégration des besoins en matière de réadaptation post-AVC dans les mesures de soutien scolaire.
- Des mécanismes pour procéder périodiquement à la réévaluation des patients victimes d'un AVC grave admis dans les établissements de soins infirmiers, les foyers de soins de longue durée, ou d'autres milieux de soins afin de veiller à ce qu'ils aient accès aux services de réadaptation au besoin, si le patient progresse suffisamment et a des objectifs qui peuvent être réalisés en réadaptation.
- La coordination et l'établissement de partenariats solides dans la collectivité et des ressources appropriées afin de garantir aux patients l'accès à des soins complets de réadaptation post-AVC. Cela est particulièrement important en milieu rural et éloigné, où l'utilisation de la télémédecine devrait être optimisée.

### Indicateurs de rendement

1. Pourcentage des patients évalués par au moins un spécialiste des techniques de réadaptation qui correspondent aux besoins du patient en moins de 48 heures après l'admission en raison d'un AVC aigu (prioritaire).
2. Délai médian depuis l'admission à l'hôpital pour un AVC jusqu'à l'évaluation initiale pour chacun des domaines de réadaptation (le délai cible est de 48 heures ou moins après l'admission).
3. Proportion des patients avec AVC aigu orientés des soins actifs vers les services de réadaptation en milieu hospitalier (prioritaire).
4. Pourcentage des patients avec AVC effectuant un retour dans la collectivité après leur congé de l'hôpital qui sont orientés vers des services de soins de réadaptation en consultation externe (en établissement ou dans un programme communautaire) au congé de l'hôpital de soins actifs ou des services de soins de réadaptation en milieu hospitalier.

5. Délai médian entre l'orientation vers la réadaptation en consultation externe et l'admission dans un établissement ou un programme communautaire de réadaptation.
6. Délai médian entre l'orientation vers les services de réadaptation en consultation externe et le début du traitement (le délai cible est de 30 jours ou moins).
7. Pourcentage des patients avec AVC grave dont les besoins en matière de réadaptation sont réévalués après une évaluation initiale à un mois, trois mois et six mois après l'épisode d'AVC de référence.
8. Pourcentage des patients avec AVC grave admis à la réadaptation en milieu hospitalier.
9. Augmentation en pourcentage du nombre de collectivités éloignées ayant accès à la télémédecine/téléAVC facilitant l'accès aux soins organisés de l'AVC dans le continuum des soins, notamment l'évaluation des besoins en matière de réadaptation des patients avec AVC et la prestation des soins de réadaptation post-AVC.

#### Remarques relatives aux indicateurs de rendement

- Les éléments de données relatifs aux orientations peuvent être retrouvés en révisant systématiquement les dossiers médicaux des patients hospitalisés (notes du personnel infirmier, résumés du congé, copies des formulaires d'orientation) ou dans les banques de données d'organismes communautaires qui traitent les orientations. La quantité de données et leur accessibilité peuvent varier.
- La majorité des organismes offrant des soins à domicile tiennent compte de la date du début des services, mais ont de la difficulté à déterminer quand la thérapie de réadaptation a été amorcée.
- En ce qui concerne l'indicateur de rendement 3, il faut, dans l'analyse des données, tenir également compte de la pertinence de l'orientation et de l'emplacement de l'établissement.
- Indicateur de rendement 5 : le délai est mesuré à partir de l'orientation jusqu'à l'admission dans un programme, et non pas forcément au début du traitement (l'indicateur de rendement 6 mesure le délai de l'orientation jusqu'au début du traitement).
- En ce qui concerne l'indicateur de rendement 7, la réévaluation devrait être effectuée à tous les points de transition, puis idéalement au moins un mois après. Cela concerne l'admission aux soins complexes ou aux soins de longue durée, ou le retour dans un autre milieu communautaire. Le dénominateur s'avère difficile à déterminer et appliquer de manière uniformisée par tous les groupes qui adoptent cet indicateur de rendement (p. ex., le dénominateur pourrait être le nombre total de patients avec AVC grave admis dans un établissement de soins de longue durée).

#### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC.
- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- MIF@ : <http://www.strokingengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- AlphaMIF@ : [http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp\\_About.aspx](http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx)
- Modified Rankin Scale : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_mrs\\_family-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_mrs_family-en.html)
- Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (Triage Module) : [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter4\\_Triage\\_FINAL\\_16ed.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter4_Triage_FINAL_16ed.pdf)
- The Certificate of Stroke Rehabilitation Program, Université de l'Alberta, département de médecine de réadaptation : <http://www.rehabilitation.ualberta.ca/ContinuingProfessionalEducation/CertificateinStrokeRehabilitation.aspx>
- Ryerson University Interprofessional Certificate in Advanced Neuroscience-Stroke Care : <http://ce-online.ryerson.ca/ce/default.aspx?id=2873>
- Aphasia United Best Practice Recommendations : <http://www.shrs.uq.edu.au/best-practice-recommendations>
- Australian Aphasia Rehabilitation Pathway : <http://www.aphasiapathway.com.au/?name=About-the-statements>
- Aphasia Institute : <http://www.aphasia.ca/home-page/health-care-professionals/>

### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217A\\_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 1](#)

## 2. Soins offerts dans les unités de réadaptation post-AVC

### Réadaptation post-AVC

### 2. Soins offerts dans les unités de réadaptation post-AVC

#### Mise à jour 2015

#### 2.1 Soins offerts dans les unités de réadaptation post-AVC

- i. Tous les patients ayant survécu à un AVC qui ont besoin de soins de réadaptation post-AVC devraient être soignés dans une unité spécialisée en réadaptation post-AVC [niveau de preuve A] qui présente les caractéristiques suivantes :
  - a. Les soins de réadaptation sont dûment coordonnés et organisés [niveau de preuve A].
  - b. L'unité de réadaptation est située dans un endroit géographiquement défini [niveau de preuve A].
  - c. L'unité de réadaptation dispose d'une équipe interprofessionnelle de spécialistes en réadaptation composée d'un médecin (physiatre, neurologue ou autre médecin spécialisé/ayant une formation de base en réadaptation post-AVC), d'un infirmier, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute, d'un orthophoniste, d'un travailleur social et d'un diététiste clinicien [niveau de preuve A].
  - d. Parmi les membres qui peuvent s'ajouter à l'équipe interprofessionnelle figurent les pharmaciens, les planificateurs du congé ou les gestionnaires de cas, les psychologues ou neuropsychologues, les spécialistes des soins palliatifs, les récréothérapeutes, les assistants en thérapie de réadaptation, les fournisseurs de soins spirituels, les pairs qui offrent du soutien et les représentants de groupes de soutien du rétablissement après un AVC [niveau de preuve B].
  - e. Les patients, les familles et les aidants doivent participer dès le début et de façon active au processus de réadaptation [niveau de preuve B].
  - f. L'équipe en question suit les pratiques optimales fondées sur les données probantes, telles qu'elles sont définies par les lignes directrices consensuelles actuelles pour la pratique clinique [niveau de preuve B].
  - g. La planification des transitions et du congé est amorcée dès l'admission à l'unité [niveau de preuve B]. *Voir la recommandation 6.4 pour de plus amples renseignements.*
  - h. L'enseignement au patient, à la famille et à l'aidant est offert de manière formelle et informelle, individuellement ou en groupe, selon les besoins [niveau de preuve A]. *Pour de plus amples renseignements, voir les recommandations 6.1 et 6.2.*
  - i. Les soins actifs et les soins de réadaptation post-AVC pédiatrique devraient être offerts dans une unité spécialisée pour enfants [niveau de preuve B] et mobiliser la même équipe interdisciplinaire de base, avec l'ajout d'éducateurs et de travailleurs de soutien pour enfants hospitalisés [niveau de preuve B].
  - j. Les membres de l'équipe devraient avoir suivi une formation qui leur permet d'interagir avec des personnes qui éprouvent des difficultés à communiquer (p. ex., patients atteints d'aphasie) et d'utiliser des techniques de soutien à la conversation [niveau de preuve C].
- ii. Les patients avec AVC modéré à grave, qui sont prêts à entreprendre un programme de réadaptation et qui se sont fixés des buts atteignables par la réadaptation, devraient avoir la possibilité de recevoir ces traitements en milieu hospitalier [niveau de preuve A].
- iii. Lorsqu'il est impossible d'admettre le patient à une unité spécialisée en réadaptation post-AVC, la meilleure solution de rechange consiste à l'admettre à une unité générale de soins de réadaptation (c'est-à-dire une unité où des soins interprofessionnels sont offerts à des patients aux prises avec un éventail de troubles de santé, dont l'AVC), lorsqu'un physiatre, un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un orthophoniste sont disponibles sur les lieux ou peuvent être appelés en consultation [niveau de preuve B].
  - a. Les patients soignés dans une unité générale de soins de réadaptation devraient recevoir des soins et des interventions du même niveau que les patients en unité de réadaptation spécialisée post-AVC, tel qu'il est décrit dans la section 2.1.

#### 2.2 Équipe de réadaptation post-AVC

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

Les soins de réadaptation post-AVC devraient être offerts par un effectif complet de professionnels de la santé expérimentés dans ce domaine, quel que soit l'endroit où ces services sont offerts, afin d'en garantir l'uniformité et de

réduire le risque de complications [niveau de preuve C].

- i. L'équipe interdisciplinaire de réadaptation devrait évaluer le patient moins de 48 heures après l'admission et établir et documenter un plan de réadaptation exhaustif tenant compte de la gravité de l'AVC et des besoins et objectifs du patient, et qui prend en compte les meilleures données probantes de la recherche disponibles ainsi que le jugement clinique [niveau de preuve C].
- ii. L'équipe d'une unité d'AVC devrait tenir une réunion formelle interdisciplinaire au moins une fois par semaine pour évaluer les progrès et discuter des problèmes, des objectifs de réadaptation et des arrangements en vue du congé des patients de l'unité [niveau de preuve B]. Les plans de réadaptation personnalisés devraient être mis à jour régulièrement en fonction des révisions de l'état de santé des patients [niveau de preuve C].
- iii. Les cliniciens devraient utiliser des outils d'évaluation validés et uniformisés pour déterminer les déficits, les limitations en ce qui concerne l'activité fonctionnelle, les restrictions à la participation aux tâches de la vie quotidienne et les facteurs environnementaux liés à l'AVC [niveau de preuve C]. Ces outils devraient être adaptés lorsqu'ils sont utilisés pour des patients qui éprouvent de la difficulté à communiquer ou qui ont des limitations causées par l'aphasie. *Voir l'annexe, tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC.*

### Justification

Il existe des données probantes solides et convaincantes privilégiant l'admission de tous les patients avec AVC modéré ou grave dans une unité de réadaptation post-AVC géographiquement définie et dotée d'une équipe interdisciplinaire de professionnels. On observe une réduction de la mortalité et des déficits chez les patients qui, dans le cadre des soins de l'AVC après la phase aiguë, reçoivent une évaluation coordonnée menée par une équipe interdisciplinaire et des interventions dans une unité de réadaptation post-AVC. Sur 100 patients recevant des soins de réadaptation organisés et interdisciplinaires en milieu hospitalier, cinq de plus retournent chez eux dans un état d'autonomie (*Stroke Unit Trialists' Collaboration, 1997*).

### Exigences pour le système

Afin que les patients reçoivent les soins optimaux de réadaptation post-AVC, les bailleurs de fonds et les organismes du système de santé doivent prévoir les éléments suivants :

- L'accès en temps opportun à des services de réadaptation post-AVC spécialisés en milieu hospitalier.
- Un nombre adéquat d'unités de réadaptation post-AVC géographiquement définies qui disposent de la quantité de personnel nécessaire ayant reçu une formation spécialisée en soins de réadaptation post-AVC; une équipe interdisciplinaire pendant l'étape de réadaptation post-AVC.
- Des ressources suffisantes pour que les patients aient accès aux types et à l'intensité de soins de réadaptation appropriés pendant leur séjour (y compris la fin de semaine au besoin).
- Protocoles et stratégies visant à prévenir les complications et les récurrences de l'AVC élaborés et communiqués à tout le personnel.
- Des changements apportés aux systèmes et aux processus garantissant une interaction thérapeute-patient efficace et ayant pour objectif de permettre aux thérapeutes de consacrer environ 80 % de leur temps à la prestation des soins aux patients.

### Indicateurs de rendement

1. Nombre de patients ayant survécu à un AVC qui, à quelque moment pendant la phase de réadaptation en milieu hospitalier, sont soignés dans une unité de réadaptation consacrée à l'AVC après un épisode d'AVC aigu (prioritaire).
2. Arrangements finaux concernant le congé des survivants d'un AVC après la réadaptation en milieu hospitalier : pourcentage de patients qui retournent à leur résidence originale; pourcentage de patients orientés vers un centre de soins infirmiers ou de soins de longue durée; pourcentage de patients qui doivent être admis de nouveau dans un hôpital de soins actifs pour des motifs liés à l'AVC; pourcentage de patients qui retournent dans la collectivité après leur congé de l'hôpital alors qu'ils vivaient dans un milieu communautaire avant l'AVC (prioritaire).
3. Nombre de patients ayant survécu à un AVC qui sont évalués pendant le processus de réadaptation en milieu hospitalier par des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des diététistes et des travailleurs sociaux.
4. Proportion du temps total de la réadaptation en milieu hospitalier passé dans une unité de réadaptation après

un épisode d'AVC aigu.

5. Fréquence, durée et intensité des traitements offerts par des professionnels de la réadaptation pendant la période où le patient ayant survécu à un AVC reçoit des soins de réadaptation en milieu hospitalier.
6. Changement de l'état fonctionnel mesuré à l'aide d'un outil uniformisé, à partir de l'admission dans une unité de réadaptation post-AVC jusqu'au moment du congé.

#### Remarques relatives aux indicateurs de rendement

- Indicateur de rendement 1 : Le dénominateur devrait être le nombre total de patients avec AVC admis à la réadaptation en milieu hospitalier.
- Indicateur de rendement 2 : Les données devraient être corrélées avec les scores de gravité de l'AVC pendant l'analyse.
- La durée et l'intensité des services offerts par les professionnels de la réadaptation devraient être tirées du dossier du patient ou être mesurées de façon constante au moyen d'outils fiables permettant de mesurer la charge de travail, lesquels ont été adoptés à l'échelle locale ou régionale.

#### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- MIF@ : <http://www.stroking.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- AlphaMIF@ : [http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp\\_About.aspx](http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx)
- Modified Rankin Scale : [http://stroking.ca/assess/module\\_mrs\\_family-en.html](http://stroking.ca/assess/module_mrs_family-en.html)
- Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (Triage Module) : [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter4\\_Triage\\_FINAL\\_16ed.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter4_Triage_FINAL_16ed.pdf)
- The Certificate of Stroke Rehabilitation Program, Université de l'Alberta, département de médecine de réadaptation : <http://www.rehabilitation.ualberta.ca/ContinuingProfessionalEducation/CertificateStrokeRehabilitation.aspx>
- Ryerson University Interprofessional Certificate in Advanced Neuroscience-Stroke Care : <http://ce-online.ryerson.ca/ce/default.aspx?id=2873>
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC
- Aphasia United Best Practice Recommendations : <http://www.shrs.uq.edu.au/best-practice-recommendations>
- Australian Aphasia Rehabilitation Pathway : <http://www.aphasiapathway.com.au/?name=About-the-statements>
- Aphasia Institute : <http://www.aphasia.ca/home-page/health-care-professionals/>

##### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217A\\_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/att/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-6714cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/att/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-6714cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Aphasia Institute : <http://www.aphasia.ca/people-with-aphasia-and-families/>

- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 2](#)



### 3. Prestation de soins de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier

#### Réadaptation post-AVC 3. Prestation de soins de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier

##### Mise à jour 2015

- i. Les patients avec AVC devraient tous recevoir des soins de réadaptation dans un environnement stimulant, actif et complexe [niveau de preuve C] dès qu'ils sont jugés prêts pour la réadaptation et sont aptes, sur le plan médical, à y participer activement [niveau de preuve A].
- ii. Les patients avec AVC devraient recevoir au moins trois heures de thérapie axée sur la tâche par jour sous la direction de l'équipe interprofessionnelle de soins de l'AVC, et ce, au moins cinq jours par semaine [niveau de preuve C]; plus l'intensité de la thérapie est élevée, meilleurs sont les résultats du patient [niveau de preuve A].
- iii. La thérapie de réadaptation cliniquement pertinente que les patients reçoivent devrait être d'une intensité et d'une durée définies dans leur plan personnalisé de réadaptation optimale et être adaptée à leurs besoins et à leur niveau de tolérance [niveau de preuve A].
- iv. L'équipe devrait encourager le patient à intégrer régulièrement les habiletés acquises en thérapie dans sa routine quotidienne [niveau de preuve A] et dans ses activités au sein de la collectivité [niveau de preuve C].
- v. Il est recommandé d'offrir aux patients des occasions de répéter les techniques de réadaptation apprises en thérapie sous la surveillance d'un membre du personnel infirmier spécialisé en réadaptation post-AVC [niveau de preuve C].
- vi. La thérapie devrait comprendre la pratique intensive et répétitive de nouvelles tâches qui mettent le patient au défi d'acquiescer les habiletés motrices nécessaires en vue d'accomplir des tâches et des activités fonctionnelles [niveau de preuve A].
- vii. Il est recommandé d'établir le plan de réadaptation dans le cadre d'une prise de décision collective de manière à ce qu'il soit axé sur le patient, adapté aux réalités culturelles de ce dernier, et tenant compte des préférences et des objectifs du patient, de sa famille, de ses aidants ainsi que de l'équipe de soins [niveau de preuve C].
- viii. L'équipe de l'unité de réadaptation post-AVC devrait organiser au moins une réunion interprofessionnelle formelle par semaine au cours de laquelle elle cerne les problèmes des patients, définit les objectifs de réadaptation, mesure les progrès accomplis et planifie le soutien nécessaire après le congé [niveau de preuve B].
- ix. Parmi les éléments qu'il faudrait envisager d'inclure dans le plan de réadaptation, mentionnons l'évaluation des besoins préalable au congé afin de garantir une transition sans difficulté de la réadaptation vers la collectivité [niveau de preuve B]. La planification du congé devrait inclure les points suivants :
  - a. Une visite à domicile d'un professionnel de la santé, idéalement avant le congé, lorsque l'équipe de réadaptation ou la famille ont des craintes que des changements dans les capacités fonctionnelles, de communication ou cognitives peuvent avoir des répercussions sur la sécurité du patient [niveau de preuve C].
  - b. Une évaluation de la sécurité de l'environnement du domicile du patient et le besoin d'équipement et de modifications du domicile [niveau de preuve C].
  - c. L'éducation et la formation de l'aidant qui offrira du soutien au patient dans les activités de la vie quotidienne et l'aidera à accroître son niveau d'autonomie [niveau de preuve B].
  - d. Le patient et la famille devraient alors être informés des ressources utiles pour l'autogestion des soins et apprendre à s'orienter dans le système de santé [niveau de preuve B].
- x. Soulignons que selon de premières indications, le « Stroke Navigator » (conseiller en ressources pour l'AVC) joue un rôle important dans le cadre du soutien offert non seulement au survivant d'un AVC, mais également à son aidant afin de les rendre autonomes quant à la prise en charge de leurs soins de santé et pour leur permettre de s'orienter dans le système de soins de santé en temps opportun dans l'objectif de diminuer les futurs problèmes de santé ainsi que les répercussions économiques qui y sont associées. Il faudrait envisager d'orienter les patients en réadaptation post-AVC vers les « Stroke Navigator » dans les milieux où leurs services sont offerts [niveau de preuve B].

### Justification

Pour obtenir des bienfaits optimaux, il est essentiel que l'équipe des unités de réadaptation post-AVC pour patients hospitalisés soit bien coordonnée et offre des traitements de l'intensité adéquate, un entraînement axé sur la tâche et une planification précoce du congé. La recherche autant sur l'animal que sur l'humain indique que plus tôt la réadaptation est amorcée, meilleurs sont les résultats en matière de santé. Les soins de réadaptation intensifs et précoces chez les patients avec AVC tant aigu que subaigu améliorent le rétablissement de la motricité du bras et de la jambe, de la parole et des communications, qui à leur tour améliorent la mobilité, l'autonomie en soins personnels et la participation à des activités de loisirs. Le programme de réadaptation doit être adapté aux tâches qui doivent être réappries et développées, aux activités que choisit le patient ainsi qu'au rôle social de ce dernier. Il est également primordial que les professionnels participant à la réadaptation travaillent tous de concert et forment une équipe spécialisée qui se rencontre périodiquement pour discuter des objectifs et des progrès de la réadaptation. La planification précoce du congé, incluant l'évaluation du domicile, le soutien et la formation des aidants, permet de déterminer et d'écarter les entraves potentielles au congé et de garantir une transition efficace vers la vie dans la collectivité.

### Exigences pour le système

L'approche consistant à travailler ensemble afin d'obtenir des résultats optimaux en matière de rétablissement des fonctions pour les patients ayant survécu à un AVC exige que le système et les organismes de santé mettent en place les éléments suivants :

- L'accès en temps opportun à des services de réadaptation post-AVC spécialisés et interprofessionnels, quels que soient l'emplacement géographique de la collectivité d'accueil et les moyens financiers du patient.
- Le nombre nécessaire de fournisseurs de soins de santé ayant la formation appropriée et qui offrent leurs services au sein d'une équipe interprofessionnelle coordonnée pendant l'étape de la réadaptation post-AVC.
- Des ressources cliniques adéquates pour la prestation des thérapies personnalisées (selon le niveau d'intensité recommandé) aux patients ayant survécu à un AVC. Selon les estimations actuelles, le rapport patients-thérapeutes ne devrait pas dépasser 6:1 pour atteindre cet objectif.
- L'établissement de protocoles et de partenariats entre les services de réadaptation en milieu hospitalier et les fournisseurs de soins communautaires afin de garantir une transition efficace et en toute sécurité de l'hôpital vers la collectivité. Il faudrait porter une attention particulière aux patients résidant en milieu rural et éloigné.
- Des stratégies de communication permettant de faciliter l'échange des renseignements sur le patient, notamment les évaluations, les objectifs en matière de soins de réadaptation et les résultats, entre les fournisseurs de soins de santé et les milieux de soins.
- Les patients qui éprouvent des difficultés à communiquer (p. ex., les patients atteints d'aphasie) devraient avoir accès à tous les services de réadaptation post-AVC.
- Les stratégies de prévention d'une récurrence d'AVC devraient être optimisées par la promotion de la santé et l'éducation.
- Des initiatives de soutien en matière de réadaptation post-AVC destinées aux aidants pour permettre aux patients/aidants de mieux comprendre le plan de réadaptation et d'accroître leur adhésion à celui-ci.
- Un processus en place, permettant aux patients et aux aidants d'avoir de nouveau accès au système de réadaptation, au besoin. Le manque de moyens financiers ne devrait pas empêcher le patient d'avoir accès aux services de réadaptation.
- Des mécanismes en place dans tous les services de réadaptation des hôpitaux pour transmettre des données au Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) de l'ICIS.

### Indicateurs de rendement

1. Délai médian entre l'admission en raison d'un AVC à un hôpital de soins actifs et l'évaluation du potentiel de réadaptation effectuée par un spécialiste en soins dans ce domaine.
2. Délai médian entre l'apparition des symptômes de l'AVC et l'orientation vers un service de réadaptation post-AVC.
3. Délai médian entre l'orientation vers un service de réadaptation post-AVC et l'admission dans un service de réadaptation en milieu hospitalier.
4. Proportion des patients qui ont reçu leur congé des soins actifs sans être orientés vers un service de réadaptation post-AVC.
5. Nombre ou pourcentage des patients admis dans une unité d'AVC – soit une unité où les soins de l'AVC en phase aiguë et les soins de réadaptation sont combinés, soit une unité de réadaptation post-AVC dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés – à n'importe quel moment de leur hospitalisation (soins actifs ou réadaptation) (prioritaire).

6. Arrangements finaux concernant le congé des survivants d'un AVC après la réadaptation en milieu hospitalier : pourcentage des patients retournant à leur résidence originale; pourcentage orientés vers un centre de soins infirmiers ou de soins de longue durée; pourcentage orientés vers un logement supervisé ou des services d'aide à la vie autonome (prioritaire).
7. Pourcentage des patients devant être réadmis dans un hôpital de soins actifs pour un motif connexe à l'AVC (prioritaire).
8. Durée médiane du séjour dans une unité de réadaptation post-AVC pendant la réadaptation en milieu hospitalier.
9. Nombre moyen de jours du séjour en soins actifs de réadaptation (c'est-à-dire en ne comptant pas les jours où la participation aux soins a été interrompue par une maladie ou une réadmission à court terme aux soins actifs).
10. Nombre médian de jours passés en attente d'un transfert dans un milieu de soins de réadaptation post-AVC pour patients hospitalisés (c'est-à-dire depuis le moment où le patient est prêt à entreprendre sa réadaptation jusqu'à son admission à la réadaptation pour patients hospitalisés).
11. Modification (amélioration) du score de l'état fonctionnel selon une échelle d'évaluation uniformisée à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé (p. ex., MIF, AlphaMIF, échelle de Rankin modifiée).
12. Nombre médian d'heures de thérapie directe reçue pour chaque type de service pendant la réadaptation en milieu hospitalier.
13. Nombre total de jours passés dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés, par type d'AVC.
14. Nombre de patients évalués pour dépister des déficits cognitifs à l'aide d'un outil validé, pendant le séjour en réadaptation pour patients hospitalisés.
15. Nombre de patients évalués pour dépister la dépression à l'aide d'un outil validé, pendant le séjour en réadaptation pour patients hospitalisés.
16. Délai entre l'apparition des symptômes de l'AVC et la mobilisation : s'asseoir, se mettre debout, marcher avec ou sans aide.
17. Délai depuis l'apparition des symptômes de l'AVC jusqu'à l'autonomie pour manger, s'habiller, faire sa toilette, se servir des toilettes, prendre un bain et se consacrer à d'autres soins personnels.
18. Nombre médian de jours passés à un « autre niveau de soins » ou en réadaptation en milieu hospitalier en attendant de retourner à son domicile ou d'être admis dans une résidence ou un établissement de soins de longue durée.

Remarques relatives aux indicateurs de rendement

- Certains hôpitaux de soins actifs disposent d'une unité où les soins actifs et de réadaptation sont combinés, et les patients peuvent y progresser jusqu'au stade de la réadaptation sans être déménagés ou changer d'endroit. Les données à cette fin peuvent être obtenues par une vérification préliminaire des dossiers médicaux des patients.
- Pour plusieurs indicateurs de rendement, il faut procéder à une vérification préliminaire des dossiers des patients. La qualité de la documentation préparée par le personnel du programme peut avoir des incidences sur la disponibilité et la qualité des données.
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a créé une banque de données appelée Système national d'information sur la réadaptation (SNIR). Cette base de données contient des données sur les clients, obtenues auprès des établissements de réadaptation. Dans certaines provinces, les établissements sont obligés de fournir des données pour le SNIR, alors que dans d'autres, non. Par conséquent, le SNIR porte sur plus de 80 % des cas et permet de distinguer les patients avec AVC des patients en réadaptation en raison d'un diagnostic.
- Pour obtenir des renseignements sur l'intensité et la durée des services offerts par des spécialistes de la réadaptation, il faut procéder à l'examen des dossiers des patients ou obtenir les résultats d'un outil fiable qui mesure la charge de travail, lequel a été adopté à l'échelle locale ou régionale.
- L'indicateur de rendement 2 exige que l'on s'efforce de recueillir des renseignements sur les motifs du délai, s'il y en a, entourant l'admission d'un patient dans un hôpital de soins actifs à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés. Parmi ces motifs, mentionnons la disponibilité d'un lit, l'état de santé du patient et d'autres aspects du processus d'orientation et de transfert. Ces renseignements peuvent servir à orienter les initiatives d'amélioration de la qualité et à cerner les secteurs en cause.
- Les systèmes de mesure de la charge de travail sont des sources précieuses de données et de renseignements sur l'intensité et la fréquence des services, mais ils ne sont pas largement utilisés ou mis en œuvre de façon uniforme au Canada. Il faudrait toutefois encourager leur utilisation en plus du SNIR.
- Les indicateurs de rendement 8 et 9 peuvent être combinés afin de calculer une valeur d'efficacité de la MIF : évolution du score MIF de l'admission au congé et nombre total de jours passés en réadaptation post-

AVC.

## Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- MIF@ : <http://www.strokingengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- AlphaMIF@ : [http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp\\_About.aspx](http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx)
- Modified Rankin Scale : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_mrs\\_family-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_mrs_family-en.html)
- Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (Triage Module) : [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter4\\_Triage\\_FINAL\\_16ed.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter4_Triage_FINAL_16ed.pdf)
- The Certificate of Stroke Rehabilitation Program, Université de l'Alberta, département de médecine de réadaptation : <http://www.rehabilitation.ualberta.ca/ContinuingProfessionalEducation/CertificateinStrokeRehabilitation.aspx>
- Ryerson University Interprofessional Certificate in Advanced Neuroscience-Stroke Care : <http://ce-online.ryerson.ca/ce/default.aspx?id=2873>
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour le rétablissement post-AVC
- Info AVC : <http://www.strokingengine.ca/fr/>

### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233peroire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217A\\_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233peroire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.strokingengine.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

## Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 3](#)

## 4. Réadaptation en consultation externe et en milieu communautaire (incluant le congé précoce avec soutien)

### Réadaptation post-AVC

### 4. Réadaptation en milieu ambulatoire et communautaire

#### Mise à jour 2015

#### 4.1 Réadaptation en consultation externe et en milieu communautaire

- i. À son congé de l'hôpital, le survivant d'un AVC dont les objectifs en matière de réadaptation ne sont pas encore satisfaits doit pouvoir avoir accès à des soins et des services de réadaptation post-AVC spécialisés [niveau de preuve A]. Ces services devraient comprendre des services à domicile et communautaires (comme ceux offerts par des équipes de « congé précoce avec soutien ») ou des services en consultation externe [niveau de preuve A].
- ii. Les services de réadaptation post-AVC en consultation externe ou en milieu communautaire devraient être disponibles et offerts par une équipe interprofessionnelle, en fonction des besoins du patient, moins de 48 heures après le congé d'un hôpital de soins actifs ou moins de 72 heures après le congé d'un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés [niveau de preuve C].
- iii. Les services de réadaptation en consultation externe ou en milieu communautaire devraient être offerts dans le milieu de soins le plus approprié en tenant compte des besoins en matière de réadaptation fonctionnelle, des objectifs en matière de participation du patient, de la disponibilité d'un soutien familial/social et des préférences du patient et de sa famille. Il peut s'agir du domicile du patient ou d'un autre milieu communautaire [niveau de preuve C].
- iv. Les services de réadaptation en consultation externe ou en milieu communautaire devraient avoir les mêmes caractéristiques que les services de réadaptation coordonnés offerts en milieu hospitalier, notamment :
  - a. Une équipe interprofessionnelle de soins de réadaptation post-AVC [niveau de preuve A].
  - b. Une approche de coordination des cas, notamment des rencontres régulières de l'équipe pour discuter de l'évaluation des nouveaux patients et revoir la prise en charge de ceux-ci, les objectifs poursuivis et les plans de congé ou de transition [niveau de preuve B].
  - c. Le traitement, d'une durée minimale de huit semaines [niveau de preuve C], doit être offert pendant au moins 45 minutes par jour [niveau de preuve B] par discipline, de deux à cinq jours par semaine, en fonction des besoins individuels et des objectifs des patients [niveau de preuve A].
  - d. Il faudrait inclure les patients et les familles dans les décisions entourant la prise en charge, l'établissement des objectifs et la planification des transitions [niveau de preuve A].
- v. À toute étape de son rétablissement, le survivant d'un AVC dont l'état fonctionnel a changé et qui aurait avantage à recevoir des services de réadaptation additionnels devrait pouvoir avoir accès à des services de réadaptation supplémentaires en consultation externe s'il répond aux critères énumérés dans l'ENCADRÉ 1 : *Critères d'admissibilité et d'admission à la réadaptation post-AVC* [niveau de preuve B].

#### 4.2 Congé précoce avec soutien

- i. Les services de congé précoce avec soutien constituent une forme acceptable de réadaptation pour certains patients lorsqu'ils sont disponibles, dotés des ressources nécessaires et offerts par une équipe coordonnée de spécialistes interprofessionnels [niveau de preuve A].
- ii. Ces services doivent être offerts moins de 48 heures après le congé d'un hôpital de soins actifs ou moins de 72 heures après le congé d'un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés [niveau de preuve C].
- iii. Les critères d'admissibilité au congé précoce avec soutien sont les suivants :
  - a. le patient souffre d'une incapacité légère à modérée [niveau de preuve A];

- b. il est en mesure de participer à la réadaptation dès le congé [niveau de preuve A];
- c. son état de santé est stable, et les soins infirmiers appropriés, les ressources et le soutien requis (p. ex., famille, aidants, services de soins à domicile) sont disponibles [niveau de preuve A].
- iv. Pour répondre aux besoins du patient, les services devraient être offerts cinq jours par semaine au même niveau d'intensité que ceux offerts en milieu hospitalier [niveau de preuve B].
- v. Dans la mesure du possible, la prestation de ces services devrait être confiée à la même équipe ayant offert les soins de réadaptation en milieu hospitalier de manière à garantir une transition sans difficulté [niveau de preuve B]

### Justification

Certains patients présentant des déficits légers peuvent sans risque retourner chez eux pour poursuivre leur réadaptation et obtenir des résultats qui sont aussi bons, voire meilleurs que ceux qu'ils auraient obtenus s'ils étaient demeurés hospitalisés. Les services de congé précoce avec soutien offrent également l'avantage d'être moins coûteux.

À leur congé de l'hôpital, de nombreux patients, malgré les soins de réadaptation reçus, ont toujours besoin de traitements continus s'ils veulent atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. La réadaptation en milieu communautaire peut être définie comme les soins reçus lorsque le patient a traversé la phase aiguë et effectué la transition vers son domicile et son milieu communautaire. Dans les petites collectivités et les régions rurales et éloignées, il est très difficile d'avoir accès aux soins ambulatoires ou à la réadaptation en milieu communautaire. Par conséquent, des mesures novatrices comme la thérapie à domicile et la technologie de télémédecine devraient être utilisées.

Selon les données disponibles, la réintégration dans la collectivité peut prendre jusqu'à un an après l'AVC, et la majorité des gains à ce chapitre sont obtenus dans les six premiers mois après l'AVC.

### Exigences pour le système

Il existe un manque flagrant de ressources en matière de réadaptation en consultation externe et en milieu communautaire. Par conséquent, le système de santé doit s'efforcer d'obtenir et d'offrir les éléments suivants :

- Un accès en temps opportun à des services de réadaptation post-AVC pour les patients qui retournent dans la collectivité après leur congé de l'hôpital.
- Des soins de l'AVC organisés et accessibles dans les collectivités, notamment pour les patients ayant de la difficulté à communiquer.
- Un plus grand nombre de cliniciens qualifiés possédant une expérience en soins de réadaptation en milieu communautaire et en consultation externe.
- Des stratégies optimisées visant la prévention secondaire de l'AVC, notamment le dépistage régulier des facteurs de risque d'AVC et l'utilisation d'outils de dépistage validés.
- Des initiatives de soutien en matière de réadaptation post-AVC destinées aux aidants pour permettre aux patients/aidants de mieux comprendre le plan de réadaptation et d'accroître leur adhésion à celui-ci.
- Des services de réadaptation de longue durée disponibles à grande échelle et ne présentant aucun obstacle financier, dans les centres de soins infirmiers, les établissements de soins de longue durée, les services de consultation externe et les programmes communautaires, y compris les visites à domicile.
- Une utilisation accrue de la télémédecine pour élargir l'accès aux services de réadaptation en consultation externe.
- Des mécanismes prospectifs de collecte de données pour l'évaluation et le suivi. Tous les programmes devraient avoir déjà mis ces éléments en place ou être en voie de le faire.

### Indicateurs de rendement

1. **Pourcentage des patients ayant survécu à un AVC qui reçoivent leur congé pour réintégrer la collectivité et qui sont orientés vers des services de réadaptation continus à leur congé de l'hôpital de soins actifs ou de l'établissement de réadaptation pour patients hospitalisés.**
2. Délai médian entre la référence en réadaptation à titre de patient externe et l'admission dans un programme de réadaptation dans la collectivité.
3. Fréquence et durée des services offerts par des professionnels de la réadaptation en milieu communautaire.
4. Ampleur des changements dans les scores fonctionnels, mesurés à l'aide d'un outil uniformisé, pour les

survivants d'un AVC participant à un programme de réadaptation communautaire.

5. Délai entre l'orientation vers la réadaptation de longue durée en consultation externe/en milieu communautaire et le début des traitements.
6. Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic d'AVC qui obtiennent des soins en consultation externe ou en milieu communautaire après leur admission à l'hôpital pour un épisode d'AVC aigu.
7. Pourcentage des personnes évaluées en consultation externe recevant des services, suivies ou prises en charge dans un programme de réadaptation post-AVC dans tous les districts/sections/collectivités desservies par le service/programme (notamment par télémédecine, en clinique et à domicile).
8. Nombre de patients avec AVC évalués par des physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et travailleurs sociaux dans la collectivité.

Utilisation des services de santé connexes aux soins de l'AVC offerts dans la collectivité pour la réadaptation post-AVC, incluant le moment et l'intensité des services.

#### Remarques relatives aux indicateurs de rendement

- Plusieurs indicateurs de rendement nécessitent la collecte de données ciblées par la vérification des dossiers des patients en réadaptation et des dossiers des programmes communautaires. La qualité et la disponibilité des données dépendent de la qualité de la documentation.
- En ce qui concerne l'indicateur de rendement 3, l'obtention des renseignements relatifs à la fréquence et à la durée des services des professionnels de la réadaptation exige une vérification des dossiers ou des outils fiables de mesure de la charge de travail adoptés sur le plan local ou régional. On devrait y retrouver des données sur le nombre total de visites ou de séances de thérapie par discipline que le patient reçoit au cours d'une période définie (p. ex., les six premières semaines après l'AVC) et la durée médiane de chaque séance.
- La disponibilité des données concernant les programmes communautaires varie considérablement entre les programmes, les régions et les provinces. Il faudrait adopter des outils de vérification uniformisés pour la collecte de ces données.
- Les résultats de l'instrument MIF se trouvent dans la banque de données du SNIR de l'ICIS pour ce qui est des organismes qui y contribuent.

#### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- MIF® : <http://www.strokingengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- AlphaMIF® : [http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp\\_About.aspx](http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx)
- Chedoke-McMaster Stroke Assessment Scale : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_cmmsa\\_intro-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_cmmsa_intro-en.html)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC
- Evidence-Based Review of Outpatient Stroke Rehabilitation : [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter7\\_Outpatients\\_FINAL\\_16ed.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter7_Outpatients_FINAL_16ed.pdf)
- Reintegration to Normal Living Index : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_rnli\\_family-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_rnli_family-en.html)
- Leisure section of the Assessment of Life Habits (LIFE-H) : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_lifeh\\_family-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_lifeh_family-en.html)
- Stroke Impact Scale : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_sis\\_family-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_sis_family-en.html)
- Tableau 7.1, Outils de dépistage et d'évaluation de la dépression post-AVC
- Fall Prevention Screening Tools : <http://www.albertahealthservices.ca/4354.asp>

##### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)

- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/att/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/att/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.strokingine.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/ressources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

#### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 4](#)



## B. Prestation de soins de réadaptation post-AVC pour traiter des déficits physiques, fonctionnels, cognitifs et émotionnels en vue du meilleur accomplissement des tâches de la vie quotidienne

Cette section comprend des recommandations pour les thérapies visant à traiter des aspects fonctionnels précis du rétablissement après un AVC et des soins cliniques directs.

### 5.1 Prise en charge des membres supérieurs après un AVC

#### Réadaptation post-AVC

#### 5.1 Prise en charge des membres supérieurs après un AVC

##### Mise à jour 2015

*Définition : Aux fins d'interprétation des présentes recommandations, « tôt » désigne le niveau de preuve pour les thérapies qui s'appliquent aux patients dont l'AVC date de moins de six mois, et « tard », pour l'AVC de référence qui date de plus de six mois.*

##### Principes généraux

- i. Les patients devraient participer à un entraînement significatif, mobilisateur, adapté progressivement, orienté sur la tâche et axé sur les objectifs dans une tentative visant l'obtention d'un meilleur contrôle moteur et le rétablissement des fonctions sensorimotrices [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- ii. Il faut encourager le patient à utiliser le membre atteint dans l'accomplissement de tâches fonctionnelles; l'entraînement devrait être conçu en vue de simuler les habiletés partielles ou complètes requises dans les activités de la vie quotidienne (p. ex., plier, boutonner, verser et soulever) [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].

##### Traitements particuliers

- i. Des exercices d'amplitude du mouvement (passifs et actifs assistés) incluant le placement du membre supérieur dans diverses positions appropriées et sécuritaires à l'intérieur du champ visuel du patient devraient être offerts [niveau de preuve C]. *Voir la recommandation 5.4 pour de plus amples renseignements.*
- ii. Après une évaluation cognitive et physique appropriée afin de déterminer si le patient est un bon candidat, il faudrait l'encourager à se soumettre à des examens d'imagerie mentale en vue d'accroître le rétablissement des fonctions sensorimotrices du membre supérieur [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve B].
- iii. **L'utilisation de la stimulation électrique fonctionnelle (SEF)** devrait être envisagée pour le poignet et les muscles de l'avant-bras afin de réduire le déficit et d'améliorer le rétablissement de la fonction motrice [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- iv. **L'utilisation de la thérapie du mouvement par contrainte induite traditionnelle ou modifiée (TMCI)** devrait être envisagée pour certains patients présentant une amplitude d'extension du poignet d'au moins 20 degrés et des doigts d'au moins 10 degrés ainsi que des déficits sensoriels et cognitifs minimaux [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- v. **La thérapie par le miroir** pourrait être utilisée comme traitement auxiliaire en association avec la thérapie de réadaptation pour le rétablissement des fonctions motrices chez certains patients. Elle pourrait contribuer à améliorer les fonctions motrices des membres supérieurs ainsi que la capacité du patient à effectuer les activités de la vie quotidienne [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- vi. On ne sait pas avec certitude si la stimulation sensorielle (p. ex., la neurostimulation transcutanée, l'acupuncture, la stimulation des muscles, la rétroaction biologique) améliore les fonctions motrices des membres supérieurs [niveau de preuve B].
- vii. **Les techniques utilisant la réalité virtuelle**, tant immersives (visiocasques ou interfaces robotiques) que non immersives (dispositifs de jeu), si elles sont disponibles, peuvent être utilisées comme outils auxiliaires dans le cadre d'autres thérapies de réadaptation en offrant des occasions supplémentaires de les répéter, d'augmenter leur intensité, de favoriser la participation du patient, de recueillir ses commentaires et d'axer

- d'avantage la formation sur la tâche [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- viii. Les thérapeutes devraient envisager d'offrir des programmes d'entraînement supplémentaires visant à augmenter les mouvements actifs et l'utilisation fonctionnelle du bras atteint entre les séances de traitement (p. ex., le Graded Repetitive Arm Supplementary Program [GRASP]) qui est approprié tout autant à l'hôpital qu'à la maison [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve C].

#### **Matériel adapté**

- i. L'utilisation de matériel adapté pour la sécurité et l'amélioration des fonctions pourrait être envisagée si d'autres moyens d'effectuer des tâches particulières ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être appris [niveau de preuve C].
- ii. Le besoin de matériel spécial (fauteuil roulant, dispositifs de sécurité) doit être évalué sur une base individuelle. Si un appareil spécialisé est fourni, il faudrait évaluer périodiquement si le patient en a encore besoin ou s'il peut cesser de l'utiliser, dans l'objectif de le rendre autonome [niveau de preuve C].
- iii. Les orthèses dynamiques et fonctionnelles s'ajoutent aux nombreux outils destinés aux traitements et peuvent être offertes aux patients, notamment en vue de faciliter les exercices répétitifs axés sur les tâches [niveau de preuve B].
- iv. L'entraînement bilatéral pour le bras ne semble pas être plus efficace que l'entraînement unilatéral pour le bras pour améliorer les fonctions motrices des membres supérieurs [niveau de preuve B].
- v. L'utilisation d'exercices de renforcement devrait être envisagée chez les personnes dont le niveau de fonction motrice des membres supérieurs est faible à modéré, aussi bien pendant la phase subaiguë que lors de la phase chronique du rétablissement. Les exercices de renforcement ne diminuent pas la tonicité et n'aggravent pas la douleur [niveau de preuve A].
- vi. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr) et la stimulation transcrânienne en courant direct (STCC) pourraient être utilisées comme traitements auxiliaires en association avec la thérapie de réadaptation pour le rétablissement des fonctions motrices des membres supérieurs [niveau de preuve B (SMTr); niveau de preuve A (STCC)].

#### **Justification**

L'AVC affecte fréquemment les fonctions du bras et de la main. Un grand nombre de survivants d'un AVC ne récupèrent pas les fonctions normales qui leur permettent d'accomplir les activités de la vie quotidienne. Le fonctionnement des deux bras est nécessaire à la quasi-totalité des activités quotidiennes. Un grand nombre de techniques ont été développées pour ceux qui ont conservé des mouvements minimaux du bras.

#### **Exigences pour le système**

L'évaluation et la prise en charge appropriées et en temps opportun des fonctions des membres supérieurs exigent les éléments suivants :

- Une évaluation initiale uniformisée de ces fonctions par des cliniciens possédant une expérience dans les domaines de l'AVC et de la réadaptation post-AVC.
- L'accès en temps opportun aux services de réadaptation post-AVC spécialisés et interprofessionnels offrant des traitements du type et de l'intensité appropriés.
- L'accès au matériel approprié (comme la stimulation électrique fonctionnelle).
- La disponibilité à grande échelle de soins de réadaptation de longue durée dans les centres de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée ainsi que dans les programmes ambulatoires et communautaires.
- L'utilisation de la robotique en réadaptation post-AVC est en plein essor. Par conséquent, les programmes de réadaptation doivent, dans la mesure du possible, se doter de la capacité requise pour intégrer ces techniques que les données issues de la recherche dans le domaine considèrent comme étant adaptées à certains patients et, sans doute, à l'avenir les intégrer en tant que composante à part entière de leur programme.

#### **Indicateurs de rendement**

1. **Ampleur des changements (amélioration) du score de l'état fonctionnel selon une échelle d'évaluation uniformisée à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés**

**jusqu'au congé.**

2. **Ampleur des changements du score de l'état fonctionnel du bras et de la main selon une échelle d'évaluation uniformisée à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés ou en milieu communautaire jusqu'au congé.**
3. Délai médian entre l'admission en raison d'un AVC à un hôpital de soins actifs et l'évaluation du potentiel de réadaptation effectuée par un spécialiste du domaine des soins de réadaptation.
4. Durée médiane du séjour dans une unité d'AVC pendant la réadaptation en milieu hospitalier.
5. Nombre moyen d'heures par jour de thérapie axée sur la tâche offerte par l'équipe interprofessionnelle de soins de l'AVC.
6. Nombre moyen de jours par semaine (cible minimale : cinq jours) de thérapie directe axée sur la tâche offerte par l'équipe interprofessionnelle de soins de l'AVC.

#### **Remarques relatives aux indicateurs de rendement**

- Un processus d'entrée des données devra être établi afin de recueillir les scores obtenus par des outils de mesure des résultats de santé, tels que l'échelle Chedoke-McMaster (**p. ex., ARAT ou WMFT**).
- Les résultats de l'instrument MIF se trouvent dans la banque de données du SNIR de l'ICIS pour ce qui est des organismes qui y contribuent.
- Indicateur de rendement 5 : Par thérapie directe, il faut entendre le temps que le thérapeute et le patient passent face à face (1:1), et non les séances de groupe ou le temps consacré à la documentation.

#### **Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances**

##### **Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé**

- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation validés fréquemment utilisés en réadaptation post-AVC
- MIF® : <http://www.strokengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- AlphaMIF® : [http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp\\_About.aspx](http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx)
- Chedoke-McMaster Stroke Assessment : [http://strokengine.ca/assess/module\\_cmmsa\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_cmmsa_intro-en.html)
- Chedoke-McMaster Arm and Hand Activity Inventory : [http://strokengine.ca/assess/module\\_cahai\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_cahai_intro-en.html)
- Modified Ashworth Scale : [http://strokengine.ca/assess/module\\_mashes\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_mashes_intro-en.html)
- Box and Block Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_bbt\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_bbt_intro-en.html)
- Nine Hole Peg Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_nhpt\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_nhpt_intro-en.html)
- Fugl-Myer Assessment of Sensory-Motor Recovery : <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=908&Source=http%3A%2F%2Fwww%2Erehabmeasures%2Eorg%2Frehabweb%2Fallmeasures%2Easpx%3FView%3D%257b0c859d90%52d7478%252d4c9b%252d9575%252d784c4a9a2d85%2527d%26PageView%3DShared>
- Chedoke-McMaster Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI) : [http://strokengine.ca/assess/module\\_cahai\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_cahai_intro-en.html)
- Action Research Arm Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_arat\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_arat_intro-en.html)
- Wolf Motor Function Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_wmft\\_family-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_wmft_family-en.html)
- Graded Repetitive Arm Supplementary Program (GRASP) : <http://neurorehab.med.ubc.ca/grasp/>
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>

##### **Renseignements destinés au patient**

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)

- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_u\\_n\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_u_n_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217A\\_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/ressources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

#### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 5.1](#)

## 5.2 Amplitude du mouvement et spasticité de l'épaule, du bras et de la main

### Réadaptation post-AVC

Mise à jour 2015

### 5.2 Amplitude du mouvement et spasticité de l'épaule, du bras et de la main

**Définition :** Aux fins d'interprétation des présentes recommandations, « **tôt** » désigne le niveau de preuve pour les thérapies qui s'appliquent aux patients dont l'AVC date de moins de six mois, et « **tard** », dont l'AVC de référence date de plus de six mois.

- i. Il est possible de prévenir ou de traiter la spasticité et les contractures à l'aide de positionnement antispastique, d'exercices d'amplitude du mouvement, ou d'étirement [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
  - a. L'utilisation régulière d'attelles n'est pas recommandée [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve B].
  - b. Chez certains patients, l'utilisation d'attelles peut être utile, et doit être envisagée sur une base individuelle [niveau de preuve C].
- ii. L'utilisation de la chimiodénervation par l'injection de la toxine botulique devrait être envisagée chez les patients avec spasticité focale ou symptomatique pénible afin d'augmenter l'amplitude du mouvement et de réduire la douleur [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve A].
- iii. Des médicaments à administrer par voie orale peuvent être prescrits pour le traitement de la spasticité incapacitante :
  - a. L'utilisation de la tizanidine devrait être envisagée chez les patients dont la spasticité incapacitante est généralisée [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve B].
  - b. Le baclofène peut être une solution de rechange moins coûteuse, mais il n'a pas été éprouvé auprès de cette population [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C]. Remarque : Il faut tout d'abord administrer de faibles doses de baclofène, puis augmenter progressivement les doses au fur et à mesure que le patient tolère le traitement.
  - c. Il n'est pas recommandé de prescrire des benzodiazépines en raison des effets secondaires au chapitre de la sédation qui peuvent nuire au rétablissement [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
- iv. La présence de spasticité ne devrait pas limiter l'utilisation d'exercices de renforcement du bras [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].

### Justification

La spasticité est une augmentation des réflexes toniques à l'étirement d'un muscle (tonus musculaire) qui dépend de la vélocité de l'étirement et est accompagnée de réactions exagérées des tendons. Elle peut être douloureuse et nuire au rétablissement des fonctions et aux efforts de réadaptation. Si elle n'est pas prise en charge de la manière appropriée, le survivant d'un AVC peut éprouver une perte de l'amplitude des mouvements aux articulations du bras affecté, ce qui peut causer des contractures.

### Exigences pour le système

- L'évaluation et la prise en charge appropriées et en temps opportun de l'amplitude du mouvement de l'épaule, du bras et de la main ainsi que de la spasticité exigent les éléments suivants :
- La disponibilité de soins de l'AVC organisés ainsi que l'accès à ceux-ci pendant la période de réadaptation post-AVC, notamment des unités de réadaptation post-AVC dotées d'un nombre nécessaire de membres du personnel et d'une équipe interprofessionnelle ayant reçu la formation appropriée.
  - L'accès en temps opportun à des services de réadaptation post-AVC spécialisés et interprofessionnels offrant des évaluations et des traitements du type et de l'intensité indiqués.
  - La disponibilité au sein de l'équipe interdisciplinaire des compétences nécessaires pour prévenir ou améliorer la spasticité post-AVC et pour trouver les moyens de remédier aux complications et aux limitations fonctionnelles qui y sont associées.

- L'optimisation des stratégies de prévention et de prise en charge de la spasticité tant initialement après l'AVC qu'au moment des évaluations de suivi.
- Le financement nécessaire pour les injections de chimiodénervation et les services de réadaptation post-injection associés, le cas échéant.
- La disponibilité à grande échelle de soins de réadaptation de longue durée dans les établissements de soins infirmiers et de soins de longue durée ainsi que dans les programmes ambulatoires et communautaires.

#### Indicateurs de rendement

1. Modification (amélioration) du score de l'état fonctionnel mesuré à l'aide d'une échelle d'évaluation uniformisée à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés, jusqu'au congé.
2. Modification du score de l'état fonctionnel de l'épaule, du bras et de la main mesuré à l'aide d'une échelle d'évaluation uniformisée (échelle de douleur Chedoke-McMaster ou échelle d'Ashworth modifiée) à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés, jusqu'au congé.
3. Délai médian entre l'admission en raison d'un AVC à un hôpital de soins actifs et l'évaluation du potentiel de réadaptation effectuée par un spécialiste du domaine des soins de réadaptation.
4. Durée médiane du séjour dans une unité de réadaptation post-AVC pendant la réadaptation en milieu hospitalier.

#### Remarques relatives aux indicateurs de rendement

- Un processus d'entrée des données devra être établi afin de recueillir les scores obtenus selon des outils de mesure des résultats de santé, tels que l'échelle Chedoke-McMaster.
- Les résultats de l'instrument MIF se trouvent dans la banque de données du SNIR de l'ICIS pour ce qui est des organismes qui y contribuent.

#### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- MIF® : <http://www.strokingengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- AlphaMIF® : [http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp\\_About.aspx](http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC
- Modified Ashworth Scale : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_mashs\\_intro-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_mashs_intro-en.html)
- Pain scales : <http://www.painedu.org/Downloads/NIPC/Pain%20Assessment%20Scales.pdf>

##### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217A\\_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : <http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24->

[0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](#)

- Info AVC : <http://www.strokenigne.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 5.2](#)

### 5.3 Prise en charge de la douleur à l'épaule et du syndrome douloureux régional complexe (SDRC) après un AVC

#### Réadaptation post-AVC 5.3 Prise en charge de la douleur à l'épaule et du SDRC après un AVC Mise à jour 2015

**Définition :** Aux fins d'interprétation des présentes recommandations, « **tôt** » désigne le niveau de preuve pour les thérapies qui s'appliquent aux patients dont l'AVC date de moins de six mois, et « **tard** », dont l'AVC de référence date de plus de six mois.

**Remarque :** La douleur à l'épaule peut être due à l'hémiplégie même, à une lésion ou à un trouble orthopédique acquis causés par l'atteinte à l'intégrité de l'articulation et du tissu mou.

#### A. Prévention de la douleur à l'épaule hémiplégique et de la subluxation

- i. Les stratégies de protection des articulations devraient être employées pendant les stades précoces et de flaccidité du rétablissement, afin de prévenir ou réduire la douleur à l'épaule. Ceux-ci comprennent :
  - a. le positionnement et l'appui du bras au repos [niveau de preuve B];
  - b. la protection et l'appui du bras pendant les tâches de mobilité fonctionnelle [niveau de preuve C];
  - c. la protection et l'appui du bras en fauteuil roulant par le plateau ou l'appuie-bras [niveau de preuve C];
  - d. l'utilisation d'écharpes au-delà de la phase flasque demeure controversée puisque les inconvénients sont plus nombreux que les avantages (p. ex., stimule la synergie des muscles fléchisseurs, ne favorise pas l'utilisation du bras, inhibe le balancement du bras, contribue à la formation de contracture, et entraîne une dégradation de l'image que le patient se fait de son corps) EBRSR [niveau de preuve C].
- ii. Les patients au bras flasque (c'est-à-dire, score inférieur à 3 sur l'échelle Chedoke-McMaster) pourraient bénéficier de stimulation électrique [tôt – niveau de preuve B; tard – niveau de preuve B].
- iii. Les poulies au-dessus de la tête ne devraient pas être utilisées [niveau de preuve A].
- iv. Le bras ne devrait pas être déplacé au-delà de 90 degrés de flexion et d'abduction, à moins que l'omoplate ne soit pivotée vers le haut et que l'humérus ne soit pivoté latéralement [niveau de preuve A].
- v. La manipulation correcte du bras hémiplégique doit être enseignée au personnel soignant, aux patients et aux familles [niveau de preuve A].
  - a. Par exemple, positionner et appuyer le bras avec précaution lors de mouvements assistés comme les transferts; éviter de tirer sur le bras touché [niveau de preuve C].

#### B. Évaluation de la douleur à l'épaule hémiplégique

- i. Lors de l'évaluation de la douleur à l'épaule hémiplégique, il faut tenir compte du tonus, de la force, des changements dans la longueur des tissus mous, de l'alignement des articulations de la ceinture scapulaire, du niveau de douleur et des modifications orthopédiques à l'épaule [niveau de preuve C].

#### C. Prise en charge de la douleur à l'épaule hémiplégique

- i. Le traitement de la douleur à l'épaule hémiplégique, associée aux limites de l'amplitude de mouvement, comprend des techniques de mobilisation et d'étirement effectuées **délicatement** ainsi que, habituellement, impliquent une augmentation de la rotation externe et de l'abduction [niveau de preuve B].
  - a. L'amplitude des mouvements actifs devrait être augmentée graduellement, conjointement avec la restauration de l'alignement et le renforcement des muscles faibles dans la ceinture scapulaire [niveau de preuve B].
- ii. Des analgésiques (p. ex., acétaminophène ou ibuprofène) peuvent être utilisés pour soulager la



douleur, à moins de contre-indications [niveau de preuve C].

- iii. Des injections de toxine botulique dans les muscles subscapulaire et pectoral peuvent servir à calmer la douleur à l'épaule hémiplegique, qui semble liée à la spasticité [niveau de preuve B].
- iv. Les injections sous-acromiales de corticostéroïdes peuvent être utilisées chez les patients dont la douleur paraît être liée à une lésion ou une inflammation de l'espace sous-acromial (coiffe des rotateurs ou bourse) dans l'épaule hémiplegique [niveau de preuve B].

**D. Syndrome douloureux régional complexe (SDRC)** (également appelé syndrome épaule-main ou dystrophie sympathique réflexe)

- i. **Prévention** : Pour prévenir le SDRC, il faut utiliser des exercices d'amplitude de mouvement passifs, actifs ou actifs assistés [niveau de preuve C].
- ii. **Le diagnostic** doit s'appuyer sur les constatations cliniques, notamment la douleur et la sensibilité des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales, pouvant être associées à un œdème sur le dos des doigts, des troubles trophiques cutanés, l'hyperesthésie et l'amplitude restreinte du mouvement [niveau de preuve C].
- iii. Une scintigraphie osseuse de trois phases (qui indique une absorption péri-articulaire accrue dans les articulations distales du membre supérieur) peut aider à formuler le diagnostic [niveau de preuve C].
- iv. **Prise en charge du SDRC** : Pour réduire l'œdème et la douleur, on peut utiliser un traitement précoce aux corticostéroïdes oraux, en commençant par des doses de 30 à 50 mg par jour pendant trois à cinq jours, qu'on diminue progressivement sur une période de une à deux semaines [niveau de preuve B].
- v. **L'œdème de la main peut être réduit par** :
  - a. des exercices d'amplitude de mouvement actifs, actifs assistés ou passifs combinés à l'élévation du bras [niveau de preuve C];
  - b. le massage rétrograde [niveau de preuve C];
  - c. la mobilisation douce de niveaux 1 et 2 des mouvements accessoires de la main et des doigts [niveau de preuve C].

**Justification**

L'incidence de la douleur à l'épaule après un AVC est élevée. Parmi les patients adultes ayant subi un AVC, 72 % affirment avoir eu au moins un épisode de douleur à l'épaule pendant la première année suivant l'événement. Cette douleur peut masquer les progrès au chapitre du mouvement et des fonctions ou empêcher la participation du patient à des activités de réadaptation telles les thérapies ou les activités axées sur la vie quotidienne. La douleur à l'épaule hémiplegique peut contribuer à la dépression et à l'insomnie, et réduire la qualité de vie.

**Exigences pour le système**

L'évaluation et la prise en charge appropriées et en temps opportun de la douleur à l'épaule exigent les éléments suivants :

- La disponibilité de soins de l'AVC organisés pendant la période de réadaptation post-AVC, notamment des unités de réadaptation post-AVC dotées d'un nombre nécessaire de membre du personnel et d'une équipe interprofessionnelle ayant reçu la formation appropriée.
- Le matériel nécessaire pour un bon positionnement du membre (p. ex., oreillers, appuie-bras).

L'évaluation et la prise en charge appropriées et en temps opportun de la douleur à l'épaule exigent les éléments suivants :

- L'évaluation initiale de la plus grande amplitude du mouvement actif ou passif de l'épaule, fondée sur le score à l'échelle Chedoke-McMaster Stroke Assessment, et l'évaluation de la rotation externe effectuée par des cliniciens ayant une expérience de la réadaptation post-AVC.
- L'accès en temps opportun à des services de réadaptation post-AVC spécialisés et interprofessionnels pour la prise en charge de la douleur à l'épaule.
- L'accès en temps opportun à des thérapies de réadaptation de l'intensité et du type indiqués pour la prise en charge ou la réduction de la douleur à l'épaule du survivant d'un AVC.
- La disponibilité de services de réadaptation dans les centres de soins infirmiers et ceux de soins de longue durée ainsi que dans les programmes communautaires et les consultations externes.

- Des médecins ayant reçu une formation en soins de l'AVC et, au besoin, en injections de toxine botulique et en injections intra-articulaires dans l'épaule.

#### Indicateurs de rendement

1. Proportion des patients avec AVC qui souffrent de douleur à l'épaule dans un hôpital de soins actifs, dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés ou après le retour dans la collectivité (l'outil du SNIR comprend une question d'autoévaluation de la douleur à l'admission et au congé).
2. Durée du séjour des patients souffrant de douleur à l'épaule dans un hôpital de soins actifs ou dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés (comparativement aux patients ne souffrant pas de douleur à l'épaule).
3. Proportion des patients avec AVC signalant une douleur à l'épaule lors du suivi après trois et six mois.
4. Changement du score d'intensité de la douleur à l'épaule, à partir des données de référence jusqu'à des périodes déterminées de mesure.
5. Changements du score de motricité, à partir des données de référence jusqu'à des périodes déterminées de mesure.
6. Amplitude de la rotation externe de l'épaule avant et après les soins pour la douleur à l'épaule.
7. Proportion des patients chez qui l'amplitude du mouvement est réduite en raison de la douleur à l'épaule.

#### Remarques relatives aux indicateurs de rendement

- Indicateur de rendement 4 : Des échelles uniformisées devraient être utilisées pour la mesure de la douleur et de l'amplitude du mouvement.
- Certaines données doivent être extraites des dossiers médicaux. La capacité des professionnels de la santé à documenter la douleur à l'épaule peut avoir une incidence sur la qualité et la possibilité d'établir des rapports sur certains de ces indicateurs de rendement.
- Des outils de vérification utilisés à l'échelle locale peuvent faciliter la collecte de données sur la douleur à l'épaule qu'éprouvent les patients avec AVC.

#### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC
- Pain scales : <http://www.painedu.org/Downloads/NIPC/Pain%20Assessment%20Scales.pdf>
- Échelle de douleur à l'épaule Chedoke-McMaster : <http://www.rehabmeasures.org/pdf%20library/cmsa%20manual%20and%20score%20form.pdf>

##### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217A\\_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : <http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24->

[0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](#)

- Info AVC : <http://www.strokenigne.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 5.3](#)

## 6.1 Mobilité, équilibre et transferts

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2015

### 6.1 Mobilité, équilibre et transferts

**Définition :** Aux fins d'interprétation des présentes recommandations, « **tôt** » désigne le niveau de preuve pour les thérapies qui s'appliquent aux patients dont l'AVC date de moins de six mois, et « **tard** », dont l'AVC de référence date de plus de six mois.

#### A. Considérations générales

- i. Les patients devraient participer à un entraînement significatif, mobilisateur, adapté progressivement, intensif, orienté sur la tâche et axé sur les objectifs dans une tentative visant l'obtention d'une meilleure mobilité et de meilleures aptitudes à effectuer des transferts [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].

#### B. Entraînement à la marche

- i. L'utilisation d'exercices de renforcement devrait être envisagée chez les personnes dont le niveau de fonction motrice des membres inférieurs est faible à modéré aussi bien pendant la phase subaiguë [niveau de preuve C] que lors de la phase chronique [niveau de preuve B] du rétablissement. Les exercices de renforcement n'affectent pas la tonicité et n'aggravent pas la douleur [niveau de preuve A].
- ii. Un entraînement axé sur la tâche et sur les objectifs répétitif et progressivement adapté est recommandé pour améliorer l'exécution de certaines tâches impliquant les membres inférieurs comme la distance et la vitesse de la marche et le passage de la position assise à debout [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- iii. L'entraînement sur tapis roulant axé sur la démarche du marcheur (sans appareil de suspension) devrait être envisagé pour améliorer la vitesse, l'endurance et la distance de la marche si l'entraînement sur terre ferme n'est pas disponible ou approprié [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- iv. L'entraînement à la marche utilisant des dispositifs électromécaniques (robotiques) pourrait être envisagé chez les patients qui ne seraient autrement pas en mesure de s'entraîner à la marche. Ils ne doivent pas être utilisés à la place de la thérapie traditionnelle d'entraînement à la marche [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- v. L'utilisation de la stimulation auditive rythmique (RAS) pourrait être envisagée pour améliorer les paramètres liés à la marche chez les patients ayant survécu à un AVC, notamment la vitesse et la cadence de la marche, la longueur de la foulée et la symétrie de la marche [niveau de preuve A].
- vi. L'entraînement par la réalité virtuelle (comme les technologies de réalité virtuelle non immersives) pourrait être utilisé comme traitement auxiliaire en association avec la thérapie traditionnelle d'entraînement à la marche [niveau de preuve A].
- vii. La pratique mentale pourrait être utilisée comme traitement auxiliaire en association avec l'entraînement visant le rétablissement des fonctions motrices des membres inférieurs [niveau de preuve A].
- viii. La rétroaction biologique pourrait être utilisée comme traitement auxiliaire dans le cadre de la thérapie visant à améliorer la démarche et l'équilibre [niveau de preuve B].

#### C. Équilibre

- i. L'entraînement visant le rétablissement de l'équilibre devrait être proposé aux patients qui présentent des troubles de l'équilibre après un AVC [niveau de preuve A].
  - a. Les thérapeutes doivent prendre en considération le contrôle de l'équilibre tant volontaire que réactif dans le cadre de l'évaluation et du traitement [niveau de preuve C].
  - b. Parmi les interventions efficaces, mentionnons l'entraînement musculaire du tronc/l'entraînement pour le rétablissement de l'équilibre assis (tôt et tard), les interventions axées sur la tâche avec ou sans intervention multisensorielle (tard), la rétroaction biologique sur plateforme de force (tôt et tard) [niveau de preuve A], le tai chi (tard), la thérapie par exercices aquatiques (tard), les

programmes d'entraînement à domicile structurés, progressifs, fondés sur des données physiologiques et supervisés par un thérapeute (tôt), les séances de vélo (tôt), et l'entraînement sur tapis roulant avec appareil de suspension (soutien partiel du poids corporel) (tôt) [niveau de preuve B].

#### D. Exercices aérobiques

- i. Une fois que leur état de santé est stable, les patients devraient être examinés par des professionnels de la santé qualifiés afin de déterminer s'ils sont aptes à participer à un programme d'exercices aérobiques.
  - a. Les thérapeutes devraient établir les antécédents médicaux et procéder à un examen physique pour déterminer les facteurs qui nécessitent une attention particulière ou constituent des contre-indications dont il faut tenir compte [tôt – niveau de preuve B; tard – niveau de preuve B].
  - b. Un test d'effort avec échocardiographie ainsi qu'une surveillance de la pression artérielle et des symptômes subjectifs devraient être envisagés, en particulier chez les patients ayant des antécédents connus de maladie cardiovasculaire [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C]. Si le programme prévu doit être d'intensité légère (c.-à-d., < 40-45 % de la valeur prédite de la réserve de fréquence cardiaque), une épreuve sous-maximale clinique (p. ex., le test des six minutes de marche) pourrait être appropriée pour évaluer l'aptitude du patient à participer à un programme d'exercices aérobiques [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
- ii. Les exercices aérobiques personnalisés qui font travailler les grands groupes musculaires devraient être intégrés dans un programme complet de réadaptation post-AVC visant à améliorer l'endurance cardiovasculaire [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A] et à réduire le risque de récurrence d'AVC [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
  - a. Pour obtenir des résultats, les patients doivent participer aux exercices aérobiques au moins trois fois par semaine pendant un minimum de huit semaines, en passant à 20 minutes ou plus (sans compter les périodes d'échauffement et de récupération) par séances, selon le niveau de tolérance du patient [tôt – niveau de preuve B; tard – niveau de preuve B].
  - b. La fréquence cardiaque et la pression artérielle doivent être surveillées pendant l'entraînement pour garantir la sécurité du patient et veiller à ce que le niveau d'intensité désiré soit atteint [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- iii. Afin de garantir le maintien à long terme des bienfaits de l'entraînement sur la santé, il est recommandé de planifier la transition des exercices aérobiques structurés vers un entraînement plus autonome à domicile ou dans la collectivité [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
  - a. Les stratégies visant à surmonter des obstacles particuliers à la pratique de l'activité physique auxquels le patient est confronté, les fournisseurs de soins de santé, la famille ou les facteurs environnementaux devraient être mis à contribution [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- iv. L'utilisation de la RAS pourrait être envisagée pour améliorer les paramètres liés à la marche chez les patients ayant survécu à un AVC, notamment la vitesse et la cadence de la marche, la longueur de la foulée et la symétrie de la marche [niveau de preuve A].
- v. L'utilisation d'exercices de renforcement devrait être envisagée chez les personnes dont le niveau de fonction motrice des membres inférieurs est faible à modéré aussi bien pendant la phase subaiguë [niveau de preuve C] que pendant la phase chronique [niveau de preuve B] du rétablissement. Les exercices de renforcement n'affectent pas la tonicité et n'aggravent pas la douleur [niveau de preuve A].
- vi. L'entraînement par la réalité virtuelle (comme les technologies de réalité virtuelle non immersives) pourrait être utilisé comme traitement auxiliaire en association avec la thérapie traditionnelle d'entraînement à la marche [niveau de preuve A].
- vii. La pratique mentale pourrait être utilisée comme traitement auxiliaire en association avec l'entraînement visant le rétablissement des fonctions motrices des membres inférieurs [niveau de preuve A].
- viii. La rétroaction biologique pourrait être utilisée comme traitement auxiliaire dans le cadre de la thérapie visant à améliorer la démarche et l'équilibre [niveau de preuve B].

#### C. Dispositifs d'aide à la marche

- i. L'orthèse tibiale (cheville-pied) pourrait aider certains patients présentant un pied tombant. Elle ne devrait pas être prescrite sans initialement effectuer une évaluation adaptée, ni sans suivi afin de déterminer si elle

est encore efficace pour le patient en question [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].

- ii. Chez certains patients, il faudrait envisager l'utilisation de la stimulation électrique fonctionnelle (SEF) dans le cadre de la thérapie visant à améliorer la force et les fonctions motrices (marche), mais les effets pourraient ne pas être maintenus [tôt – niveau de preuve A; tard – niveau de preuve A].
- iii. Le besoin en matière d'appareils spécialisés (dispositifs d'aide à la démarche, appareils fonctionnels, fauteuils roulants et autres) devrait être évalué sur une base individuelle [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
  - a. L'ordonnance donnée et l'achat devraient être fondés sur un besoin à long terme anticipé [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
  - b. Après l'obtention d'un appareil spécialisé, il faudrait évaluer périodiquement (le cas échéant) si le patient en a encore besoin ou s'il peut cesser de l'utiliser [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].

### Justification

L'AVC affecte souvent l'équilibre et l'utilisation des jambes. Pour reprendre son rôle normal dans la société, le survivant d'un AVC doit continuer à marcher. Avant de pouvoir marcher, il doit retrouver ses aptitudes de base à se mettre debout et à se déplacer en toute sécurité. Pour marcher en toute sécurité, le patient peut avoir besoin d'un appareil fonctionnel comme une canne ou une marchette. Un niveau raisonnable d'endurance, d'équilibre et de vitesse de marche est essentiel pour que celle-ci remplace l'utilisation d'un fauteuil roulant. Malheureusement, certaines personnes ne récupéreront pas leur capacité de marcher de façon autonome et auront besoin d'un fauteuil roulant.

### Exigences pour le système

L'évaluation et la prise en charge appropriées en temps opportun de la mobilité de base, du contrôle postural, des fonctions motrices des membres inférieurs, de la marche et de l'aptitude aux transferts exigent les éléments suivants (organismes/établissement de réadaptation) :

- Des soins organisés pour l'AVC, y compris des unités de réadaptation post-AVC dotées d'une quantité nécessaire de membres du personnel et d'une équipe interprofessionnelle ayant reçu la formation appropriée, et ce, pendant la période de la réadaptation post-AVC.
- Une évaluation initiale et continue uniformisée, effectuée par des cliniciens ayant la formation et l'expérience appropriées en matière de réadaptation post-AVC.
- L'accès en temps opportun à des services de réadaptation post-AVC spécialisés et interprofessionnels, tels qu'ils sont définis dans les recommandations.
- L'accès en temps opportun à des soins de réadaptation d'intensité appropriée aux survivants d'un AVC, notamment l'entraînement consistant à passer de la position assise à debout, tel qu'il est défini dans les recommandations.
- L'accès aux appareils et accessoires fonctionnels nécessaires pour favoriser la sécurité et l'autonomie. Ils doivent être abordables. Des processus permettant d'évaluer de façon appropriée les besoins des patients en matière d'appareils fonctionnels doivent être en place (p. ex., évaluation de la position assise).
- L'accès aux tests d'effort contrôlés par ECG et à un médecin qui a l'expérience nécessaire pour élaborer un programme d'exercices aérobiques d'une intensité appropriée.

### Indicateurs de rendement

1. Ampleur de la modification (amélioration) des scores d'état fonctionnel pour le test des six minutes de marche, depuis l'admission dans un programme de réadaptation en milieu hospitalier jusqu'au congé. Ampleur de la modification (amélioration) des scores d'état fonctionnel (sous-scores MIF pour les aptitudes locomotrices et de transfert), depuis l'admission dans un programme de réadaptation en milieu hospitalier jusqu'au congé.
2. Délai médian entre l'admission en raison d'un AVC à un hôpital de soins actifs et l'évaluation du potentiel de réadaptation effectuée par un spécialiste du domaine des soins de réadaptation.
3. Durée médiane du séjour dans une unité de réadaptation post-AVC pendant la réadaptation active en milieu hospitalier.
4. Nombre moyen d'heures par jour (cible : minimum trois) de thérapie axée sur la tâche, offerte par l'équipe interprofessionnelle de soins de l'AVC.
5. Nombre moyen de jours par semaine (cible : minimum cinq) de thérapie axée sur la tâche, offerte par l'équipe

interprofessionnelle de soins de l'AVC.

6. Ampleur de la modification (amélioration) des scores d'état fonctionnel (scores sur la sous-échelle pour les membres inférieurs du Chedoke-McMaster), depuis l'admission à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé.
7. Ampleur de la modification (amélioration) du score de l'état fonctionnel, mesuré à l'aide d'un outil d'évaluation uniformisé (MIF), à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé (moyenne et médiane).
8. Modification du score de l'état fonctionnel du membre inférieur, mesuré à l'aide d'un outil d'évaluation uniformisé (sous-échelle du Chedoke-McMaster), à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé.
9. Modification du score de spasticité du membre inférieur, mesuré à l'aide d'un outil d'évaluation uniformisé (échelle d'Ashworth modifiée), à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé.

**Remarques relatives aux indicateurs de rendement :**

- La durée de la thérapie peut être extraite des systèmes de mesure de la charge de travail des professionnels de la réadaptation, s'il y a lieu.
- Le test de vitesse de marche sur cinq ou dix mètres peut être utilisé comme outil d'évaluation de base chez les patients qui ne sont pas encore en mesure de faire le test des six minutes de marche.
- Il faut veiller à ce que les points de départ de la mesure soient uniformes pour toutes les mesures de temps.

**Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances**

**Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé**

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- MIF® : <http://www.strokingengine.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/>
- AlphaMIF® : [http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp\\_About.aspx](http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC
- Chedoke-McMaster Stroke Assessment : <http://www.rehabmeasures.org/pdf%20library/cmsa%20manual%20and%20score%20form.pdf>
- Modified Ashworth Scale : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_mashs\\_intro-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_mashs_intro-en.html)
- 6 minute walk test : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_6mwt\\_intro-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_6mwt_intro-en.html)
- Échelle d'évaluation de l'AVC Fugl-Meyer : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_fma\\_intro-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_fma_intro-en.html)
- Functional Ambulation Categories : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_fac\\_intro-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_fac_intro-en.html)
- Timed Up and Go Test : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_tug\\_family-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_tug_family-en.html)
- 6-Minute Walk Test : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_6mwt\\_family-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_6mwt_family-en.html)
- Berg Balance Scale : [http://strokingengine.ca/assess/module\\_bbs\\_intro-en.html](http://strokingengine.ca/assess/module_bbs_intro-en.html)

**Renseignements destinés au patient**

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_u](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_u)

[n\\_AVC.htm](#)

- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/ct/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/ct/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 6.1](#)



## 6.2 Spasticité des membres inférieurs après un AVC

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2015

### 6.2 Spasticité des membres inférieurs après un AVC

- i. La spasticité et les contractures pourraient être soignées ou prévenues à l'aide du positionnement antispastique, d'exercices d'amplitude du mouvement ou d'étirements [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve B].
- ii. Les attelles de cheville utilisées pendant la nuit et pour la position debout avec soutien pourraient être utilisées pour la prévention des contractures à la cheville dans le contexte d'une hémiplegie du membre inférieur [niveau de preuve C].
- iii. L'utilisation de la chimiodénervation par l'injection de la toxine botulique devrait être envisagée chez les patients avec spasticité focale ou symptomatique pénible afin de réduire la spasticité, d'augmenter l'amplitude du mouvement et d'améliorer la démarche [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve A].
- iv. Des médicaments à administrer par voie orale peuvent être prescrits pour le traitement de la spasticité incapacitante :
  - i. L'utilisation de la tizanidine devrait être envisagée chez les patients dont la spasticité incapacitante est généralisée [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve B].
  - ii. Le baclofène peut être une solution de rechange moins coûteuse pour les patients dont la spasticité incapacitante est généralisée [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
  - iii. Il n'est pas recommandé de prescrire des benzodiazépines en raison des effets secondaires au chapitre de la sédation qui peuvent nuire au rétablissement [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
- v. La présence de spasticité ne devrait pas limiter l'utilisation d'exercices de renforcement de la jambe [tôt – niveau de preuve C; tard – niveau de preuve C].
- vi. L'administration du baclofène par voie intrathécale devrait être envisagée dans les cas graves et intractables de spasticité incapacitante/douloureuse [tard – niveau de preuve B].

### Justification

La spasticité est une augmentation des réflexes toniques à l'étirement d'un muscle (tonus musculaire) qui dépend de la vélocité de l'étirement et est accompagnée de réactions exagérées des tendons. Elle peut être douloureuse et nuire au rétablissement des fonctions et aux efforts de réadaptation. Si elle n'est pas prise en charge de façon adéquate, le survivant d'un AVC peut éprouver une perte de l'amplitude des mouvements aux articulations de la cheville et du pied et des difficultés à marcher.

### Exigences pour le système

- L'évaluation et la prise en charge appropriées en temps opportun de la spasticité du membre inférieur exigent les éléments suivants :
- Des soins organisés pour l'AVC, y compris des unités de réadaptation post-AVC dotées d'un nombre nécessaire de membres du personnel et d'une équipe interprofessionnelle ayant reçu la formation appropriée, et ce, pendant la période de la réadaptation post-AVC.
  - L'évaluation initiale et les suivis effectués par des cliniciens ayant la formation et l'expérience appropriées en réadaptation tant à l'hôpital que dans la collectivité.
  - Pour corriger une importante inversion de la cheville, il faudrait envisager une évaluation en vue de l'utilisation d'une orthèse tibiale (cheville-pied).
  - L'accès en temps opportun à des services de réadaptation post-AVC spécialisés et interprofessionnels, tels qu'ils sont définis dans les *Recommandations*.
  - L'accès en temps opportun à des soins de réadaptation d'intensité appropriée pour les survivants d'un AVC, tels qu'ils sont définis dans les *Recommandations*.
  - Le financement nécessaire pour les injections de chimiodénervation et les services de réadaptation post-injection connexes, le cas échéant.

Indicateurs de rendement	
1.	Ampleur de la modification (amélioration) du score de l'état fonctionnel, mesuré à l'aide d'un outil d'évaluation uniformisé (MIF), à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé (moyenne et médiane).
2.	Modification du score de l'état fonctionnel du membre inférieur, mesuré à l'aide d'un outil d'évaluation uniformisé (sous-échelle du Chedoke-McMaster), à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé.
3.	Modification du score de spasticité du membre inférieur, mesuré à l'aide d'un outil d'évaluation uniformisé (échelle d'Ashworth modifiée), à partir de l'admission dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés jusqu'au congé.
4.	Délai médian entre l'admission en raison d'un AVC à un hôpital de soins actifs et l'évaluation du potentiel de réadaptation effectuée par un spécialiste du domaine des soins de réadaptation.
5.	Durée médiane du séjour dans une unité de réadaptation post-AVC pendant la réadaptation active en milieu hospitalier.
6.	Durée médiane totale du séjour dans une unité de réadaptation post-AVC pendant la réadaptation en milieu hospitalier.
<b>Remarques relatives aux indicateurs de rendement :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Il faut veiller à ce que les points de départ de la mesure soient uniformes pour toutes les mesures de temps, et intégrer dans un document la définition du temps de « début » et de « fin » de la mesure aux fins de transparence et de reproduction.</li></ul>	
Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances	
<b>Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. <i>Agir en vue de soins optimaux de l'AVC</i> : <a href="http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf">http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf</a></li><li>MIF® : <a href="http://www.strokenet.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/">http://www.strokenet.ca/fr/assess/mesure-de-lindependance-fonctionnelle-mif/</a></li><li>AlphaMIF® : <a href="http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx">http://www.udsmr.org/WebModules/Alpha/Alp_About.aspx</a></li><li>Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation validés, fréquemment utilisés en réadaptation post-AVC</li><li>Chedoke-McMaster Stroke Assessment : <a href="http://www.rehabmeasures.org/pdf%20library/cmsa%20manual%20and%20score%20form.pdf">http://www.rehabmeasures.org/pdf%20library/cmsa%20manual%20and%20score%20form.pdf</a></li><li>Modified Ashworth Scale : <a href="http://strokenet.ca/assess/module_mashs_intro-en.html">http://strokenet.ca/assess/module_mashs_intro-en.html</a></li></ul>	
<b>Renseignements destinés au patient</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Prendre en main son rétablissement : <a href="http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf">http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf</a></li><li>Liste de vérification post-AVC : <a href="http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf">http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf</a></li><li>La vie après un AVC : <a href="http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm">http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm</a></li><li>Programme <i>La vie après un AVC</i> : <a href="http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm">http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm</a></li><li>Répertoire des ressources sur l'AVC : <a href="http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp">http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp</a></li></ul>	

- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.strokingine.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)

#### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 6.2](#)

## 6.3 Prévention et prise en charge des chutes

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2015

### 6.3 Prévention et prise en charge des chutes

- i. Un clinicien expérimenté devrait évaluer le risque de chutes chez tous les patients avec AVC à leur admission, lorsque leur état de santé subit un changement et aux points de transition [niveau de preuve C].  
*Voir l'annexe, tableau 3 : Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour le risque de chute après un AVC. Voir la section 6.2 pour consulter les recommandations concernant l'équilibre.*
- ii. Le dépistage du risque de chutes devrait déterminer les facteurs médicaux, fonctionnels, cognitifs et environnementaux qui influent sur le potentiel de chutes et de blessures dues aux chutes (p. ex., l'ostéoporose et le faible taux de vitamine D) [niveau de preuve B].
- iii. Les personnes considérées comme étant à risque de chutes devraient subir une évaluation interprofessionnelle approfondie qui comprend les antécédents médicaux et fonctionnels et une évaluation de la mobilité, de la vision, de la perception, des capacités cognitives et de l'état cardiovasculaire [niveau de preuve C].
- iv. En fonction des résultats de l'évaluation du risque de chutes, un plan de prévention devrait être dressé et mis en œuvre pour chaque patient [niveau de preuve B].
  - a. Le patient, sa famille et les aidants devraient être bien informés au sujet du risque de chutes et des précautions à prendre pour réduire ce risque [niveau de preuve B].
  - b. Le patient, sa famille et les aidants devraient recevoir une formation leur permettant de mobiliser et transférer le patient de manière sécuritaire [niveau de preuve B]. Cette formation devrait également leur permettre de savoir ce qu'il faut faire et comment se relever après une chute [niveau de preuve C].
  - c. Le patient, sa famille et les aidants devraient recevoir une formation sur le matériel d'aide à la marche approprié, les chaussures, les transferts et l'utilisation d'un fauteuil roulant, qui tient compte de l'environnement de soins de santé et de l'environnement communautaire [niveau de preuve B].
- v. Les circonstances qui ont mené le patient à faire une chute après un AVC devraient être examinées afin de dégager les facteurs en cause. Les plans de prévention des chutes existants devraient être modifiés afin de réduire le risque d'autres chutes [niveau de preuve C].

*Remarque : Pour obtenir des renseignements sur les stratégies de traitement en matière de risque de chutes (p. ex., faiblesse de la jambe, troubles de l'équilibre, troubles de la vision, troubles cognitifs, perte de fonction sensorielle), veuillez consulter les sections de ce chapitre portant sur ces sujets.*

#### Justification

Les patients avec AVC ont un risque plus élevé de chutes que bien d'autres patients hospitalisés. Le taux d'incidence serait de 14 à 65 % selon les sources. Les chutes ont souvent lieu pendant la première semaine post-AVC en phase aiguë, puis sont à nouveau plus fréquentes lorsque la mobilité du patient augmente. L'équipe interprofessionnelle de soins de l'AVC doit être attentive au risque de chutes et veiller à ce que les évaluations et les interventions pertinentes soient effectuées.

#### Exigences pour le système

Les organismes devraient adopter une stratégie de prévention et de prise en charge des chutes qui comprend :

- Une formation régulière et continue du personnel dans tous les milieux hospitaliers sur l'évaluation du risque de chutes et les stratégies de prévention de chutes, y compris sur les transferts et la mobilisation des patients avec AVC.
- L'utilisation dans tous les organismes d'un outil de dépistage en vue d'une évaluation précoce du risque de chutes.
- Les instructions en matière de transfert et de mobilisation sont données à tout le personnel par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, et transmises aux patients et aux familles par des membres du personnel ayant reçu une formation appropriée.
- Toutes les thérapies sont offertes par des professionnels ayant reçu une formation appropriée et qui sont

capables d'interagir avec des personnes dont les habiletés de communication sont limitées (p. ex., aphasiques) à l'aide de techniques de soutien à la conversation.

- La mise en place, dans chaque organisme, d'un processus uniformisé d'évaluation du risque de chutes qui prend en compte le délai des évaluations du risque de chutes, les différents éléments et le besoin en matière de documentation.
- Des précautions universelles relatives aux chutes dans tous les milieux offrant des soins aux patients ayant survécu à un AVC.

### Indicateurs de rendement

1. Taux d'incidence des chutes de patients avec AVC admis à l'hôpital (de soins actifs ou de réadaptation)
2. Pourcentage des patients qui subissent des blessures dues à des chutes
3. Pourcentage des patients dont la durée du séjour à l'hôpital est prolongée en raison d'une chute

### Remarques relatives aux indicateurs de rendement

- Les évaluations des chutes sont comprises en tant que documents distincts dans certains organismes et inclus dans les notes cliniques interprofessionnelles dans d'autres.
- L'absence de documentation peut ne pas être un indice du fait qu'il y ait eu une évaluation ou non.

### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

#### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Agir en vue de soins optimaux de l'AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation validés fréquemment utilisés en réadaptation post-AVC
- Tableau 6 : Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour le risque de chute après un AVC
- AIIAO lignes directrices pour les pratiques optimales de prévention des chutes chez les adultes plus âgés : <http://mao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries-older-adult>
- Échelle d'équilibre de Berg : [http://strokengine.ca/assess/module\\_bbs\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_bbs_intro-en.html)
- Function in Sitting Test : <http://www.samuelmerritt.edu/fist>
- Fall Prevention Screening Tools : <http://www.albertahealthservices.ca/4354.asp>

#### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)

- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)
- Reduce Your Risk for Falls : [http://rmao.ca/sites/rnao-ca/files/Reduce\\_Your\\_Risk\\_for\\_Falls.pdf](http://rmao.ca/sites/rnao-ca/files/Reduce_Your_Risk_for_Falls.pdf)
- Fall prevention brochures and pamphlets : <http://www.health.gov.bc.ca/prevention/fallbrochures.html>

### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 6.3](#)

## 7. Évaluation et prise en charge de la dysphagie et de la malnutrition après un AVC

### Réadaptation post-AVC

### 7. Évaluation et prise en charge de la dysphagie et de la malnutrition après un AVC

#### Mise à jour 2015

#### 7.1 Dysphagie

- i. Les patients devraient subir une évaluation visant à déceler des troubles de la déglutition dès qu'ils sont alertes et aptes à subir des essais par voie orale (p. ex., médicaments, aliments, liquide). Elle doit être effectuée par un spécialiste de la dysphagie (idéalement un orthophoniste) à l'aide d'un outil de dépistage validé; s'il n'est pas possible d'avoir accès aux services d'un orthophoniste, l'évaluation doit être effectuée par un autre professionnel ayant reçu une formation appropriée [niveau de preuve B]. *Voir l'annexe, tableau 3 : Outils de dépistage et d'évaluation de la dysphagie selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC pour obtenir de plus amples renseignements.*
- ii. Les résultats anormaux au dépistage initial ou subséquent de la dysphagie devraient donner lieu à une orientation vers les services d'un orthophoniste, d'un ergothérapeute, d'un diététiste ou d'un autre clinicien expert en dysphagie pour une évaluation plus approfondie et une meilleure prise en charge de l'aptitude à avaler (au chevet du patient), à se nourrir et à s'hydrater [niveau de preuve C]. Un plan de prise en charge personnalisé devrait être élaboré en tenant compte du traitement de la dysphagie, des besoins alimentaires et des plans de nutrition particulière [niveau de preuve C].
- iii. Un test à l'aide d'une gorgée barytée cinéradiographiée qui permet de visualiser la déglutition ou un examen endoscopique de la déglutition par fibre optique devrait être effectué chez tous les patients présentant un risque de dysphagie pharyngée ou de mauvaise protection des voies aériennes en fonction des résultats d'une évaluation de la déglutition effectuée à leur chevet [niveau de preuve B].
- iv. L'utilisation de traitements permettant de rétablir la déglutition (p. ex., des exercices de la langue) ou de techniques compensatoires permettant une déglutition efficace et sans danger, avec réévaluation au besoin, devrait être envisagée dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie [niveau de preuve C].
  - a. Parmi les exercices pouvant être utilisés dans le cadre de la thérapie visant à rétablir la déglutition, on trouve des exercices de résistance pour la langue, la rétention du souffle et la déglutition volontaire [niveau de preuve B].
  - b. Parmi les techniques compensatoires pouvant être utilisées, on trouve les exercices d'amélioration de la posture, le rapport sensoriel avec un bolus, le contrôle volontaire, la modification de la texture et un programme rigoureux d'hygiène buccodentaire [niveau de preuve B].
- v. Les patients, les familles et les aidants devraient connaître les recommandations en matière de déglutition et d'alimentation [niveau de preuve C].
- vi. Afin de réduire le risque de pneumonie, il faudrait non seulement permettre que les patients se nourrissent eux-mêmes autant que possible, mais aussi les encourager à le faire [niveau de preuve C].
- vii. Les soins buccodentaires devraient être méticuleux et les patients devraient être bien renseignés sur l'importance de maintenir une bonne hygiène buccodentaire afin de réduire davantage le risque de pneumonie [niveau de preuve B].

#### 7.2 Nutrition

- i. Un outil validé de dépistage devrait être utilisé moins de 48 heures après l'admission pour dépister la malnutrition pré-morbide.
  - a. Tout au long de l'hospitalisation et avant le congé ainsi qu'en consultation externe et en milieu communautaire, l'évaluation de l'état nutritionnel du patient devrait être répétée périodiquement [niveau de preuve C].
  - b. Les résultats de cette évaluation devraient servir à prendre la décision d'orienter le patient vers un diététiste en vue d'un examen plus approfondi et d'une prise en charge suivie de l'état nutritionnel et d'hydratation [niveau de preuve C].

- ii. Les patients avec AVC qui sont source de préoccupations au chapitre de la nutrition et de l'hydratation ou chez lesquels on présume la présence de dysphagie ou d'autres comorbidités qui ont des répercussions sur la nutrition (p. ex., le diabète), devraient être orientés vers un diététiste pour que ce dernier formule des recommandations en matière de :
- moyens de répondre aux besoins de nutriments et de liquides par voie orale en adaptant la texture et la consistance selon les directives d'un orthophoniste ou d'un autre professionnel formé dans ce domaine [niveau de preuve B];
  - soutien entéral de la nutrition pour les patients incapables d'avaler ou de combler leurs besoins en nutriments et liquides par voie orale.
  - La décision est prise le plus rapidement possible après l'admission, en général dans les trois premiers jours, de concert avec l'équipe interprofessionnelle, le patient, sa famille ou son subrogé (mandataire spécial) [niveau de preuve B].

### Justification

Les estimations de l'incidence de la dysphagie associée à l'AVC qui sont publiées fluctuent entre 19 % et 65 % dans la phase aiguë de l'AVC, en fonction du site de la lésion, du temps écoulé et du choix de la technique d'évaluation. La dysphagie est cliniquement importante parce qu'elle est associée à des taux de mortalité et de complications plus élevés, notamment de pneumonie. Le risque de pneumonie est considéré comme étant trois fois plus grand en présence de dysphagie. La pneumonie en raison d'un AVC est relativement fréquente, soit de 5 % à 26 %, en fonction des critères de diagnostic.

### Exigences pour le système

Pour une bonne prise en charge de la dysphagie et de la malnutrition post-AVC, l'organisme doit :

- Élaborer et présenter des programmes éducatifs pour former le personnel concerné afin qu'il puisse procéder à un dépistage initial des problèmes de déglutition chez les patients ayant survécu à un AVC. Il peut s'agir de membres du personnel du continuum de soins : services des urgences, services de soins actifs, établissements de réadaptation et de soins de longue durée, et programmes communautaires.
- Assurer l'accès à des professionnels de la santé ayant reçu une formation appropriée, notamment aux orthophonistes, ergothérapeutes et diététistes qui peuvent effectuer des évaluations approfondies et recommander des mesures de prise en charge appropriées pour la prévention de la malnutrition et de l'aspiration.

### Indicateurs de rendement

- Proportion des patients avec AVC pour qui une évaluation initiale de la dysphagie à l'urgence ou à l'admission à l'hôpital a été documentée (prioritaire).
- Proportion des patients avec AVC qui ont échoué le dépistage initial de la dysphagie et qui ont ensuite été évalués par un orthophoniste, un ergothérapeute, un diététiste ou un autre professionnel de la santé ayant reçu une formation appropriée.
- Délai médian en minutes entre l'arrivée du patient à l'urgence et le dépistage initial de la dysphagie par un clinicien qui a reçu une formation à cet effet.
- Incidence de la malnutrition sur les patients admis à l'hôpital en raison d'un AVC entraînant des retards dans les congés.

### Remarques relatives aux indicateurs de rendement :

- Le dépistage de la dysphagie est souvent mal documenté au dossier médical du patient. Les cliniciens devraient être bien renseignés sur l'importance de la documentation du dépistage de la dysphagie et sensibilisés à l'importance de cette mesure valide et fiable de surveillance.
- L'indicateur de rendement 1 est un élément à rapporter de manière obligatoire en vue du Programme de distinction pour les services de l'AVC d'Agrément Canada.

### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

#### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : <http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action->



[Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](#)

- Tableau 7 : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation de la dysphagie
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC
- Mini Nutritional Assessment : [http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna\\_mini\\_french.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf)
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) : <http://www.bapen.org.uk/screening-for-malnutrition/must/introducing-must>
- Outil canadien de dépistage nutritionnel : <http://nutritioncareincanada.ca/fr/ressources/>
- Comparaison d'outils de dépistage nutritionnel : <http://nutritioncareincanada.ca/fr/ressources/>
- Dysphagia and Aspiration after Stroke : [http://www.ebsr.com/sites/default/files/Chapter15\\_Dysphagia\\_FINAL\\_16ed.pdf](http://www.ebsr.com/sites/default/files/Chapter15_Dysphagia_FINAL_16ed.pdf)
- Gugging Swallowing Screen (GUSS) : [http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/images/departement/kmp/publikationen/guss\\_e.pdf](http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/images/departement/kmp/publikationen/guss_e.pdf)
- Acute Stroke Dysphagia Screen : <http://geroclinsim.org/wp-content/uploads/2011/10/Stroke-Dysphagia.pdf>

**Renseignements destinés au patient**

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.stroking.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/ressources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)
- Manger et avaler : [http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.8629657/k.7A91/Les\\_changements\\_physiques.htm#eating-tab](http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.8629657/k.7A91/Les_changements_physiques.htm#eating-tab)

**Résumé des données probantes**

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 7](#)

## 8. Réadaptation associée à un trouble de la perception visuelle

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2015

### 8. Réadaptation associée à un trouble de la perception visuelle

- i. Tous les patients victimes d'un AVC devraient subir des évaluations de routine visant à déceler des troubles de la vision, de la motricité visuelle et de la perception visuelle dans le cadre du processus global d'évaluation des besoins en matière de réadaptation [niveau de preuve C].
- ii. Des outils validés d'évaluation devraient être utilisés pour les patients chez qui l'on soupçonne des troubles de la perception visuelle (déficits visuospatiaux, agnosie, troubles du schéma corporel et apraxie) [niveau de preuve C]. Ces outils devraient être adaptés aux patients avec limitations communicationnelles, tels que les aphasiques.
- iii. Les traitements du syndrome de négligence pourraient comprendre la technique de balisage visuel, l'alerte phasique, les indices visuels, l'imagerie, la réalité virtuelle, l'activation hémisphérique (membre) et la rotation du torse [niveau de preuve C].
- iv. Parmi les techniques d'atténuation qui pourraient être utilisées, on trouve les prismes, l'application d'un cache-œil [niveau de preuve C], la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMT<sub>r</sub>) [niveau de preuve B] et les vibrations des muscles du cou [niveau de preuve C].
- v. Les patients avec apraxie des membres présumée devraient être soignés en utilisant l'apprentissage sans erreurs, l'entraînement gestuel et l'entraînement stratégique graduel [niveau de preuve B].
- vi. L'utilisation de la thérapie par le miroir pourrait être envisagée comme intervention en cas d'inattention unilatérale [niveau de preuve B].

### Justification

Les troubles de la perception visuelle sont une conséquence clinique commune de l'AVC. Ils incluent l'héminégligence, qui a d'importantes répercussions sur le résultat de la réadaptation. Ils entraînent des changements dans le traitement de l'intégration de l'information visuelle avec d'autres systèmes. Ces changements réduisent la capacité d'un patient à s'adapter aux exigences de base de la vie quotidienne. L'incidence de l'héminégligence est estimée à environ 23 %. La présence de négligence a été associée tant à la gravité de l'AVC qu'à l'âge de la personne atteinte.

Les apraxies des membres sont plus fréquemment observées chez les personnes où l'hémisphère gauche est atteint (28 à 57 %), mais elles se retrouvent aussi chez celles où l'hémisphère droit est endommagé (0 à 34 %) (Donkervoort et coll., 2000). Même si l'apraxie s'améliore lorsque le rétablissement est rapide, jusqu'à 20 % des personnes ayant eu un diagnostic initial continueront de présenter des problèmes persistants. La gravité de l'apraxie est associée à des changements dans le rendement fonctionnel.

### Exigences pour le système

En vue d'une évaluation et d'une prise en charge en temps opportun des troubles perceptuels, l'organisme devrait prévoir les éléments suivants :

- L'évaluation initiale uniformisée des troubles de la perception visuelle (incluant l'inattention et l'apraxie) effectuée par des cliniciens qui ont une expérience du domaine de l'AVC.
- L'accès en temps opportun aux services de réadaptation post-AVC spécialisés, interprofessionnels offrant des traitements du type et de l'intensité appropriés.
- L'accès au matériel approprié pour faciliter le rétablissement si nécessaire, sans obstacle financier.
- La disponibilité à grande échelle de soins de réadaptation de longue durée dans les centres de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée ainsi que dans les programmes ambulatoires et communautaires.

### Indicateurs de rendement

1. Proportion des patients avec AVC dont le dossier indique qu'un dépistage initial des troubles de la perception visuelle a été effectué dans le cadre de l'évaluation globale des besoins en réadaptation.
2. Proportion des patients avec AVC dont les résultats sont piètres au dépistage initial et qui sont ensuite évalués en profondeur par des professionnels de la santé ayant reçu une formation appropriée.

### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

#### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation validés fréquemment utilisés en réadaptation post-AVC
- Comb and Razor Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_crt\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_crt_intro-en.html)
- Behavioral Inattention Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_bit\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_bit_intro-en.html)
- Line Bisection Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_lbt\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_lbt_intro-en.html)
- Rivermead Perceptual Assessment Battery : <http://www.gi-assessment.co.uk/products/rivermead-perceptual-assessment-battery>
- Ontario Society of Occupational Therapy Perceptual Evaluation : [http://strokengine.ca/assess/module\\_osot\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_osot_intro-en.html)
- Motor-Free Visual Perceptual Test : [http://strokengine.ca/assess/module\\_mvpt\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_mvpt_intro-en.html)
- Florida Apraxia Screening Tool (FAST-R) & Florida Apraxia Battery-Extended and Revised Sydney (FABERS) : <http://books.google.com/books?id=BA4HbvzqcVcC&pg=PA62&lpq=PA62&dq=Florida+Apraxia+Screening+Tool&source=bl&ots=w1B9cYSg9&sig=cK1uo911POOav3-1YLANLCqvqWA&hl=en&sa=X&ei=HU2-UbysDIX6yQG00YHABQ&ved=0CEQQ6AEwAQ#v=onepage&q=Florida%20Apraxia%20Screening%20Tool&f=false>
- Apraxia Screen of TULIA (AST) : <http://tulia.ch/wordpress/wp-content/uploads/2011/02/AST1.pdf>

#### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)
- Sens et perceptions :

[http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629597/k.379/Sens\\_et\\_perceptions.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629597/k.379/Sens_et_perceptions.htm)

**Résumé des données probantes**

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 8](#)

## 9. Réadaptation en vue de soulager la douleur centralisée

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2014

### 9. Réadaptation en vue de soulager la douleur centralisée

- i. Le patient qui éprouve une douleur centralisée post-AVC persistante devrait recevoir une faible dose d'analgésique à action centrale [niveau de preuve C] :
  - a. Les traitements de première ligne sont des anticonvulsivants (tels que la gabapentine ou la prégabaline) [niveau de preuve C].
  - b. Les traitements de deuxième ligne sont un antidépresseur tricyclique (p. ex., l'amitriptyline) ou un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (SNRI) (particulièrement la duloxétine) [niveau de preuve C].
  - c. Les patients qui résistent aux traitements de première et deuxième lignes pourraient recevoir des opioïdes ou du tramadol. La prudence est conseillée, car les opioïdes comportent un risque élevé de dépendance [niveau de preuve C].
- ii. L'équipe interdisciplinaire, composée notamment de professionnels de la santé spécialisés en santé mentale et en prise en charge de la douleur centralisée, devrait prévoir la mise en œuvre d'une prise en charge de la douleur centralisée qui soit personnalisée et axée sur le patient [niveau de preuve C].

#### Justification

La douleur centralisée post-AVC est un trouble neurologique rare. Le corps devient hypersensible à la douleur à cause d'une lésion du tractus spinothalamique, quoique ces lésions n'aient pas toutes cet effet. Parmi les patients avec AVC, 2 % à 5 % souffriraient de douleur centralisée. Le patient perd les sensations de température et de douleur dans le secteur atteint du tractus spinothalamique. La douleur centralisée est communément associée à des lésions des noyaux ventrocaudaux du thalamus, mais également du tronc cérébral lorsqu'il y a des lésions au tractus spinothalamique. Les principaux symptômes sont la douleur et la perte de sensation, habituellement au visage, aux bras ou aux jambes. Une sensation de douleur ou d'inconfort peut être causée par un attouchement léger ou même être ressentie en l'absence de stimulus. La douleur peut être aggravée par l'exposition à la chaleur ou au froid et par un trouble émotionnel. La douleur centralisée peut avoir d'importantes répercussions sur la capacité du patient à effectuer les activités de la vie quotidienne, perturber son sommeil et réduire sa qualité de vie.

#### Exigences pour le système

- Inclusion de l'évaluation de la douleur centralisée dans le cadre des protocoles de dépistage et d'évaluation uniformisés en réadaptation post-AVC.
- Accès à des services spécialisés de prise en charge de la douleur centralisée.

#### Indicateurs de rendement

1. Changements des scores de douleur depuis l'amorce des traitements, mesurés hebdomadairement, à l'aide d'une échelle uniformisée de la douleur.
2. Changements dans la qualité de vie des patients avec AVC qui éprouvent une douleur centralisée, mesurés à l'aide d'une échelle uniformisée à des intervalles réguliers de suivi.

#### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation validés fréquemment utilisés en réadaptation post-AVC
- Pharmacological management of chronic neuropathic pain : revised consensus statement from the Canadian

- Pain Society : <http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?jnlKy=7&atlKy=13142&isuKy=1234&isArt=t>
- Visual Analogue Scale (VAS) : [http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn\\_10\\_706.pdf](http://www.blackwellpublishing.com/specialarticles/jcn_10_706.pdf)
- McGill Pain Questionnaire : <https://www.gem-beta.org/public/DownloadMeasure.aspx?mid=1348>
- Pain Rating Scales : [http://www.painedu.org/Downloads/NIPC/Pain\\_Assessment\\_Scales.pdf](http://www.painedu.org/Downloads/NIPC/Pain_Assessment_Scales.pdf)
- Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) : <http://www.uib.no/ipq/>
- Beck Depression Inventory (BDI), PHQ-9 Depression Scale : [http://strokengine.ca/assess/module\\_bdi\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_bdi_intro-en.html)
- CSPBR Table 7.1A Summary of Select Screening Tools for Use in Post-Stroke Depression (PSD)

#### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_I8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_I8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)
- Les changements physiques (douleur) : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629657/k.7A91/Les\\_changements\\_physiques.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629657/k.7A91/Les_changements_physiques.htm)

#### Résumé des données probantes

Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 9

## 10. Réadaptation en vue d'améliorer la capacité à parler et à communiquer

Réadaptation post-AVC  
Mise à jour 2015

### 10. Réadaptation en vue d'améliorer la capacité à parler et à communiquer

- i. Tous les fournisseurs de soins de santé qui travaillent auprès de patients avec AVC dans le continuum des soins devraient avoir reçu une formation en matière d'aphasie, notamment en ce qui a trait aux répercussions qu'a l'aphasie et aux moyens de favoriser la communication comme les techniques de soutien à la conversation pour les adultes souffrant d'aphasie [niveau de preuve C].
- ii. Tous les fournisseurs de soins de santé qui s'occupent de personnes victimes d'un AVC dans le continuum de soin devraient suivre une formation portant sur d'autres troubles de la communication causés par un AVC, notamment : la dysarthrie, l'apraxie verbale et les déficits cognitifs de communication [niveau de preuve C].
- iii. Les patients ayant survécu à un AVC devraient tous être évalués, et leurs troubles de la communication dépistés à l'aide d'un outil simple, fiable et validé [niveau de preuve C]. *Voir le tableau 5 : Outils de dépistage et d'évaluation pour les victimes d'AVC atteints d'aphasie*
- iv. Le patient qui présente des déficits de communication présumés devrait être orienté vers un orthophoniste afin de subir une évaluation des aptitudes suivantes à l'aide de méthodes validées et fiables : capacité d'écouter, de parler, de lire, d'écrire, de gesticuler, de se servir de technologies, de s'adapter aux situations sociales (tour de parole, langage corporel, etc.) et de converser [niveau de preuve C].
- v. Le patient aphasique devrait pouvoir avoir rapidement accès à des traitements intensifs d'orthophonie en association avec des thérapies par la communication en fonction de ses besoins et objectifs et de la gravité du déficit [niveau de preuve B].
- vi. Parmi les traitements en vue d'améliorer les communications fonctionnelles figurent les techniques d'orthophonie ciblant :
  - a. la production ou la compréhension des mots, des phrases et du discours (incluant la lecture et l'écriture) [niveau de preuve C];
  - b. les exercices de conversation et d'orthophonie par contrainte induite [niveau de preuve B]; l'utilisation de stratégies non verbales, d'appareils fonctionnels et de technologies (p. ex., iPad, tablette et autres traitements assistés par ordinateur) [niveau de preuve C].
  - c. Les résultats des traitements peuvent être rehaussés par des programmes assistés par ordinateur [niveau de preuve C].
- vii. Le patient aphasique bénéficie autant des traitements d'orthophonie en groupe que des conversations en groupe. Ces groupes peuvent être guidés par des bénévoles et des aidants qui ont reçu une formation à cette fin, sous la supervision d'un orthophoniste. Ils peuvent être un complément utile pendant l'hospitalisation du patient ou après son congé dans le cadre de la poursuite de ses traitements [niveau de preuve B].
- viii. L'utilisation des techniques de soutien à la conversation devrait être envisagée pour améliorer les communications fonctionnelles du patient avec aphasie et de ses partenaires de communication [niveau de preuve A].
- ix. Toute la documentation destinée au patient devrait être dans un format convivial pour l'aphasique (le matériel pédagogique devrait être disponible en format audio ou vidéo). Il peut s'agir de matériel pédagogique, de renseignements sur les procédures d'imagerie diagnostique, de formulaires de consentement et de renseignements sur la participation à des travaux de recherche dans le domaine de la réadaptation post-AVC, ou d'outils d'évaluation. [niveau de preuve C].
- x. Pendant le processus qui commence par le dépistage initial et s'étend tout au long des interventions orthophoniques, la famille du patient aphasique devrait être mobilisée en étant bien renseignée sur la maladie et en recevant du soutien ainsi qu'une formation en matière de soutien à la communication [niveau

de preuve C]. *Pour de plus amples renseignements sur l'aphasie et la dépression, veuillez consulter la section 1 du chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue des Recommandations.*

- xi. Il est recommandé d'évaluer l'incidence de l'aphasie sur les activités fonctionnelles, la participation et la qualité de vie, notamment l'incidence sur les relations, la carrière et les loisirs, ainsi que de prendre les mesures nécessaires pour y remédier tôt après l'AVC et au fil du temps chez les personnes dont les problèmes sont chroniques [niveau de preuve C]. *Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la section 5 du chapitre sur la prise en charge des transitions dans les soins de l'AVC des Recommandations.*

### Justification

L'aphasie est la perte de la capacité de communiquer verbalement, par des signes ou par l'écrit ou de comprendre de telles communications. Elle est l'une des conséquences les plus communes de l'AVC en phase autant aiguë que chronique. On estime que de 21 à 38 % des patients ayant survécu à un AVC sont aphasiques. La présence de l'aphasie a été associée à une réponse globalement moins positive aux interventions de réadaptation et à un risque accru de mortalité. La prise en charge résolue de l'aphasie n'est donc pas seulement bénéfique pour le rétablissement de la communication, mais également pour obtenir un meilleur rétablissement en général.

### Exigences pour le système

Les patients qui présentent des déficits en matière de communication, leurs familles et leurs aidants doivent avoir accès à des programmes d'orthophonie post-AVC en milieu hospitalier et communautaire :

- Des programmes et des services devraient être mis en place à cet effet dans tous les organismes et toutes les collectivités qui offrent des services de soutien aux patients avec AVC qui éprouvent des difficultés de communication, notamment en offrant l'accès aux services d'orthophonistes.
- La télémédecine devrait être sérieusement prise en compte et activement utilisée, particulièrement dans les régions où il y a peu d'orthophonistes, afin de garantir un accès équitable à des occasions de réadaptation aux patients avec aphasie post-AVC.
- Des programmes de soutien, notamment par des groupes de pairs, devraient être mis sur pied et les patients informés des moyens pour accéder à ces groupes en milieu de soins tant actifs que de réadaptation.

### Indicateurs de rendement

1. Pourcentage des patients chez lesquels l'aphasie est dépistée à l'admission aux soins actifs et à l'évaluation initiale à l'admission aux soins de réadaptation.
2. Pourcentage des patients aphasiques qui obtiennent une évaluation approfondie par un orthophoniste avant le congé des soins actifs.
3. Délai médian entre le congé de l'hôpital et l'amorce de traitements de l'aphasie en milieu communautaire.
4. Nombre de membres du personnel dans chaque milieu de soins de réadaptation ayant reçu une formation sur les techniques de soutien à la communication.
5. Pourcentage du temps que chaque patient victime d'AVC présentant des problèmes de communication passe en thérapie avec le spécialiste en communication (un orthophoniste, ou un autre professionnel ayant reçu une formation appropriée s'il n'est pas possible d'avoir accès aux services d'un orthophoniste).

### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

#### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview\\_FR\\_08July13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/CSBP-Taking-Action-Resource-Overview_FR_08July13F.pdf)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation validés fréquemment utilisés en réadaptation post-AVC
- Tableau 10 : Outils de dépistage et d'évaluation pour les victimes d'AVC atteints d'aphasie
- Aphasia Institute : <http://www.aphasia.ca/health-care-professionals>
- Frenchay Aphasia Screening Tools : [http://strokeengine.ca/assess/module\\_fast\\_intro-en.html](http://strokeengine.ca/assess/module_fast_intro-en.html)



- American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills in Adults (ASHA-FACS) : [http://strokengine.ca/assess/module\\_asha\\_2d\\_facs\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_asha_2d_facs_intro-en.html)
- Mississippi Aphasia Screening Test : [http://www.strokengine.ca/family/fast\\_family/](http://www.strokengine.ca/family/fast_family/)
- AphasiaAccess : <http://www.aphasiaaccess.org/>
- Aphasia United Best Practice Recommendations : <http://www.shrs.uq.edu.au/best-practice-recommendations>
- Australian Aphasia Rehabilitation Pathway : <http://www.aphasiapathway.com.au/?name=About-the-statements>
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>

#### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217AVC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/att/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/att/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/resources/patients-and-carers/>
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)
- Communication : <http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629603/k.8FDA/Communication.htm>
- Aphasia Institute : <http://www.aphasia.ca/people-with-aphasia-and-families/>

#### Résumé des données probantes

Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 10

## 11. Tâches et activités de la vie quotidienne (conduite automobile, travail, sexualité, relations et loisirs)

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2015

### 11. Tâches et activités de la vie quotidienne

#### **Reprise de la conduite automobile**

- i. Il faudrait dire au patient de ne pas conduire au moins pendant un mois après l'AVC (Normes médicales pour la conduite automobile du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé [CCATM]) [niveau de preuve C].
- ii. Il faudrait dire au patient qui a été victime d'un ou de plusieurs AIT de ne pas reprendre le volant jusqu'à ce qu'une évaluation neurologique (notamment une évaluation des fonctions sensorimotrices et des capacités cognitives) exhaustive indique qu'il ne présente aucune perte résiduelle en ce qui concerne les compétences fonctionnelles, ni risque évident de récurrence soudaine, et que la cause sous-jacente a été prise en charge à l'aide des soins nécessaires, conformément aux Normes médicales pour la conduite automobile du CCATM [niveau de preuve C].

*\* Voir la réglementation provinciale et territoriale en matière de signalement aux autorités de l'aptitude à conduire d'un patient.*

- iii. Après un mois, il faudrait dépister (idéalement effectué par un ergothérapeute à l'aide de méthodes valides et fiables) les déficits sensoriels, moteurs et cognitifs résiduels des patients qui souhaitent reprendre le volant [niveau de preuve B] :
  - a. l'évaluation sensorielle devrait porter sur la vision, le champ visuel et l'attention visuelle;
  - b. l'évaluation des fonctions motrices devrait porter sur la force, la coordination et le temps de réponse;
  - c. l'évaluation cognitive devrait porter sur la perception, la résolution de problèmes, la rapidité de la prise de décision et le jugement.

*Des outils pour l'évaluation en prévision de la conduite automobile figurent dans l'annexe au tableau 5.*

- iv. Si le patient présente des déficits neurologiques résiduels touchant la capacité de conduire, il faudrait lui faire subir une évaluation approfondie (notamment une évaluation sur route approuvée par le gouvernement) de son aptitude à conduire [niveau de preuve B].
- v. Afin de le préparer à l'examen de conduite ou au retour au volant, le patient peut être orienté vers des programmes d'entraînement, comme en simulateur de conduite automobile [niveau de preuve B].

#### **Retour au travail**

- i. Il faut poser des questions sur les activités professionnelles de prédilection des patients, surtout s'ils ont moins de 65 ans (emploi, études, bénévolat) et évaluer leur capacité de reprendre cette activité [niveau de preuve C]. Ce dépistage initial devrait être effectué tôt dans la réadaptation et inclus dans le processus de détermination des objectifs particuliers du patient et de la planification de ses besoins.
- ii. Une évaluation cognitive détaillée, incluant une évaluation neuropsychologique le cas échéant, est recommandée en vue de la planification professionnelle [niveau de preuve C].
- iii. Il faut effectuer une évaluation continue des besoins éducatifs et professionnels des patients d'âge scolaire ayant survécu à un AVC, et ce, tout au long de leur développement [niveau de preuve C].
- iv. Il faut encourager le plus possible la reprise d'une activité professionnelle. Ce retour devrait se faire de manière graduelle si nécessaire [niveau de preuve C].
- v. Les patients devraient avoir accès à des services de réadaptation fonctionnelle et, le cas échéant, obtenir des conseils sur des enjeux pertinents tels que les prestations de santé et d'invalidité et les droits légaux [niveau de preuve C].

- vi. Les employeurs et les responsables du milieu de l'enseignement devraient être encouragés à apporter les modifications nécessaires et à prévoir la flexibilité requise pour permettre aux patients de retourner au travail ou aux études [niveau de preuve C].

#### **Sexualité**

- i. Le fournisseur de soins de santé devrait offrir l'occasion à ses patients de discuter de sexualité et des fonctions sexuelles. Ces discussions devraient avoir lieu pendant le processus de soins actifs et de réadaptation ainsi qu'au moment du retour dans la collectivité. Des renseignements écrits et oraux devraient être fournis et, le cas échéant, adaptés aux besoins des patients avec limitations communicationnelles, telle l'aphasie [niveau de preuve C].
- ii. Il faut offrir aux patients ou leur partenaire des séances pédagogiques qui abordent les changements attendus sur le plan de la sexualité, les stratégies en vue de minimiser le dysfonctionnement sexuel et les questions fréquemment posées [niveau de preuve C].

*Pour de plus amples renseignements sur les relations, veuillez consulter le chapitre sur la prise en charge des transitions dans les soins de l'AVC des Recommandations.*

#### **Loisirs**

- i. Il faut donner aux personnes victimes d'un AVC l'occasion de parler de leurs activités de loisir avant l'AVC, et évaluer leurs besoins en réadaptation afin de reprendre ces activités. Il faut encourager la participation aux activités de loisir [niveau de preuve B].
- ii. Les personnes qui éprouvent de la difficulté à participer à des activités de loisir devraient bénéficier d'interventions thérapeutiques ciblées [adultes – niveau A; pédiatrique – niveau C].
- iii. Il faut offrir aux enfants survivants d'un AVC des traitements qui visent à leur donner des habiletés liées au jeu et aux loisirs qui sont pertinentes sur le plan du développement et adaptées à leurs milieux familial, communautaire et scolaire [niveau de preuve C].
- iv. Ces personnes devraient recevoir des renseignements au sujet des activités de loisir dans leur collectivité ou être orientées vers des organismes pertinents. La participation à des groupes de soutien par les pairs devrait être encouragée [niveau de preuve C].

*Pour de plus amples renseignements sur la réintégration dans la collectivité, veuillez consulter la section 5 du chapitre sur la prise en charge des transitions dans les soins de l'AVC des Recommandations, et pour obtenir davantage de renseignements sur la prise en charge de l'humeur et de la cognition après un AVC, veuillez consulter le chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue des Recommandations.*

#### **Justification**

Les survivants d'un AVC présentent souvent des changements de motricité et de cognition ainsi que psychosociaux qui ont des répercussions sur leur capacité de reprendre leurs activités antérieures. Recommencer à conduire, reprendre leurs activités professionnelles, recommencer à avoir des relations sexuelles et retrouver leurs loisirs sont autant de buts de réadaptation primordiaux pour ces patients. Il a été démontré que la reprise de ces activités est associée à une meilleure qualité de vie (Gabriele et Renate, 2009; Finestone et coll., 2010; Carlsson et coll., 2007; Boosman et coll., 2011). Par ailleurs, étant donné que le nombre de personnes travaillant encore après l'âge officiel de la retraite est en constante augmentation et que l'incidence de l'AVC chez les personnes plus jeunes est en croissance (George et coll., 2011), les questions relatives à la reprise des tâches et activités pré-AVC chez le patient pourraient devenir de plus en plus pertinentes pour une proportion grandissante des survivants d'un AVC.

#### **Exigences pour le système**

Il faudrait :

- Des discussions ouvertes entre les fournisseurs de soins de première ligne et leurs patients sur la reprise des tâches et responsabilités qu'ils assumaient ainsi que des activités de loisirs qu'ils avaient avant l'AVC.
- Une coordination entre le fournisseur de soins de première ligne et les agences communautaires pour faciliter l'orientation vers les programmes et les services appropriés.

- Des communications actives entre les responsables de la réadaptation fonctionnelle (employeur, superviseur, éducateur), le cas échéant, afin de garantir une transition appropriée et flexible vers le milieu de travail.
- Pour les patients aphasiques, utiliser des techniques de soutien à la conversation qui garantissent l'efficacité des discussions.

#### Indicateurs de rendement

1. Pourcentage des patients évalués en matière de préoccupations relatives à leurs tâches de la vie et leurs loisirs lors de la réadaptation en milieu hospitalier ou dans la collectivité dans les trois mois qui suivent l'AVC.
2. Changements dans les résultats obtenus à partir du début des traitements jusqu'à la fin pour chaque problème dépisté (*adaptés au problème et à l'outil utilisé*).
3. Pourcentage des patients qui ont été en mesure de reprendre leur travail/leurs fonctions après la réadaptation, parmi ceux qui travaillaient avant leur AVC et s'étaient fixé pour but de retourner au travail.

#### Ressources pour la mise en œuvre et outils d'application des connaissances

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. *Agir en vue de soins optimaux de l'AVC* : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/05/CSBP-Taking-Action-Resource-OVERVIEW\\_EN\\_22May13F.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/05/CSBP-Taking-Action-Resource-OVERVIEW_EN_22May13F.pdf)
- Tableau 1 : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC : Résumé des outils de dépistage et d'évaluation validés fréquemment utilisés en réadaptation post-AVC
- Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) : normes médicales pour les conducteurs : <http://ccmta.ca/fr/publications/ressources-accueil/category/normes-medicales-du-ccatm>
- Older Drivers in Canada : <http://www.olderdriversafety.ca/professional/index.html>
- Strategies for successful return to work : <http://www.iwh.on.ca/working-together>
- Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H) : [http://strokengine.ca/assess/module\\_lifeh\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_lifeh_intro-en.html)
- Reintegration to Normal Living Index (RNLI) : [http://strokengine.ca/assess/module\\_rnli\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_rnli_intro-en.html)
- Stroke Impact Scale : [http://strokengine.ca/assess/module\\_sis\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_sis_intro-en.html)
- Stroke Specific Quality of Life Scale : [http://strokengine.ca/assess/module\\_ssgol\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_ssgol_intro-en.html)
- Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) : [http://strokengine.ca/assess/module\\_sf36\\_intro-en.html](http://strokengine.ca/assess/module_sf36_intro-en.html)

##### Renseignements destinés au patient

- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Programme *La vie après un AVC* : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC\\_Le\\_programme\\_La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC_Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- Répertoire des ressources sur l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire\\_des\\_ressources\\_de\\_l8217A\\_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9031153/k.C8E4/R233pertoire_des_ressources_de_l8217A_VC/apps/kb/cs/contactsearch.asp)
- Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : [http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY\\_FINAL\\_FRENCH.PDF](http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/YOURSTROKEJOURNEY_FINAL_FRENCH.PDF)
- Info AVC : <http://www.strokengine.ca/fr/>
- Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.canadianstroke.ca/fr/ressources/patients-and-carers/>

- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke\\_Young\\_FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2015/01/Stroke_Young_FINAL.pdf)
- South-Western Ontario Stroke Network Return to Work Website : <http://swostroke.ca/rtw-introduction/>
- Older Drivers in Canada : <http://www.olderdriversafety.ca/consumer/index.html>
- Resource guides for community based stroke support groups, and patients and families : <http://www.canadianstroke.ca/wp-content/uploads/2013/09/SupportGroupToolkit-EN1.pdf>
- Intimacy and Relationships (pictographic booklet) : <http://www.aphasia.ca/shop/intimacy-and-relationships-talking-to-your-doctor>

#### Résumé des données probantes

[Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références pour la section 11](#)

## 12.0 Réadaptation post-AVC pédiatrique

*Au sujet des recommandations : La présente section comprend un ensemble de recommandations spécifiques aux enfants de 0 à 18 ans ayant survécu à un AVC. Des recommandations sont formulées seulement dans les domaines où il existe des données scientifiques ou un consensus d'experts sur les approches concernant l'évaluation ou le traitement des enfants ayant subi un AVC. Les principes généraux ainsi que l'organisation de la réadaptation décrits dans les sections précédentes du présent module s'appliquent aussi aux enfants en réadaptation post-AVC. Par conséquent, ils n'ont pas été répétés ici.*

### Introduction

Un AVC peut survenir à n'importe quel âge. Le taux de cas d'AVC chez les enfants est de plus de 1 sur 2 500 enfants nés vivants (pour les nouveau-nés, soit les nourrissons âgés entre 0 et 28 jours) et de 2 à 5 sur 100 000 pour les enfants âgés entre 28 jours et 18 ans. L'AVC chez les nourrissons est de plus en plus reconnu et les soins sont de plus en plus spécialisés dans certaines régions du Canada. La principale cause d'AVC chez les enfants, contrairement aux adultes, n'est pas la maladie cardiovasculaire ni l'athérosclérose, et en dehors de la période néonatale, il est moins probable qu'elle soit d'origine embolique comme chez les adultes. Différentes pathophysiologies peuvent conduire à un AVC chez les nouveau-nés et les enfants, en plus de certains facteurs liés au développement et jouant un rôle dans la croissance et la maturité du cerveau.

L'AVC survient chez les enfants par un processus différent de celui des adultes, et les enfants touchés par cette affection ont besoin d'une méthode de réadaptation personnalisée et continue durant tout leur développement. Cela signifie que les conséquences d'un AVC chez un enfant ne peuvent pas être simplement déterminées par l'endroit atteint et par les manifestations physiques initiales des dommages; elles doivent plutôt être évaluées en prenant en considération le développement de l'enfant. Les conséquences à long terme chez les enfants victimes d'un AVC doivent être surveillées durant plusieurs années, car il est possible que les répercussions d'un AVC survenu chez un nourrisson ou un tout-petit se manifestent seulement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Les services de réadaptation post-AVC pour les enfants n'ont certainement pas fait l'objet d'une recherche vaste et approfondie comme c'est nettement le cas dans la documentation scientifique qui concerne les adultes. Seul un petit nombre d'études portent sur des sujets comme la stimulation électrique fonctionnelle, le traitement de la dystonie et de la spasticité par toxine botulique de type A, et le besoin de thérapie par contrainte induite ainsi que la dose appropriée. On constate un manque de clarté en ce qui concerne le moment opportun pour les interventions de réadaptation, l'intensité des interventions et la durée de la thérapie chez les enfants. Même si la documentation est manifestement limitée, il est encourageant de constater que de la recherche de qualité commence à émerger dans ces domaines clés concernant l'intervention thérapeutique et les résultats à long terme. Dans la littérature sur la paralysie cérébrale pédiatrique, un grand nombre de données probantes est apparu traitant des mêmes problèmes qui entourent la réadaptation, et certaines de ces données pourraient s'appliquer aux enfants ayant subi un AVC. Dans le cadre des prochaines éditions des présentes recommandations sur les pratiques optimales, la littérature sur la paralysie cérébrale pédiatrique sera examinée en profondeur en vue de déterminer dans quelle mesure elle peut être généralisée et applicable à l'AVC pédiatrique.

***La littérature actuelle montre est qu'il est de plus en plus clair que la fréquence des incapacités physiques, cognitives et mentales est considérable chez les enfants après la survenue d'un AVC. Il est important que des systèmes de soins soient mis en place dès maintenant pour combler les besoins continus en réadaptation que présentent les enfants ayant subi un AVC.***

De plus, le bien-être psychologique de la famille entière est une composante cruciale de la réadaptation post-AVC pédiatrique. En général, en ce qui concerne l'AVC périnatal et plusieurs AVC **infantiles**, aucune cause définitive n'est déterminée, et le diagnostic est souvent retardé. En outre, les mères sont bombardées d'informations (y compris de fausses informations) durant leur grossesse au sujet de ce qu'elles devraient et ne devraient pas faire. Cela amène de nombreuses mères d'enfants ayant subi un

AVC périnatal à croire qu'elles sont en quelque sorte responsables des lésions cérébrales de leur enfant et des conséquences qui s'y rattachent. Ce sentiment de culpabilité injustifié est très courant et peut s'avérer extrêmement invalidant. Les accusations injustifiées à l'égard des médecins et d'autres personnes sont aussi courantes. Ces complications psychosociales chez les parents s'ajoutent à la morbidité globale à laquelle la famille est exposée. Ainsi, les parents et les membres de la famille devraient participer à l'établissement des objectifs et à l'élaboration de plans de réadaptation personnalisés pour chaque enfant ayant subi un AVC, et ils devraient disposer du soutien approprié tout au long de ce processus.

La présente section sur l'AVC pédiatrique du module sur la réadaptation post-AVC des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (les « Recommandations ») fournit une description de l'état actuel des données probantes relatives à la réadaptation post-AVC pédiatrique en vue de contribuer à la planification du traitement et à l'établissement des objectifs ainsi qu'à la sensibilisation aux lacunes dans les connaissances, ce qui devrait être un motif pour continuer les travaux de recherche dans ce domaine. L'objectif de la recherche sur l'AVC chez les enfants est de s'appuyer sur les études clés déjà amorcées dans le champ de la réanimation post-AVC pédiatrique et de générer des données probantes en vue d'orienter les pratiques optimales pour assurer l'efficacité du traitement de l'AVC ainsi que du rétablissement. Cette section met aussi l'accent sur le besoin de mettre en place des systèmes de soins de l'AVC pour aider les enfants ayant été victimes d'un AVC et leur famille, et pour s'attaquer aux enjeux liés à l'accès initial et continu aux services de réadaptation afin de combler les besoins changeants de ces enfants au fil de leur croissance et de leur développement.

## Définition de « pédiatrique »

En ce qui a trait à la réadaptation, il y a lieu de distinguer trois populations de patients pédiatriques présentant des lésions cérébrales dues à une lésion vasculaire cérébrale (AVC) en fonction de l'âge et de la présentation :

- Enfants (1 mois à 18 ans) avec diagnostic en phase aiguë d'AVC ischémique artériel, de thrombose sino-veineuse cérébrale ou d'AVC hémorragique (diagnostic en phase aiguë et hospitalisation dans un établissement de soins actifs);
- Nouveau-nés (naissance à terme à 1 mois) avec diagnostic en phase aiguë d'AVC ischémique artériel, de thrombose sinoveineuse cérébrale ou d'AVC hémorragique (diagnostic en phase aiguë et hospitalisation dans un établissement de soins actifs);
- AVC ischémique périnatal présumé, diagnostiqué plus tard dans l'enfance, généralement avec reconnaissance d'hémiplésie congénitale (habituellement diagnostiqués chez le patient externe).

## Éléments à prendre en considération dans la planification de la réadaptation post-AVC pédiatrique :

- De nombreux principes et recommandations figurant dans les sections précédentes du module sur la réadaptation post-AVC des *Recommandations* s'appliquent aux personnes de tous âges ayant subi un AVC et devraient être examinés afin de déterminer s'ils sont pertinents pour le traitement des enfants. *Consultez les sections 1 à 11 de ce module pour de plus amples informations.*
- Il est important de souligner que les enfants ayant subi un AVC peuvent s'adapter à leur incapacité. Certaines conséquences de l'AVC chez un enfant demeurent parfois inconnues pendant des années alors que ce dernier continue de grandir et de franchir les différents stades de son développement. Des besoins continus ou nouveaux en matière de réadaptation peuvent se manifester tout au long de son développement et de sa croissance. C'est pourquoi les enfants ayant subi un AVC doivent être surveillés à long terme et suivis durant tout leur développement

afin d'assurer que leur potentiel développemental, fonctionnel et psychosocial se réalise de façon optimale.

- L'AVC pédiatrique affecte toute la famille et il n'est pas rare que les parents éprouvent de la culpabilité ou soient pointés du doigt. La famille au complet devrait être prise en considération dans la mise en place des programmes de réadaptation post-AVC pédiatrique et des réseaux de soutien.
- Les programmes spécialisés en réadaptation post-AVC pédiatrique sont rares tant au Canada qu'à l'échelle internationale. Là où ils ne sont pas offerts, les besoins en réadaptation de l'enfant ont souvent été pris en charge dans des cliniques de paralysie cérébrale (jeunes enfants) ou dans des services de réadaptation à la suite de lésions cérébrales acquises (enfants plus âgés). Lorsque c'est possible, les services spécifiques à l'AVC devraient être utilisés.
- Les objectifs de cette réadaptation sont semblables à ceux qui sont fixés pour les adultes ayant survécu à un AVC (comme marcher et communiquer); ils comprennent souvent aussi des objectifs supplémentaires relatifs à la réadaptation éducative et professionnelle, la réintégration dans les rôles de jeu, la croissance et le développement, et la psychologie du développement. La réadaptation des enfants ayant subi un AVC concerne plus souvent un nouvel apprentissage (adaptation) qu'un réapprentissage (réadaptation), dépendamment de l'âge auquel l'AVC est survenu.
- L'enfant ayant survécu à un AVC peut souvent être en mesure de vivre chez ses parents/tuteurs et de suivre un programme de réadaptation en consultation externe.
- Un grand nombre des traitements en réadaptation chez l'adulte s'appliquent aussi aux enfants lorsqu'ils sont ajustés en fonction de l'âge.
- Les nouvelles techniques éprouvées, dont la thérapie par contrainte induite et les nouveaux traitements à l'aide de la robotique, conviennent à l'enfant, tout comme les traitements traditionnels axés sur les fonctions avec attelles au besoin.
- Les programmes pédiatriques doivent s'insérer harmonieusement dans le programme scolaire de l'enfant afin de garantir la continuité des programmes et plans de soins, et également dans d'autres activités sportives et extracurriculaires (en milieu hospitalier ou en consultation externe).



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

### RÉADAPTATION POST-AVC PÉDIATRIQUE

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

Réadaptation post-AVC  
Mise à jour 2015

#### 1. Organisation et évaluation en vue de la réadaptation post-AVC

##### 1.1 Évaluation en vue de la réadaptation

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

##### 1.2 Équipe de réadaptation post-AVC pédiatrique

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

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

## 12.2 Traitement de réadaptation post-AVC pour enfants

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2015

### 2. Traitement de réadaptation post-AVC pour enfants

#### 2.1 Principes généraux

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

#### 2.2 Traitements spécifiques pour le bras et la main

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

### 2.3 Mobilité des membres inférieurs

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

### 2.4 Matériel adapté et accessoires fonctionnels

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

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

### Réadaptation post-AVC Mise à jour 2015

### 5.11 Rôles et activités de la vie quotidienne

#### 3.1 Retour à l'école

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

#### 3.2 Activités de loisir

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

de preuve C].

### 3.3 Bien-être de la famille

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

### Justification

L'AVC pédiatrique touche plus de 10 000 enfants canadiens. Il survient chez les enfants par un processus différent de celui des adultes, et les mécanismes, les traitements et les résultats diffèrent. De nombreux facteurs sont liés au développement et jouent un rôle dans la croissance et la maturité du cerveau. Cela signifie que les conséquences d'un AVC chez un patient ne peuvent pas être simplement déterminées par l'endroit atteint et par l'étendue physique initiale des dommages; elles doivent plutôt être évaluées en prenant en considération le développement de l'enfant. Les conséquences à long terme des personnes victimes d'un AVC doivent être surveillées durant plusieurs années, car il est possible que les répercussions d'un AVC survenu chez un nourrisson ou un tout-petit se manifestent complètement seulement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

### Exigences pour le système

Pour que les enfants ayant subi un AVC puissent être évalués en vue de la réadaptation post-AVC et traités en temps opportun, les établissements de soins actifs, les centres de réadaptation et les organismes communautaires doivent disposer de ce qui suit :

- Un effectif adéquat de cliniciens expérimentés en AVC pédiatrique, en pédiatrie développementale et en réadaptation post-AVC.
- Un processus clair d'orientation du patient vers des professionnels en réadaptation et des programmes de réadaptation.
- Des programmes destinés aux enfants ayant subi un AVC, établis dans chaque province, et des partenariats pour assurer l'accès dans toutes les régions. Ces programmes devraient disposer des ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins de ces enfants, relatifs à la fréquence et à l'intensité de la réadaptation.
- Des outils de dépistage et d'évaluation uniformisés, validés et fondés sur un consensus de spécialistes, des mesures des résultats spécifiques aux populations pédiatriques, ainsi que de la formation sur l'utilisation de ces outils destinée aux professionnels.
- Une expertise renforcée en réadaptation post-AVC dans les hôpitaux pour enfants et les centres

de soins pédiatriques, au besoin; et l'intégration des besoins en réadaptation post-AVC dans les mesures de soutien scolaire.

- Des mécanismes pour réévaluer les enfants ayant subi un AVC tout au long de leur croissance pour veiller à ce qu'ils aient accès à la réadaptation si nécessaire, à ce que leurs besoins émergents ou changeants en réadaptation soient comblés au fur et à mesure qu'ils grandissent, et à ce que les objectifs soient atteints.
- La coordination et l'établissement de partenariats solides dans la collectivité et des ressources appropriées afin de garantir aux patients l'accès à des soins complets de réadaptation post-AVC. Ceci est particulièrement important au sein des communautés rurales et éloignées où l'utilisation de la télémédecine devrait être optimisée.
- Les employeurs et les responsables du milieu de l'enseignement devraient être encouragés à apporter les modifications nécessaires et à prévoir la flexibilité requise pour permettre aux patients de retourner à l'école.
- Des programmes d'aide financière pour les familles pour que les besoins liés à la croissance et à la réadaptation de l'enfant soient comblés après la survenue de l'AVC.

### Indicateurs de rendement

#### Indicateurs de rendement du processus et des résultats :

1. Taux de cas d'AVC pédiatrique diagnostiqués au Canada par année, par type d'AVC et par groupe d'âge à l'apparition des symptômes (AVC ischémique périnatal présumé diagnostiqué plus tard, AVC chez un nouveau-né, AVC dans l'enfance).
2. Description du degré fonctionnel du patient souffrant d'un AVC, avant et après la réadaptation, fondée sur des indicateurs valides des fonctions touchées par l'AVC et des résultats.
3. Répartition des degrés de gravité de l'AVC pour tous les patients ayant subi un AVC pédiatrique admis aux services de réadaptation en milieu hospitalier ou en consultation externe après la survenue de l'AVC.
4. Destination à l'admission des patients ayant subi un AVC pédiatrique ou souffrant d'un accident ischémique transitoire (AIT) dans les établissements de réadaptation pour patients hospitalisés.
5. Nombre et pourcentage de patients avec AVC ischémique ou AIT ayant reçu une prescription pour un traitement antithrombotique avant ou pendant la réadaptation.
6. Taux de réadmission en soins actifs d'enfants ayant subi un AVC.
7. Nombre et taux d'enfants ayant subi un AVC qui sont admis aux programmes de réadaptation en milieu hospitalier ou en consultation externe.
8. Degré de capacité fonctionnelle des patients pédiatriques ayant subi un AVC ou un AIT, au moment du congé des soins actifs et des services de réadaptation, à l'aide du score de Rankin.
9. Changements d'indicateur de rendement d'AVC pédiatrique entre les visites de suivi de la clinique de neurologie; changements dans les scores du questionnaire sur les récives et le rétablissement (*Recovery Recurrence Questionnaire*) entre les visites de suivi à la clinique de neurologie.
10. Destination des patients ayant subi un AVC pédiatrique ou un AIT, après le congé de l'hôpital à la suite d'un séjour en réadaptation à l'hôpital.
11. Changements dans les résultats de l'évaluation neuropsychologique entre les visites de suivi à la clinique de neurologie.

#### Indicateur de rendement du système :

1. Meilleure reconnaissance et plus grande compréhension des enjeux spécifiques à l'AVC par les

professionnels en réadaptation s'occupant des enfants.

2. Procédures et programmes en réadaptation propres à l'AVC dans les centres de soins tertiaires de l'AVC dans tous les principaux centres canadiens.
3. Augmentation du nombre d'options de réadaptation communautaire et de la participation des enfants et des familles touchés par l'AVC.
4. Intégration de tests neuropsychologiques et de la planification de l'éducation dans le système scolaire pour les enfants ayant subi un AVC.
5. Accès à des traitements thérapeutiques expérimentaux par l'entremise d'un réseau national intégré d'essais cliniques.

#### Notes sur la mesure des indicateurs

- Les données pédiatriques pourraient idéalement être obtenues par vérification des dossiers primaires.
- Elles pourraient aussi être accessibles dans le Canadian Pediatric Ischemic Stroke Registry (registre canadien des AVC ischémiques pédiatriques), géré par l'Hospital for Sick Children, à Toronto, ou dans le registre International Pediatric Stroke Study pouvant être consulté au <https://app3.ccb.sickkids.ca/cstrokestudy/>.
- Les bases de données de l'ICIS contiennent des renseignements sur les enfants ayant subi un AVC admis dans les établissements de soins actifs. Ces données sont recueillies rétrospectivement et sans études de validation; elles peuvent donc être une sous-estimation du nombre total d'admissions de nourrissons et d'enfants ayant subi un AVC.

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

##### Renseignements destinés aux fournisseurs de soins de santé

- Management of Stroke in Infants and Children (déclaration scientifique de l'American Heart Association [en anglais]) : <http://stroke.ahajournals.org/content/39/9/2644.full.pdf>
- Calgary Pediatric Stroke Program (en anglais) : <http://www.perinatalstroke.com/>
- International Paediatric Stroke Study (en anglais) : <https://app3.ccb.sickkids.ca/cstrokestudy/>
- Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview (en anglais) : <http://www.hollandbloorview.ca/Home>
- Aphasia Institute (en anglais) : <http://www.aphasia.ca/home-page/health-care-professionals/>
- Tableau 6 du module sur la réadaptation post-AVC des Recommandations : Outils de dépistage et d'évaluation pour la réadaptation post-AVC couramment utilisés dans la réadaptation post-AVC pédiatrique

##### Renseignements destinés au patient

- Guide familial de l'AVC pédiatrique : <http://www.heartandstroke.com/atf/af/%7B99452d8b-e7f1-4bd6-a57d-b136ce6c95bf%7D/A-FAMILY-GUIDE-TO-PEDIATRIC-STROKE-FR.PDF>
- Prendre en main son rétablissement : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF\\_SBP\\_PatientsGuide\\_F14\\_FR\\_August2014-FINAL.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2014/09/HSF_SBP_PatientsGuide_F14_FR_August2014-FINAL.pdf)
- Liste de vérification post-AVC : [http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617\\_NEURO\\_Checklist\\_FR\\_v52.pdf](http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/01/7617_NEURO_Checklist_FR_v52.pdf)
- Pediatric Stroke Fact Sheet (fiche de faits sur l'AVC pédiatrique) de l'International Alliance for Pediatric Stroke (ajouter le lien du site Web SBP lorsqu'il sera accessible)

Comment [A1]: Insert FR link

Comment [A2]: Insert FR link

Comment [A3]: Insert FR link

Comment [pcm4]: Repeated

- Section « Jeunes en santé » du site Web de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.3562049/k.99FF/Jeunes\\_en\\_sant233.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.3562049/k.99FF/Jeunes_en_sant233.htm)
- L'AVC chez les enfants : <http://www.aboutkidshealth.ca/fr/healthaz/conditionsanddiseases/brainandnervoussystemdisorders/pages/stroke-home.aspx>
- Canadian Paediatric Stroke Support Association (en anglais) : <http://www.cpssa.org/>
- International Alliance for Pediatric Stroke (en anglais) : <http://www.iapediatricstroke.org/home.aspx>
- Pediatric Stroke Network (en anglais) : <http://www.pediatricstrokenetwork.com/>
- Children's Hemiplegia and Stroke Association : <http://chasa.org/>
- Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview (en anglais) : <http://www.hollandbloorview.ca/Home>
- L'aphasie chez les enfants (en anglais) : [http://www.rch.org.au/kidsinfo/fact\\_sheets/Language\\_disorders\\_Aphasia/](http://www.rch.org.au/kidsinfo/fact_sheets/Language_disorders_Aphasia/)
- La vie après un AVC : [http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)
- L'AVC chez les jeunes adultes : [http://www.canadianstroke.ca/wp-content/uploads/2014/12/Stroke\\_Young\\_FINAL\\_FRE.pdf](http://www.canadianstroke.ca/wp-content/uploads/2014/12/Stroke_Young_FINAL_FRE.pdf)
- Internet Stroke Center (en anglais) : <http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/pediatric-stroke/introduction/>
- National Stroke Association (en anglais) : <http://www.stroke.org/understand-stroke/impact-stroke/pediatric-stroke>
- Jooy Community-based Activities for Children with Disabilities (en anglais) : <http://jooay.com/>

**Comment [A5]:** This is bizarre: when I click on the link kit goes to the EN version but when I type in the address it is in FR!  
[http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.3562049/k.99FF/Jeunes\\_en\\_sant233.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.3562049/k.99FF/Jeunes_en_sant233.htm)

**Comment [A6]:** This is bizarre: when I click on the link kit goes to the EN version but when I type in the address it is in FR!  
<http://www.aboutkidshealth.ca/fr/healthaz/conditionsanddiseases/brainandnervoussystemdisorders/pages/stroke-home.aspx>

**Comment [A7]:** Link not working

**Comment [A8]:**  
This is bizarre: when I click on the link kit goes to the EN version but when I type in the address it is in FR!  
[http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.8629055/k.2949/La\\_vie\\_apr232s\\_un\\_AVC.htm](http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.8629055/k.2949/La_vie_apr232s_un_AVC.htm)

## Résumé des données probantes

Contenu

Lien vers les tableaux de données probantes et la liste des références concernant l'AVC pédiatrique

## ANNEXE

### Table des matières

# de table	Titre	Page
Tableau 1	Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour la réadaptation post-AVC	
Tableau 2	Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour le risque de chute après un AVC	
Tableau 3	Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour la dysphagie	
Tableau 4	Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour l'aphasie	
Tableau 5	Outils recommandés pour l'évaluation en prévision de la conduite automobile	



**Tableau 1 : Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC  
Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour la réadaptation post-AVC**

---

Outil d'évaluation	Objectif	Articles et administration	Autres considérations	Accessibilité
--------------------	----------	----------------------------	-----------------------	---------------

**Tableau 2 : Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour le risque de chute après un AVC**

**Tableau 3 : Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour la dysphagie**

**Tableau 4 : Outils de dépistage et d'évaluation recommandés pour l'aphasie**

## **Tableau 5 : Outils recommandés pour l'évaluation en prévision de la conduite automobile**

*Préparé par l'Institut de réadaptation de Toronto, UHN Driving best Practice Group, et mis à jour par D. Hebert, 2015 (D. Hebert et coll, 2015)*