

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL)

Une ressource à l'intention des dispensateurs de soins de santé

Manuel : aperçu et guides de référence rapide

Mise à jour de 2021

Table des matières

Vue d'ensemble	3
Portée de l'ASACL	3
Organisation du programme	4
Avis de non-responsabilité	6
Déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'un AVC	7
1. L'équipe de soins de l'AVC	9
2. Structure anatomique	12
2.1 Le cerveau	12
2.2 L'AVC et ses effets	16
3. Fonctions organiques – Physiques	21
3.1 Rétablissement du mouvement et des fonctions motrices	21
3.2 Fatigue après un AVC	24
3.3 Déglutition et dysphagie après un AVC	27
3.4 Hydratation	30
3.5 Contrôle de la vessie et des intestins	32
3.6 Intégrité de la peau et prise en charge des plaies de pression	35
4. Fonctions organiques – Sensorielles	38
4.1 Vue et perception visuelle	38
4.2 Négligence spatiale unilatérale	41
4.3 Schéma corporel	43
4.4 L'apraxie	46
4.5 Sensation	49
4.6 Douleur	51
5. Fonctions organiques – Mentales et émotionnelles	55
5.1 Changements comportementaux	55
5.2 Humeur et dépression	59
5.3 Cognition et déficience cognitive vasculaire	62
6. Activités et participation	66
6.1 Communication	66
6.2 Positionnement	69
6.2a Soins des épaules	73
6.3 Transferts et repositionnement	76
6.4 Motricité	79
6.5 Activités de la vie quotidienne et activités instrumentales de la vie quotidienne	83
6.6 Loisirs et activités sociales	87
6.7 Aidants naturels, famille et amis	90
Annexes	94

Vue d'ensemble

L'objectif du programme **Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC (ASACL)** est d'offrir des conseils et des renseignements visant à soutenir les dispensateurs de soins de santé qui travaillent avec des personnes ayant subi un AVC et leur famille, et ce, afin d'aider ces dernières à obtenir des résultats optimaux, à retrouver leur meilleur niveau de fonctionnement et à profiter pleinement de la vie.

Portée de l'ASACL

Les personnes ayant subi un AVC ont souvent besoin d'un soutien continu à l'égard d'un ou de plusieurs aspects de leurs capacités afin de se rétablir et de retrouver leur niveau optimal de fonctionnement et d'autonomie. Le programme Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée offre des conseils et des renseignements aux dispensateurs de soins de santé pour leur permettre de prendre en charge en toute sécurité les personnes ayant subi un AVC, quel que soit l'environnement de soins. Il peut s'agir d'intervenants d'urgence dans un hôpital de soins actifs, dans un centre de réadaptation ou dans un établissement communautaire tel que le domicile d'une personne ou encore les résidences et les centres de soins de longue durée.

L'information fournie dans les ressources du programme s'applique tout au long du rétablissement et lors de la reprise des activités de la vie quotidienne. Un tel processus est susceptible de se poursuivre pendant des mois et des années après un AVC. Le programme traite des soins nécessaires aux personnes sorties des soins actifs, autrement dit, après les heures et les jours suivant immédiatement la survenue de l'AVC, alors qu'elles passent aux phases suivantes. Remarque : cette ressource peut également être utile aux dispensateurs de soins de santé dans un environnement de soins actifs, car les renseignements fondamentaux sur le traitement de l'AVC qu'elle offre viennent compléter la formation plus approfondie sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë qui doit être fournie par l'établissement. On trouvera également des ressources supplémentaires sur le site Web de Cœur + AVC à l'adresse www.pratiquesoptimalesAVC.ca.

Cette ressource constitue une mise à jour des ressources publiées en 2015 dans le cadre du programme Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée, et elle se substitue à leur contenu.

Public cible

Cette ressource s'adresse principalement aux dispensateurs de soins : préposés aux services de soutien à la personne, aides-soignants, aides aux soins personnels à domicile, assistants en réadaptation, infirmiers et autres personnes qui planifient, coordonnent ou prodiguent des soins directs aux personnes ayant subi un AVC. La priorité est accordée à la réadaptation et au rétablissement dans n'importe quel environnement du continuum de soins.

D'autres professionnels de la santé qui travaillent avec des personnes ayant subi un AVC et leur famille trouveront également des renseignements utiles dans ces ressources.

Les aidants naturels, les membres de la famille et les amis qui prodiguent un soutien et des soins informels trouveront aussi que cette ressource est utile.

Organisation du programme

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé afin d'évaluer la santé et le handicap. La CIF propose un langage uniformisé et un cadre pour la description de l'information relative au fonctionnement et au handicap, et ce, selon quatre composants : structures anatomiques, fonctions organiques, activités et participation, et facteurs environnementaux¹. Le document se structure autour des trois premiers, alors que les facteurs environnementaux, intégrés tout au long du contenu, ne font pas l'objet d'une section distincte.

Le programme comprend à la fois une présentation détaillée, sous forme de diapositives PowerPoint pour chacune des sections, et des guides de référence rapide (GRR) correspondants mettant en valeur les messages clés. Ces GRR sont réunis dans le manuel du programme, qui comprend tous les GRR publiés, ainsi que les liens vers les diaporamas plus complets. Les ressources feront sans doute l'objet de mises à jour en fonction de l'actualisation des données disponibles et des pratiques optimales.

Mise au point des ressources du programme

La mise au point des ressources du programme se fait lors d'un processus de mise à jour itératif par des groupes d'experts dans chaque domaine. Ceux-ci examinent le contenu antérieur et l'actualisent, si besoin est, afin qu'il soit conforme aux toutes dernières Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (les Recommandations). Chaque module du programme fait donc l'objet d'une mise à jour approfondie. La version définitive du contenu est examinée à l'externe par les membres du comité consultatif pour les Recommandations afin d'en garantir l'exactitude et la validité.

L'information fournie dans les ressources du programme se fonde sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC de Cœur + AVC, un ensemble de lignes directrices extraites des données de recherche les plus récentes et fondées sur l'opinion d'experts cliniques. L'élaboration et la mise à jour des Recommandations s'effectuent tous les 2 ou 3 ans sous la direction de Cœur + AVC. Les professionnels de la santé canadiens, issus de nombreuses disciplines et spécialisés dans les soins de l'AVC, analysent les études, les données probantes et les renseignements actuels à l'échelon national et international afin de formuler des recommandations sur les meilleures pratiques. Ainsi, les recommandations pour les pratiques optimales constituent LA référence en matière de soins de l'AVC. La mise en œuvre de toutes ces recommandations n'a rien de simple. Par conséquent, celles-ci demeurent des objectifs souhaitables à atteindre pour les professionnels et les systèmes de santé dans un esprit d'amélioration continue de la qualité.

L'application des recommandations pour les pratiques optimales en matière d'AVC permet de réduire l'écart entre les données probantes de la recherche sur les meilleurs traitements pour l'AVC et la pratique des soins au quotidien. En fin de compte, la mise en œuvre des pratiques optimales en matière d'AVC limite les conséquences de l'AVC sur les individus, les familles, les aidants naturels, la collectivité et le système de santé. Certaines des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC sont incluses dans cette ressource sous forme de modules.

¹ Organisation mondiale de la Santé. Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé : CIF [Internet]. 2002. Accessible sur : <https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>

Les Recommandations peuvent être consultées en intégralité sur le site www.pratiquesoptimalesAVC.ca. Les ressources du programme ne remplacent pas l'examen et le respect des recommandations sur les pratiques optimales de l'AVC, dans la mesure où elles concernent votre champ d'exercice et votre rôle professionnel.

Le site Web des Recommandations (à consulter sur www.pratiquesoptimalesAVC.ca) offre de nombreuses informations et ressources supplémentaires sur tous les aspects des soins de l'AVC : la sensibilisation du public et la reconnaissance des signes de l'AVC, les soins actifs, la prévention secondaire, la réadaptation et le rétablissement, ainsi que les systèmes de soins (les soins virtuels, l'éducation des patients et des familles, et la communication entre les professionnels de la santé). Les Recommandations comprennent également des modules ciblés, notamment sur les déficits cognitifs d'origine vasculaire et l'AVC pendant la grossesse. Le site Web des Recommandations propose en outre des renseignements sur les types de services qui devraient être accessibles aux personnes ayant subi un AVC et sur les moyens de mesurer l'efficacité de la prestation de ces soins, ainsi que des listes d'outils, des listes de vérification et des questionnaires à utiliser afin d'orienter les soins à offrir à ces patients.

D'autres ressources sont offertes à l'intention des survivants de l'AVC, de leur famille, de leurs aidants naturels et du grand public. Il s'agit entre autres des documents suivants :

- **Votre cheminement après un AVC : Un guide à l'intention des survivants de l'AVC**
- **Liste de vérification après un AVC**
- **Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants**
- Infographies des Recommandations : mises au point par des personnes ayant une expérience vécue; présentées sous forme de documents de synthèse vulgarisés traitant du contenu essentiel de chaque module des Recommandations (p. ex, **La réadaptation et le rétablissement**, **Les transitions et la participation communautaire**, **Aide-mémoire pour les soins de santé virtuels**) pour favoriser l'autogestion et la participation active aux soins et au rétablissement.

Toutes les ressources sont publiées par Cœur + AVC sur le site Web des Recommandations, à l'adresse suivante : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-patients-et-les-aidants-naturels

Avis de non-responsabilité

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical pertinent auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

Merci!

Cœur + AVC exprime sa reconnaissance et ses remerciements au groupe dévoué de professionnels de la santé qui ont consacré leur temps, leur énergie et leur expertise pour rédiger, réviser et mettre au point les produits créatifs du programme *Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée* (2021). Les principaux membres du groupe de conception du programme sont Rebecca McGuff (responsable nationale de la fondation), Louise Nichol (co-responsable, Manitoba), Patrice Lindsay (rédactrice principale de la fondation à l'échelle nationale), Anita Mountain (conseillère principale, Nouvelle-Écosse), Katie White (révisseur, Colombie-Britannique), Joyce Fung (révisseur, Québec), Sepideh Pooyania (révisseur, Manitoba), Tina Vallentin (révisseur, Ontario), Brenda Semenko (révisseur, Manitoba), Donna Cheung (révisseur, Ontario), Kate Charbonneau (révisseur, Ontario), Alexa Keeling (révisseur, Alberta), Linda Lambert (révisseur, Manitoba), Kristin Villanueva (révisseur, Manitoba), Kim Baessler (révisseur, Manitoba), ainsi que d'autres experts-réviseurs. Cœur + AVC tient également à remercier le groupe responsable des soins communautaires et des soins de longue durée au sein de l'Ontario Regional Stroke Networks pour sa contribution à l'élaboration des ressources supplémentaires du programme. Cœur + AVC tient à remercier le Groupe de recherche pour l'**analyse factuelle de la réadaptation après un AVC** du Robarts Research Institute de London (Ontario) pour sa participation à la création du présent document, ainsi que l'équipe d'**Info AVC** pour l'information fournie sur les outils d'intervention et d'évaluation actuels en matière d'intervention et de réadaptation post-AVC. La mobilisation de tous pour faire avancer la prise en charge de l'AVC au Canada constitue un exemple de collaboration interprofessionnelle à son meilleur. Nous remercions également les milliers de professionnels de la santé, les familles et aidants naturels pour leur assistance précieuse aux personnes ayant subi un AVC.

Vos commentaires, suggestions et demandes de renseignements concernant cette ressource sont utiles et bienvenus. Faites-nous part de vos commentaires par courriel :

pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca

Déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral

En 2014, après une vaste consultation auprès des personnes ayant subi un AVC et des aidants naturels du monde entier, la World Stroke Organization (www.world-stroke.org) a publié une déclaration des droits des personnes ayant subi un AVC. Ce texte fait état des soins et des traitements considérés par les patients et leurs familles comme essentiels pour le rétablissement. En tant que dispensateurs de soins de santé, nous avons tous la responsabilité de prodiguer aux personnes ayant subi un AVC les meilleurs soins possibles dans la limite des ressources et des capacités géographiques existantes.

Déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'attaque cérébrale

En tant que personne ayant subi une
attaque cérébrale,

j'ai le droit de :



Recevoir les meilleurs soins pour une attaque cérébrale

- Un diagnostic rapide afin d'être aidé rapidement.
- Recevoir des soins par une équipe spécialisée pendant tout le parcours (à l'hôpital et pendant ma réadaptation).
- Recevoir des soins bien coordonnés.
- Avoir accès au traitement, quel que soit ma situation financière, mon sexe, ma culture ou l'endroit où je vis.
- Recevoir des soins qui me conviennent en tant qu'individu – considérant mon âge, ma culture, mes buts et les changements de besoins dans la durée.



Être informée et préparée

- Être informée des signes d'une attaque afin que je puisse les reconnaître si j'en suis victime.
- Être complètement informée concernant ce qui m'est arrivé et comment vivre après une attaque pour aussi longtemps qu'il le faudra.



Être soutenue dans mon rétablissement

- Recevoir de l'espoir pour obtenir le meilleur rétablissement possible maintenant et dans le futur.
- Recevoir une aide psychologique et émotionnelle selon mes besoins.
- Être considérée dans tous les aspects de la société, quel que soit mon handicap.
- Recevoir l'aide (financière ou autre) pour s'assurer de soins à long terme.
- Être soutenue pour un retour au travail et/ou d'autres activités auxquelles je choisis de participer après mon attaque.
- Avoir accès à un plaidoyer formel ou informel pour m'aider à avoir recours aux services dont j'ai besoin.
- Avoir un lien avec d'autres survivants d'attaque et leurs soignants pour que je puisse recevoir et offrir du soutien dans mon rétablissement.



**World Stroke
Organization**

www.world-stroke.org

Déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'attaque cérébrale

Les attaques cérébrales sont une des premières causes de décès dans les pays développés ainsi que dans les pays en voie de développement et une cause majeure de handicap. **Il y a plus de 17 millions d'attaques cérébrales chaque année** et 6 millions de personnes meurent de cette maladie. **Toutes les deux secondes, quelqu'un souffre d'une attaque cérébrale, quel que soit son âge ou son sexe.**

Derrière ces statistiques, il y a des vies réelles.

Malgré ces statistiques choquantes, de nombreuses personnes souffrent d'attaque cérébrale et beaucoup d'entre elles n'ont pas accès à un traitement, une réadaptation et le soutien qui leur donneraient une plus grande chance de rétablissement, une vie saine, productive et indépendante.

La déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'attaque cérébrale est une priorité importante pour la World Stroke Organization. Ces droits identifient les soins importants pour TOUS les survivants d'attaque cérébrale et leurs soignants à travers le monde.

Cet outil peut servir aux individus et aux organisations afin de communiquer aux soignants, aux gouvernements et à leurs agences ce que les personnes ayant subi une attaque cérébrale considèrent comme étant les choses essentielles pour leur rétablissement. Dans ce document, de nombreux aspects de soins considérés comme étant importants pour les personnes ayant subi une attaque cérébrale sont inclus. Ces aspects ont clairement montré un déclin de mortalité et de handicap après une attaque cérébrale.

La déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'attaque cérébrale n'est pas un document légal. C'est un guide de soins importants pour ceux qui ont survécu à une attaque et leurs soignants afin d'arriver aux meilleurs résultats possible pour ceux qui font l'expérience d'une attaque.

La déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'attaque cérébrale a été écrite par un groupe de survivants d'attaque et leurs soignants de toutes les régions du monde. Ils avaient aussi le support d'un plus grand groupe de survivants et de soignants et de milliers d'autres personnes issues de différents pays, cultures et langues. Tous ont répondu à des sondages afin de comprendre s'il y a des différences entre les différentes parties du monde. Leurs réponses montrent que ce qui compte dans le rétablissement d'une attaque est partout la même chose, peu importe où les personnes victimes d'attaque vivent.

Les questions exposées sont indiquées dans la déclaration mondiale des droits des personnes atteintes d'attaque cérébrale, dans l'ordre d'importance jugé par les survivants et leurs soignants.

Nous espérons que ce document sera un outil utile pour améliorer les soins des personnes ayant subi une attaque, poser un meilleur diagnostic et offrir un meilleur traitement de façon à améliorer les soins et le support des personnes concernées à travers le globe.



www.world-stroke.org

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur** de la personne avec laquelle vous travaillez.
- L'aidant naturel peut être un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur, un autre parent, un ami proche ou un voisin qui s'occupe de la personne ayant subi un AVC. Dans ce document, cette notion exclut les dispensateurs de soins rémunérés.
- **Remarque :** Lorsque vous travaillez avec les aidants naturels de la personne, veillez à ce que la vie privée et la confidentialité soient respectées. En cas de doute, consultez l'équipe de soins.
- Les personnes qui ont subi un AVC peuvent éprouver de nombreuses difficultés. Chaque membre de l'équipe de prise en charge de l'AVC contribue au traitement et au rétablissement efficaces de la personne.

Les rôles et les responsabilités de l'équipe de soins de l'AVC sont les suivants

- **Communiquer** avec la personne qui a subi un AVC et avec ses aidants naturels, ainsi qu'avec l'équipe de soins de l'AVC.
- **Renseigner** la personne et ses aidants naturels sur l'AVC, ses séquelles et le rétablissement.
- **Aider** la personne concernée et ses aidants naturels à se doter de stratégies pour apprendre à vivre avec la situation et s'adapter aux changements.
- **Élaborer** et mettre à jour les plans de soins.
- **Aider** la personne à obtenir les meilleurs résultats possible.
- **Tâcher de prévenir ou de réduire** les complications.
- **S'adapter** aux besoins, aux capacités et aux objectifs personnels en constante évolution de la personne et de ses aidants naturels.

Fournir des soins axés sur la personne

- Suivez les principes des **soins axés sur la personne** : le dispensateur de soins doit placer la personne au centre de toute intervention. Quand on offre des soins axés sur la personne, il ne faut jamais oublier la devise suivante : « Rien pour moi sans moi »*.

- Incluez la personne dans le processus décisionnel, dans la mesure où elle souhaite y participer.
- Respectez l'individualité de chaque personne, en prenant le temps de la connaître et de la comprendre. Informez-vous de ses objectifs personnels, de ses préférences et de ses valeurs, et travaillez en équipe pour que ces éléments fassent partie du plan de soins.
- Respectez la dignité de la personne et encouragez son autonomie sans la pousser au-delà de ses limites et sans la retenir.
- Afin de répondre aux besoins physiques, sociaux, cognitifs et émotionnels des personnes qui ont subi un AVC, l'équipe de soins de l'AVC met tout en œuvre pour que ces personnes puissent se rétablir et guérir dans un environnement sécuritaire et bienveillant tout en bénéficiant d'une expertise en matière d'AVC et de réadaptation.
- **La personne qui a subi un AVC est la cible de tous les efforts de l'équipe et fait partie de celle-ci.** Autant que possible, la personne et ses aidants naturels doivent participer à la prise de décisions qui concernent aussi bien le plan de soins et ses objectifs que les soins offerts.
- La composition de l'équipe de soins de l'AVC varie en fonction de facteurs tels que la gravité de l'AVC, les besoins de la personne, le stade de son rétablissement, et le lieu où les soins sont prodigués. En plus de la personne et de ses aidants naturels, les membres de l'équipe peuvent inclure des médecins, des gestionnaires de cas, des nutritionnistes, des préposés aux services de soutien, des infirmières, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des psychologues ou neuropsychologues, des récréothérapeutes, des assistants en réadaptation, des travailleurs sociaux et des orthophonistes.

Pour en savoir plus sur l'équipe de soins de l'AVC et le rôle de ses membres, veuillez consulter **ASACL, L'équipe de soins de l'AVC.**

L'approche de l'équipe

- **Évaluation :** vos observations et vos commentaires sur la personne ayant subi un AVC peuvent contribuer à l'évaluation par l'équipe. Assurez-vous de signaler ce que vous voyez.
- **Diagnostic :** en s'appuyant sur l'évaluation, le médecin établira un diagnostic pour ensuite réduire le plus possible le risque de complications et déterminer les approches et les interventions thérapeutiques nécessaires.
- **Planification des soins :** l'équipe élabore un plan de soins fondé sur l'évaluation, le diagnostic et les objectifs de la personne.
- **Mise en œuvre :** votre contribution et votre communication peuvent aider à déterminer la meilleure façon de mettre en œuvre le plan.
- **Évaluation :** vos observations et votre suivi peuvent aider à déterminer si le plan fonctionne bien et si des changements ou une réévaluation sont nécessaires.
- **Tous les membres de l'équipe doivent travailler dans les limites de leur champ d'exercice.**

Votre rôle en tant que membre de l'équipe de soins de l'AVC

- Apprenez à connaître chaque personne individuellement. Cela vous aidera à adapter vos pratiques et vos techniques à ses besoins et préférences.

- Faites preuve de compréhension quant à ses difficultés et célébrez ses réussites.
- Vous pourriez être la première personne à remarquer les changements. En communiquant vos observations à l'équipe de soins de l'AVC, vous pouvez l'aider à offrir les meilleurs soins et le meilleur rétablissement possible à la personne qui a subi un AVC.
- Familiarisez-vous avec le plan de soins et suivez-le. Soyez toujours au courant du plan de soins personnalisé de chaque personne et sachez quelle est votre responsabilité. Assurez-vous de savoir qui est votre personne-ressource dans l'équipe et n'hésitez pas à consulter votre équipe si un aspect du plan de soins n'est pas clair, si vous avez des questions ou si vous avez des inquiétudes quant à la santé de la personne dont vous vous occupez.
- Suivez les directives de votre lieu de travail concernant la communication avec l'équipe. Ne tardez pas si la situation exige une intervention immédiate. Communiquez avec le membre de l'équipe approprié aussi rapidement que possible.

Remarque : Il est possible que, dans certains cas, les renseignements offerts par cette ressource diffèrent des instructions ou du plan de soins qui ont été élaborés par l'organisme pour lequel vous travaillez ou par l'équipe de prise en charge de l'AVC. **Suivez toujours les instructions fournies par votre employeur, par votre équipe, ou par le plan de soins.**

Références :

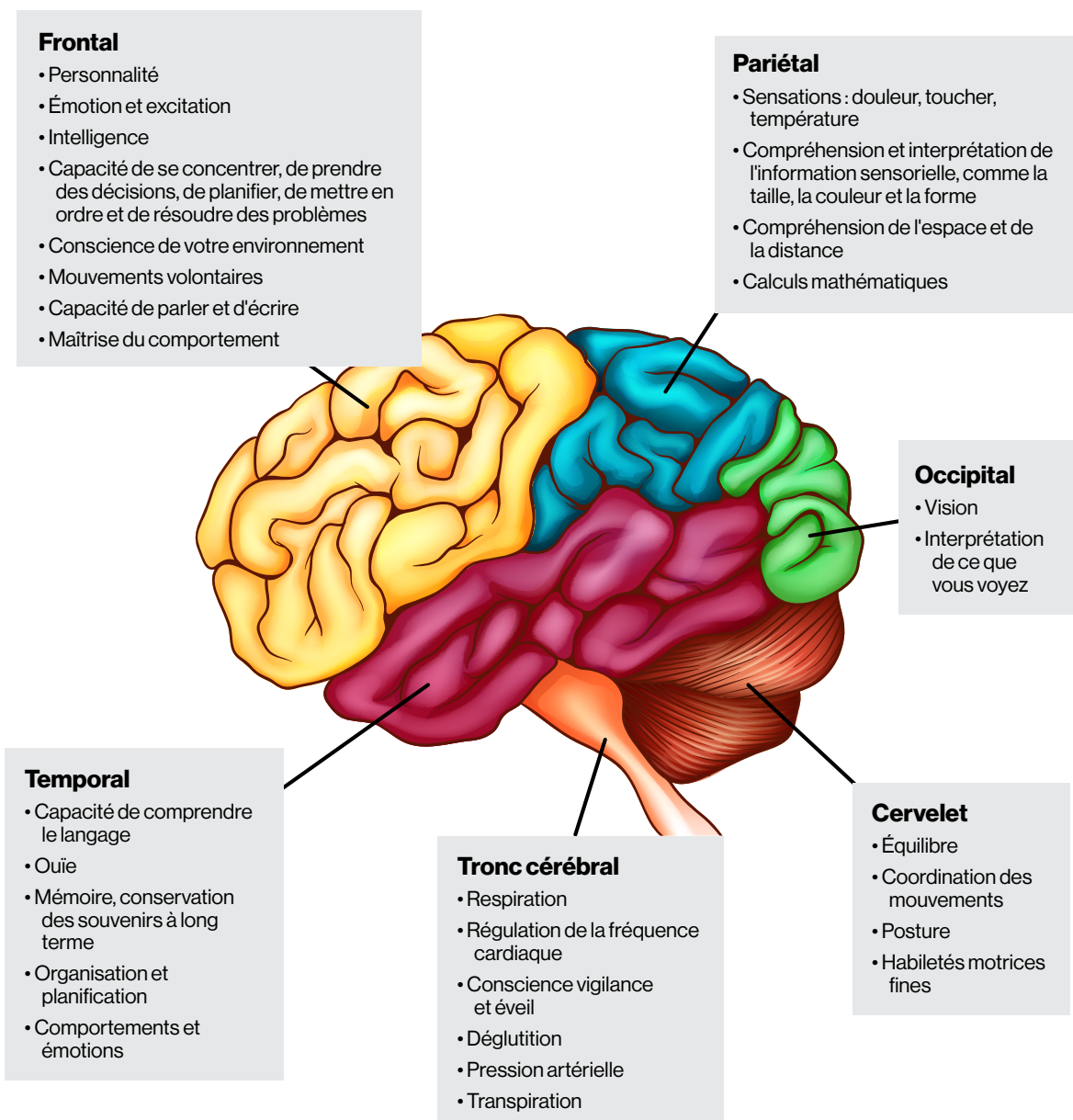
1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, section 1
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **L'équipe de soins de l'AVC**
3. *Tiré de Valerie Billingham, dans le cadre d'une séance au Salzburg Global Seminar (n° 356) en 1998 intitulée « Through the Patient's Eyes »

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

2.1 Le cerveau

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl



Régions du cerveau

- La plus grande partie de l'encéphale, le **cerveau**, est constituée de deux moitiés appelées hémisphères :
 - L'**hémisphère gauche** commande le **côté droit du corps**.
 - L'**hémisphère droit** commande le **côté gauche du corps**.
- Chaque hémisphère est constitué de quatre lobes qui commandent différentes fonctions.
- Les deux hémisphères sont reliés entre eux par des fibres nerveuses, ce qui leur permet de communiquer et de fonctionner de façon coordonnée en tout temps.
- La base de l'encéphale est constituée de deux autres composants majeurs appelés le **cervelet** et le **tronc cérébral**.
- Il existe d'autres parties de l'encéphale, plus petites, mais tout aussi importantes, dont il ne sera pas question dans le présent document.

Le fonctionnement du cerveau

- Le cerveau est un organe complexe, responsable de nombreuses fonctions quotidiennes essentielles et très complexes.
- **Parmi les fonctions principales de l'hémisphère gauche** figurent les différentes composantes du mouvement et des sensations du côté droit du corps, la vue dans le champ visuel droit, le langage (parler et écrire), les compétences associées aux mathématiques et aux nombres, le souci du détail, la planification et l'enchaînement des mouvements, la résolution de problèmes et la pensée analytique et rationnelle.
- **Parmi les fonctions principales de l'hémisphère droit** figurent le mouvement et les sensations du côté gauche du corps, la vue dans le champ visuel gauche, la créativité, l'imagination et l'intuition, la pensée liée aux émotions, la perspicacité, la compréhension et la conscience des indices non verbaux, la conscience et la compréhension de l'environnement (notamment l'orientation spatiale).
- Chaque lobe du cerveau a des fonctions différentes. Les déficiences d'une personne peuvent varier selon le côté du cerveau (hémisphère droit ou gauche) qui a été touché par l'AVC.

Principales fonctions du cerveau

Remarque : Voir **ASACL – Le cerveau**, pour en savoir plus.

- Les **fonctions du lobe frontal** sont importantes pour la personnalité, la régulation des émotions et de l'humeur, la cognition (en particulier, les fonctions exécutives), le langage expressif, le mouvement volontaire, la planification et l'enchaînement de tâches complexes, et la continence vésicale.
 - Les **effets des lésions du lobe frontal** comprennent, entre autres, la perte de mouvement du côté opposé du corps, les changements sur le plan des émotions et de la personnalité, la difficulté à s'exprimer par la parole et à mettre ses idées en mots, la diminution de la capacité à planifier, à organiser et à exécuter une séquence de tâches complexes (apraxie), un affaiblissement des facultés de jugement et de résolution de problèmes, le maintien (ou blocage) d'une seule idée ou d'un seul comportement, l'incontinence.

- Les **fonctions du lobe pariétal** sont importantes pour les sensations (par exemple, le toucher, la température, la douleur), la proprioception, l'attention visuelle, la coordination des mouvements et la manipulation d'objets, la lecture, l'écriture, les activités associées aux mathématiques et à la construction, et la dénomination des objets.
- Les **effets des lésions du lobe pariétal** comprennent, entre autres, la difficulté de focalisation de l'attention visuelle, la perte de sensation, la diminution de la coordination œil-main, l'altération du schéma corporel et des relations spatiales (par exemple, des problèmes de discrimination droite-gauche, la négligence d'une partie du corps ou de l'espace), l'aphasie, l'agnosie, la désorientation spatiale et les difficultés de navigation.
- Les **fonctions du lobe temporal** sont importantes pour la capacité auditive, la compréhension du langage, la mémoire (notamment la capacité à mémoriser de l'information, à trouver ses mots, à se souvenir), l'intégration d'information sensorielle, la régulation du comportement et des émotions.
- Les **effets des lésions du lobe temporal** comprennent, entre autres, la difficulté à reconnaître les visages, la difficulté à réagir de façon sélective à de l'information auditive et visuelle, la difficulté à comprendre la parole et à organiser son expression verbale, la perte de mémoire à court et à long terme, une modification de la personnalité et du comportement émotionnel et sexuel, l'impulsivité, l'agressivité, la dépression et la pulsion irrépressible de parole.
- Les **fonctions du lobe occipital** sont importantes pour la vision, l'organisation spatiale, l'interprétation de l'information visuelle et les réflexes visuels.
- Les **effets des lésions du lobe occipital** comprennent, entre autres, les déficits de la vision (p. ex., perte de champ visuel, vision double), l'incapacité à reconnaître des objets familiers, des mots, des couleurs ou le mouvement d'un objet, et les difficultés à lire et à écrire.
- Les **fonctions du cervelet** sont importantes pour le contrôle moteur, le maintien de la posture et de l'équilibre, la coordination des mouvements et le tonus musculaire.
- Les **effets des lésions du cervelet** comprennent, entre autres, l'ataxie des membres et de la démarche, la difficulté à évaluer les distances, la difficulté à exécuter des mouvements rapides, les vertiges et les étourdissements, les tremblements, la perte de maîtrise posturale, d'équilibre et de coordination, la diminution de la coordination motrice fine et les difficultés d'élocution (dysarthrie).
- Les **fonctions du tronc cérébral** sont importantes pour la maîtrise des fonctions de base du corps telles que la respiration, la déglutition, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la transpiration, la régulation du cycle veille-sommeil, la vigilance et le niveau de conscience, l'équilibre et les mouvements du visage et des yeux.
- Les **effets des lésions du tronc cérébral** comprennent, entre autres, l'incapacité à déplacer les yeux dans différentes directions, les réponses inappropriées aux stimuli visuels ou auditifs, des modifications de la fonction respiratoire, de la fonction cardiaque, et de la fonction associée à la tension artérielle, des modifications du goût et de l'audition, l'expression faciale anormale, les problèmes d'équilibre et de maîtrise posturale, la dysphagie, l'altération des sensations et la faiblesse des membres, les vertiges, et les troubles du sommeil.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC :
www.pratiquesoptimalesAVC.ca
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Le cerveau**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

2.2 L'AVC et ses effets

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Qu'est-ce qu'un accident vasculaire cérébral (AVC)?

- Un AVC survient lorsque le flux sanguin dans une artère est interrompu, ce qui peut être provoqué par un des événements suivants :
 - une artère est obstruée (**AVC ischémique**);
 - une artère se rompt ou il y a une fuite de sang sous l'effet de la pression à cause de l'affaiblissement des parois (**AVC hémorragique**).
- Par conséquent, certaines cellules du cerveau dans les zones touchées ne reçoivent pas l'oxygène et les nutriments dont elles ont besoin. Si le flux sanguin n'est pas rétabli en quelques minutes, les cellules du cerveau (appelés neurones) commencent à mourir. Lorsque des neurones meurent, la région atteinte du cerveau ne peut plus fonctionner comme elle l'a fait jusqu'à ce moment.
- L'**accident ischémique transitoire (AIT)** (souvent appelé « mini-AVC ») est le diagnostic qui désigne un bref épisode de déficit neurologique causé par l'ischémie d'une partie du cerveau, des rétines ou de la moelle épinière, avec des symptômes cliniques et une absence d'infarctus à l'imagerie. L'AIT et l'AVC ischémique aigu mineur s'inscrivent dans un continuum. Les symptômes de l'AIT disparaissent entièrement au bout de 24 heures au maximum, mais le plus souvent dans l'heure qui suit. Si un symptôme persiste au-delà de 24 heures, il s'agit d'un AVC et non d'un AIT.
 - Un événement d'AIT est significatif dans la mesure où il peut être un avertissement d'un AVC à venir. Tous les intervenants doivent traiter un AIT aigu comme une urgence potentielle.
 - Les symptômes d'un AIT sont similaires à ceux d'un AVC. Si une personne présente les signes ou les symptômes d'un AVC, elle doit demander une évaluation médicale, un traitement et un suivi immédiats.
- L'**AVC ischémique** est causé par une obstruction ou un caillot dans une artère du cerveau (environ 85 % des AVC).
 - L'obstruction découle parfois de la présence d'une plaque qui se forme sur la paroi interne d'une artère. L'obstruction ou le caillot restreint le flux sanguin dans une région du cerveau.
 - Un caillot sanguin peut également se former dans une autre partie du corps et ensuite atteindre le cerveau.
- L'**AVC hémorragique** (environ 15 % des AVC) survient à la suite de la rupture d'un vaisseau sanguin. L'interruption du flux sanguin cause des lésions au cerveau.

- L'hypertension, qui affaiblit les artères au fil des années, est l'une des causes principales de l'AVC hémorragique. Des parties fragilisées des artères appelées anévrysmes se dilatent parfois d'une manière excessive et finissent par se rompre et par causer une fuite de sang.
- Parmi les autres causes d'un AVC et les facteurs supplémentaires qui peuvent augmenter le risque d'AVC, on peut citer :
 - les anomalies des vaisseaux sanguins, appelés malformations artérioveineuses, que certaines personnes présentent dès leur naissance, et qui peuvent finir par se rompre;
 - dans de rares cas, certains troubles sanguins, une tumeur, une infection, une maladie, la prise de certains médicaments, la toxicomanie, un traumatisme cérébral et/ou un œdème cérébral dû à une lésion.

Signes de l'AVC

- Il est important d'agir VITE (visage, incapacité, troubles de la parole, extrême urgence), car plus l'arrivée à l'hôpital est rapide, plus la personne a des chances de bénéficier d'une intervention qui peut inverser ou réduire les séquelles d'un AVC.
- Dans plusieurs interventions médicales en cas d'AVC, chaque minute compte. Les services médicaux d'urgence (SMU) sauront quels hôpitaux offrent ces interventions médicales.
- Visitez la chaîne YouTube de Cœur + AVC pour une **vidéo sur la reconnaissance des signes VITE d'un AVC**.
- Il existe d'autres signes d'AVC qui sont moins fréquents, notamment : des altérations de la vision, des céphalées soudaines et aiguës, des engourdissements, des problèmes d'équilibre.

Apprenez les signes de l'AVC

Visage

Est-il affaissé?

Incapacité

Pouvez-vous lever les deux bras normalement?

Trouble de la parole

Trouble de prononciation?

Extrême urgence

Composez le 9-1-1.

Apprenez à reconnaître les signes. Plus

VITE vous réagissez, plus **VITE** vous sauvez la personne.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018

Si vous-même ou une personne qui est en votre compagnie présentez n'importe lequel de ces signes, composez immédiatement le 9-1-1 ou votre numéro d'urgence local.

Traitement précoce d'un AVC ischémique (caillot sanguin)

- Les médecins **pourraient** recommander une **thrombolyse intraveineuse (un médicament qui détruit les caillots)** pour aider à dégager les artères obstruées.
 - La décision dépendra entre autres du type d'AVC, du temps écoulé depuis le début des symptômes et des résultats de l'imagerie cérébrale (p. ex., TDM ou IRM). La thrombolyse peut réduire la gravité d'un AVC, annuler une partie des effets, et améliorer le rétablissement.
 - La thrombolyse doit être administrée le plus rapidement possible et dans les 4,5 heures suivant le début des symptômes. Il est ainsi important de se rendre à l'hôpital le plus rapidement possible,

dès qu'on soupçonne des symptômes d'un AVC. Plus le délai est long, moins les bienfaits potentiels sont importants.

- La **thrombectomie endovasculaire (TE)** **pourrait** être recommandée par les médecins si le caillot est situé dans l'un des gros vaisseaux sanguins du cerveau.
- Guidé par l'imagerie radiographique, un tube fin est introduit dans les vaisseaux sanguins jusqu'au caillot dans le cerveau. Le caillot sanguin est ensuite retiré pour rétablir le flux sanguin dans le cerveau. La TE contribue à atténuer les déficiences. Elle est désormais considérée comme la référence en matière de traitement de patients ayant subi un AVC ischémique majeur.
- Chez les patients qui répondent aux critères associés, la TE est recommandée dans les 6 heures suivant l'apparition de l'AVC, ou jusqu'à 24 heures chez certains patients. Plus le rétablissement du flux sanguin est rapide, plus un rétablissement optimal est probable.

Traitement précoce d'un AVC hémorragique (saignement)

- Les AVC hémorragiques sont souvent très préoccupants et ne peuvent pas être traités par thrombolyse intraveineuse (TE). La période de rétablissement est plus longue que dans le cas d'un AVC ischémique. Un neurochirurgien déterminera si une intervention est nécessaire pour maîtriser le saignement dans le cerveau, réparer l'artère lésée et/ou réduire la pression intracrânienne.

Facteurs de risque

Il existe trois catégories de facteurs de risque qui peuvent augmenter le risque d'AVC :

- **Facteurs de risque médicaux** : certains problèmes médicaux peuvent augmenter le risque de subir un AVC (par exemple, l'hypertension artérielle, le taux de cholestérol élevé, le diabète, la fibrillation auriculaire, la sténose carotidienne, la prééclampsie, l'apnée du sommeil, les déficits cognitifs d'origine vasculaire, les maladies du cœur, le cancer, et d'autres affections médicales).
- **Facteurs de risque modifiables** : de nombreux facteurs de risque peuvent être maîtrisés par des changements dans le mode de vie, des traitements médicaux et médicamenteux. Ces facteurs sont parfois appelés facteurs de risque liés au mode de vie (par exemple, le régime alimentaire, la sédentarité et l'activité physique, la gestion du poids, le tabagisme et le vapotage, la consommation excessive d'alcool, le stress non géré, l'utilisation de drogues récréatives telles que la cocaïne ou les amphétamines, les contraceptifs oraux (contrôle des naissances) ou l'hormonothérapie substitutive).
- **Facteurs de risque non modifiables** : d'autres facteurs sont associés à un risque plus élevé d'AVC et ne peuvent être modifiés, notamment :
 - L'âge (plus vous êtes âgé, plus le risque est élevé)
 - Le sexe (le risque d'une maladie cardiaque et d'un AVC augmente après la ménopause)
 - Les antécédents familiaux de maladie cardiaque, d'AVC ou d'AIT (parents ou frères et sœurs)
 - AVC ou AIT antérieur
 - L'origine ethnique autochtone
 - L'origine sud-asiatique ou africaine
 - Les déterminants sociaux de santé



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Consultez le PDF sur les ASACL pour connaître les stratégies visant à réduire les facteurs de risque modifiables. Diffusez les ressources (par exemple, visitez le site Web de Cœur + AVC – **Risque et prévention, Connaissez-vous vos risques?, Ressources pour les patients et les aidants naturels, Infographie de la prévention secondaire**).
- Il est important que toute personne connaisse ses facteurs de risque et prenne des mesures pour réduire ce risque.
- Soyez conscient des facteurs de risque de la personne concernée et comprenez ses objectifs afin de bien les prendre en charge. Réitérez les recommandations qui ont été formulées par l'équipe et signalez vos préoccupations. Veiller à ce que les médicaments soient pris conformément à l'ordonnance.
- Aidez la personne à se fixer des objectifs réalisables, à surmonter les obstacles et à suivre ses progrès. Offrez du soutien et de l'encouragement.

Déficiences et incapacités

- Les **déficiences** sont des problèmes de fonctionnement ou de structure anatomique, p. ex., une déviation ou une perte importante*. Il peut s'agir de conséquences ou de séquelles d'un AVC touchant une structure ou un organe du corps (p. ex., une paralysie).
- Les **incapacités** représentent l'interaction entre les déficiences et/ou maladies d'une personne et l'environnement** (par exemple, une personne atteinte de paralysie peut être incapable de s'habiller de manière autonome sans assistance).
- Les séquelles de l'AVC et l'étendue de la déficience dépendent de plusieurs facteurs, notamment la taille et l'emplacement de l'obstruction ou du saignement, la durée pendant laquelle le flux sanguin vers le cerveau a été limité ou pendant laquelle il y a eu une accumulation de sang, le temps qui s'est écoulé entre le début de l'AVC et l'intervention médicale et/ou le degré de rétablissement.
- Chaque côté du cerveau a normalement un effet sur le côté opposé du corps, et les déficiences se produisent généralement du côté opposé à celui où l'AVC s'est produit.
- Parmi les séquelles et déficiences possibles à la suite d'un AVC, on peut citer la paralysie, la faiblesse, la perte sensorielle, les troubles de l'équilibre, les changements de la vision, les troubles de la perception visuelle, la négligence ou l'inattention, les troubles de la communication, la fatigue après un AVC, l'incontinence, la modification des fonctions vitales, les changements de personnalité et d'humeur et/ou les difficultés cognitives.
- N'oubliez pas que le rétablissement après un AVC est différent pour chaque personne. Il peut se produire rapidement, mais il peut aussi prendre des mois, des années, voire toute une vie. Parfois, le processus de rétablissement ne suit pas un schéma régulier et/ou continu.
- Il faut envisager la réadaptation pour toute personne ayant subi un AVC ou un AIT. La réadaptation est une composante essentielle des soins de l'AVC et devrait commencer le plus tôt possible après l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC :
www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Prise en charge de l'AVC en phase aiguë**, 6^e édition, section 1 et **Prévention secondaire de l'AVC**, 7^e édition, sections 1,2, 3 et 4, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – L'AVC et ses effets
3. *ICF www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf
4. **Adaptation de la définition du handicap de www.who.int/health-topics/disability

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

3.1 Rétablissement du mouvement et des fonctions motrices

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- De nombreux facteurs peuvent influencer le contrôle moteur (la capacité à mouvoir des parties du corps) et le rétablissement après un AVC. C'est parfois une expérience longue et frustrante. Le temps de rétablissement après un AVC varie d'une personne à l'autre.
- L'AVC a souvent une incidence sur le **contrôle moteur**. Ce phénomène s'observe généralement du côté opposé à la localisation de l'AVC dans le cerveau. Un AVC du tronc cérébral affectera dans certains cas les fonctions motrices des deux côtés du corps.
- Les muscles du visage, du tronc, du bras et de la jambe du côté atteint du corps peuvent être affaiblis après un AVC. La **faiblesse musculaire** peut varier en gravité et avoir une incidence sur les mouvements en général ou bien entraîner des difficultés à mouvoir un membre particulier, provoquer des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne, des maux d'épaule et/ou un risque accru de chutes et donc de blessures.
- L'AVC a parfois un effet sur le **tonus musculaire**. Un tonus musculaire normal permet d'effectuer des mouvements contrôlés et de tenir une position. Il empêche en outre que les muscles soient tirés vers le bas par la gravité.
- Souvent, immédiatement après un AVC, les muscles présentent un faible tonus et sont dans un état de flaccidité. Avec le temps, ils peuvent développer un tonus élevé et présenter une spasticité. La flaccidité et la spasticité nuisent toutes deux au mouvement d'un membre et au mouvement en général. Soyez toujours prudent lorsque vous soignez un membre dont les muscles sont en état de flaccidité ou de spasticité. Voir **ASACL – Soins des épaules** et **ASACL – Positionnement** pour de plus amples renseignements.
- L'**apraxie** est un manque de coordination motrice et une déficience de la planification motrice. Dans certains cas, elle a une incidence sur les fonctions motrices des deux côtés du corps et non seulement sur celles du côté atteint ou affaibli. Même lorsque le corps a conservé ses fonctions motrices, l'apraxie a parfois une incidence sur la capacité à effectuer des activités quotidiennes. Voir **ASACL – Apraxie** pour en savoir plus.

- La **fatigue** est une séquelle très courante de l'AVC et peut être ressentie à tout moment pendant le rétablissement. La fatigue post-AVC ne s'améliore pas nécessairement avec le repos ou le sommeil. Les membres de l'équipe de prise en charge de l'AVC (ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) sont à même de suggérer des moyens d'aider la personne à conserver son énergie, à faire face à la fatigue, à optimiser son rétablissement, et à retrouver son énergie et son bien-être.
Voir **ASACL – Fatigue** pour en savoir plus.
- Une personne aura parfois une **sensation limitée** ou **nulle** dans certaines parties du corps, ce qui aura une incidence sur la qualité de ses mouvements et sa sécurité. Les changements sensoriels peuvent faire en sorte qu'une personne ne soit pas consciente de la position et du mouvement de ses membres, qu'elle soit insensible à la pression et/ou à la douleur, et/ou qu'elle soit moins sensible au toucher, ce qui peut avoir une incidence sur le plan du contrôle de la motricité fine.
Voir **ASACL – Sensation** pour en savoir plus.
- À la suite d'un AVC, une personne peut observer des **changements dans sa vision et sa perception visuelle** et une négligence spatiale unilatérale. Cela peut nuire à sa capacité d'adaptation, à sa capacité à comprendre ce qu'elle voit, à réagir comme il faut et à évaluer correctement la situation lors de ses mouvements.
Voir **ASACL – Vue et perception visuelle** pour en savoir plus.

Favoriser le rétablissement des fonctions motrices

- Intégrez les membres affectés aux activités quotidiennes dès que possible en toute sécurité. Même de petits mouvements peuvent aider à accomplir des tâches.
- Les thérapeutes en réadaptation peuvent fournir des conseils en ce qui concerne les activités appropriées. Ces conseils doivent être efficaces, sécuritaires et orientés vers un but et viser l'amélioration du contrôle moteur et la restitution des fonctions sensorimotrices.
- Réalisez des activités de réadaptation dans le cadre du programme élaboré par le thérapeute en réadaptation. Celui-ci vous offrira la formation nécessaire à la réalisation des activités avec la personne avec laquelle vous travaillez. Voici quelques exemples d'activités :
 - amplitude des mouvements et/ou exercices de renforcement des muscles;
 - activités d'équilibre;
 - activités visant la perception visuelle;
 - thérapie par contrainte induite du mouvement : utilisation de la force du membre atteint en restreignant l'utilisation du membre non atteint;
 - imagerie mentale : imaginer le mouvement pour renforcer la pratique de la tâche même au repos.

Suivez toujours le plan de soins en vigueur et ne mettez pas en œuvre de nouvelles activités sans en parler au thérapeute en réadaptation.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins en ce qui a trait au mouvement et au rétablissement. Pour toute question ou préoccupation relative au mouvement et au rétablissement des fonctions motrices, consultez le médecin, l'infirmier, l'ergothérapeute et/ou le physiothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition
2. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **L'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC**, 6^e édition, section 3
3. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Rétablissement du mouvement et des fonctions motrices**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

3.2 Fatigue après un AVC

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- La **fatigue post-AVC** est un problème courant et peut être ressentie à n'importe quelle étape du rétablissement.
- La personne ressent parfois une fatigue accablante, un manque d'énergie pour effectuer les activités quotidiennes, un besoin anormal de siestes ou de sommeil prolongé, et une tendance à se fatiguer plus facilement qu'avant l'AVC.
- Le repos ou le sommeil ne suffit pas nécessairement à chasser ce type de fatigue.
- La fatigue après un AVC passe souvent inaperçue. Elle peut avoir un effet négatif sur la capacité de la personne à participer activement à la réadaptation, ce qui se traduit par de moins bons résultats à long terme.
- On observe cette fatigue chez les personnes qui ont subi un AVC. Elle ne dépend pas de la taille, de la localisation ou de la gravité de l'atteinte.
- Il ne faut pas confondre la fatigue après un AVC et la motivation. Une personne peut être très motivée quant à sa participation à tous les aspects de son rétablissement, mais avoir des capacités limitées par la fatigue après un AVC.
- Les personnes qui ont subi un AVC doivent être soumises régulièrement à un dépistage de la fatigue post-AVC. Le dépistage doit examiner également les médicaments et/ou les affections comorbides fréquentes ou traitables qui causent de la fatigue ou qui risquent de l'aggraver (p. ex., dans les milieux de soins actifs, de soins primaires, de soins à domicile, les cliniques extrahospitalières, de prévention de l'AVC et de réadaptation.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Suivez le plan de soins en vigueur et les recommandations de l'ergothérapeute et du physiothérapeute pour aider la personne à conserver son énergie, à faire face à la fatigue et à participer au rétablissement.
- Encouragez les personnes qui souffrent de fatigue après un AVC à parler de leur état et de leurs besoins aux dispensateurs de soins de santé, aux membres de leur famille, ainsi qu'à leurs aidants naturels, à leur employeur et à leur groupe social.

- Consultez l'équipe de soins de l'AVC (par exemple, le médecin, l'ergothérapeute, le physiothérapeute) pour connaître des stratégies de soutien à la personne souffrant de fatigue après un AVC. Quelques exemples :
 - Planifiez la journée de la personne en y intégrant, d'une façon équilibrée, des activités et des périodes de repos fixées à l'avance. Prévoyez l'énergie qui sera requise pour chaque tâche et chaque activité prioritaire. Réapprendre à accomplir les activités quotidiennes demande beaucoup d'énergie.
 - Effectuez le suivi des activités quotidiennes et planifiez les activités un jour à l'avance. Planifiez les activités de manière à réaliser celles qui sont plus intenses immédiatement après une période de repos et celles qui sont plus calmes ou reposantes après les périodes d'effort soutenu.
 - Organisez l'environnement physique de manière à limiter au maximum les efforts liés aux déplacements (p. ex., en évitant la montée des escaliers, en améliorant l'accessibilité des objets d'usage courant, en rassemblant tous les articles nécessaires pour effectuer une tâche donnée).
 - Veillez à ce que la personne soit assise plutôt que debout lorsqu'elle effectue des activités telles que les tâches ménagères et celles liées à l'hygiène personnelle (par exemple, faire la vaisselle, faire du repassage, se brosser les dents, prendre une douche).
 - Apprenez à la personne les bonnes mécaniques corporelles, la bonne façon de rester debout et assis, et les bons endroits pour se reposer (p. ex., dans un lit plutôt que sur une chaise).
 - Veillez à ce que la personne adopte de bonnes habitudes d'hygiène du sommeil; prévenez autant que possible la prise de médicaments sédatifs et la consommation excessive d'alcool. Respectez toujours le plan de soins en vigueur, notamment en ce qui concerne la prise de médicaments.
 - Encouragez l'utilisation d'équipement et de technologies de conservation de l'énergie, afin de permettre une réduction de l'effort physique (p. ex., ouvre-boîte électrique, magasinage en ligne).
 - Planifiez les activités professionnelles et les loisirs de façon à s'assurer que la personne soit bien reposée avant chaque activité.
 - Dans la mesure du possible, confiez à d'autres personnes l'exécution de certaines tâches qui ne sont pas prioritaires ou dont quelqu'un d'autre peut s'occuper (membres de la famille, amis, aidants naturels, etc.).
 - Élaborez un régime alimentaire sain qui contribue à maintenir de bons niveaux d'énergie.
 - Établissez des routines qui réduisent le stress et prévoyez des activités qui favorisent la santé mentale (p. ex., la pleine conscience).

- Les physiothérapeutes sont à même de recommander des programmes d'exercices appropriés et des activités physiques qui sont sans danger, qui présentent un intérêt pour la personne concernée et qui aident à restaurer l'énergie et le bien-être.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins en ce qui a trait à la conservation de l'énergie et à la fatigue après un AVC. Pour toute question ou préoccupation relative à la fatigue post-AVC, consultez l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La cognition et la fatigue après un AVC**, 6^e édition, section 3
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Fatigue**
3. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation – **chapitre 17, Medical Complications Post Stroke**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

3.3 Déglutition et dysphagie après un AVC

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac1

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Tous les patients doivent être soumis à un dépistage des déficiences de la déglutition avant toute prise orale (p. ex., médicaments, aliments, liquides) par un professionnel dûment formé et en utilisant un outil de dépistage reconnu.
- Les anomalies détectées grâce 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'autres cliniciens experts en dysphagie pour une évaluation plus approfondie et une meilleure prise en charge de la capacité d'avaler (au chevet du patient), de se nourrir et de s'hydrater.
- Vous devez savoir si la personne avec laquelle vous travaillez a subi un examen et/ou une évaluation de la déglutition, si elle a des problèmes de déglutition, et quelle est la stratégie de prise en charge actuellement utilisée pour favoriser la déglutition en toute sécurité.

Déglutition et dysphagie

- La déglutition exige la coordination de nombreux muscles afin de favoriser le passage des aliments et des liquides dans la bouche, la gorge et l'œsophage vers l'estomac. Un AVC a parfois un effet sur ces muscles et provoque alors une **dysphagie (difficulté à avaler)**.
- Les AVC entraînent également dans certains cas une baisse de la vigilance et de l'attention. Cela peut également avoir une incidence sur la capacité à avaler de façon sécuritaire.
- Les problèmes d'alimentation et la dysphagie représentent un risque d'aspiration, d'étouffement, de déshydratation, de malnutrition et de diminution de la qualité de vie.
- L'aspiration consiste en l'entrée de salive, d'aliments liquides ou solides ou un reflux du contenu de l'estomac dans les voies aériennes. Elle risque de provoquer des problèmes respiratoires et une pneumonie.
- Les personnes atteintes de dysphagie peuvent avoir besoin d'un régime alimentaire modifié (aliments à texture particulière et liquides de consistance particulière) pour des raisons de sécurité. Elles sont à risque de malnutrition et doivent être surveillées étroitement.
- Si une personne est incapable d'avaler un aliment ou un liquide de façon sécuritaire, la texture des aliments doit être modifiée par un professionnel qualifié.

Signes courants de dysphagie

- **Avant le repas :** Bave, difficultés d'élocution, niveau de conscience réduit.
- **Pendant le repas :** Difficulté à se nourrir seul ou à avaler la nourriture ou le liquide à même une cuillère ou une tasse, difficulté à fermer les lèvres, perte de nourriture par la bouche, absence de perception de la nourriture sur les lèvres ou aliments qui tombent à côté, difficulté à déplacer la nourriture pour commencer ou terminer l'ingestion, expulsion de la nourriture par la bouche, le fait de loger des aliments dans les joues, sous la langue ou à côté de la bouche, mastication lente et difficile, alimentation rapide et non maîtrisée.
- **En plus de surveiller les signes, une personne peut signaler les éléments suivants pendant ou après les repas :** Difficulté à mastiquer des aliments solides, toux en avalant des liquides, toux pendant ou après les repas, gorge serrée, aliments collés dans la gorge ou la poitrine, reflux ou brûlures d'estomac, sensation de satiété après avoir très peu mangé, anxiété à propos des repas.
- **Signes d'une éventuelle aspiration pendant ou après une ingestion ou un repas :** Toux, éclaircissement de la gorge ou souffle court, essoufflement, altération de la qualité de la voix (voix mouillée, gargouillement ou voix faible), larmolement ou écoulements du nez.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Les problèmes de déglutition pourraient mener à des complications et retarder le rétablissement. Surveillez étroitement la personne pour détecter tout signe et symptôme de **dysphagie ou d'aspiration** (p. ex., la toux, l'étouffement, etc.) **Si vous remarquez des symptômes ou des changements dans la déglutition, signalez-le immédiatement à votre équipe.**
- Vous devez toujours respecter les instructions du plan de soins en vigueur en matière d'aliments et de régime alimentaire. Ne modifiez jamais la texture d'un aliment ou le régime alimentaire d'une personne sans avoir consulté un diététiste ou un orthophoniste à ce sujet.
- Ne modifiez pas la présentation des médicaments (p. ex., en les pilant) et ne changez pas le mode d'administration (par exemple, en remplaçant la compote de pommes par du yogourt) sans consulter le pharmacien et l'orthophoniste de l'équipe, car ces changements risquent d'avoir une incidence sur l'efficacité du traitement.
- Consultez l'orthophoniste si la personne éprouve des difficultés en ce qui a trait à la déglutition de liquides ou d'aliments ou à la prise des médicaments.
- Pour réduire le risque d'une pneumonie d'aspiration, le plan de soins peut indiquer que la personne est autorisée et encouragée à se nourrir elle-même chaque fois que cela est possible. Suivez le plan de soins en vigueur. Une supervision sera parfois nécessaire pour plus de sécurité.



Ce que vous pouvez faire pour aider – Positionnement pour manger/nourrir

- Veillez à un positionnement approprié pour l'alimentation en toute circonstance :
 - Dans la mesure du possible, faites sortir la personne du lit pour la nourrir, en l'aidant à se tenir droite dans un fauteuil roulant ou un fauteuil à dossier droit.
 - Placez la personne qui est incapable de quitter son lit à un angle de 90 degrés (ou à l'angle le plus proche possible de 90 degrés). Stabilisez-la avec des oreillers.
 - Gardez la tête dans l'axe du corps, mais inclinée légèrement vers l'avant.
 - Encouragez la personne à rester droite pendant 30 minutes après chaque repas, ou élevez la tête du lit à 30 degrés par rapport au lit pour éviter les reflux.
 - Si la personne avec laquelle vous travaillez se nourrit à l'aide d'une sonde naso-gastrique, d'une sonde de gastrostomie ou d'un autre type de sonde, veuillez consulter l'équipe de soins de l'AVC pour connaître les stratégies de positionnement spécifiques.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liés à l'alimentation et à la déglutition. Pour toute question ou préoccupation en ce qui a trait à la déglutition, à la dysphagie, et au positionnement approprié pour nourrir une personne, consultez l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Prise en charge de l'AVC en phase aiguë**, 6^e édition, section 9.6
2. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, sections 7.1 et 7.2
3. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Nutrition et déglutition**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

3.4 Hydratation

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- La déshydratation se produit lorsque le corps perd davantage de liquides qu'il n'en absorbe.
- La déshydratation risque de rapidement mettre la vie en danger et augmente le risque d'infection, de constipation, de fécalome et d'infection urinaire.
- La déshydratation risque d'entraîner une détérioration des fonctions physiques, mentales et cognitives.
- Les personnes qui ont subi un AVC et chez lesquelles on soupçonne des problèmes de nutrition, des déficits d'hydratation, une dysphagie ou d'autres affections comorbides pouvant avoir une incidence sur la nutrition doivent être aiguillées vers un orthophoniste et/ou un diététiste.
- La **dysphagie** (difficultés de déglutition) est fréquente chez les personnes qui ont subi un AVC. Un orthophoniste, un diététiste et d'autres professionnels qualifiés sont à même de recommander des modifications de la consistance des aliments et des liquides pour favoriser une déglutition sécuritaire et l'hydratation.
- Ne modifiez **jamais** le régime alimentaire d'une personne, la texture d'un aliment ou la consistance d'un liquide sans avoir consulté un orthophoniste ou un diététiste à ce sujet.
- Nous avons tous besoin d'au moins 1,5 à 2 litres (6 à 8 tasses) de liquide par jour pour demeurer hydratés. La quantité et le type de liquide dont une personne a besoin doivent être précisés dans le plan de soins en vigueur.
 - Remarque : Parfois, une personne se fait prescrire des restrictions quant à l'apport de liquides en raison d'autres affections ou d'affections comorbides. En cas d'incertitude, consultez l'équipe de soins. Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.
- **Parmi les types de liquides, on compte* :**
 - **Les boissons**, p. ex., l'eau, le jus, le lait, le thé ou le café.
 - **Les liquides congelés**, p. ex., les glaçons, les sucettes glacées ou les barres de jus congelées.
 - **Certains aliments**, p. ex., les desserts gélifiés, le pouding, la crème glacée, la soupe ou les fruits en conserve.
 - *Recommandez l'eau en tant que boisson principale et limitez si possible les boissons à forte teneur en sucre telles que les jus, les sucettes glacées et les desserts gélifiés.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Surveillez l'apport de liquides et connaissez les facteurs qui peuvent avoir une incidence sur celui-ci. Quelques exemples : Si une personne a peur de s'étouffer, elle peut éviter de boire. Si une personne est atteinte d'aphasie, elle peut être incapable de vous faire savoir qu'elle a soif.
- Ne modifiez **jamais** le régime alimentaire d'une personne, la texture d'un aliment ou la consistance d'un liquide sans avoir consulté un orthophoniste ou un diététiste à ce sujet.
- Surveillez la diurèse et les caractéristiques de l'urine, ainsi que la fréquence de la défécation et la consistance des matières fécales (recherchez les signes d'une constipation liée à la déshydratation).
- Soyez à l'affût des signes et symptômes d'une déshydratation, notamment l'urine foncée, concentrée ou ayant une odeur forte, la diminution de la diurèse, l'état de confusion; la salive épaisse et filandreuse.
- Signalez immédiatement toute préoccupation à l'équipe de soins de l'AVC.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées à l'hydratation. Pour toute question ou préoccupation relative à l'hydratation, consultez l'orthophoniste, le diététiste ou l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Prise en charge de l'AVC en phase aiguë**, 6^e édition, section 9.6
2. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, section 7.2
3. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Hydratation**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

3.5 Contrôle de la vessie et des intestins

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus :
www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- L'incontinence urinaire, c'est-à-dire la perte du contrôle de la vessie, est un problème particulièrement fréquent après un AVC. Une incontinence fécale peut aussi se manifester après un AVC.
- L'incontinence porte parfois un coup terrible à l'estime de soi, au bien-être, au mode de vie et aux interactions sociales de la personne touchée.
- Il faut dépister l'incontinence et la rétention urinaire (avec ou sans débordement), l'incontinence fécale et la constipation chez toutes les personnes qui ont subi un AVC.
- Les personnes qui sont atteintes d'incontinence urinaire doivent être évaluées par des gens ayant reçu une formation appropriée à l'aide d'un outil d'évaluation structuré des fonctions en vue de déterminer les causes de l'incontinence et d'élaborer un plan de prise en charge personnalisé.
- Il se peut aussi que l'incontinence provoque une rupture de l'épiderme et des lésions de plaies de pression, une infection urinaire (IU) et une déshydratation.
- L'AVC a également dans certains cas des répercussions sur la capacité d'aller à la salle de bains de façon autonome et en toute sécurité (p. ex., en cas de déficience visuelle et/ou de mobilité réduite). Maintenez un environnement sécuritaire, notamment un accès facile aux aides à la mobilité et à d'autres équipements, afin de favoriser l'autonomie et de réduire les risques de chutes et de blessures.
- Encouragez l'utilisation d'une chaise d'aisance ou d'une toilette plutôt qu'un bassin de lit, si cela est sécuritaire. Si vous utilisez un bassin de lit, assurez-vous que la tête du lit est aussi droite que possible et ne laissez pas la personne sur le bassin plus longtemps que nécessaire.

Incontinence urinaire

- Il faut également offrir un programme d'entraînement vésical aux patients atteints d'incontinence; cela comprend un horaire régulier d'exercices de miction minutés et sur commande tel que prescrit et détaillé dans le plan de soins.
- En cas d'utilisation d'un urinoir de chevet, laissez-le à un endroit visible et facile d'accès. Dans certains cas, il pourrait être pratique de placer un urinoir de chaque côté du lit.
- Réduisez le risque d'IU en respectant les recommandations en matière d'apport hydrique et en limitant les boissons caféinées.

- Soyez vigilant et signalez tout signe ou symptôme d'IU, comme une température supérieure à 37,9 °C et/ou la présence de sang dans l'urine. Signalez tout nouveau symptôme ou toute aggravation d'un symptôme, notamment :
 - sensation de brûlure ou douleur lors de la miction;
 - frissons ou tremblements;
 - délire, confusion, agitation et/ou changement de comportement;
 - urgence, fréquence et/ou incontinence urinaire;
 - douleur dans le bas de l'abdomen ou les côtés;
 - changement de couleur ou d'odeur de l'urine;
 - écoulement urétral ou vaginal.

Sondes à demeure

- Les sondes à demeure doivent être utilisées avec précaution à cause du risque d'IU. Une sonde à demeure, si elle est utilisée, doit être évaluée quotidiennement et enlevée aussitôt que possible par des professionnels ayant reçu une formation appropriée. Il faut adopter d'excellentes stratégies de soins et de prévention de l'infection.
- Si un cathéter vésical est en place :
 - Placez le sac d'évacuation à un niveau inférieur à la vessie.
 - Placez le tube de manière à ce qu'il ne se plie pas et fixez le tube à la jambe.
 - Videz le sac d'évacuation toutes les 8 heures (ou selon le plan de soins).
 - Suivez les procédures de l'hôpital pour le branchement et le débranchement du tube.
- Avec l'utilisation d'un cathéter, soyez vigilant et signalez :
 - tout changement au débit sur une période de 4 heures;
 - toute douleur à l'abdomen, au bassin ou au site d'insertion du cathéter;
 - toute agitation;
 - tout changement de couleur ou de consistance de l'urine, y compris toute présence de sang dans l'urine;
 - toute fuite d'urine autour du cathéter.

Incontinence fécale

- Il faut appliquer un programme d'entraînement intestinal chez les personnes qui sont atteintes de constipation ou d'incontinence fécale persistante. Le plan de soins décrit ce qui est prescrit à cet égard.
- Soyez vigilant et signalez :
 - toute fièvre;
 - tout changement soudain des habitudes de la fonction intestinale ou des selles et/ou toute absence de défécation pendant trois jours;
 - tout effort constant pour aller à la selle et/ou toute douleur abdominale;
 - tout saignement rectal, toute présence de sang dans les selles et/ou toute selle liquide.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liés au contrôle de la vessie et des intestins. Pour toute question ou préoccupation, consultez l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Prise en charge de l'AVC en phase aiguë**, 6^e édition, section 9.7
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Vessie et intestin**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

3.6 Intégrité de la peau et prise en charge des plaies de pression

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Les personnes qui ont subi un AVC courent un risque accru de rupture de l'épiderme et de lésions des plaies de pression en raison de facteurs comme : une capacité réduite à soulager la pression à cause de la faiblesse/de changements dans la mobilité, une diminution de la sensation, une humidité excessive liée à l'incontinence ou à la transpiration, une alimentation de moindre qualité nutritionnelle, la déshydratation et la peau sèche, l'incapacité à communiquer la douleur et/ou un mauvais positionnement.
- Établissez un horaire de miction en cas d'incontinence. Les produits contre l'incontinence ne doivent être utilisés que lorsqu'ils sont absolument nécessaires, étant donné qu'ils peuvent entraîner une hausse de la température de la peau et empêcher la circulation d'air, ce qui peut avoir un effet sur la capacité de la peau à rester sèche et en santé.
- Effectuez des examens de la peau au moins une fois par jour en portant particulièrement attention aux protubérances osseuses (exemple : coudes, talons, chevilles, os de la hanche, région du sacrum, à savoir le coccyx, tubérosités ischiatiques, à savoir les os qui supportent notre poids en position assise). Protégez les protubérances osseuses lors du positionnement.
- NE massez PAS les protubérances osseuses et les rougeurs. Signalez toute rougeur ou tout changement dans l'intégrité de la peau à l'équipe de soins de l'AVC.
- Pendant l'examen de la peau, recherchez des rougeurs, des boursouflures, des ecchymoses, des saignements, des écoulements et/ou des ruptures de l'épiderme.
- Assurez-vous que la personne n'est pas assise ou couchée sur des objets qui peuvent causer une pression.

Dispositifs de redistribution de la pression

- Un ergothérapeute est à même de recommander des dispositifs de redistribution de la pression (p. ex., un matelas spécial, des coussins spéciaux pour fauteuil roulant, des coussins de positionnement pour talon ou bottes, etc.) pour un lit, une chaise et/ou un fauteuil roulant. Suivez le plan de soins pour assurer une utilisation appropriée.

- Évitez l'utilisation de coussins en anneaux, car ceux-ci réduisent la circulation sanguine et favorisent la rupture des tissus.
- Utilisez des dispositifs de réduction de la friction en suivant les instructions et les directives (p. ex., un drap glissant).

Favoriser l'hygiène

- Enseignez les soins et l'hygiène de la peau appropriés à la personne avec laquelle vous travaillez.
- Changez les serviettes et la literie quand ils sont humides.
- Des crèmes protectrices, des hydratants et/ou des onguents peuvent être recommandés pour protéger et favoriser la santé de la peau. N'utilisez que des crèmes et des onguents prescrits dans le plan de soins.
- Une personne manifestera parfois une spasticité dans la main atteinte. Cette main présente un risque accru de rupture de l'épiderme et doit être ouverte doucement pour les besoins de l'hygiène de la peau/des ongles. Suivez le plan de soins pour connaître les stratégies et les techniques pour effectuer des soins. Veuillez consulter le Guide de référence rapide ASACL, Soins de l'épaule et **ASACL, Soins de l'épaule** pour en savoir plus sur la prise en charge de la spasticité.

Positionnement et repositionnement

- Aidez au positionnement selon les besoins. Si la personne au lit est incapable de modifier sa position elle-même, elle doit être tournée au moins toutes les 2 heures.
- Les personnes qui sont capables de faire un transfert de poids en position assise devraient le faire toutes les 15 minutes. Si elles sont incapables de transférer leur poids lorsqu'elles sont assises, elles doivent être repositionnées au moins une fois par heure, ou selon le plan de soins.
- Lors du positionnement (en position assise ou couchée), l'objectif consiste à veiller à un alignement adéquat du corps tout en réduisant la pression exercée sur les protubérances osseuses et les endroits lésés.
- Évitez la position couchée latérale complète pour réduire la pression sur l'os de la hanche.
- Placez la personne en position couchée sur le côté à 30 degrés et utilisez des oreillers pour assurer le soutien.
- De plus, assurez-vous que des oreillers soutiennent la jambe et le bras atteints. Placez des oreillers entre les genoux et les chevilles du patient pour séparer ses protubérances osseuses.
- Assurez-vous que cette position ne nuit pas à la respiration.



Reproduit avec l'aimable autorisation de
Chest Heart & Stroke Scotland.
© 2020 CHSS

- En cas de positionnement sur le dos, soulagez la pression des talons en les faisant flotter avec un oreiller sous les mollets (pas derrière les genoux) ou utilisez des bottes de décharge.
- Soutenez la tête, ainsi que le bras atteint et la hanche, avec des oreillers.
- Évitez de lever la tête du lit inutilement pour éviter les forces de cisaillement. Encouragez la personne à garder la tête du lit à 30 degrés ou moins lorsqu'elle en est capable.
 - Remarque : Si la tête doit être levée pour certaines activités, il faut la lever aussi peu que possible et le moins longtemps possible. Assurez-vous que la genouillère est correctement levée avant de l'élever pour éviter de glisser.
- Consultez toujours le plan de soins, car il peut parfois y avoir des prescriptions pour que la tête du lit soit levée à un angle particulier.



Reproduit avec l'aimable autorisation de
Chest Heart & Stroke Scotland.
© 2020 CHSS

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées à l'intégrité de la peau et à la prise en charge des plaies de pression. Pour toute question ou préoccupation, consultez l'infirmière, l'ergothérapeute et le physiothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Prise en charge de l'AVC en phase aiguë**, 6^e édition, section 8.1
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Intégrité de la peau et prise en charge des plaies de pression**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

4.1 Vue et perception visuelle

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Toutes les personnes ayant été victimes d'un AVC devraient subir des évaluations systématiques visant à détecter des troubles de la vue, de la motricité visuelle et de la perception visuelle dans le cadre du processus global d'évaluation des besoins en matière de réadaptation.
- Les compétences visuelles de base (acuité visuelle, maîtrise oculomotrice, champs visuels) constituent le fondement de la perception visuelle et de la cognition visuelle. Cela nous permet d'avoir une perception juste de notre monde. Ce premier niveau, le plus élémentaire, comprend :
 - Acuité visuelle : capacité à voir de petits détails à la fois de près et de loin (p. ex., lire un menu, des panneaux routiers et voir des détails sur un visage).
 - L'AVC entraîne parfois une perte de l'acuité visuelle, ce qui entraîne une vision trouble.
 - La façon dont une personne voit les choses est également influencée par l'éclairage et le contraste entre ce qu'elle regarde et l'arrière-plan. Une perte de sensibilité au contraste rend parfois difficile la perception du contraste entre un objet et son arrière-plan et peut aboutir à une incapacité à faire la distinction entre des objets à l'avant-plan et des objets à l'arrière-plan.
- **Maîtrise oculomotrice** : capacité des deux yeux à travailler ensemble pour maintenir la mise au point sur un objet, avoir une perception de la profondeur et suivre les objets en mouvement. Le manque de maîtrise oculomotrice après un AVC risque d'avoir les conséquences suivantes :
 - **Mouvements oculaires affaiblis**, ce qui touche la capacité de l'œil à passer en douceur de la mise au point sur un objet à une autre cible et/ou à maintenir la mise au point sur un objet en mouvement.
 - **Incapacité de bouger les deux yeux ensemble**, ce qui peut entraîner une vision floue et/ou double (diplopie).
 - **Mouvement oculaire constant et involontaire**, ce qui rend la mise au point difficile (nystagmus).

- **Perception de la profondeur altérée**, ce qui crée de la difficulté à localiser les objets et ce qui rend les distances plus difficiles à juger.
- **Champs visuels** : comprend la capacité de voir tout ce qui se trouve devant lorsqu'une personne regarde droit devant.
- **Perte du champ visuel**, ce qui fait qu'une personne ne peut voir qu'une partie de ce qui se trouve devant elle.
- L'importance de la perte du champ visuel varie, mais les personnes perdent souvent le champ de vision gauche ou droit des deux yeux.
- Une personne est souvent inconsciente de la zone de vision manquante, car le cerveau « remplace » les informations manquantes, mais de façon inexacte. Elle peut se heurter à des portes ou à des objets du côté de la perte du champ visuel, être incapable de localiser des objets, utiliser le mur comme guide lorsqu'elle marche et/ou avoir de la difficulté à lire, car elle ne voit que la moitié d'une phrase ou d'une page.
- **Cognition visuelle** : désigne les capacités visuelles et les capacités de la perception visuelle de plus haut niveau. Les déficiences de la cognition visuelle touchent parfois, par exemple, la capacité à assimiler des informations visuelles, à reconnaître des formes, à comprendre des concepts, à s'orienter par rapport à d'autres objets, à se remémorer et à utiliser des informations visuelles pour résoudre des problèmes.



Ce que vous pouvez faire pour aider – Perte du champ visuel

- Encouragez la personne à regarder davantage vers le côté atteint.
- Placez des objets du côté atteint et/ou marchez de ce côté pour augmenter la prise de conscience de cet espace visuel.
- Pratiquez des activités de balisage pour encourager à regarder de gauche à droite de façon répétitive; cela peut aider la personne à devenir plus consciente de la perte de son champ visuel et lui rappeler de regarder plus loin de son côté atteint.



Ce que vous pouvez faire pour aider – Stratégies générales

- Les membres de l'équipe formés pour traiter les déficiences de la vision et de la perception visuelle (p. ex., ergothérapeutes et neuro-ophtalmologistes) offriront un soutien et des stratégies d'adaptation à la déficience et des recommandations pour réduire son incidence.
- Encouragez la personne à utiliser les stratégies recommandées dans le plan de soins.

- Vous pouvez aider les membres de la famille à comprendre que les problèmes de la vue et de la perception visuelle sont le résultat de l'AVC. Une fois le problème décelé, il est possible d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pour améliorer ou prendre en charge la fonction. Cette démarche permettra de réduire le niveau de frustration chez toutes les personnes touchées et améliorera la sécurité, l'autonomie et l'estime de soi. Voici des exemples de stratégies qui peuvent être recommandées.
- **Gérer l'environnement** : gardez les espaces organisés et épurés; placez toujours les objets au même endroit; utilisez des points de référence et/ou augmentez les contrastes de couleur pour indiquer les bords des tables ou des escaliers.
- **Faciliter les déplacements sécuritaires** : surveillez les transferts et encouragez les aides s'ils sont prescrits; réduisez les obstacles et le fouillis; assurez-vous que l'éclairage est adéquat; encouragez l'utilisation de la rampe et allez lentement dans les escaliers; prenez chaque fois le même chemin vers une destination, en notant les repères le long du trajet.
- **Utiliser des approches pratiques** : faites des activités qui exigent une vision soutenue durant de courtes périodes avec des périodes de repos fréquentes; indiquez qui vous êtes lorsque vous vous approchez d'une personne qui a de la difficulté à reconnaître les visages.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liés à la vision. Pour toute question ou préoccupation concernant le soutien relatif aux changements ou aux déficiences de la vue ou de la perception visuelle, consultez le médecin, le neuro-ophtalmologiste et l'ergothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, section 8
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Vue et perception visuelle**
3. Warren M. A hierarchical model for evaluation and treatment of visual perceptual dysfunction in adult acquired brain injury, Part 1. *Am J Occup Ther.* 1993 Jan;47(1):42-54. doi: 10.5014/ajot.47.1.42. PMID: 8418676

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

4.2 Négligence spatiale unilatérale

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac1

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Toutes les personnes ayant été victimes d'un AVC devraient subir des évaluations systématiques visant à déceler des troubles de la vue, de la motricité visuelle et de la perception visuelle dans le cadre du processus global d'évaluation des besoins en matière de réadaptation.
- Certaines personnes après un AVC seront atteintes d'une négligence spatiale unilatérale, où elles présentent une incapacité de prise de conscience du côté atteint et sont incapables de diriger leur attention sur ce qui les entoure. La personne est incapable de percevoir ou de traiter les stimuli du côté atteint ou d'un côté de l'espace.
- Les approches de traitement de la négligence spatiale unilatérale comprennent des stratégies visant à stimuler la prise de conscience du côté atteint (p. ex., balisage visuel, indices verbaux et sensoriels, rappels fréquents d'utiliser les membres atteints et éducation).
- Dans les situations plus persistantes, il sera parfois nécessaire de recourir à des stratégies compensatoires (p. ex., placer les objets du côté non atteint afin qu'on les remarque).
- Il y a **négligence corporelle** lorsque la personne néglige une partie de son corps. La personne par exemple ne va prendre soin que d'un côté du corps, ne va se laver que de ce côté, va ignorer un membre et le laisser pendre, et ne pas tourner la tête vers le côté négligé.
- Une personne atteinte de **négligence extra-corporelle (espace proche)** ignore tout ce qui se trouve proche d'elle d'un certain côté. La personne ne mange que la moitié de la nourriture dans une assiette, a de la difficulté à trouver des objets placés d'un certain côté sur une table, dans un placard, un tiroir, etc. et/ou a de la difficulté à lire, car elle ne focalise son attention que sur les mots d'une moitié de la page ou d'une moitié de la phrase.
- Une personne atteinte de **négligence extra-corporelle (espace lointain)** ne prête pas attention à l'espace lointain d'un certain côté. La personne se cogne contre des objets situés du côté atteint, ignore les personnes qui l'abordent par le côté négligé et/ou ne lit que la moitié d'une affiche ou d'un panneau, ce qui peut entraîner une mauvaise interprétation.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Vous pouvez aider à assurer la sécurité de la personne en l'aidant à mieux prendre conscience du côté atteint et de l'environnement immédiat, et en traitant les préoccupations en matière d'héminégligence lors de vos interactions et soins quotidiens.

- Communiquez avec l'ergothérapeute pour trouver la meilleure façon de renforcer l'utilisation du côté négligé dans les activités quotidiennes.
- Positionnez ou aidez la personne à positionner le membre atteint de façon à ce qu'elle puisse le voir.
- Encouragez l'utilisation du bras et de la main atteints lors des activités quotidiennes si la personne peut bouger les extrémités. Utilisez l'aide « main sur la main » si nécessaire.
- Parlez à la personne en vous plaçant du côté négligé et utilisez des repères pour attirer son attention vers ce côté.
- Faites en sorte que la personne utilise un miroir pour obtenir de l'information sensorielle lorsqu'elle s'habille ou fait sa toilette.
- Suivez les recommandations de l'ergothérapeute pour aider la personne à porter son attention vers le côté négligé et/ou à compenser la négligence spatiale unilatérale. Cela peut comprendre ce qui suit :
 - Proposez des exercices de balayage du regard vers le côté atteint pour localiser des objets dans un espace rapproché ou lointain pendant l'exécution des activités quotidiennes.
 - Si l'amélioration est limitée, vous devrez peut-être placer les objets fréquemment utilisés du côté non atteint de la personne, pour qu'ils soient faciles à trouver.
- Utilisez toujours la même technique et procédez dans le même ordre pour l'habillement, en commençant par le côté négligé.
- Adoptez chaque fois le même trajet vers un endroit afin que la personne se familiarise avec le chemin.
- Placez votre main sur le membre négligé ou frottez-le doucement afin d'offrir un signal sensoriel pour aider la personne à remarquer cette partie du corps.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées à la négligence spatiale unilatérale. Pour toute question ou préoccupation relative à la négligence spatiale unilatérale, consultez l'ergothérapeute et l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, section 8
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Négligence spatiale unilatérale**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

4.3 Schéma corporel

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Une personne qui a subi un AVC présente parfois des déficiences du schéma corporel. Le schéma corporel est défini comme la conscience :
 - des parties du corps (celui de la personne et celui des autres);
 - de la position des parties du corps les unes par rapport aux autres;
 - de la position des parties du corps par rapport aux objets dans l'environnement.
- En cas de déficiences du schéma corporel, une personne manquera parfois de compréhension et de conscience des parties du corps et de la relation de ces parties entre elles et avec l'environnement.
- Certains termes utilisés pour décrire les composantes des déficiences du schéma corporel comprennent l'autotopo-agnosie, l'asomatognosie, l'anosognosie et la discrimination droite-gauche.

Autotopo-agnosie et somatognosie

- Une personne qui **ne reconnaît pas les parties de son corps** et leurs relations les unes par rapport aux autres a **parfois une idée imprécise de sa propre structure anatomique** (appelée **autotopo-agnosie**).

Par exemple, une personne dans certains cas :

- sera incapable de trouver sa bouche, mais sera en mesure de vous montrer la partie du corps dont elle se sert pour manger;
- sera capable d'effectuer des activités quotidiennes qui nécessitent l'utilisation de parties du corps, par exemple pour enfiler un chandail, mais aura de la difficulté si on lui demande de mettre un « bras » dans la manche;
- aura de la difficulté à utiliser les deux mains pour des activités qui exigent les deux mains si on le lui demande;
- aura de la difficulté à suivre les directives qui concernent l'utilisation de parties du corps (p. ex., pendant l'habillage, le bain, la mobilité et/ou les transferts).

- Une personne aura parfois de la **difficulté à reconnaître les parties du corps des autres** (appelée **somatognosie**). La personne n'aura parfois pas conscience de la structure anatomique et de la relation des parties du corps d'une autre personne. Elle aura ainsi de la difficulté :
 - à reconnaître des parties du corps durant les soins personnels et/ou à suivre les directives qui concernent l'utilisation de parties du corps (p. ex., pendant la mobilité et/ou les transferts);
 - à reconnaître les parties du corps des autres et/ou la personne est capable de trouver une partie du corps de quelqu'un d'autre, mais non d'elle-même;
 - à nommer une partie du corps et ne pas pouvoir dire où cette partie se trouve en fonction d'autres parties corporelles (p. ex., elle peut reconnaître le nez, mais ne pas savoir qu'il se trouve entre les yeux);
 - à utiliser les deux mains pour des activités qui exigent les deux mains si on le lui demande.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Renforcez et nommez les parties du corps durant les activités de soins personnels (p. ex., dites « Vous êtes en train de laver votre bras gauche maintenant. »).
- Touchez le membre dont vous parlez pour offrir un apport sensoriel plutôt que de demander à la personne de bouger son bras ou sa jambe (p. ex., la jambe, tapotez/ touchez sa jambe gauche pour encourager le mouvement pendant un transfert).
- Renforcez les stratégies recommandées par l'ergothérapeute dans le plan de soins durant vos interactions avec cette personne.

Anosognosie

- Un autre exemple de trouble du schéma corporel est lorsqu'une personne ne reconnaît pas une déficience ou ignore qu'elle en est atteinte, comme sa propre hémiplégie (c'est ce qu'on appelle l'anosognosie). Par exemple, une personne va :
 - nier la présence et/ou la gravité de toute déficience telle qu'une faiblesse ou une paralysie touchant un côté du corps (hémiplégie);
 - manquer d'une bonne compréhension de ses difficultés fonctionnelles et, par conséquent, essayer d'effectuer un transfert seule, alors qu'elle devrait attendre de l'aide, ou essayer de soulever une casserole lourde sur la cuisinière en utilisant son bras faible.
- Lorsqu'une personne ne reconnaît pas qu'elle a des difficultés ou des déficiences fonctionnelles, elle aura parfois de la difficulté : à rester en sécurité pendant l'exécution de ses activités quotidiennes; à accepter l'aide des autres; à comprendre et à croire qu'elle a des limitations ou des déficiences à la suite de son AVC.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Encouragez l'autonomie tout en mettant l'accent sur la sécurité.
- Informez la personne de ses limites; en faisant preuve de patience, de soutien et de répétition lors de la prestation de soins.

Discrimination droite-gauche

- Une autre composante du schéma corporel est la capacité de distinguer la droite de la gauche sur le corps et/ou dans l'environnement. Le fait de comprendre les concepts de « droite » et de « gauche » fait également partie de cette composante. Une personne éprouvera ainsi de la difficulté à :
 - mener à bien ses activités quotidiennes, en raison de la difficulté à suivre les directives si les mots gauche et droite sont utilisés;
 - s'habiller, car la personne est incapable de faire correspondre la jambe droite d'un pantalon et la jambe droite de son corps;
 - se déplacer, car elle ne peut pas réagir à la demande « tournez à gauche » ou « tournez à droite »;
 - comprendre des repères, car elle a du mal à réagir lorsque vous lui demandez de tourner la tête à gauche/à droite.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Suivez les recommandations de l'ergothérapeute pour aider la personne à se réorienter vers la droite et la gauche.
- Marquez les objets avec du ruban adhésif ou une inscription pour indiquer la différence entre la droite et la gauche.
- Demandez à la personne de toujours porter une montre ou un bracelet au même poignet pour l'aider à se souvenir de la différence entre son côté droit et son côté gauche.
- En donnant des instructions, n'utilisez pas seulement les mots « droite » ou « gauche ». Indiquez plutôt avec le doigt la partie du corps dont vous parlez, ou désignez un objet en précisant l'endroit où il se trouve. Par exemple :
 - en touchant la main droite d'une personne, dites : « utilisez votre main droite pour prendre votre dentifrice »;
 - dites : « la porte de la salle de bains est juste avant la porte de la chambre à coucher », au lieu de : « la porte de la salle de bains est à votre droite ».

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liés au schéma corporel. Pour toute question ou préoccupation relative aux déficiences du schéma corporel, consultez l'ergothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, La réadaptation et le rétablissement après un AVC, 6^e édition, section 8
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Schéma corporel**
3. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation – **Chapter 2 – Clinical Consequences of Stroke**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

4.4 L'apraxie

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- L'**apraxie** est une déficience de la planification motrice due à une lésion d'une région du cerveau qui peut entraîner des difficultés à planifier un mouvement et à coordonner et exécuter la séquence motrice nécessaire pour effectuer une tâche (p. ex., se raser, s'habiller, écrire).
- Cela peut se produire même si une personne comprend ce qu'on lui a demandé de faire, a une bonne compréhension, une bonne sensation et une bonne motricité.
- Lorsque vous aidez une personne atteinte d'apraxie, soyez patient et aidez-la à surmonter les difficultés grâce à vos conseils plutôt que de prendre la tâche en charge.
- Différentes stratégies sont à envisager selon le type d'apraxie, étant donné que les repères pour un type d'apraxie pourraient ne pas être efficaces dans le cas d'un autre type d'apraxie. Consultez l'ergothérapeute, le physiothérapeute et l'orthophoniste pour connaître les stratégies qui conviennent. Voici quelques types d'apraxie que l'on peut observer chez une personne qui a subi un AVC.

Apraxie idéomotrice et idéatoire

- L'**apraxie idéomotrice** est l'incapacité d'imiter des gestes ou d'exécuter une tâche motrice intentionnelle sur commande, même si la personne comprend l'idée ou le concept de ce qui est demandé.
 - Par exemple, vous demandez à quelqu'un de vous passer la bouteille de shampoing. La personne va peut-être regarder la bouteille de shampoing, et comprendre qu'il s'agit de shampoing et à quoi il sert, mais elle ne sait pas comment atteindre l'article et vous le passer.
- La personne a peut-être une prise maladroite de la bouteille de shampoing, semble lente et gauche, et prend plus de temps pour accomplir la tâche. Cependant, vous remarquerez peut-être qu'en prenant une douche, la personne va automatiquement tendre le bras vers le shampoing et l'utiliser de la bonne façon.
- L'**apraxie idéatoire** est la perte de l'idée et de la capacité de planifier l'exécution d'une tâche en plusieurs étapes, plutôt que l'incapacité de commencer une tâche (comme avec l'apraxie idéomotrice).

- La personne a perdu la « conceptualisation » ou l'« idée » de l'exécution d'une tâche, plutôt que la capacité de la commencer et de la terminer.
- Par exemple, elle utilise peut-être un article de façon incorrecte, comme utiliser une brosse à dents pour se brosser les cheveux.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Utilisez des instructions courtes et simples pour limiter la confusion et diviser la tâche en étapes simples.
- Encouragez la répétition et la pratique, en reprenant les mêmes étapes chaque fois que la tâche est exécutée.
- Exécutez les activités dans un environnement aussi normal que possible (p. ex., se brosser les dents dans la salle de bains devant le lavabo après avoir mangé, et non à côté du lit au milieu de la journée).
- Encouragez la personne à fermer les yeux et à se faire une image du mouvement ou de la tâche.
- Au lieu de dire à la personne quoi faire, offrez-lui de l'aide « main sur la main » qui vous permet de guider la personne avec votre main sur la sienne.
- Au lieu d'utiliser des commandes, indiquez la tâche à accomplir; plutôt que de dire « brossez-vous les cheveux », dites « voici votre brosse à cheveux » et passez-la-lui.

Apraxie des membres

- Une personne atteinte d'apraxie des membres a de la difficulté à exécuter des mouvements fins et précis des membres supérieurs.
- Par exemple, une personne aura peut-être du mal à boutonner ses vêtements, à manipuler des clés ou à appuyer sur les touches d'un téléphone, même si elle en est physiquement capable.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Favorisez la réussite en enseignant de nouvelles façons de gérer les activités difficiles, évitez ou aidez avec les activités qui créent le plus de frustration.
- Pratiquez les activités en utilisant la même approche recommandée à chaque fois.

Apraxie de l'habillement

- Une personne qui a du mal à s'habiller même si elle est physiquement capable de le faire peut être considérée comme ayant une « apraxie de l'habillement ».
- Même si elle est communément décrite comme une « apraxie », cette difficulté s'explique mieux par des déficiences liées à des troubles des fonctions visuo-spatiales et du schéma corporel.
- Une personne a peut-être de la difficulté à comprendre et à appliquer des concepts comme « le haut et le bas », « la gauche et la droite » ou « le dessus et le dessous » lorsqu'elle s'habille. Elle fait des erreurs en orientant ses vêtements et va les mettre le devant vers l'arrière, à l'envers ou passer les bras dans le col d'un chandail.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Indiquez à la personne comment utiliser les étiquettes pour orienter correctement ses vêtements vers le devant et vers l'arrière.
- Pour boutonner une chemise, encouragez la personne à commencer par le bouton du bas et à continuer vers le haut. Encouragez le port d'un chandail (pull-over) si la chemise à boutons est trop difficile à mettre.
- Procédez toujours à l'habillage avec la même technique qui est recommandée. Les exercices et la répétition sont importants.

Apraxie verbale

- L'apraxie de la parole est décrite comme une difficulté à commencer et à produire les mouvements nécessaires pour parler sans qu'il y ait de faiblesse des muscles de la phonation.
- La personne aura de la difficulté à produire le son ou le mot désiré, à assembler les syllabes dans le bon ordre pour former des mots, à prononcer des mots longs ou complexes et/ou à utiliser le bon rythme ou débit de parole. Elle fait peut-être des erreurs d'élocution, comme la substitution de mots, de syllabes ou de sons, ou ajoute des syllabes incorrectes aux mots, et ces erreurs sont parfois incohérentes.
- L'apraxie verbale est parfois accompagnée d'un autre trouble du langage appelé aphasie.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Pour apporter un soutien aux personnes atteintes d'apraxie verbale, suivez les recommandations de l'orthophoniste.
- Par exemple, vous pouvez faire initialement des exercices avec des mots simples et progresser vers des mots de plusieurs syllabes, puis éventuellement vers des phrases courtes.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins. Pour toute question ou préoccupation relative à l'apraxie idéomotrice, idéatoire, des membres ou de l'habillage; consultez l'ergothérapeute et le physiothérapeute. Pour les questions relatives à l'apraxie verbale, consultez l'orthophoniste.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, sections 8 et 10
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Apraxie**
3. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation – **Stroke Rehabilitation Clinician Handbook: 5. Rehabilitation of Cognitive Impairment Post Stroke**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

4.5 Sensation

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus :
www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- L'AVC cause parfois des lésions de la région du cerveau où l'information sensorielle est reçue et interprétée.
- La sensation d'une personne ayant subi un AVC pourrait être limitée ou absente dans les parties du corps atteintes.
- La personne pourrait perdre la capacité de ressentir des sensations du toucher et/ou présenter une hypersensibilité, avoir une sensation déficiente de la douleur ou de la température et/ou avoir un manque de conscientisation de son bras atteint/de sa jambe atteinte et de sa position dans l'espace.
- Une personne peut également ressentir un engourdissement, des picotements, des fourmillements et/ou être hypersensible au toucher dans différentes parties du corps.
- La sensation déficiente a parfois une incidence sur la sécurité personnelle. Elle réduit dans certains cas la capacité à effectuer les activités quotidiennes, a une incidence sur la qualité des mouvements et augmente le risque de brûlures, de coupures, de boursoufflures, de chutes et/ou de blessures. Il est très important de prendre des mesures pour assurer la sécurité durant les soins personnels et les activités quotidiennes.
- Suivez toute recommandation faite par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute pour accroître la sécurité d'une personne et la conscientisation à la perte de sensation.

Toucher et hypersensibilité

- Une personne perdra parfois la capacité de ressentir un toucher léger ou une pression plus forte ou sera hypersensible.
- Une personne sera parfois incapable d'avoir une sensation lorsqu'un objet touche son corps et/ou sa peau, comme une couverture ou un vêtement, ou aura de la difficulté à déplacer des objets avec ses mains, comme un bouton ou une chemise. Cela peut entraîner des boursoufflures ou des lésions de plaies de pression si, par exemple, la personne est incapable de sentir qu'une chaussure est trop serrée ou si la personne est assise et/ou couchée trop longtemps dans une position.
- En cas d'hypersensibilité, une personne décrira une sensation de picotements, un fort élancement ou une douleur lorsqu'elle touche un objet ou lorsqu'on la touche durant les soins personnels.

Température

- Il est possible qu'une personne ayant subi un AVC puisse avoir de la difficulté à ressentir la différence entre le chaud et le froid, ou être incapable de reconnaître la température qu'elle ressent.
- Aidez la personne à réduire les risques de blessures dans ses activités quotidiennes (p. ex., en lui rappelant de vérifier la température de l'eau avec sa main non atteinte ou en veillant à garder le côté atteint éloigné d'un élément de la cuisinière ou d'un four chaud pendant la préparation d'un repas).

Position des articulations

- Une personne perd parfois la capacité de ressentir la position de ses articulations et de ses membres dans l'espace et ne sait pas où se trouvent les parties de son corps sans les regarder.
- Par exemple, la personne laissera une jambe en position arrière durant un transfert, ne fera pas avancer une des jambes en marchant, ne saisira pas l'ambulateur correctement ou ne se rendra pas compte qu'un de ses bras pend sur le côté du fauteuil roulant.
- Offrez des repères verbaux et touchez le membre atteint lorsque vous prodiguez des soins pour rappeler à la personne ce qui se passe du côté atteint, par exemple, dites : « votre bras droit pend sur le côté du fauteuil roulant » en touchant ce bras.
- Surveillez la position du côté atteint et assurez-vous de le positionner correctement.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liés aux changements de sensation. Pour toute question ou préoccupation, consultez l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, sections 5.3 et 6.3
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Sensation**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

4.6 Douleur

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus :
www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins actuellement en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez afin de favoriser la prise en charge des différents types de douleur.**
- **Remarque :** Travaillez toujours dans les limites de votre champ ou domaine d'exercice et consultez le plan de soins et l'équipe de soins de l'AVC si vous vous posez des questions sur une intervention et sur son incidence éventuelle sur votre rôle. Demandez toujours l'avis d'un médecin concernant l'utilisation de médicaments pour la prise en charge de la douleur.
- La douleur après un AVC est fréquente. Elle se manifeste souvent dans l'épaule atteinte, mais elle peut aussi être présente dans d'autres parties du corps.
- Elle est parfois présente dans des parties du corps où les mouvements ou les sensations sont altérés, chez les personnes atteintes de déficits cognitifs, y compris la démence, ou même chez une personne inconsciente.
- La douleur est généralement décrite en fonction de sa durée (calculée depuis son apparition), de sa cause, de son emplacement, du type de sensation ressentie, de son intensité et de son effet négatif sur le fonctionnement.
- **Douleur aiguë :** généralement de courte durée, causée par un événement, comme une blessure.
- **Douleur chronique :** est parfois une séquelle de l'AVC, mais elle peut aussi avoir été présente avant, ou peut être en grande partie inexpliquée. Elle dure généralement plus de trois ou six mois.
- Une douleur non traitée peut contribuer à l'anxiété, aux troubles du sommeil, aux problèmes de mémoire, à une réduction de l'appétit, à une mauvaise posture, à une dépression, à de l'irritabilité, à des troubles de l'humeur ou à d'autres symptômes et risque ainsi de nuire au rétablissement.
- La douleur nuit dans certains cas aux activités quotidiennes comme se servir des toilettes, s'habiller, faire sa toilette et la capacité de se déplacer et de participer à des activités. Elle risque également de diminuer la participation aux activités sociales.



Ce que vous pouvez faire pour aider – Stratégies générales

- Identifiez de quel type de douleur il s'agit afin de trouver le bon traitement. Vous êtes peut-être la première personne à remarquer des signes de douleur ou à en entendre parler.
- Signalez la douleur ou toute modification dans ce domaine à votre équipe afin qu'une évaluation soit effectuée. Assurez-vous de noter le début de la douleur, l'endroit et la gravité.
- Posez des questions simples (p. ex., qui exigent une réponse par oui ou par non) pour mieux comprendre le type et l'intensité de la douleur, par exemple : Pouvez-vous indiquer l'endroit où vous avez mal? Ressentez-vous une douleur pendant ou après un mouvement?
- Faites preuve de patience. La personne soignée a peut-être besoin d'un peu plus de temps pour vous expliquer ce qu'elle ressent.
- Indiquez à la personne soignée que vous avez compris qu'elle ressent une douleur, rassurez-la et faites preuve d'empathie à son égard.
- Surveillez l'intensité de la douleur, ce qui l'augmente et l'efficacité des stratégies visant à la soulager.
- Discutez de la douleur avec l'équipe pour vous assurer que la prise en charge et les médicaments utilisés sont adéquats. Demandez ce que vous pouvez faire pour apporter le meilleur soutien possible à la personne avec laquelle vous travaillez.

Reconnaître la douleur

- Surveillez les signes qui indiquent que la personne ressent une douleur.
- La personne qui éprouve des douleurs est la seule qui peut en indiquer la gravité.
- Soyez attentif au langage corporel et aux mouvements, surtout si la personne est incapable de communiquer. Si la personne n'est pas en mesure de vous le dire, demandez à un membre de la famille de vous expliquer par quels moyens elle a l'habitude de faire comprendre qu'elle a mal.
- Les gens peuvent exprimer la douleur de différentes façons, par exemple :
 - **Par des mots** : par des mots comme « Ça fait mal! Arrêtez! » ou en utilisant des mots liés à la douleur (p. ex., vive, sourde, sensation de brûlure, pulsatile).
 - **Par des sons** : gémissements, plaintes, grognements, cris, halètements, soupirs.
 - **Par des signes** : frottement ou massage de l'endroit qui fait mal, tendance à tenir ou à protéger une partie du corps, surtout lorsqu'ils effectuent des mouvements, tendance à bouger beaucoup et à ne pas tenir en place, balancements ou incapacité à rester immobile, altération des fonctions intestinales et vésicales.
 - **Par l'expression du visage** : froncement des sourcils, grimaces ou tressaillements.
 - **Par des changements comportementaux** : agitation, colère, irritabilité, changements d'appétit, etc.
- Les échelles de douleur sont une façon de mesurer l'intensité de la douleur ressentie. Vérifiez auprès de votre équipe pour savoir si vous devriez vous servir d'une échelle de douleur pour détecter ou surveiller la douleur.

Les types de douleur les plus courants :

Remarque : Veuillez consulter le document complet **ASACL – Douleur** pour en savoir plus, notamment comment apporter un soutien aux personnes qui ressentent ces différents types de douleurs.

- **Douleur à l'épaule hémiparétique :** La douleur à l'épaule du côté atteint commence parfois quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après l'AVC. Elle a différentes causes possibles, comme une subluxation de l'épaule, une manipulation incorrecte ou un mauvais positionnement du bras.
Subluxation de l'épaule : La gravité, une manipulation incorrecte et un mauvais positionnement du bras atteint entraînent parfois une subluxation de l'épaule (dislocation partielle) qui provoque de la douleur et une altération des mouvements.
 - La prévention des douleurs à l'épaule a une grande importance. Il importe également de reconnaître ces douleurs de façon précoce et de les traiter rapidement.
 - Un positionnement de soutien et une manipulation correcte précoces aident à prévenir la douleur à l'épaule. Le traitement est plus difficile lorsque la douleur s'est installée et est devenue chronique.
 - Il faut toujours manipuler et déplacer l'épaule et le bras touchés avec précaution durant toutes les activités de soins afin de prévenir un étirement douloureux des muscles et des ligaments. Ne soulevez pas la personne en la prenant sous l'épaule. Assurez-vous d'apporter un soutien au bras quand le patient marche, se tient debout ou s'assoit. Travaillez avec l'équipe de traitement pour vous assurer que vous savez comment manipuler et positionner correctement le bras atteint.
- **Spasticité et contractures :** La spasticité, qui est une augmentation du tonus musculaire, se manifeste parfois dans un membre des semaines ou des mois après un AVC. Elle rend le membre raide et plus résistant à la mobilisation. Elle peut entraîner des douleurs, un rétrécissement des muscles, une réduction de l'amplitude articulaire et des contractures musculaires et nuire au rétablissement fonctionnel.
 - Un thérapeute peut recommander selon le cas un positionnement, des exercices d'amplitude du mouvement, des étirements et la pose d'une attelle pour maintenir une longueur musculaire optimale dans certaines situations. Un médecin peut recommander certains médicaments et d'autres traitements médicaux pour prendre en charge la spasticité.
 - Manipulez et positionnez le membre atteint avec précaution en respectant le plan de soins. Ne forcez pas le mouvement du membre et veuillez respecter les directives de positionnement. Si vous remarquez une augmentation de la raideur ou de la douleur articulaires, signalez cette situation à un membre de l'équipe.
- **Œdème de la main :** Une personne qui a subi un AVC et qui présente une paralysie ou faiblesse du bras et de la main risque de développer une accumulation de liquide dans les tissus du poignet et de la main appelée œdème (gonflement). L'œdème peut être un facteur contributif de la survenue de douleurs, de raideurs, de la désutilisation et de la diminution des mouvements actifs.
 - Un ergothérapeute et un physiothérapeute sont en mesure de formuler des recommandations visant la prise en charge de l'œdème (gonflement) de la main. Suivez le plan de soins en vigueur.

- **Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) :** Moins fréquemment, une personne peut avoir une complication douloureuse d'un AVC, le SDRC. Le syndrome, encore mal compris, entraîne parfois des douleurs chroniques. La prévention et le diagnostic précoce sont essentiels à une prise en charge efficace.
 - Signes et symptômes précoces : Douleur pulsatile avec sensation de brûlure, sensibilité au toucher ou au froid, tuméfaction de la zone douloureuse, changements de la température et de la couleur de la peau, raideur articulaire, réduction marquée de l'amplitude du mouvement, et capacité réduite d'utilisation du membre atteint.
- **Douleur centralisée post-AVC :** La douleur centralisée post-AVC est rare. Elle survient lorsque l'AVC touche une partie du cerveau assurant le traitement des stimuli sensoriels comme le chaud, le froid et le toucher. Le cerveau traite alors toutes ces sensations comme si elles étaient douloureuses. Les principaux symptômes sont la douleur et la perte de sensation, habituellement au visage, aux bras ou aux jambes
 - La douleur centrale peut avoir d'importantes répercussions sur la capacité du patient d'effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ), perturber son sommeil et réduire sa qualité de vie.
 - La personne ayant subi un AVC, les membres de sa famille et les aidants doivent recevoir une formation sur le traitement de la douleur centralisée post-AVC, y compris la posologie, l'horaire d'administration et les contre-indications des analgésiques.
- Une personne peut se plaindre d'autres types de douleurs (par exemple, des affections antérieures comme l'arthrite ou le mal de dos). **Il est important de signaler toute douleur à l'équipe de soins de l'AVC.**

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liés à la douleur. Pour toute question ou préoccupation concernant la douleur et sa prise en charge, consultez le médecin, le personnel infirmier, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, sections 5.2, 5.3 et 9
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Douleur**
3. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation – **Chapter 17 – Medical Complications Post Stroke**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

5.1 Changements comportementaux

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac1

Faits saillants du guide de référence rapide

- Suivez **toujours** le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez afin de favoriser la sécurité et l'autonomie. Les stratégies seront personnalisées en fonction de la personne et de ses besoins.
- Même si certaines personnes ayant subi un AVC présentent peu de changements comportementaux, voire aucun, d'autres en connaissent d'assez importants.
- Certains de ces changements découlent de lésions à des régions du cerveau qui commandent la cognition, la perception, l'humeur, les émotions, la personnalité et d'autres capacités. D'autres sont peut-être reliés au sentiment de frustration qu'éprouve la personne aux prises avec une incapacité de communiquer, de se déplacer ou de fonctionner comme elle le faisait avant.
- Il est important de ne pas oublier que la plupart des changements comportementaux post-AVC sont des conséquences de l'AVC. Par exemple, le comportement va parfois ne pas correspondre à ce que la personne ressent, ou la personne ne va pas se rendre compte de l'effet de son comportement sur les autres. Elle peut aussi avoir des sautes d'humeur ou se désintéresser de ce qu'elle aimait auparavant ou donner l'impression d'être têtue, égoïste ou exigeante.

Colère et agressivité

- La **colère** et l'**agressivité** sont parfois liées aux lésions de certaines régions du cerveau causées par l'AVC ou elles résultent de l'effort d'adaptation aux changements post-AVC.
- La colère est une réaction humaine normale à ce qui est considéré comme une menace ou une irritation et de nombreux facteurs peuvent en être la cause (par exemple, la frustration, la douleur, la peur).
- Parfois, les déficits liés à l'AVC rendent plus difficile la prise en charge (ou la maîtrise) de la colère et de l'agressivité.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Trouvez quels sont les éléments déclencheurs qui provoquent la colère; il est ainsi plus facile de trouver des solutions ou d'éviter ces éléments déclencheurs dans la mesure du possible.
- La prévisibilité aide dans certains cas à prévenir les explosions de colère; vous devez connaître et respecter les habitudes quotidiennes et les préférences de la personne. Expliquez ce que vous êtes en train de faire afin que la personne soit préparée à ce qui suit.
- Approchez-vous de la personne par le côté non atteint. Vous risquez de l'alarmer et peut-être de provoquer un accès de colère si vous vous approchez par le côté atteint.
- Offrez un soutien ou une aide lors de l'exécution d'activités qui sont une source de frustration et aidez la personne à se sentir efficace en faisant une alternance de tâches faciles et de tâches plus difficiles.
- Utilisez toujours une approche calme; si possible, mettez discrètement fin à la situation ou à l'activité qui a déclenché l'explosion de colère. Si cela n'est pas possible, redirigez l'attention de la personne vers autre chose, par exemple une activité favorite.
- Demeurez en sécurité. Si la personne devient violente, éloignez-vous et demandez de l'aide au besoin. Signalez l'incident à un membre de l'équipe responsable de ces questions. Si la colère et l'agressivité semblent incontrôlables ou sont pénibles pour la personne et ses proches, parlez-en à l'équipe de soins de l'AVC.

Isolement social

- L'isolement social se produit parfois en raison des nombreux changements liés à l'AVC, qu'ils soient physiques (p. ex., sentiment d'insécurité, incapacité de participer), émotionnels (p. ex., tristesse, désespoir, sentiment d'inutilité) ou cognitifs (p. ex., manque de confiance, sécurité).
- Après un AVC, l'équipe de soins de l'AVC doit procéder à un dépistage visant à déterminer les objectifs en matière de loisirs, les intérêts et la participation sociale avant et après l'événement. L'équipe soignante est en mesure de proposer des interventions thérapeutiques ciblées et des plans de participation personnalisés.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Aidez la personne à trouver des manières de surmonter les obstacles et de reprendre ses activités préférées ou d'en découvrir de nouvelles. Aidez la personne à participer à ces activités.
- Encouragez l'autonomie en prônant la participation en toute sécurité de la personne à ses propres soins ainsi que son inclusion dans les discussions et les décisions concernant les soins personnels et les activités quotidiennes.
- Si la personne éprouve des difficultés à participer à des activités de loisirs ou à d'autres activités sociales, consultez l'équipe de soins de santé au sujet de stratégies de soutien à la participation.

Apathie

- L'apathie est souvent décrite comme une diminution des comportements (des émotions et de la cognition) orientés vers un but. Elle se manifeste selon les situations en tant que : perte de motivation, insensibilité, indifférence, absence de réactions émotionnelles.
- Il en résulte parfois une perte d'initiative, une diminution des interactions avec l'environnement et un intérêt réduit à l'égard de la vie sociale.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Informez-vous de ses activités de prédilection et facilitez le plus possible sa participation à ces activités. Renforcez et favorisez l'intérêt qu'elle manifeste à l'égard de certaines activités par des compliments et des mots d'encouragement.
- Si une première tentative de faire une activité échoue, encouragez-la à réessayer. Si la personne refuse une tentative, ne l'obligez pas à la faire, mais réessayez à une autre occasion.

Jugement social

- Le **jugement social** consiste à dire et à faire ce qui est convenable dans une situation sociale.
- Les changements psychologiques et cognitifs causés par un AVC entraînent parfois une altération du jugement social, des comportements irrationnels ou des comportements qui ne cadrent pas avec sa personnalité habituelle. Elle ne se rend pas toujours compte du caractère inopportun de ses réactions.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Tenez compte des limites de la personne et évitez les situations qui l'obligent à prendre des décisions complexes qui sont peut-être trop difficiles dans les circonstances.
- Dès que possible après un comportement problématique, formulez des commentaires sur ce qui s'est passé et expliquez clairement en privé et avec tact en quoi c'était déplacé. Faites preuve de douceur tout en restant direct, en évitant de critiquer.
- Encouragez la personne à avoir des comportements convenables par des compliments et des mots d'encouragement.
- Encouragez-la à se reposer le plus possible, car la fatigue risque d'intensifier les changements comportementaux.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines priorités en matière de soins en présence de changements comportementaux. Pour toute question ou préoccupation, consultez l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Humeur, cognition et fatigue**, 6^e édition, sections 1.7 et 2.3
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Changements comportementaux**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

5.2 Humeur et dépression

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- L'AVC a parfois une incidence sur la santé mentale, l'image de soi et les relations. Après un AVC, beaucoup de gens ressentent de la peur, de l'anxiété, de la frustration, de la colère et de la tristesse, en plus du deuil lié à la perte de capacité. Ces sentiments sont une réaction naturelle et il convient de s'en occuper.
- Les lésions au cerveau causées par un AVC entraînent chez certaines personnes des troubles émotionnels, des changements de personnalité ou une **dépression post-AVC**.
- Le **choc** est une première réaction émotionnelle fréquente chez les personnes qui ont subi un AVC. Cette étape est parfois suivie de quelques étapes de deuil, au fur et à mesure que la personne apprend à composer avec une perte de capacité.
- L'**inquiétude** est aussi présente dans certains cas, car la personne se pose peut-être des questions sur sa survie, sur le risque de survenue d'un autre AVC ou sur la manière dont la famille va s'adapter à la nouvelle situation. La question du retour aux activités habituelles peut aussi être une source d'inquiétude.
- L'**anxiété** se caractérise par des sentiments de tension, de crainte intense et d'inquiétude. Elle s'accompagne parfois de symptômes physiques comme une hausse de la tension artérielle. Les troubles anxieux surviennent lorsque les symptômes deviennent graves ou chroniques. Votre soutien peut aider la personne à faire face à la situation.
- Une personne ressentira parfois de la frustration ou de la tristesse, ou éprouvera de la gêne ou souffrira de fatigue après un AVC.
- La **labilité émotionnelle** est le **manque de maîtrise de ses émotions**. On l'observe par exemple lorsqu'une réaction émotionnelle semble excessive ou lorsque la réaction ne correspond pas aux attentes dans une situation donnée, comme le fait de rire en apprenant une mauvaise nouvelle. La labilité émotionnelle est souvent une source de gêne pour la personne qui a subi un AVC et rend parfois la communication plus difficile lorsque les interlocuteurs n'interprètent pas bien les réactions émotionnelles.
 - Demandez à la personne soignée si son comportement reflète vraiment ce qu'elle ressent.
 - **NE DEMANDEZ PAS** à la personne de cesser d'agir de la sorte. Cela risque de la frustrer ou de la rendre mal à l'aise.

- Essayez de la distraire en l'appelant par son nom ou en posant une question sans lien avec la situation pour l'aider à se ressaisir et à reprendre l'activité en cours.
- Encouragez-la à ralentir et à prendre de grandes respirations. Rassurez la personne et ses proches en leur expliquant que la perte de maîtrise des émotions est fréquente.

Dépression

- La **dépression post-AVC** est un problème de santé résultant de changements chimiques dans le cerveau.
- Un médecin tiendra compte des éléments suivants pour déterminer si une personne répond aux critères de la dépression après un AVC : **humeur dépressive** ou **diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, ainsi que quatre autres symptômes** de dépression (par exemple, perte de poids, insomnie, agitation psychomotrice, fatigue, sentiment de dévalorisation, concentration diminuée ou idées suicidaires) **durant au moins deux semaines**.
- La dépression après un AVC se manifeste selon les situations par des symptômes physiques, des symptômes liés aux attitudes, ainsi que des symptômes émotionnels et cognitifs. Il convient de les surveiller et de noter toute tendance qui se dégage.
- Toutes les personnes qui ont subi un AVC doivent être considérées comme des personnes à risque de **dépression après un AVC**, laquelle peut survenir à n'importe quelle étape du rétablissement. Le dépistage doit être effectué par des professionnels compétents à l'aide d'un outil validé pour maximiser la détection de la dépression. Il est parfois difficile de reconnaître une dépression en présence de difficultés de communication ou de problèmes cognitifs.
- Il est possible de traiter la dépression. Un dépistage, un diagnostic et un traitement opportuns de la dépression après un AVC ont été associés à de meilleurs résultats. Veuillez consulter la ressource **ASACL – Humeur et dépression** pour une liste des signes et symptômes.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Observez la personne soignée et signalez aux membres de l'équipe toute préoccupation relative à l'humeur, surtout si les symptômes sont récurrents et constants.
- Prenez des mesures immédiates en communiquant avec le membre de l'équipe chargé de ces questions si la personne exprime à plusieurs reprises des idées centrées sur la mort, des idéations suicidaires comportant un plan de suicide précis ou non ou s'il y a une tentative de suicide.
- Établissez un lien avec la personne en communiquant avec empathie et avec le plus grand soin. Demandez à la personne comment elle va et écoutez attentivement sa réponse. Cela permet d'établir un lien et aide parfois à cerner les causes de l'humeur dépressive et à mieux détecter les tendances du changement d'humeur.
- Donnez votre appui à la personne et aux membres de sa famille et réduisez la honte associée à ces questions en leur rappelant que la dépression est une maladie comme une autre. Aidez-les à trouver les ressources dans ce domaine.

- Aidez la personne à planifier et à structurer sa journée, car une routine aide souvent les gens à s'adapter à une situation nouvelle.
- Restez optimiste et rappelez à la personne qu'il y a des ressources pour l'aider et qu'il existe des traitements en cas de dépression. Rappelez-lui que l'état de la plupart des gens ayant subi un AVC s'améliore continuellement au fil des semaines, des mois et même des années.
- Encouragez la personne à participer aux activités qu'elle trouve agréables et aidez-la à y avoir accès.
- Encouragez-la à parler de ses émotions et à exprimer ses sentiments.
- Encouragez-la gentiment à être aussi **autonome** que possible, insistez sur le fait que ses difficultés sont tout à fait **normales** et soulignez ses **succès**.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins en présence de dépression et de troubles de l'humeur. Pour toute question ou préoccupation, consultez l'équipe de soins de l'AVC.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Humeur, cognition et fatigue**, 6^e édition, section 1
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Humeur et dépression**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

5.3 Cognition et déficience cognitive vasculaire

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez** afin de favoriser la sécurité et l'autonomie. Les stratégies seront personnalisées en fonction de la personne et de ses besoins.
- La **cognition** est le terme utilisé pour désigner notre mode de connaissance des choses et notre mode de pensée en général. Lorsqu'une personne a des difficultés en matière de cognition, on dit qu'elle a des **déficits cognitifs ou une déficience cognitive**. Les déficiences sont parfois subtiles, difficiles à détecter ou plus évidentes.
- Selon les personnes, les déficiences cognitives peuvent avoir une incidence sur un ou plusieurs domaines cognitifs (p. ex., l'attention, l'orientation, la mémoire, la compréhension de ce qui se passe, le jugement, les séquences d'actions, la résolution de problèmes et le fonctionnement exécutif).
- Les **déficits cognitifs d'origine vasculaire** comprennent les troubles cognitifs et du comportement associés aux maladies et facteurs de risque vasculaires cérébraux, allant des déficits cognitifs légers jusqu'à la démence franche.
 - Les déficits cognitifs d'origine vasculaire sont un syndrome associé à des déficits cognitifs touchant au moins un domaine cognitif (p. ex., l'attention, la mémoire, le langage, la perception ou les fonctions exécutives), et avec preuve d'un AVC clinique ou d'une lésion vasculaire cérébrale subclinique.
 - Les déficits cognitifs d'origine vasculaire incluent une vaste gamme de déficits cognitifs, allant des troubles cognitifs légers d'origine vasculaire à la démence vasculaire, soit la forme la plus grave.
 - Les déficits cognitifs d'origine vasculaire jouent aussi un rôle important chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui présentent des lésions vasculaires coexistantes.
- Les **déficiences cognitives** ont un effet important sur le fonctionnement d'une personne, son niveau d'autonomie et sur sa sécurité.

Attention : capacité de se concentrer sur une tâche et de s'en occuper.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Réduisez les distractions (par exemple, la télévision, la radio, ou le bruit d'autres conversations).
- Donnez des instructions courtes et simples, étape par étape, et assurez-vous que la personne comprend et réalise une étape avant de passer à la suivante.
- Aidez-la à se concentrer sur une seule chose à la fois en ramenant gentiment son attention sur la tâche qu'elle est en train d'effectuer.
- Établissez un contact visuel, parlez lentement, en faisant des pauses pour laisser à la personne le temps de se concentrer; laissez-lui le temps de répondre.

Orientation : conscience du temps, du lieu et de soi.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Rappelez à la personne votre nom et la date du jour à votre arrivée; donnez-lui un calendrier dont elle pourra rayer les jours écoulés pour se rappeler plus facilement la date du jour.
- Affichez des renseignements personnels sur un babillard qu'elle peut voir facilement (p. ex., l'adresse, le numéro de téléphone), ainsi que des photos de famille.
- Respectez un horaire fixe en matière de repas et d'activités pour qu'il y ait le moins de confusion.

Mémoire : capacité de stocker et de récupérer des expériences et d'apprendre et retenir de nouvelles compétences.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Encouragez la personne à utiliser des aide-mémoires (comme un agenda, un téléphone intelligent, un calendrier, des petites affiches, des photos).
- Utilisez les routines et la répétition (p. ex., en rangeant toujours les objets au même endroit et en répétant plusieurs fois la même information).
- Fournissez des renseignements clairs et concis, une étape à la fois, pour aider la personne à se concentrer sur les points essentiels.

Compréhension : capacité d'une personne à reconnaître et à comprendre ses capacités et ses limitations.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Favorisez la sécurité par de l'éducation et en modifiant l'environnement (p. ex., placez des aides à la mobilité et des appareils d'assistance à proximité et supprimez les obstacles qui représentent des risques de trébuchement).

- Affichez des rappels sur l'utilisation des aides à la mobilité et des instructions essentielles comme « mettre le frein avant de se lever du fauteuil roulant ».
- Assurez une supervision suffisante et apportez une aide à la réalisation autonome des tâches qu'il est possible d'effectuer en toute sécurité.

Jugement : capacité de faire de bons choix et de prendre de bonnes décisions, de comprendre ses capacités et d'évaluer les risques.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Discutez des problèmes de sécurité avec l'équipe; élaborer des stratégies qui favorisent l'autonomie et la sécurité.
- Aménagez l'environnement pour améliorer la sécurité (éliminez les risques de trébuchement, gardez les aides à la mobilité à portée de main, vérifiez que les freins sont bien mis sur les appareils de mobilité). Assurez-vous le plus possible que la personne ne se retrouve pas dans des situations difficiles où elle ne sera pas en mesure de décider si une action est prudente ou non.

Impulsivité : fait d'agir rapidement sans bien réfléchir à tous les aspects du problème



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Donnez des instructions claires et précises et rappelez à la personne d'aller lentement; divisez les tâches en petites étapes afin qu'elle puisse se concentrer sur une partie de la tâche à la fois.
- Rendez l'environnement aussi sécuritaire que possible.

Séquence d'actions : capacité d'exécuter les étapes et les actions dans le bon ordre, notamment en sachant par où commencer et comment procéder pour mener à bien la tâche.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Planifiez la tâche ensemble et divisez les tâches en petites étapes, en donnant des instructions claires sur chaque étape.
- Prévoyez beaucoup de temps pour les tentatives et rappelez à la personne d'effectuer la tâche de la même manière à chaque fois.

Résolution de problèmes : capacité de reconnaître un problème et de trouver une bonne solution.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Travaillez ensemble pour trouver différentes façons de résoudre le problème; parlez des différentes façons d'aborder le problème; divisez la tâche en petites étapes et simplifiez ce qu'il y a à faire pour que la personne réussisse.

- Donnez des indications verbales si nécessaire, mais laissez également la personne trouver des solutions par elle-même.

Fonctions exécutives : compétences cognitives de haut niveau qui par leur action coordonnée permettent à quelqu'un d'exécuter des tâches. Elles incluent la planification, l'organisation, le traitement de l'information, l'exécution de tâches multiples, la résolution de problèmes, la prise de décisions, le raisonnement, l'orientation géospatiale, la maîtrise des émotions et la cognition sociale.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Consultez l'ergothérapeute pour des stratégies personnalisées de soutien. Exemples : fournir des instructions décrivant chacune des étapes successives, utiliser toujours la même façon d'exécuter une tâche, utiliser des listes et des agendas pour faciliter l'organisation, la gestion du temps et les séquences d'actions.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liés à la cognition et aux déficits cognitifs d'origine vasculaire. Pour toute question ou préoccupation relative aux déficiences cognitives, consultez l'ergothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Humeur, cognition et fatigue**, 6^e édition, Section 2
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Cognition**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

6.1 Communication

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : [**www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac**](http://www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac)

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- La communication est l'échange d'idées au moyen de la parole, du langage, de gestes ou de l'écriture.
- Un AVC entraîne parfois des troubles de la communication. Les troubles les plus courants comprennent :
 - La **dysarthrie** : Difficulté de l'élocution, difficulté à produire les sons du langage.
 - L'**aphasie** : Trouble de la compréhension du langage ou de l'expression.
 - **Troubles cognitifs de la communication** : Difficulté à former et à organiser des idées; difficulté à communiquer clairement. Une difficulté à comprendre ou à se souvenir de ce qui a été dit est parfois présente.
- Il existe plusieurs types d'**aphasie** pouvant être présents chez les personnes qui ont subi un AVC.
 - L'**aphasie réceptive** : la personne est capable d'entendre ou de voir les mots, mais incapable de comprendre leur signification; la personne aura parfois tendance à ne saisir que le sens littéral et non le sens figuré ou ne pas comprendre les éléments humoristiques.
 - L'**aphasie expressive** : la personne sait ce qu'elle veut dire, mais n'utilise pas les termes appropriés à l'oral et à l'écrit.
 - L'**aphasie fluente** : la personne s'exprime sans hésitations, mais ses propos sont difficiles à comprendre, elle utilise parfois des mots inventés et ne se rend pas compte que ses paroles sont incompréhensibles.
- Consultez toujours le plan de soins pour savoir si la personne est atteinte d'aphasie ou d'un autre trouble de la communication et quelles sont les stratégies qu'il est possible d'utiliser pour faciliter la communication.
- Un orthophoniste est à même de déterminer quelles sont les difficultés de communication et d'élocution et de formuler des recommandations sur les méthodes de communication qu'il convient d'utiliser.

- Les fournisseurs de soins de santé sont tenus d'utiliser des méthodes qui facilitent la communication.



Ce que vous pouvez faire pour aider

Lors d'interaction avec une personne atteinte d'un trouble de la communication :

- Réduisez les sources de distractions et placez-vous à proximité de la personne à qui vous parlez, dans un endroit calme, et parlez lentement et clairement d'une voix normale, en utilisant des phrases courtes et simples et en la regardant dans les yeux.
- Évitez d'interrompre la personne et laissez-lui suffisamment de temps pour répondre.
- Les aides à la communication comme un papier et un stylo, un tableau blanc et un marqueur, un tableau de communication avec des images, ou des signes non verbaux comme un pouce levé pour dire oui ou un pouce baissé pour dire non sont parfois utiles, selon les préférences de chacun.
- Privilégiez les conversations simples.
 - Proposez des choix précis (voulez-vous une pomme ou une orange?).
 - Évitez les questions ouvertes (« avez-vous un malaise? » est préférable à « qu'est-ce qui ne va pas? »).
 - Écrivez les mots essentiels en grosses lettres faciles à lire.
 - N'exprimez qu'une seule idée par phrase ou par question.
 - Ne posez pas de questions qui exigent plusieurs réponses (comme deux questions ou plus dans une seule phrase).
- Regardez attentivement les expressions du visage, le langage corporel et le ton de voix, qui vous indiquent si la personne a bien compris. Si la personne vous dit « oui », mais donne l'impression d'être en colère ou frustrée, demandez si elle voulait en fait dire non.
- Vérifiez la compréhension en fournissant des précisions et en répétant plusieurs fois l'information importante. Ne faites pas semblant de comprendre lorsque vous n'avez pas compris.
- Respectez la compétence de la personne et ne sous-estimez jamais sa capacité de comprendre. Encouragez-la et rassurez-la fréquemment.
- Certaines stratégies auront de bons résultats et d'autres non. Continuez à essayer différentes approches.
- Lorsque vous établissez un partenariat de communication avec une personne qui a subi un AVC, le fait de bien connaître la personne à qui vous vous adressez est aussi important que la maîtrise des bonnes stratégies de communication.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées à la communication. Consultez l'orthophoniste qui peut vous aider à déterminer quelles sont les difficultés de communication de la personne et vous recommander les meilleures méthodes pour communiquer avec elle.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC :
www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Humeur, cognition et fatigue après un AVC**, 6^e édition, Section 10
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Communication**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

6.2 Positionnement

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Consultez toujours l'équipe de soins en ce qui a trait au positionnement et aux directives de déplacement sécuritaire des personnes et de l'équipement. Suivez les protocoles du site et/ou les affiches de positionnement propres aux lits et aux fauteuils, s'il y en a.
- L'AVC a parfois une incidence sur la capacité d'une personne de déplacer et de positionner son corps, surtout le bras et la jambe atteints. Un bon positionnement aide à réduire les complications comme les contractures et la douleur et favorise l'autonomie, la sécurité et le confort de la personne concernée.
- Les objectifs du positionnement sont les suivants : assurer un alignement du corps normal, réduire la pression sur les zones osseuses et atteintes, encourager un tonus musculaire normal, accroître la conscientisation du côté atteint, prendre en charge la douleur et le gonflement, et favoriser une récupération fonctionnelle optimale.
- Si une personne ayant subi un AVC est incapable de se retourner seule dans son lit, vous devrez la déplacer souvent afin de réduire le risque de plaies de pression. Lorsqu'elle est en position assise, encouragez la personne à déplacer son poids au moins toutes les 15 minutes (si elle en est capable) ou aidez-la à se repositionner toutes les heures, ou selon le plan de soins.
- Lorsque vous aidez une personne à se déplacer, réduisez les frottements en la soulevant et en la faisant rouler. **Ne tirez pas sur une partie du corps.** Utilisez des dispositifs de réduction des frottements (dispositifs de glissement) lorsque le plan de soins les recommande.
- Expliquez toujours ce que vous allez faire pour que la personne soit prête et demandez-lui si elle est à l'aise une fois en place.
- Assurez-vous que cette position ne nuit pas à la respiration.

Remarque : Pour plus de détails sur le positionnement, consultez les ressources **ASACL complètes sur le positionnement. Des affiches sur le positionnement sont jointes à l'annexe.**

Dans les images qui suivent, le côté atteint par l'AVC est bleu.

Étapes à suivre pour le positionnement – Position sur le dos

- Placez la tête en position neutre, soutenue par un oreiller.
- Du côté atteint, placez un petit oreiller sous l'omoplate, et placez la main sur un oreiller un peu au-dessus du cœur.
- Un oreiller sous la hanche ou le genou atteint est facultatif; gardez les pieds en position neutre.
- Soutenez la tête, le bras atteint et la hanche atteinte de la personne avec des oreillers.
- Évitez de lever inutilement la tête du lit (à 30 degrés ou moins) pour éviter le cisaillement.
 - Si la tête du lit doit être relevée, il faut l'élever le moins haut possible et pendant le moins longtemps possible. Assurez-vous que la section sous les genoux est levée avant de lever la section sous la tête pour éviter les glissements.



Reproduit avec l'aimable autorisation de
Chest Heart & Stroke Scotland.
© 2020 CHSS

Étapes à suivre pour le positionnement – Position sur le côté atteint

- Tournez la personne sur le côté atteint et placez un oreiller sous la tête, la nuque légèrement pliée.
- La jambe atteinte doit être droite, légèrement derrière le tronc. Placez la personne en position couchée sur le côté.
- Positionnez l'épaule atteinte légèrement en avant et placez un oreiller sous le bras supérieur de façon à ce que le bras soit légèrement en avant du tronc. Ne tirez pas sur le bras atteint. Les doigts et le poignet restent droits. **Essayez de faire en sorte que le coude, le poignet et les doigts soient les plus droits possible, la paume vers le haut.**
- Placez un oreiller sous le haut du bras devant la poitrine, afin d'éviter que la personne chute.
- Placez la jambe non atteinte sur un ou deux oreillers en la pliant au niveau de la hanche et du genou.
- Placez un oreiller entre les jambes pour réduire la friction et rendre la position plus confortable. Placez un oreiller derrière le dos et assurez-vous que la personne ne repose pas directement sur l'os de la hanche. Assurez-vous que cette position ne nuit pas à la respiration.



Reproduit avec l'aimable autorisation de
Chest Heart & Stroke Scotland.
© 2020 CHSS

Étapes à suivre pour le positionnement – Position sur le côté non atteint

- Demandez à la personne de fléchir les genoux avant de la faire rouler pour faciliter le mouvement.
- Demandez à la personne de regarder dans la direction où elle veut se tourner. Cela est beaucoup plus facile lorsque la personne lève et tourne la tête dans la direction vers laquelle elle souhaite se tourner.
- Soyez vigilant quant au bras atteint. Une personne peut parfois oublier de mouvoir le côté atteint au moment de rouler sur le côté non atteint. Positionnez l'épaule atteinte vers l'avant avec un oreiller sous le bras.
- Placez un oreiller derrière le dos et assurez-vous que la personne ne repose pas directement sur l'os de la hanche.
- Avec le bras atteint sur le dessus, soutenu par des oreillers, assurez-vous que l'épaule est poussée vers l'avant, que le coude est légèrement déplié et que des oreillers soutiennent la jambe atteinte. La hanche doit être en extension et les pieds doivent être en position neutre.



Reproduit avec l'aimable autorisation de
Chest Heart & Stroke Scotland.
© 2020 CHSS

Déplacement sur le lit

- Un pont bilatéral peut aider une personne à lever les hanches lorsqu'elle est étendue dans un lit. Cela peut être utile lors des soins personnels ou lorsque la personne doit se déplacer vers une extrémité du lit.
- Le physiothérapeute peut participer à cette activité et est à même de vous donner des stratégies pour vous aider.
- Pour aider : la personne doit être allongée sur le dos avec les cuisses et les genoux levés et les pieds à plat sur le lit avec un soutien pour le haut du corps. Assurez-vous que les pieds sont bien à plat sur le lit. Demandez à la personne de lever les hanches, en poussant des deux pieds. Il ne faut pas pousser trop fort, car cela risque de faire glisser la personne vers la tête du lit.



© Fondation des maladies du cœur et
de l'AVC du Canada, 2013

Passer de la position couchée à la position assise et de la position assise à la position debout

- Consultez le plan de soins pour déterminer si la personne est prête à passer de la position couchée à la position assise et à la position debout.
- Déterminez si la personne a besoin d'un peu ou de beaucoup d'aide. Certaines personnes auront besoin de l'aide d'une ou de plusieurs personnes ou d'un équipement spécial pour exécuter le mouvement en toute sécurité. Il se peut aussi qu'elles soient incapables de l'exécuter.
- Consultez le document **ASACL sur le positionnement** pour obtenir des conseils afin de passer de la position couchée à la position assise et de la position assise à la position couchée.

Position assise adéquate

- Pour une bonne position assise, les hanches doivent être reculées et centrées. Utilisez la règle des 90 degrés : les hanches, les genoux et les chevilles doivent être fléchis à 90 degrés.
- Rappelez souvent à la personne de garder ses hanches en arrière dans le fauteuil, offrez un appui au bras atteint à l'aide d'un plateau de recouvrement ou d'un oreiller et assurez-vous que les repose-pieds du fauteuil roulant soutiennent les pieds et que les chevilles forment un angle de 90 degrés.
- Demandez conseil à l'ergothérapeute si vous éprouvez des difficultés à faire asseoir une personne dans son fauteuil roulant.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées aux stratégies de positionnement. Pour toute question ou préoccupation relative au bon positionnement, consultez l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, section 5.3
2. Semenکو, B., Thalman, L., Ewert, E., Delorme, R., Hui, S., Flett, H. and Lavoie, N. (2017). An Evidence Based Occupational Therapy Toolkit for Assessment and Treatment of the Upper Extremity Post Stroke. [PDF] Disponible à l'adresse : professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/occupational-therapy/files/UpperExtremityToolkit2017.pdf.
3. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Positionnement**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

6.2a Soins des épaules

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : [**www.strokebestpractices.ca/resources/professional-resources/tacIs**](http://www.strokebestpractices.ca/resources/professional-resources/tacIs)

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Jusqu'à 72 % des personnes ayant subi un AVC auront des douleurs à l'épaule, ce qui entraîne dans certains cas une dépression, de l'insomnie ou une qualité de vie réduite.
- Généralement, au cours des premiers stades du rétablissement après un AVC, le bras est à un stade de flaccidité du rétablissement (tonus musculaire affaibli); un bras aux réflexes toniques élevés (spasticité) se produit souvent aux stades ultérieurs du rétablissement, même s'il se manifeste parfois avant le congé de l'hôpital.
- Il est essentiel de connaître les bonnes techniques et stratégies de manipulation d'un membre supérieur sur lequel l'AVC a eu une incidence afin d'éviter les lésions, la douleur et la perte de fonctionnement, surtout dans la région de l'épaule. Consultez un ergothérapeute et un physiothérapeute au sujet des stratégies de positionnement qu'il convient d'utiliser.
- N'effectuez **JAMAIS** d'exercices visant l'épaule atteinte, sauf si le physiothérapeute ou l'ergothérapeute vous l'ont recommandé et vous ont expliqué la bonne technique.

Tonus faible (flaccidité) pendant les premiers stades du rétablissement

- Un bras flasque ou avec un tonus faible donne l'impression d'être mou et lourd.
- Le risque de blessure d'une épaule atteinte (après un AVC) est plus élevé que celui d'une épaule intacte. En raison du grand nombre d'os et d'attaches musculaires ainsi que de l'influence de la gravité, elle n'est pas aussi stable que les autres articulations. Elle est donc exposée à un risque accru de complications comme une subluxation liée à une faiblesse musculaire ou une douleur liée à un impact.
- Les muscles atteints après un AVC cessent parfois de maintenir l'alignement du complexe de l'épaule. Un mauvais alignement a une incidence sur le mouvement et risque de causer une douleur.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Une manipulation incorrecte du bras ayant un faible tonus risque de causer d'autres lésions du bras et de l'épaule, de causer de la douleur et une perte de fonctionnement. Il est possible de prévenir ces problèmes par des soins adéquats.
- Il convient d'utiliser des stratégies de protection des articulations pendant les stades précoces et de flaccidité du rétablissement, afin de prévenir ou de réduire la blessure et la douleur à l'épaule.
- **Ne tirez JAMAIS sur le bras atteint.**
- Il ne faut pas bouger l'épaule atteinte **de façon passive au-delà d'une amplitude de 90 degrés.**
- **Consultez l'ergothérapeute et le physiothérapeute pour connaître des stratégies de positionnement et de soutien du bras atteint.**
- Positionnez et soutenez le bras ayant un tonus faible pendant le repos, lorsque la personne est assise ou au lit. Par exemple, vous pouvez utiliser des oreillers dans le lit et des coussins plus une table/tablette réglable lorsque la personne est assise sur une chaise. Si vous utilisez une table, consultez l'ergothérapeute pour vous assurer qu'elle est à la bonne hauteur.
- Protégez le bras et offrez-lui un appui lors de l'utilisation d'un fauteuil roulant, par exemple, avec un plateau, un appui-bras ou un oreiller (consultez l'ergothérapeute pour mettre en place un appui adéquat).
- Protégez le bras atteint et offrez-lui un appui lorsque la personne est debout, marche, pendant les transferts et pendant les soins personnels (p. ex., s'habiller, se laver, changer de position).
- L'utilisation de harnais est déconseillée, sauf pendant le stade de flaccidité du bras.
- **N'UTILISEZ un harnais que** si un ergothérapeute ou un physiothérapeute le recommande; suivez le plan de soins en vigueur.
- Retirez le harnais lorsque la personne se repose, au lit ou dans un fauteuil. Assurez-vous que le bras atteint a un bon appui.
- Suivez les protocoles du site et/ou les affiches de positionnement propres aux lits et aux fauteuils, s'il y en a. Ressources offertes prochainement sur www.pratiquesoptimalesAVC.ca.

Tonus élevé (spasticité) aux stades ultérieurs du rétablissement

- Un tonus élevé lorsqu'un bras est atteint de spasticité donne une sensation de raideur et est difficile à bouger en respectant l'amplitude normale.
- L'augmentation du tonus se produit généralement au niveau des muscles fléchisseurs et risque d'entraîner une traction du bras vers la poitrine et des doigts qui se serrent pour former un poing.

- La spasticité est parfois douloureuse et risque de nuire au rétablissement fonctionnel. Il y a un risque de contracture, de rupture de l'épiderme et de diminution de la qualité de vie sans une prise en charge adéquate de la spasticité.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Assurez l'appui du bras conformément aux conseils de l'ergothérapeute et du physiothérapeute; utilisez tous les équipements et stratégies de positionnement recommandés.
- La spasticité complique dans certains cas la prestation des soins. La personne ayant subi un AVC qui bouge son bras pour se laver ou s'habiller trouve parfois le mouvement difficile et douloureux. Un ergothérapeute est à même de fournir des stratégies pour aider la personne à effectuer ces activités de la vie quotidienne.
- Ne forcez jamais un bras ou une main atteints de spasticité. Un mouvement doux et lent est important.
- Le physiothérapeute et l'ergothérapeute recommanderont des exercices d'amplitude des mouvements, des étirements, des appuis et des méthodes de positionnement et de gestion de la douleur pour prendre en charge un membre supérieur atteint d'une augmentation du tonus. Suivez le plan dans ses moindres détails et demandez une démonstration au physiothérapeute ou à l'ergothérapeute au besoin.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins. Pour toute question ou préoccupation relative aux soins des membres supérieurs après un AVC, consultez l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, sections 5.2 et 5.3
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Soins des épaules**
3. **Pour des exemples de stratégies de positionnement, voir les pages 33 et 34 :** Semenko, B., Thalman, L., Ewert, E., Delorme, R., Hui, S., Flett, H. and Lavoie, N. (2017). An Evidence Based Occupational Therapy Toolkit for Assessment and Treatment of the Upper Extremity Post Stroke. [PDF] à l'adresse : professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/occupational-therapy/files/UpperExtremityToolkit2017.pdf.

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

6.3 Transferts et repositionnement

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus :
www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Les modes de transfert et de repositionnement peuvent varier d'un site à un autre. Soyez vigilant et suivez toujours les procédures de travail sécuritaires de votre employeur et les directives de déplacement sécuritaire des clients.
- Il y a d'autres points dont il faut tenir compte lorsqu'on aide une personne qui a subi un AVC.
- Un AVC a parfois une incidence sur la capacité d'une personne de se mouvoir et de se déplacer d'un lieu à un autre, en plus d'augmenter le risque de chutes. Les transferts et repositionnements non sécuritaires risquent de vous blesser et de blesser la personne que vous aidez.
- **Définitions :**
 - Un **transfert** consiste à se déplacer d'un lieu à un autre (p. ex., d'un lit à un fauteuil).
 - Le **repositionnement** consiste à modifier la position du corps tout en restant sur la même surface (p. ex., lorsqu'une personne change de position sur un lit ou dans un fauteuil roulant).
- Un ergothérapeute ou un physiothérapeute évaluera chaque personne et déterminera la méthode ou les techniques les plus appropriées, les besoins en équipement et le nombre de personnes à aider. Vérifiez et suivez toujours le plan de soins.
- Consultez **ASACL – Transferts** pour en savoir plus.

Avant un transfert ou repositionnement

- Vérifiez le plan de soins pour connaître la ou les bonnes méthodes/techniques qu'il convient d'utiliser. Assurez-vous que l'information est à jour (p. ex., qu'il n'y a pas eu de changement dans l'état et les capacités physiques ou cognitives de la personne afin qu'il n'y ait pas de risque sur le plan de la sécurité).
- Rassemblez tous les équipements qui ont été prescrits (p. ex., écharpe, ceinture de transfert, canne, déambulateur et lève-personne mécanique).
- Aidez la personne à mettre tout appareil orthopédique ou écharpe (p. ex., orthèse pédi-jambière, écharpe au bras).
- **Il ne faut jamais tirer sur le bras atteint** ou tirer la personne par les aisselles.

- Il faut savoir comment protéger et soutenir le bras et la jambe atteints.
- En cas de transfert, vérifiez le plan de soins pour déterminer si la personne doit effectuer le geste vers sa droite ou sa gauche. Remarque : habituellement, le transfert chez une personne ayant subi un AVC se fait vers le côté le plus fort (non atteint). Soutenez la jambe ou le bras atteint conformément aux recommandations.
- Assurez-vous que la personne que vous aidez et vous-même portez des chaussures assurant une bonne adhérence.
- Si jamais vous avez un doute quant à la manière de procéder en toute sécurité, demandez de l'aide. Consultez l'ergothérapeute ou le physiothérapeute si vous avez un doute quant à la capacité de la personne à effectuer un transfert ou un repositionnement ou à la manière de mettre ou de positionner une écharpe ou un appareil orthopédique ou d'utiliser l'équipement prescrit. Consultez-les également si vous avez besoin d'une démonstration de la bonne méthode de transfert ou de repositionnement.

Pendant les transferts

- Il existe de nombreux types de transferts, notamment une aide manuelle par une personne, une aide manuelle par deux personnes et les transferts qui utilisent un lève-personne mécanique. L'ergothérapeute ou le physiothérapeute détermineront la méthode qui convient le mieux dans un cas précis.
- **Préparez-vous soigneusement** avant le transfert **en réunissant toutes les conditions de la réussite**. Quelques exemples :
 - Faites en sorte que les surfaces de transfert soient à peu près à la même hauteur (juste au-dessus de la hauteur du genou ou du siège du fauteuil roulant).
 - Assurez-vous que la surface vers laquelle la personne effectue le transfert est bien installée et en bonne position (p. ex., lors d'un transfert du lit au fauteuil roulant, placez le fauteuil à proximité du lit, en parallèle ou légèrement de biais).
 - Actionnez le frein du lit, du fauteuil roulant, du dispositif d'aide à la marche ou de la chaise percée.
 - Assurez un chemin dégagé et sûr dans les zones que vous allez utiliser.
- Communiquez clairement avec la personne que vous aidez avant, pendant et après le transfert.
- **Utilisez une bonne mécanique corporelle** pour favoriser la sécurité de toutes les personnes qui participent au transfert :
 - Placez-vous près de la personne (pour ne pas avoir à vous pencher) et faites face à son côté atteint. Cela vous permettra d'être dans une bonne position pour donner un appui au genou atteint à l'aide de votre jambe si nécessaire pour éviter un fléchissement involontaire.
 - Mettez vos épaules en position neutre. Raffermissiez vos muscles abdominaux (toute votre partie centrale) pour protéger votre dos.
 - Gardez vos coudes collés au corps et pliez les hanches et les genoux. Conservez un ancrage au sol solide et de bonne largeur. Ce sont vos jambes qui doivent fournir le principal effort musculaire.
 - Lorsque vous êtes prêt, utilisez vos jambes pour aider la personne à transférer son poids.

Lors du repositionnement

- Suivez les directives de votre employeur et le plan de soins lorsque vous repositionnez une personne dans son lit, son fauteuil roulant ou sur toute autre surface. La tâche a souvent des spécificités liées à la personne qu'il faut repositionner.
- Le repositionnement exige souvent de l'équipement comme des planches de réduction de la friction ou un dispositif de levage mécanique. Il faut parfois un ou deux membres du personnel pour exécuter la tâche. Utilisez toujours une bonne mécanique corporelle.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées aux transferts et au repositionnement. Pour toute question ou préoccupation, consultez l'ergothérapeute ou le physiothérapeute. Suivez toujours le plan de soins en vigueur.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, sections 6.1 et 6.3
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Transferts et repositionnement**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

6.4 Motricité

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asac1

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Le médecin de soins de l'AVC et le physiothérapeute évalueront la personne afin de déterminer à quel moment la mobilisation peut commencer.
- Le physiothérapeute et l'équipe de soins de l'AVC formuleront des recommandations et des conseils en matière de soutien à la mobilisation. Travaillez avec l'équipe de soins pour vous assurer que vous avez toutes les compétences et la formation nécessaires pour apporter à quelqu'un un soutien en matière de motricité.
- Un AVC a parfois une incidence sur la capacité d'une personne à maintenir son équilibre, à utiliser la jambe atteinte ou à marcher. Par conséquent, la personne aura parfois besoin d'aide, ou de dispositifs d'aide à la marche.
- N'oubliez pas d'examiner le plan de soins en vigueur avant la mobilisation, car il précise la technique et le type d'aide qui sont nécessaires pour assurer la sécurité (comme l'équipement nécessaire et le nombre de personnes devant participer à la tâche).
- Si la personne a des difficultés de planification des mouvements ou de coordination ou une démarche instable ou chancelante, le physiothérapeute évaluera la situation et formulera des recommandations personnalisées.
- Dans certains cas, une personne qui souffre de troubles cognitifs ou de perception visuelle aura besoin d'une aide plus poussée et de stratégies conçues pour appuyer sa mobilisation.
 - Par exemple, si la personne a des problèmes visuels ou de perception visuelle, rappelez-lui de tourner la tête pour regarder du côté négligé afin qu'elle ne se heurte pas à des murs ou à d'autres obstacles.



Ce que vous pouvez faire pour aider – Motricité

- Utilisez les appareils ou dispositifs d'aide à la mobilité qui ont été recommandés dans le plan de soins, comme une courroie de transfert, une écharpe, une orthèse pédi-jambière, un support de cheville, une canne ou un déambulateur.
 - Si vous avez des doutes quant à la manière d'utiliser l'un ou l'autre des appareils fonctionnels, consultez le physiothérapeute ou l'ergothérapeute.
 - Le physiothérapeute choisira le bon type d'aide à la mobilité et s'assurera qu'elle est réglée à la bonne hauteur. L'ergothérapeute donnera des conseils sur l'utilisation d'une écharpe ou d'une attelle et fournira des instructions à ce sujet.
- Consultez toujours un membre de l'équipe si vous avez des questions sur le fonctionnement des appareils fonctionnels. Vérifiez régulièrement les signes de rougeur ou d'irritation de la peau, d'enflure ou d'inconfort causé par l'appareil fonctionnel et signalez ces changements au physiothérapeute ou à l'ergothérapeute.
- Pour éviter les chutes et les blessures après un AVC, insistez sur l'importance de la sécurité; rappelez à la personne de ralentir, d'être consciente de ses capacités et limites fonctionnelles et de faire attention à la position des pieds.
- Assurez-vous que la personne qui veut marcher porte des chaussures qui offrent un bon soutien et une bonne adhérence (p. ex., pas des pantoufles). Des chaussures qui ne conviennent pas risquent d'entraîner une chute ou une blessure.
- Pour aider la personne qui veut marcher, placez-vous du côté atteint pour la soutenir. Soutenez-lui le coude et la main au besoin. **NE TIREZ PAS sur le bras atteint.**
- La posture est importante. Demandez-lui de se tenir droit, de regarder vers l'avant et de résister à la tentation de regarder ses pieds. Au besoin, donnez un signal verbal ou physique (p. ex., placez votre main sur le haut du dos et demandez à la personne de se redresser en utilisant votre main comme guide).
- Assurez-vous que la personne est en équilibre avant de commencer à bouger. Demandez à la personne de garder la jambe atteinte droite et de sentir un poids stable avant de faire un pas.
- Si la personne commence à perdre l'équilibre en marchant, demandez-lui de s'arrêter et de reprendre son équilibre avant de continuer.
- Assurez-vous que la personne déplace son poids vers la jambe qui assure le soutien avant de faire avancer l'autre jambe. Lorsque la personne fait un pas vers l'avant, rappelez-lui de sentir un contact avec le sol avant de transférer son poids de ce côté.
- Découragez autant que possible la personne de : traîner les pieds, marcher avec très peu d'écartement entre les pieds, écarter une jambe vers le côté, regarder ses pieds, se pencher en avant en marchant.
- La grande difficulté est que la jambe atteinte doit supporter tout le poids du corps malgré sa faiblesse musculaire. Encouragez la personne à fournir un effort musculaire dans cette jambe (« Tenez-vous bien sur cette jambe! »), à bouger lentement, et à ne pas trop s'appuyer sur le dispositif d'aide à la marche.

Trop dépendre du côté fort entraîne une compensation qui nuit au rétablissement des mouvements normaux de la marche.

- La communication est importante dans le cadre de l'aide à la motricité. Expliquez toujours ce que vous êtes en train de faire et assurez-vous que la personne comprend avant de commencer. Fournissez des instructions simples et concises et faites une démonstration au besoin. Encouragez la participation autant que possible.



Ce que vous pouvez faire pour aider – Escaliers

- Ne montez **JAMAIS** des escaliers avec une personne qui n'a pas subi une évaluation adéquate et suivez toujours les instructions du plan de soins. Ne continuez pas si vous estimez que cela n'est pas sécuritaire pour vous ou pour la personne que vous aidez. Utilisez une courroie de transfert si elle a été recommandée.
- Lorsque vous aidez la personne à monter les escaliers, rappelez-lui d'aller lentement et de manière réfléchie, de mettre toute la longueur du pied sur la marche, d'utiliser la main courante lorsque c'est possible, et de s'arrêter, de rester sur deux pieds et de se reposer lorsqu'il le faut.
- Lorsque vous **montez** les escaliers, aidez la personne en vous plaçant derrière elle, et demandez-lui de commencer le mouvement par la jambe non atteinte (forte), puis de continuer en soulevant la jambe atteinte (faible) vers la même marche.
- En **descendant**, aidez la personne en vous plaçant en face d'elle. Demandez-lui de commencer par la jambe atteinte, puis de déplacer la jambe non atteinte vers la même marche.

Utilisation de fauteuils roulants

- Certaines personnes qui ont subi un AVC auront besoin d'un fauteuil roulant pendant une partie ou la totalité de la journée. Vous devrez peut-être lui rappeler comment utiliser le fauteuil ou renforcer le message qu'elle connaît déjà.
- Certaines des difficultés liées à l'utilisation d'un fauteuil roulant sont par exemple : de glisser vers l'avant dans le siège, d'être incapable d'atteindre le sol avec les pieds, de se pencher excessivement d'un côté, de ne pas être à l'aise, de laisser le bras atteint pendre sur le côté, de se heurter à des obstacles, de ne pas utiliser les freins, ou d'éprouver des difficultés à placer correctement le fauteuil lors d'un transfert vers une autre surface.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Assurez-vous de toujours parler de ces difficultés à l'équipe et obtenez la formation dont vous avez besoin sur la bonne utilisation d'un fauteuil roulant. L'ergothérapeute décidera du type de fauteuil nécessaire et évaluera si un support dorsal spécialisé, un coussin de redistribution de la pression ou des accessoires supplémentaires sont nécessaires.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de motricité sécuritaire et efficace. Pour toute question ou préoccupation relative à la motricité, consultez l'équipe de physiothérapie ou d'ergothérapie.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC :
www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **L'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC**, 6^e édition, section 3;
La réadaptation et le rétablissement après un AVC, 6^e édition, sections 3, 6.1 et 6.3
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Motricité**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

6.5 Activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- Les **activités de la vie quotidienne (AVQ)** sont le terme utilisé pour désigner diverses tâches et activités de base que les gens effectuent quotidiennement, comme prendre un bain, faire sa toilette et s'habiller.
- Les **activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)** sont le terme utilisé pour décrire des tâches et des activités plus complexes qui demandent un peu plus de réflexion, de planification et de compétences organisationnelles, comme la préparation des repas, les opérations bancaires, la gestion des médicaments, la conduite automobile, l'emploi et autres rôles professionnels.
- Une personne qui a subi un AVC éprouve parfois des difficultés liées aux AVQ et AIVQ et aura ainsi besoin d'aide, de supervision ou de soins pratiques. L'objectif est d'aider une personne à participer aux AVQ et AIVQ qui sont importantes et agréables à ses yeux, et ce, de manière autonome et en toute sécurité.
- De nombreux facteurs peuvent réduire la capacité d'une personne à mener à bien des AVQ ou AIVQ, p. ex. : perte de mouvement ou faiblesse, sensations affaiblies ou inattention à l'égard du côté atteint, troubles cognitifs, changements dans la vision, troubles de la planification et de l'enchaînement des mouvements.
- Pour favoriser l'autonomie, il est important de permettre à la personne d'effectuer le plus d'activités possible en toute sécurité, en fonction de ses capacités, même si cela exige plus de temps. Assurez-vous que l'activité est importante aux yeux de la personne, qu'elle peut être réalisée en toute sécurité et qu'elle n'est pas trop pénible, fatigante ou frustrante.

Stratégies de soutien aux activités de la vie quotidienne

Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.

- **Préparez le terrain :** déterminez les objectifs de la personne et assurez-vous qu'elle est prête à commencer l'activité, entendez-vous sur les attentes, expliquez-lui comment vous allez l'aider, limitez les distractions, prévoyez suffisamment de temps, laissez la personne prendre l'initiative et soyez informé de ses déficits.
- **Préparez les outils :** rassemblez les appareils fonctionnels et les fournitures à l'avance, placez les objets dans un endroit pratique à la portée de la main et disposez ces objets dans l'ordre où ils seront nécessaires.

- **Placez-vous correctement** : assurez toujours un bon positionnement de la personne et de vous-même, conformément au plan de soins, respectez les procédures de déplacements sécuritaires des personnes, placez-vous du côté atteint pour encourager la personne à y prêter attention (si possible). Soyez prêt à intervenir si la personne perd l'équilibre et soutenez le bras atteint conformément au plan de soins.
- **Encouragez l'utilisation du membre atteint** : l'utilisation du membre atteint aide à améliorer la prise de conscience sensorielle, facilite le rétablissement des fonctions motrices ou accroît l'utilisation fonctionnelle de ce membre, ce qui favorise l'autonomie. Ne venez en aide à la personne qu'en cas de nécessité. Demandez à l'ergothérapeute comment la personne avec laquelle vous travaillez peut utiliser sa main et son bras atteints dans le cadre d'une activité en toute sécurité.
- **Utilisez des signaux et des conseils** : apportez une aide et un soutien en donnant des instructions et par des signaux. Il est parfois utile de décomposer l'activité en petites étapes, de donner des instructions claires et simples, de parler des étapes à prévoir et, en cas de difficultés de communication, de faire une démonstration de la façon de procéder.
- **Utilisez des appareils fonctionnels** : demandez à la personne d'utiliser les appareils fonctionnels qui ont été recommandés. Il est ainsi possible d'atteindre les objectifs d'autonomie en toute sécurité (p. ex., couteau à lame courbée, pantalon avec élastique à la taille, banc de bain ou barres d'appui). Un ergothérapeute ou un autre membre de l'équipe est à même de recommander les dispositifs et appareils fonctionnels qui conviennent le mieux en fonction des capacités et du milieu de vie de la personne.
- **Soulignez les petites victoires et prodiguez des encouragements** : soulignez les petites victoires pour favoriser l'estime de soi et encourager la personne à continuer de faire des efforts. Une personne aura peut-être besoin d'aide pour une partie de l'activité, mais il ne faut pas oublier de souligner les éléments qu'elle est capable de faire.

Voir la **présentation PowerPoint d'ASACL** pour des conseils supplémentaires sur le soutien visant l'utilisation des toilettes et du bain.

Il faut tenir compte des stratégies décrites précédemment lorsqu'il s'agit d'apporter un soutien en matière d'AIVQ. En tout temps, la sécurité doit être la priorité. Encouragez l'autonomie chaque fois qu'il est sécuritaire de le faire. Un ergothérapeute ou un autre membre de l'équipe de soins est à même de fournir d'autres conseils et recommandations en matière d'AIVQ.

Exemples d'appareils fonctionnels pour apporter un soutien aux AVQ

Salle de bains

- Les barres d'appui murales et les poteaux verticaux aident les personnes à se lever et à garder leur équilibre lorsque vous fournissez une aide en matière d'hygiène personnelle et d'habillement.
- Les sièges de toilette surélevés et les cadres de toilette aident la personne à s'asseoir et à se lever en toute sécurité. Il est possible d'utiliser une chaise percée lorsqu'il n'y a pas d'accès possible à une salle de bains ou s'il s'agit d'une mesure qui procure un meilleur niveau d'accès et de sécurité.

Bain et douche

- Les chaises de bain et de douche et les planches de bain permettent aux personnes qui ont une faible tolérance à l'activité physique et à celles qui ont des problèmes d'équilibre de s'asseoir et de se reposer au besoin. Les bancs de transfert pour le bain peuvent être utilisés pour plus de sécurité lors du transfert. Ils fournissent une surface sûre sur laquelle s'asseoir pendant le bain.

Habillage

- Il est généralement plus facile de mettre des vêtements en commençant par le côté atteint. Le déshabillage au contraire est plus facile si vous commencez par le côté non atteint.
- Il est possible de choisir des types de vêtements et de prendre des mesures d'adaptation qui favorisent l'autonomie au moment de l'habillage, par exemple des vêtements amples ou des élastiques à la taille. Des appareils fonctionnels comme une pince à long manche, un manche enfile-vêtement ou un enfile-chaussettes sont également utiles dans certains cas.
- Pour en savoir plus sur l'aide à l'habillage, Cœur + AVC propose des vidéos de démonstration d'habillage après un AVC qui montrent comment mettre les articles vestimentaires les plus courants et qui sont accessibles à l'adresse suivante www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/les-activites-quotidiennes/soins-personnels.

Stratégies pour soutenir les activités instrumentales de la vie quotidienne

Conduite

- La capacité de conduire peut être considérablement affectée pour une personne qui a subi un AVC. La perte de cette capacité, qu'elle soit temporaire ou permanente, peut être un résultat dévastateur d'un AVC.
- La conduite sécuritaire peut être affectée par des déficiences telles que des changements dans la vision, la perception visuelle, la cognition, le mouvement et/ou la sensation.
- Conformément aux Normes médicales pour la conduite automobile du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) :
 - Il faut conseiller aux gens d'**arrêter de conduire pendant au moins un mois après un AVC**.
 - 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 complète ne révèle aucune perte résiduelle de capacité fonctionnelle et ne révèle aucun risque évident de récurrence soudaine qui pourrait créer un danger au volant.
- Il est important qu'une personne discute avec son médecin et son ergothérapeute pour savoir si elle peut recommencer à conduire.
- Une évaluation complète de la conduite par un ergothérapeute et/ou un évaluateur de conduite automobile provincial pourrait être requise pour évaluer comment l'AVC d'une personne a influé sur sa capacité d'agir en toute sécurité.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Les personnes incapables de conduire doivent être informées et aidées sur la façon d'accéder aux moyens de transport alternatifs, et se voir offrir du soutien et des conseils sur la façon de faire face à la perte de la capacité de conduire.

- On peut aussi recommander d'autres modes de transport, p. ex., autobus publics, services de taxi ou de transport pour les personnes handicapées.
- Encouragez la personne à travailler avec son équipe de réadaptation (p. ex., travailleur social, ergothérapeute) à résoudre les problèmes de transport et à surmonter les obstacles (p. ex., nouveaux apprentissages, coûts, admissibilité et demandes de programmes).

Retour au travail/rôles professionnels

- L'emploi et d'autres rôles professionnels sont souvent des AIVQ très importantes. Ces rôles peuvent procurer une raison d'être, un sentiment de valorisation, de réalisation, de sécurité financière et de promotion sociale et de participation communautaire.
- La capacité d'une personne de reprendre un rôle professionnel (p. ex., un emploi) peut être affectée à la suite d'un AVC (p. ex., en raison de changements dans le fonctionnement physique, la cognition, les niveaux d'énergie, l'humeur).
- Le dépistage et l'évaluation devraient avoir lieu pour déterminer les capacités d'une personne et son état de préparation au retour au travail, à l'école ou à une activité bénévole. Un ergothérapeute et/ou un neuropsychologue peut effectuer, au besoin, ces évaluations et aider à la planification.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Le counselling et l'aiguillage peuvent être appropriés (p. ex., services de réadaptation professionnelle) pour faciliter un retour progressif aux activités professionnelles. Encouragez la personne à parler avec l'ergothérapeute ou le travailleur social pour obtenir de l'aide.
- L'équipe de soins de l'AVC peut faire des recommandations pour soutenir la personne dans son retour au travail. Vous pourriez être appelé à aider la personne à pratiquer des activités qui favoriseront le rétablissement et le retour au travail (p. ex., activités d'endurance cognitive ou physique)
- Suivez toujours le plan de soins et posez des questions si vous n'êtes pas certain de la façon d'appliquer les recommandations.

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées au soutien des activités de vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne. Pour toute question ou préoccupation relative aux AVQ et AIVQ, consultez l'ergothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **La réadaptation et le rétablissement après un AVC**, 6^e édition, section 5
2. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Transitions and Community Participation Following Stroke**, 6^e édition, section 4
3. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **AVQ et AIVQ**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2021 | ^{MC} L'icône du cœur et de la / seule ou suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

6.6 Loisirs et activités sociales

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- En ce qui a trait aux loisirs, les personnes ayant subi un AVC devraient faire l'objet d'une évaluation des objectifs, des champs d'intérêt et de la participation sociale tels qu'ils sont actuellement et tels qu'ils étaient avant l'AVC.
- Les loisirs et les activités sociales après un AVC sont très importants, car ils procurent aux gens une image positive d'eux-mêmes, donnent un sens à la vie et améliorent la qualité de vie.
- La personne avec laquelle vous travaillez doit trouver l'activité intéressante. Il ne doit pas s'agir d'une simple manière de passer le temps. Les activités de loisir stimulantes jouent un rôle important, car elles permettent à une personne ayant subi un AVC de s'occuper, de structurer sa journée et de conserver un bon niveau de bien-être physique et mental.
- Ces loisirs aident à répondre aux besoins d'une personne en matière de contacts sociaux, de conditionnement physique, de sentiment d'accomplissement et de maîtrise, de stimulation intellectuelle, de créativité et de détente.
- Apprendre à connaître la personne avec laquelle vous travaillez vous aidera à trouver des activités de loisir qui conviennent et à les planifier.
- Certaines personnes après un AVC seront capables de reprendre leurs activités de loisir qu'elles pratiquaient auparavant. Dans d'autres cas, des modifications seront nécessaires pour aider la personne à pratiquer une activité qu'elle aimait (voir les exemples ci-dessous dans la section sur les appareils et accessoires fonctionnels). Une personne peut aussi choisir de pratiquer de nouvelles activités de loisirs.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Apprenez à connaître la personne avec laquelle vous travaillez pour savoir quels sont ses centres d'intérêt. Vous pouvez par exemple lui demander s'il y a des activités de loisir qu'elle aime, si oui, lesquelles, avec qui elle les pratique, quand et où.
- Si une personne n'est pas en mesure de décrire les activités qui l'intéressent en raison de difficultés de communication ou de difficultés cognitives, vous pouvez :

- Travailler avec votre équipe pour créer une liste de ressources comprenant des idées d'activités.
- Montrer des photos de différents loisirs et demander à la personne de vous indiquer ce qui pourrait lui plaire.
- Parler avec les membres de la famille ou leur demander d'apporter des objets liés aux centres d'intérêt ou passe-temps d'avant l'AVC.
- Consulter l'orthophoniste de l'équipe concernant les stratégies de soutien à la communication liée aux activités de loisir.
- Cherchez des ressources communautaires et en ligne. Les organismes communautaires proposent de nombreuses activités; consultez le journal communautaire, les guides des loisirs, les documents d'information et sites Web des centres de loisirs pour obtenir de l'information sur les activités proposées et le calendrier des activités à venir.
- Si vous êtes incertain s'il est possible de pratiquer l'activité en toute sécurité ou si elle convient, ou si vous voulez savoir comment modifier une activité ou que vous avez besoin de recommandations au sujet des appareils fonctionnels, consultez le ludothérapeute ou l'ergothérapeute de l'équipe de soins.
- De **nombreux appareils fonctionnels** permettent aux personnes ayant des déficits (comme une perte de la vue, une mobilité réduite ou l'usage d'une seule main) de participer aux activités de loisir. Consultez l'ergothérapeute pour tout appareil fonctionnel qui aide à pratiquer une activité de loisir. Il existe ainsi des appareils fonctionnels pour faciliter la pratique de certaines activités de loisir, par exemple :
 - Jeux (p. ex., porte-cartes pour jouer à une main, mélangeur automatique de cartes, casse-tête à grosses pièces, porte-queue de billard).
 - Lecture et écriture (p. ex., porte-livre, livres audio ou électroniques, mots croisés en gros caractères, Sudoku, mots cachés).
 - Matériel informatique (p. ex., clavier modifié, logiciel de reconnaissance vocale, narrateur électronique pouvant lire ce qui est affiché à l'écran).
 - Arts, artisanat et musique (p. ex., stylos, crayons, pinceaux et outils qui tiennent bien en main, tricot et crochet à une main, enfile-aiguille, tutoriels en ligne).
 - Activités de plein air (p. ex., bicyclette à trois roues, porte-canne à pêche qui fixe la canne à une veste, au fauteuil roulant ou à une paroi de l'embarcation, pots de fleurs ou jardinières surélevés).
 - Sports (p. ex., nouilles de piscine et gilets de sauvetage pour la natation, sports en fauteuil roulant, tiges de lancement pour le curling, rampe ou poussoir de boules pour le jeu de quilles).

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées aux loisirs et aux activités sociales. Pour toute question ou préoccupation relative à ces enjeux, consultez l'ergothérapeute ou le ludothérapeute.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC :
www.pratiquesoptimalesAVC.ca, **Les transitions et la participation communautaire après un AVC**, 6^e édition, section 4.5
2. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Loisirs et activités sociales**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

6.7 Aidants naturels, famille et amis

De nombreux aspects essentiels doivent être considérés pour favoriser la sécurité et optimiser le rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes qui ont subi un AVC. Les Guides de référence rapide ASACL ont été élaborés à partir des ressources d'ASACL et visent à apporter un soutien aux professionnels de la santé et aux aidants naturels qui n'ont peut-être pas l'habitude de travailler avec des personnes ayant subi un AVC ou de s'en occuper.

Nous recommandons de consulter l'ensemble des **ressources d'ASACL** pour en savoir plus : www.pratiquesoptimalesavc.ca/ressources/ressources-pour-les-professionnels/asacl

Faits saillants du guide de référence rapide

- **Suivez toujours le plan de soins en vigueur de la personne avec laquelle vous travaillez.**
- Un AVC a un effet sur toute la famille de la personne qui l'a subi et sur son réseau de soutien. Chaque famille a ses particularités, et chaque membre aura tendance à réagir d'une certaine façon selon sa personnalité et selon la relation qu'il entretient avec la personne qui a subi l'AVC.
- Les personnes ayant subi un AVC, leur famille et leurs aidants devraient faire l'objet d'un dépistage du niveau d'adaptation, du risque de dépression et d'autres problèmes physiques et psychologiques. Idéalement, le dépistage devrait avoir lieu à chaque transition et ponctuellement, le cas échéant.
- Dans le présent document, l'aidant naturel peut désigner un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur, un autre parent, un ami proche ou un voisin. Le terme exclut les fournisseurs de soins de santé rémunérés.
- Exactement comme la personne qui a subi un AVC, les aidants naturels vont dans certains cas passer par toutes les émotions. Ils éprouveront parfois du chagrin ou d'autres émotions intenses.

Déni

- Un aidant naturel peut être ébranlé initialement par le fait qu'une personne de son entourage a subi un AVC. Il sera atterré par ce qui s'est passé et aura des craintes quant à l'avenir.
- Ces craintes se transforment parfois en déni; l'aidant naturel aura ainsi la conviction que les effets de l'AVC vont rapidement s'estomper. Un aidant naturel a parfois besoin de temps pour comprendre toute la portée de ce qui s'est passé.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- En parlant de l'avenir, expliquez qu'il y a de l'espoir, même s'il faut rester réaliste. Soyez franc, et ne donnez pas de faux espoirs.
- Rappelez à l'aidant naturel que l'état de la plupart des personnes qui ont subi un AVC continue de s'améliorer pendant des mois, voire des années dans certains cas.
- Encouragez l'aidant naturel à parler avec les membres de l'équipe de soins de l'AVC au sujet du rétablissement et du soutien qui est disponible ou s'il a des questions à leur poser.

Colère

- Il est normal pour un aidant naturel de ressentir de la colère parce qu'un de ses proches a subi un AVC.
- Cette colère peut se manifester par du ressentiment ou des commentaires négatifs et inhabituels. Il y a dans certains cas un sentiment d'injustice lié au fait de ne pas être reconnu ou le sentiment de ne pas être apprécié.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Soyez à l'écoute lorsqu'ils parlent de leurs émotions, acquiescez à ce qu'ils ressentent.
- Communiquez clairement et de manière cohérente avec eux
- Demandez ce qui peut être fait pour alléger leur fardeau. Évitez les leçons et les jugements.

Stress, anxiété, inquiétude, peur, culpabilité

- Un aidant naturel ressent parfois du stress, de l'anxiété, de l'inquiétude et de la peur lorsqu'il pense à la durée des soins qu'il devra prodiguer, aux problèmes d'argent, à la qualité des soins, aux commentaires malveillants, aux craintes quant à une aggravation possible de la situation ou au risque d'isolement social.
- Un aidant naturel exprimera parfois aussi des sentiments de culpabilité, en disant par exemple « si seulement j'avais... ».



Ce que vous pouvez faire pour aider

- N'oubliez pas que l'aidant hésite peut-être à discuter de ces sentiments, car il craint peut-être d'être jugé.
- Proposez-lui de parler à un membre de l'équipe de soins, comme un travailleur social, ou quelqu'un de sa communauté religieuse. Demandez-lui comment il se sent et prenez le temps de l'écouter.
- Fournissez les ressources de soutien qui sont disponibles.

Désespoir, tristesse ou sentiment d'être dépassé

- Certains aidants naturels ressentent du désespoir, de la tristesse ou se sentent dépassés. Des pleurs, de la colère, le fait de détourner son regard et le repli sur soi sont des signes possibles de tristesse ou d'humeur dépressive.
- Si vous avez des inquiétudes au sujet de l'aidant naturel, signalez-le à votre équipe.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Écoutez l'aidant naturel, il a peut-être envie d'exprimer ses émotions.
- Proposez-lui de parler à une personne pouvant l'aider à gérer ses émotions, comme un travailleur social, un membre de l'équipe de soins ou un membre de sa communauté religieuse.

Relation, intimité, sexualité

- Lorsqu'une personne qui a subi un AVC et son partenaire se réadaptent à la vie après un AVC, ils peuvent prendre conscience de l'impact que peut avoir l'AVC sur l'intimité, la sexualité et leurs relations. Une personne qui a eu un AVC et/ou son partenaire peut avoir des préoccupations au sujet de la sécurité de l'activité sexuelle, des limitations physiques et des conséquences émotionnelles d'un AVC.
- Lorsque cela est indiqué, une personne et/ou son partenaire doivent recevoir du soutien et se voir offrir une occasion de discuter d'intimité, de relations, de sexualité et de fonction sexuelle.
- Le soutien pourrait prendre la forme de counseling, d'éducation individuelle (orale ou écrite), et/ou de séances de formation en groupe pour répondre aux questions fréquemment posées, p. ex., changements dans les relations, les émotions, l'incidence des médicaments et/ou les craintes liées à l'activité sexuelle.
- Le soutien de la personne et du partenaire doit être pris en considération avant le congé de l'hôpital et la transition vers la communauté.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Aidez la personne et/ou son partenaire en écoutant et en validant leurs préoccupations au sujet des changements dans les relations, l'intimité et la sexualité.
- Assurez-vous qu'ils savent que vous transmettez leurs préoccupations/questions à un membre approprié de leur équipe de soins, comme un travailleur social ou un médecin, un praticien qui peut ensuite fournir l'éducation et le soutien nécessaires.

Fatigue de l'aidant naturel

- Agir à titre d'aidant naturel d'une personne qui a subi un AVC est souvent mentalement et physiquement difficile. Les aidants seront parfois aux prises avec une intense fatigue ou seront dans un état d'épuisement extrême.
- Il y a parfois aussi des problèmes d'argent qui surgissent et des changements dans les rôles et les responsabilités au sein de la famille.



Ce que vous pouvez faire pour aider

- Surveillez les signes de fatigue, de stress ou de changements d'humeur chez l'aidant naturel.
- Fournissez à l'aidant naturel des renseignements et des encouragements pour l'aider à avoir confiance en ses capacités. Rassurez-le quant aux soins qui sont prodigués et ne laissez aucun doute quant à votre capacité de répondre aux besoins de la personne qui a subi l'AVC.
- Renseignez-vous sur le système de soutien des aidants naturels et encouragez la personne qui a subi l'AVC et ses aidants à accepter de se faire aider. Fournissez des renseignements sur le soutien par les pairs.
- Encouragez les aidants naturels à se réserver du temps pour eux-mêmes afin d'éviter une fatigue ou un épuisement extrême.

- Encouragez toujours l'aidant naturel à parler avec les membres de l'équipe de soins de l'AVC au sujet du rétablissement et du soutien disponible et à leur poser toutes les questions nécessaires.

Lorsque vous apportez un soutien à un aidant naturel, encouragez-le à

- Signaler ses préoccupations à l'équipe soignante. L'équipe est en mesure de répondre aux questions, de bien définir les besoins physiques, sociaux, émotionnels, mentaux et cognitifs et d'y répondre et de fournir une formation.
- Tenir un journal des réalisations et des progrès, prendre note des médicaments et du traitement, faire le suivi des rendez-vous médicaux, et prendre note des questions qu'il serait intéressant de poser au prochain rendez-vous.
- Utiliser une liste de contrôle, car elle permet à la personne ayant subi un AVC et à l'aidant naturel de faire le suivi des progrès réalisés, et aux fournisseurs de soins de santé de mieux comprendre la manière dont l'aidant surmonte les difficultés quotidiennes, ce qui leur permet alors de recommander des ressources, du soutien et des services.
- N'oubliez pas : il s'agit d'un travail d'équipe. Les soins devraient comporter la fixation d'objectifs par un processus de collaboration, une prise de décision par consensus et un plan de rétablissement élaboré en groupe, régulièrement révisé et mis à jour au fur et à mesure des progrès réalisés.
- Participer à la communauté. Les communautés d'aidants naturels donnent accès à des témoignages, à des renseignements de qualité et à des conseils avisés. Elles offrent un soutien social et émotionnel dans le cadre d'une communauté sûre, inclusive et respectueuse.
- **Si vous pensez qu'un aidant naturel ne va pas bien et qu'il aurait besoin de plus de soutien, parlez-en à votre gestionnaire de cas ou coordonnateur ou suggérez à cette personne de communiquer elle-même avec le gestionnaire de cas/coordonnateur ou un travailleur social pour en parler.**

Remarque : Ces renseignements représentent certaines des priorités en matière de soins liées aux aidants naturels. Pour toute question ou préoccupation, consultez l'équipe de soins de l'AVC. Pour obtenir d'autres ressources à l'intention des aidants naturels, consultez **tout le contenu d'ASACL** et le **site Web de la communauté des survivants et de la communauté d'aidants naturels**.

Références :

1. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : **Les transitions et la participation communautaire après un AVC**, 6^e édition, sections 1 et 2
3. Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée (ASACL) – **Aidants naturels, famille et amis**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

Position assise à la suite d'un AVC (côté gauche touché)

Nom du patient : _____

Date : _____

(jj/mm/aaaa)

Suivez toujours le plan de soins en vigueur. Pour toute question, contactez votre ergothérapeute.

Position assise sur une chaise (table)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez le bras touché vers l'avant sur un oreiller sur une table, le bras soutenu comme sur l'image.
- Placez l'avant-bras touché vers l'avant, la main ouverte et soutenue.
- Placez les pieds à plat sur le sol en position neutre, écartés à la largeur des hanches.
- Protégez les pieds avec des chaussures.

Position assise dans un fauteuil roulant (demi-tablette)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez le bras touché vers l'avant, soutenu sur la demi-tablette comme indiqué.
- Placez l'avant-bras touché vers l'avant, la main ouverte et soutenue.
- Utilisez un support médian ou latéral pour soutenir le bras s'il tombe de la tablette ou s'il présente une rotation interne.
- N'attachez pas le bras à la demi-tablette.
- Placez les pieds à plat sur les repose-pieds du fauteuil roulant.

Position assise dans un fauteuil roulant (tablette complète)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez les bras vers l'avant sur la tablette, en vous assurant qu'ils sont soutenus comme sur l'image.
- Placez l'avant-bras touché vers l'avant, la main ouverte et soutenue.
- Placez les pieds à plat sur les repose-pieds du fauteuil roulant.

Position assise dans un fauteuil roulant (appui-bras)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez le bras sur l'appui, soutenu comme sur l'image.
- Gardez la main ouverte et soutenue.
- N'attachez pas le bras à l'appui.
- Placez les pieds à plat sur les repose-pieds du fauteuil roulant.

Remarque : Vérifiez régulièrement les points de pression en position assise. Suivez les protocoles de repositionnement comme indiqué dans le plan de soins. Signalez tout signe de gonflement de la main ou du poignet, toute décoloration de la peau ou tout signalement de douleur.

Les documents similaires examinés comprennent : Southwestern Ontario Stroke Network – **Hemi-arm Protocol**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2021 | ^{MC} L'icône du cœur et de la / seule ou suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Cœur + AVC – Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée

Position assise à la suite d'un AVC (côté droit touché)

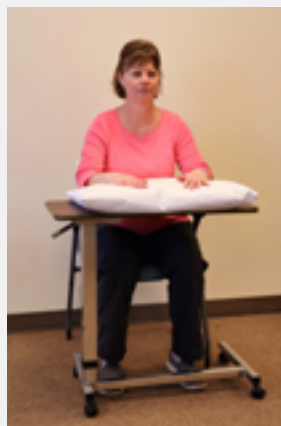
Nom du patient : _____

Date : _____

(jj/mm/aaaa)

Suivez toujours le plan de soins en vigueur. Pour toute question, contactez votre ergothérapeute.

Position assise sur une chaise (table)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez le bras touché vers l'avant sur un oreiller sur une table, le bras soutenu comme sur l'image.
- Placez l'avant-bras touché vers l'avant, la main ouverte et soutenue.
- Placez les pieds à plat sur le sol en position neutre, écartés à la largeur des hanches.
- Protégez les pieds avec des chaussures.

Position assise dans un fauteuil roulant (demi-tablette)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez le bras touché vers l'avant, soutenu sur la demi-tablette comme indiqué.
- Placez l'avant-bras touché vers l'avant, la main ouverte et soutenue.
- Utilisez un support médian ou latéral pour soutenir le bras s'il tombe de la tablette ou s'il présente une rotation interne.
- N'attachez pas le bras à la demi-tablette.
- Placez les pieds à plat sur les repose-pieds du fauteuil roulant.

Position assise dans un fauteuil roulant (tablette complète)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez les bras vers l'avant sur la tablette, en vous assurant qu'ils sont soutenus comme sur l'image.
- Placez l'avant-bras touché vers l'avant, la main ouverte et soutenue.
- Placez les pieds à plat sur les repose-pieds du fauteuil roulant.

Position assise dans un fauteuil roulant (appui-bras)



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020

- Veillez à ce que la personne soit assise au centre de la chaise.
- Placez le tronc sur la ligne médiane.
- Placez le bras sur l'appui, soutenu comme sur l'image.
- Gardez la main ouverte et soutenue.
- N'attachez pas le bras à l'appui.
- Placez les pieds à plat sur les repose-pieds du fauteuil roulant.

Remarque : Vérifiez régulièrement les points de pression en position assise. Suivez les protocoles de repositionnement comme indiqué dans le plan de soins. Signalez tout signe de gonflement de la main ou du poignet, toute décoloration de la peau ou tout signalement de douleur.

Les documents similaires examinés comprennent : Southwestern Ontario Stroke Network – **Hemi-arm Protocol**

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2021 | ^{MC} L'icône du cœur et de la / seule ou suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Cœur + AVC – Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée

Positionnement au lit à la suite d'un AVC (côté gauche touché)

Nom du patient : _____

Date : _____

(jj/mm/aaaa)

Consultez la ressource de positionnement ASACL pour des informations plus détaillées. Suivez toujours le plan de soins en vigueur. Pour toute question, veuillez contacter votre ergothérapeute ou votre physiothérapeute. (Le côté touché est représenté ci-dessous en bleu.)

Position couchée sur le côté touché



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Placez la personne en position couchée sur le côté, sans l'allonger sur l'os de la hanche; soutenez cette position avec un oreiller dans le dos.
- Placez l'épaule touchée vers l'avant avec **le coude, le poignet et les doigts aussi droits que possible**, la paume tournée vers le haut.
- Ne tirez pas sur le bras touché.
- Placez un oreiller sous le bras non touché, devant l'estomac, pour éviter les roulements.
- Étendez la jambe touchée.
- Placez la jambe non touchée vers l'avant sur des oreillers, la hanche et le genou pliés.
- Placez un oreiller entre les jambes pour réduire la friction et les points de pression.

Position couchée sur le côté non touché



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Placez la personne en position couchée sur le côté, sans l'allonger sur l'os de la hanche; soutenez cette position avec un oreiller derrière le dos.
- En passant de la position couchée sur le dos à la position couchée sur le côté, veillez à ce que le bras touché ne soit pas « oublié ».
- Placez l'épaule touchée vers l'avant, le bras sur le dessus du ou des oreillers, en appui comme sur l'image.
- Placez le coude, le poignet et les doigts aussi droits que possible.
- Soutenez la jambe touchée à l'aide d'oreillers.

Position couchée sur le dos



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Assurez-vous que la tête est dans une position neutre, soutenue par un oreiller.
- Placez un oreiller derrière l'omoplate touchée.
- Placez la main touchée sur l'oreiller au-dessus du niveau du cœur.
- Placez un oreiller sous la hanche ou le genou touché (facultatif). Assurez-vous que les pieds sont en position neutre.
- La pression sur les talons peut être réduite en plaçant un oreiller ou une mousse épaisse sous les mollets (pas derrière les genoux), avec ou sans botte de décharge.

Position assise dans le lit



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Relevez l'ensemble destiné à soulever les genoux avant d'élever la tête du lit pour réduire les glissements.
- Pour aider à réduire les forces de cisaillement, évitez de relever inutilement la tête du lit. Maintenez la tête du lit à un angle de 30° ou moins (de l'horizontale).
- Placez le bras touché sur des oreillers à côté du corps.
- Assurez-vous que la personne est assise avec le tronc dans la ligne médiane.

Remarque : Si possible, au lieu de laisser la personne au lit, installez-la dans un fauteuil roulant ou un fauteuil à dossier droit pour les activités quotidiennes, comme les repas.

Remarque : Vérifiez régulièrement l'intégrité de la peau pour détecter les points de pression, particulièrement aux proéminences osseuses (p. ex., les talons, les chevilles, les hanches et les fesses). Assurez-vous que le positionnement n'a pas d'incidence sur la respiration. Suivez les protocoles de positionnement du plan de soins. Demandez à la personne si elle est confortable après chaque repositionnement.

Les documents similaires examinés comprennent : Southwestern Ontario Stroke Network – **Hemi-arm Protocol**, Fondation Chest Heart and Stroke – **Positioning for People Affected by Stroke**, 2013; An Evidence Based Occupational Therapy Toolkit for Assessment and Treatment of Upper Extremity Post Stroke, 2017

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2021 | ^{MC} L'icône du cœur et de la / seule ou suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Cœur + AVC – Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée

Positionnement au lit à la suite d'un AVC (côté droit touché)

Nom du patient : _____

Date : _____

(jj/mm/aaaa)

Consultez la ressource de positionnement ASACL pour des informations plus détaillées. Suivez toujours le plan de soins en vigueur. Pour toute question, veuillez contacter votre ergothérapeute ou votre physiothérapeute. (Le côté touché est représenté ci-dessous en bleu.)

Position couchée sur le côté touché



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Placez la personne en position couchée sur le côté, sans l'allonger sur l'os de la hanche; soutenez cette position avec un oreiller dans le dos.
- Placez l'épaule touchée vers l'avant avec **le coude, le poignet et les doigts aussi droits que possible**, la paume tournée vers le haut.
- Ne tirez pas sur le bras touché.
- Placez un oreiller sous le bras non touché, devant l'estomac, pour éviter les roulements.
- Étendez la jambe touchée.
- Placez la jambe non touchée vers l'avant sur des oreillers, la hanche et le genou pliés.
- Placez un oreiller entre les jambes pour réduire la friction et les points de pression.

Position couchée sur le côté non touché



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Placez la personne en position couchée sur le côté, sans l'allonger sur l'os de la hanche; soutenez cette position avec un oreiller derrière le dos.
- En passant de la position couchée sur le dos à la position couchée sur le côté, veillez à ce que le bras touché ne soit pas « oublié ».
- Placez l'épaule touchée vers l'avant, le bras sur le dessus du ou des oreillers, en appui comme sur l'image.
- Placez le coude, le poignet et les doigts aussi droits que possible.
- Soutenez la jambe touchée à l'aide d'oreillers.

Position couchée sur le dos



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Assurez-vous que la tête est dans une position neutre, soutenue par un oreiller.
- Placez un oreiller derrière l'omoplate touchée.
- Placez la main touchée sur l'oreiller au-dessus du niveau du cœur.
- Placez un oreiller sous la hanche ou le genou touché (facultatif). Assurez-vous que les pieds sont en position neutre.
- La pression sur les talons peut être réduite en plaçant un oreiller ou une mousse épaisse sous les mollets (pas derrière les genoux), avec ou sans botte de décharge.

Position assise dans le lit



Reproduit avec l'aimable autorisation de la Fondation Chest Heart & Stroke Scotland, 2020

- Relevez l'ensemble destiné à soulever les genoux avant d'élever la tête du lit pour réduire les glissements.
- Pour aider à réduire les forces de cisaillement, évitez de relever inutilement la tête du lit. Maintenez la tête du lit à un angle de 30° ou moins (de l'horizontale).
- Placez le bras touché sur des oreillers à côté du corps.
- Assurez-vous que la personne est assise avec le tronc dans la ligne médiane.

Remarque : Si possible, au lieu de laisser la personne au lit, installez-la dans un fauteuil roulant ou un fauteuil à dossier droit pour les activités quotidiennes, comme les repas.

Remarque : Vérifiez régulièrement l'intégrité de la peau pour détecter les points de pression, particulièrement aux proéminences osseuses (p. ex., les talons, les chevilles, les hanches et les fesses). Assurez-vous que le positionnement n'a pas d'incidence sur la respiration. Suivez les protocoles de positionnement du plan de soins. Demandez à la personne si elle est confortable après chaque repositionnement.

Les documents similaires examinés comprennent : Southwestern Ontario Stroke Network – **Hemi-arm Protocol**, Fondation Chest Heart and Stroke – **Positioning for People Affected by Stroke**, 2013; An Evidence Based Occupational Therapy Toolkit for Assessment and Treatment of Upper Extremity Post Stroke, 2017

Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée est publié uniquement à titre informatif et éducatif et ne saurait être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer les conseils, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Les dispensateurs de soins de santé et les autres utilisateurs des ressources du programme sont tenus d'adhérer aux normes de pratique de leur ordre professionnel, aux normes et politiques de leur organisation, et d'obtenir un conseil médical approprié auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié avant d'intervenir sur la base de toute information fournie dans cette publication.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2021 | ^{MC} L'icône du cœur et de la / seule ou suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Cœur + AVC – Agir pour des soins de l'AVC optimaux communautaires et de longue durée



1 888 473-4636
coeuretavc.ca