

Guide d'accompagnement

Phase aiguë du programme Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)



Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de tous les membres des différents comités nommés ci-dessous. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement de pratiques cliniques s'inspirant des meilleures pratiques.

Comité tactique AVC

Isabelle Allaire, coordonnatrice des soins infirmiers, volet opérations 2^e ligne, DSIEU
Pamela Arnott, chef de l'unité de médecine du 2^e B (Hôpital du Suroît), DSIEU
Chantal Billard, chef d'imagerie médicale, Pôle 2, DSPEM
Jean-Marc Breton, coordonnateur régional, services préhospitaliers d'urgence, CISSS de la Montérégie-Centre
Chantal Careau, directrice adjointe, volet qualité et évolution de la pratique, DSIEU
Karine Cervera, chef de service, volet réadaptation (mission hospitalière et cliniques externes), DSMREU
Vicky Charpentier, agente de gestion de personne (DO), DRHCAJ
Suzanne Chèvrefils, coordonnatrice clinico-administrative médecine spécialisée, DSPEM
Josée Ferland, conseillère-cadre à l'enseignement universitaire, DSIEU
Hélène Lamalice, directrice adjointe, volet opérations, DSMREU
Annie Marceau, ICASI – responsable prévention et contrôle des infections, DSIEU
Ysabelle Marleau, coordonnatrice des programmes spécialisés 7 ans et + DM-DL, DPD
Marc-André Massé, chef de l'urgence et de l'unité hospitalière brève, Pôle Jardins-Roussillon, DSPEM
Marie Pavageau, coordonnatrice fluidité-corridors de service, DSPEM
Marie-Ève Poirier, agente d'information (communications), DRHCAJ
Geneviève Reid, chef des soins intensifs, DSPEM
Manon Rousse, coordonnatrice Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Pôle 2, DPSAPA
Éric St-Onge, chef de l'unité de médecine du 1^{er} Est (Hôpital Anna-Laberge), DSIEU

Comité consultatif AVC

Priscilla Bélanger, travailleuse sociale, DSMREU
Mélanie Caron, chef du département de la pharmacie (Hôpital Anna-Laberge), DSPEM
Élise Dehem, chef de service GA-URFI-UTRF (Hôpital Anna-Laberge), DPSAPA
Karine Demers-Decastro, ergothérapeute, DSMREU
Karelle Deniger, chef de l'urgence et de l'unité hospitalière brève (Hôpital du Suroît), DSPEM
Anne-Marie Duval, physiothérapeute, DSMREU
Isabelle Fontaine, orthophoniste, DSMREU
Daniel Gingras, assistant-chef physiothérapeute, DSMREU
Audrey Godin-Pelletier, infirmière support clinique soins critiques, DSIEU
Marie-Claude Lacroix, infirmière support clinique soins critiques, DSPEM
Martine Hébert, ergothérapeute, DSMREU
Alexandre Kingsley, orthophoniste, DSMREU
Marjolaine Labelle-Robert, physiothérapeute, DSMREU
Carole Laguë, nutritionniste, DSMREU
Annick Lavallée, coordonnatrice soins infirmiers aux opérations 1^{re} ligne et services ambulatoires, DSIEU
Marie-Ève Lazure, coordonnatrice clinique URFI, DPD
Geneviève Leboeuf, conseillère en soins infirmiers, DSIEU
Ysabelle Marleau, coordonnatrice des programmes spécialisés 7 ans et + DM-DL, DPD
Christine Mills, chef de programme DM-DL 7 ans et plus, DPD
Manon Ostiguy, assistante-chef en physiothérapie, DSMREU
Karine Paulin, chef de laboratoire, DSPEM
Myriam Rochefort, infirmière pivot unité AVC, DSIEU
Karine Simard, chef d'imagerie médicale, Pôle 1, DSPEM
Marie-Christine Thibodeau, ergothérapeute, DSMREU

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, octobre 2019.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

Liste des abréviations et des acronymes	4
Avant-propos	5
Introduction.....	6
1. Assises	7
2. Objectifs	9
3. Profession(s) ou professionnel(s) visé(s).....	10
4. Critères pour l'hospitalisation à l'unité de soins AVC	11
5. Étapes.....	12
5.1. Présentation globale de la trajectoire.....	12
5.1.1. Description détaillée de la trajectoire de soins à l'unité AVC	14
5.2. Outils d'évaluation.....	18
5.3. Activités cliniques supplémentaires	21
6. Ressources nécessaires	25
6.1. Ressources humaines	25
6.2. Formations spécifiques aux équipes de la phase aiguës de l'AVC	28
6.2.1. Formations prioritaires	28
6.2.2. Formations complémentaires	30
7. Planification de l'évaluation.....	31
7.1. Variables à évaluer	31
7.2. Indicateurs de suivi	31
8. Conclusion	33
9. Liste des annexes.....	34
Références	35
ANNEXE A Trajectoire de soins de la phase aiguë	38

Liste des abréviations et des acronymes

AIT	Accident ischémique transitoire
AVC	Accident vasculaire cérébral
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CH1	Centre primaire AVC
CH2	Centre secondaire AVC
CH3	Centre tertiaire AVC
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DPD	Direction des programmes Déficiences
DPSAPA	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DSIE	Demande de service interétablissements
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSPeM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
EMR	Échelle modifiée de Rankin
ENC	Échelle neurologique canadienne
EP	Embolie pulmonaire
HAL	Hôpital Anna-Laberge
ICASI	Infirmier clinicien assistant au supérieur immédiat
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIHSS	<i>National Institutes of Health Stroke Scale</i>
OIPI	Ordonnance individuelle préimprimée
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TPP	Trombophlébite/phlébite
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

En 2018, la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU) a débuté la rédaction du *Programme : Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)* qui comprend une description des objectifs spécifiques visés par les phases du continuum AVC ainsi que les moyens prioritaires projetés pour les atteindre, en accord avec les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* et les attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En raison des nombreuses procédures de soins à intégrer dans chaque phase du continuum, un guide d'accompagnement, décrivant les objectifs, les trajectoires de soins, les outils cliniques ainsi que les rôles et responsabilités, est nécessaire afin de soutenir l'implantation des pratiques optimales en soins AVC à travers le CISSS de la Montérégie-Ouest. Les différentes phases du continuum AVC sont les suivantes :

1. Sensibilisation du public;
2. Prévention primaire de l'AVC;
3. Hyperaiguë (0-24h);
4. Aiguë (jours 1 à 7);
5. Réadaptation post-AVC (jours 8 à 90);
6. Réintégration et maintien dans la communauté.

Le présent guide est donc le fruit des travaux organisationnels entourant la **phase aiguë** du Continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). La rédaction de celui-ci a été coordonnée par l'équipe du volet qualité et évolution de la pratique de la DSMREU, en collaboration avec son volet opérations ainsi que la Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM) et la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (DSIEU).

Ce document s'adresse à l'ensemble du personnel infirmier, aux professionnels, médecins, gestionnaires et autres intervenants participant aux soins et services offerts aux usagers hospitalisés à l'unité AVC.

1. Assises

En considérant les séquelles physiques et psychologiques associées à l'AVC, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a entrepris la révision des soins et des services offerts aux personnes qui en ont souffert. Dans le cadre de la phase aiguë, il insiste sur l'importance d'évaluer et traiter rapidement les incapacités, en mobilisant une équipe interdisciplinaire sur une unité de soins dédiée à la clientèle AVC (MSSS, 2017). Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, les soins octroyés sur une unité AVC réduisent de 30 % les risques de mortalité et d'incapacités fonctionnelles, tout en permettant une réduction des complications reliées à l'AVC et une mobilisation plus précoce de l'usager (Bélanger et al., 2018; Teasell et al., 2018; Comité d'experts sur l'offre de service de réadaptation post-AVC, 2013). De plus, selon les conclusions de la revue de littérature de Teasell et al. (2018), les personnes ayant reçu des soins sur une unité AVC auraient un taux de survie supérieur et de meilleures chances de retrouver leur autonomie fonctionnelle et de retourner vivre à leur domicile.

Boulanger et al. (2018) insistent également sur l'importance de l'approche interdisciplinaire à l'unité AVC. Depuis plusieurs années, cette approche est reconnue auprès d'une clientèle présentant des problèmes de santé chroniques et complexes. L'implantation d'une modalité de travail interdisciplinaire est considérée comme étant une force importante des services spécialisés en AVC (Tyson et al. 2014). De concert avec l'approche interdisciplinaire, l'implication de l'usager, de la famille et des proches est une composante importante des soins offerts à l'unité AVC. L'étude qualitative de Ryan et al. (2017) a fait ressortir que les usagers ont besoin de se faire rassurer en lien avec l'impact de l'AVC sur leur corps et leurs fonctions neurologiques. Également, ils ont besoin d'explications concernant les soins qui leur sont prodigués. Les équipes de soins AVC reconnaissent ces besoins, mais verbalisent que l'intensité des soins offerts sur une courte période de temps peut nuire à la communication et au développement des relations interpersonnelles avec l'usager et ses proches. En considérant cette réalité, il est important de mettre en place diverses modalités de communication entre l'usager, ses proches et l'équipe de soins interdisciplinaire, tel que recommandé par le MSSS (2017). Un exemple est de s'assurer de la présence de l'usager et de ses proches lors du déroulement du plan d'intervention interdisciplinaire.

Également, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a élaboré des standards de qualité (2017) basés sur les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. À travers ces standards de pratique, nous y retrouvons les critères incontournables qu'un centre hospitalier secondaire AVC doit atteindre au cours de la phase aiguë du continuum de soins. Ces standards de qualité incontournables seront la pierre angulaire des recommandations contenues dans ce guide d'accompagnement. De ce fait, voici les critères incontournables que nous retrouvons dans la phase aiguë :

- Il existe une unité physiquement distincte dans l'hôpital dédiée aux soins offerts aux usagers ayant subi un AVC;
- Le volume d'AVC de tous types traités par année dans le centre secondaire se situe au-delà de 125 cas;
- L'équipe interdisciplinaire dédiée à l'unité AVC est composée minimalement de médecins, d'infirmiers, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de travailleurs sociaux et de nutritionnistes;
- L'équipe dédiée à l'unité AVC procède au dépistage et à la prise en charge des complications de l'AVC et de l'AIT avec des outils standardisés et validés ainsi que des protocoles de soins interdisciplinaires basés sur les pratiques optimales;
- L'équipe AVC responsable des soins offerts à l'unité AVC a un plan de formation annuel en fonction des besoins suivants : assurer les connaissances requises, maintenir ses compétences, poursuivre les activités reliées à l'amélioration continue;
- Le département de radiologie assure une accessibilité en temps opportun aux services d'imagerie (24 heures sur 24, 7 jours sur 7). Les services respectent les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*;
- Les services requis des laboratoires pour la clientèle du programme AVC sont accessibles en temps opportun (24 heures sur 24, 7 jours sur 7). Les services respectent les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*.

Finalement, les membres du comité tactique AVC et des groupes de travail se sont rencontrés régulièrement en 2018 et 2019 afin d'intégrer les recommandations du MSSS et les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, mentionnées ci-dessus, à leurs diverses procédures médicales et interdisciplinaires. Ces procédures sont le reflet des meilleures pratiques, des besoins des usagers, de l'expertise et du contexte de pratique des équipes cliniques en AVC du CISSS de la Montérégie-Ouest. Celles-ci seront décrites à travers ce guide et disponibles dans leur intégralité en annexe.

2. Objectifs

1. Déterminer et implanter une trajectoire de soins optimale à l'unité AVC avec du personnel soignant et des intervenants spécialisés et formés pour la clientèle AVC;
2. Déterminer les rôles et les responsabilités des médecins, professionnels, intervenants et gestionnaires à l'intérieur de la trajectoire de soins optimale lors de la phase aiguë de l'AVC.

3. Profession(s) ou professionnel(s) visé(s)

- Personnel infirmier;
- Professionnels de réadaptation et nutrition clinique;
- Préposés aux bénéficiaires (PAB);
- Médecins;
- Autres intervenants.

4. Critères pour l'hospitalisation à l'unité de soins AVC

Tableau I
Critères d'admission et d'exclusion

Critères d'admission	Précisions
Diagnostics AVC ² :	Le diagnostic d'hospitalisation doit être l'AVC (sauf si l'utilisateur subit un AVC alors qu'il était hospitalisé pour une autre raison). Parmi les diagnostics, nous retrouvons : AVC léger/AIT ³ , AVC modéré, AVC sévère.
Transfert CH3 :	Les usagers provenant d'un CH3 et nécessitant des soins aigus doivent être hospitalisés à l'unité AVC, et ce, peu importe le nombre de jours passés en CH3.
Critères d'exclusion	Précisions
Soins palliatifs :	Les usagers ayant subi un AVC et qui requièrent une hospitalisation nécessitant des soins palliatifs.

Tableau II
Critères de fin de l'hospitalisation à l'unité AVC

Critères de fin	Précisions
Rencontres et évaluations complétées :	- Les examens médicaux sont complétés; - Les rencontres et évaluations de tous les professionnels de l'unité AVC sont complétées et les résultats sont consignés sur la feuille de suivi de l'utilisateur.
Orientation déterminée :	Retour à domicile, URFI, etc.
Références faites :	Références aux services de réadaptation (URFI, CRDP).

² En raison d'impondérables au niveau de la gestion de lits en milieu hospitalier, certains usagers ayant subi un AVC pourraient se retrouver sur des unités de soins de médecine générale. Cependant, ces usagers pourraient être transférés ultérieurement à l'unité AVC selon le jugement clinique de l'équipe de soins.

³ Selon le jugement clinique de l'équipe médicale, un usager avec un diagnostic d'AVC léger ou d'AIT pourrait être admis à l'unité AVC. Par exemple, un usager présentant un tableau clinique complexe pouvant amener des complications au niveau de l'AVC.

5. Étapes

Voici les différentes étapes de la trajectoire de soins que nous retrouvons lors de la phase aiguë de l'AVC.

5.1. Présentation globale de la trajectoire

La phase aiguë de l'AVC s'amorce dès l'admission de l'utilisateur à l'unité AVC. Elle se termine lorsque l'utilisateur quitte l'unité pour un retour à domicile, pour des services de réadaptation intensive en unité spécialisée ou pour des services de réadaptation à l'externe. Le MSSS (2017) propose une trajectoire hospitalière de 7 jours durant laquelle les évaluations avec les outils standardisés sont effectuées au moment opportun au cours du séjour de l'utilisateur à l'unité AVC. Cependant, selon la condition clinique et les besoins de l'utilisateur ainsi que le jugement clinique de l'équipe de soins, il est possible que la durée du séjour soit inférieure ou supérieure à 7 jours. À la figure 1 ainsi qu'à l'[annexe A](#), nous retrouvons la trajectoire globale de soins et services proposée à l'unité AVC.

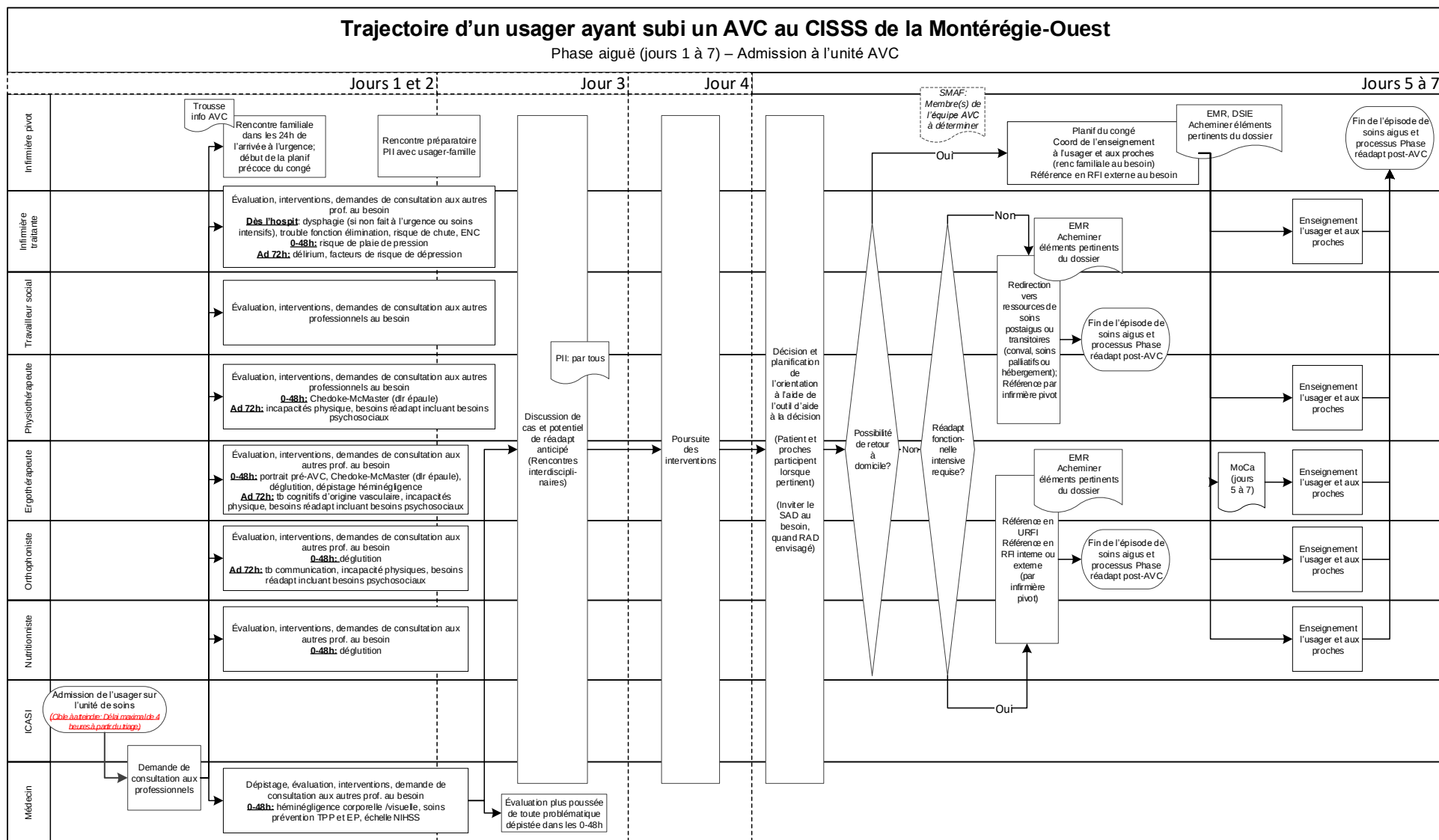


Fig. 1 – Trajectoire de l'usager à l'unité AVC

5.1.1. Description détaillée de la trajectoire de soins à l'unité AVC

Le prochain tableau résume l'ensemble des actions cliniques recommandées, en fonction des diverses complications possibles de l'AVC, sur une période maximale de 7 jours à l'unité AVC (tableau III). Il est à noter que le jugement clinique des professionnels prévaut dans l'utilisation des outils proposés, en accord avec la condition clinique et les besoins de l'utilisateur.

Tableau III
Activités cliniques recommandées durant l'hospitalisation à l'unité AVC

Jour 0					
Problématiques	Fonctions	Formulaires	Responsables	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Dépistage de la dysphagie <i>Seulement lorsque le dépistage n'a pas été fait à l'urgence ou aux soins intensifs</i>	Dépister un problème de déglutition avant la prise de médication par voie orale ou avant l'hydratation et la nutrition	Dépistage de la dysphagie Voir Annexe I	Infirmier de l'unité AVC	10 minutes	0 à 4 heures post-AVC
Troubles de la fonction d'élimination	Dépister les troubles de la fonction d'élimination	Décompte des selles	Infirmier de l'unité AVC	S.O.	Dès l'arrivée à l'unité AVC
Risques de chute	Prévenir les risques de chute	Outil d'évaluation selon le champ de pratique de l'infirmier	Infirmier de l'unité AVC	S.O.	Dès l'arrivée à l'unité AVC
Sévérité de l'AVC	Évaluer le déficit neurologique de l'utilisateur	Échelle neurologique canadienne (ENC) Voir Annexe II	Infirmier de l'unité AVC	5 à 10 minutes	0-24 heures post-AVC - Ensuite aux 8 heures pendant 3 jours - Ensuite 1 fois par jour jusqu'à la 7^e journée post-AVC si l'utilisateur est stable médicalement. Si l'utilisateur s'avère instable au niveau médical, poursuivre jusqu'à la fin de son séjour à l'unité AVC

Jours 1 et 2					
Problématiques	Fonctions	Formulaires	Responsables	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Évaluation de la dysphagie	Évaluer les troubles de déglutition	Outil d'évaluation selon le champ de pratique du nutritionniste, de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute	Équipe dysphagie (nutritionniste, orthophoniste, ergothérapeute)	Lorsque le dépistage est positif	0-48 heures post-AVC
Risque de plaie de pression	Prévenir les plaies de pression	Échelle de Braden	Infirmiers de l'unité AVC	S.O.	0-48 heures post-AVC
Douleur à l'épaule	Dépister la douleur à l'épaule	Évaluation Chedoke-McMaster de l'AVC – Inventaire des déficiences Voir Annexe III	Physiothérapeute ou ergothérapeute	5 minutes - Le temps requis dépend de la capacité de l'utilisateur et généralement de la sévérité de l'AVC	24-48 heures post-AVC
Dépistage de l'héminégligence corporelle et visuelle	Dépister les difficultés de l'utilisateur à prendre en compte les stimuli venant de l'hémiespace opposé à la lésion cérébrale (négligence unilatérale)	Outil d'évaluation selon le champ de pratique du médecin ou de l'ergothérapeute	Médecin ou ergothérapeute	S.O.	0-48 heures post-AVC
État neurologique	Assurer le suivi de l'état neurologique de l'utilisateur à l'unité AVC	Échelle <i>National Institutes of Health Stroke Scale</i> (NIHSS) Voir Annexe IV	Médecin de l'unité AVC	≤ 10 minutes	0-48 heures post-AVC - Par la suite, peut être répété selon l'évolution de l'utilisateur et le jugement clinique du médecin

Jour 3					
Problématiques	Fonctions	Formulaires	Responsables	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Délirium et facteurs de risque de dépression	Dépister le délirium et les facteurs de risque de dépression	Outil de dépistage selon le champ de pratique de l'infirmier	Infirmier de l'unité AVC	S.O.	0-72 heures post-AVC
Troubles cognitifs d'origine vasculaire	Dépister les troubles cognitifs d'origine vasculaire secondaires à l'AVC ou présents avant	Outil de dépistage selon le champ de pratique de l'ergothérapeute	Ergothérapeute	S.O.	0-72 heures post-AVC
Troubles de la communication	Évaluer les troubles de la communication	Outil d'évaluation selon le champ de pratique de l'orthophoniste	Orthophoniste	S.O.	0-72 heures post-AVC
Incapacités physiques	Évaluer les incapacités physiques	Outil d'évaluation selon le champ de pratique de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute	Ergothérapeute ou physiothérapeute	S.O.	0-72 heures post-AVC
Besoins en réadaptation	Évaluer les besoins en réadaptation, y compris les besoins psychosociaux	Outil d'évaluation selon le champ de pratique de l'ergothérapeute, du physiothérapeute, de l'orthophoniste ou du travailleur social	Ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste ou travailleur social	S.O.	0-72 heures post-AVC
Jours 3 à 5					
Problématiques	Fonctions	Formulaires	Responsables	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Mode de vie pré-AVC	Évaluer le mode de vie de la personne avant l'AVC	Évaluation globale en ergothérapie	Ergothérapeute	10 minutes	Jours 3 à 5

Jours 5 à 7					
Problématiques	Fonctions	Formulaires	Responsables	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Potentiel de réadaptation prévisible	Se prononcer sur le potentiel de réadaptation de l'usager afin de mieux déterminer son orientation à la fin de son séjour à l'unité AVC	Selon les conclusions des diverses évaluations multidisciplinaires et des rencontres de suivi interdisciplinaires	Membres de l'équipe interdisciplinaire de l'unité AVC	S.O.	Jour 5
Dysfonctions cognitives <i>Les résultats de cette évaluation sont essentiels lors d'un retour à domicile directement de l'hôpital</i>	Dépister les dysfonctions cognitives légères	<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i> Voir Annexes V, VI, VII	Ergothérapeute	15 à 20 minutes⁴	Jours 5 à 7
Incapacité globale	Évaluer l'incapacité globale	Échelle modifiée de Rankin (EMR) Voir Annexe VIII	Infirmier pivot	5 à 15 minutes	Jours 5 à 7 (au congé)
Évaluation fonctionnelle <i>Cet outil est nécessaire lorsqu'un retour à domicile est envisagé</i>	Effectuer une évaluation fonctionnelle des capacités de l'usager afin d'identifier ses besoins et planifier les services qui lui seront offerts, en vue d'une réintégration dans la communauté	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	Membre(s) de l'équipe interdisciplinaire de l'unité à AVC (à déterminer)	50 minutes	Jours 5 à 7 (au congé)
Outils de suivi (Jours 0 à 7)					
Problématiques	Fonctions	Formulaires	Responsables	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Suivi de l'implantation des pratiques optimales de soins de l'AVC	- Obtenir des renseignements à jour sur les soins octroyés à l'usager et les évaluations en cours à l'unité AVC - Favoriser la continuité des soins et des services offerts à l'usager.	Fiche de l'usager - Continuum AVC Voir Annexe IX	Infirmier pivot et les membres de l'équipe dédiée de l'unité AVC	S.O.	Dès l'hospitalisation à l'unité AVC jusqu'au congé (jour 7)

⁴ Tiré de la Fiche Outil : Échelle MoCA. (2015) INESSS, p. 1

5.2. Outils d'évaluation⁵

Les outils d'évaluation recommandés par le MSSS (2015)⁶ de la phase aiguë de l'AVC visent à :

- Dépister les troubles du langage, de la cognition et de la vision;
- Favoriser la mobilisation précoce de l'usager et entreprendre les différentes thérapies selon sa tolérance et son état de santé;
- Assurer un bon positionnement au lit et en position assise;
- Évaluer la sévérité de l'atteinte afin de favoriser le parcours optimal de soins de l'usager;
- Permettre la transition harmonieuse de l'usager entre le milieu hospitalier et les services de réadaptation post-AVC.

Dépistage de la dysphagie⁷

Il est primordial de s'assurer que l'usager ayant subi un AVC n'éprouve pas de problème de déglutition avant la prise orale de médication ou avant de boire et de s'alimenter. Selon Boulanger et al. (2018), il est recommandé d'effectuer le dépistage de la dysphagie moins de 24 heures suivant l'arrivée de l'usager à l'urgence. Plus précisément, selon les standards de qualité du MSSS (2017), le dépistage devrait se faire dans un délai de **moins de 4 heures** suivant l'arrivée de l'usager à l'urgence⁸. Le dépistage est effectué par le personnel infirmier de l'urgence ou des soins intensifs, selon le cas. Si le dépistage est positif, une évaluation approfondie de la dysphagie doit être effectuée par les professionnels habilités dans les délais les plus brefs. Si l'état clinique de l'usager change, le dépistage de la dysphagie doit être répété.

Chez les usagers ayant subi un AVC, l'incidence de dysphagie varie entre 37 et 78 % (Martino, 2005) et est souvent sous-estimée et sous-diagnostiquée. Cette condition augmente les risques de complications pulmonaires et de mortalité. Des chercheurs américains ont fait ressortir que les usagers ayant été dépistés pour la dysphagie ont moins souvent souffert d'une pneumonie. La pratique du dépistage de la dysphagie est intéressante pour les raisons suivantes : son rapport coût-efficacité et la simplicité de sa mise en place (Hinchey et al., 2005b dans Lindsay et al., 2013). Au-delà de la prévention des complications pulmonaires, le dépistage permet également à l'usager d'avoir un régime nutritionnel adéquat au cours de son processus de guérison (Lakshminarayan et al., 2010b dans Lindsay et al., 2013).

L'outil retenu pour le dépistage de la dysphagie est une traduction libre du *Standardized Swallowing Screen* (Perry, 2001). Selon la revue systématique de Jiang et al. (2016), portant sur la validité et la fidélité des outils de dépistage de la dysphagie utilisés par les infirmiers auprès d'une clientèle souffrant de séquelles neurologiques ou d'une maladie neurodégénérative, les auteurs ont reconnu qu'il s'agit d'un outil démontrant de bonnes qualités psychométriques. Cet outil a été choisi pour le CISSS de la Montérégie-Ouest suite aux travaux d'un groupe de travail composé d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et de nutritionnistes du CISSS de la Montérégie-Ouest. Les membres du groupe de travail ont pris leur décision à partir des données probantes disponibles dans la littérature et de leurs expertises cliniques.

⁵ Le professionnel responsable de la passation d'un outil doit répondre aux exigences de son ordre professionnel au niveau de l'évaluation et suivre les consignes inscrites dans le manuel d'utilisation de l'outil, le cas échéant.

⁶ Trousse d'outils cliniques d'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phases hyperaiguë et aiguë, p. 47.

⁷ Si non complété à l'urgence ou aux soins intensifs

⁸ Visite de désignation – Centres secondaires : Critères d'évaluation - Éléments et standards de qualité à retrouver dans la programmation de services, MSSS, 2017, p. 15.

Chedoke-McMaster Stroke Assessment (douleur à l'épaule)

Cet outil permet de dépister la douleur à l'épaule. Après un AVC, l'incidence de la douleur à l'épaule est très élevée et celle-ci peut causer un retard dans la réadaptation et le rétablissement des fonctions de la personne atteinte (Lindsay et coll. 2013 dans MSSS, 2015).

Le *Chedoke-McMaster Stroke Assessment* (CMSA) comporte un inventaire des incapacités et un inventaire des déficiences, desquels la section douleur à l'épaule est extraite. L'échelle comprend 7 stades où 1 correspond à un risque élevé et 7 à une absence de douleur. Le stade est établi en fonction de la gravité de la douleur à l'épaule, au mouvement ou au repos (MSSS, 2015). Cet outil a été validé auprès d'usagers hospitalisés et auprès d'usagers en externe. L'utilisation des cotes obtenues au niveau de l'inventaire des déficiences pourrait prédire l'indépendance à la marche. Il est à noter qu'aucune étude de validation n'a été faite auprès d'usagers ayant subi un AVC depuis moins d'une semaine (Gowland et al. 1995 dans MSSS, 2015).

Échelle National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

L'échelle *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) est une échelle de déficience neurologique comprenant 15 éléments qui permettent de mesurer la sévérité initiale de l'AVC. Les sphères évaluées sont les suivantes : l'état de conscience, les mouvements oculaires, les champs visuels, la fonction des muscles du visage, la force des membres, la fonction sensorielle, la coordination (l'ataxie), le langage (l'aphasie), la parole (dysarthrie) et l'héminégligence (MSSS, 2015). Selon Boulanger et al. (2018), cette échelle présente une validité prédictive au niveau des capacités fonctionnelles et de l'orientation de l'utilisateur suite à son séjour en milieu hospitalier. Selon le site web *Stroke Engine*, la fidélité test-retest du NIHSS obtient des moyennes de Kappa qui oscillent entre 0,66 (adéquat) et 0,77 (excellent).

La cote globale du NIHSS varie entre 0 à 24. La cote 0 est associée à un score normal.

En fonction du score obtenu, la sévérité de l'AVC est catégorisée comme suit :

- Très sévère : ≥ 25 ;
- Modéré à sévère : 15 à 24;
- Léger à modéré : 5 à 14;
- Léger : < 5 .

Le MSSS (2019) recommande à ce que l'évaluateur, soit le médecin, utilise cette échelle afin de faire le suivi de l'état neurologique de l'utilisateur au cours de la phase aiguë.

Échelle neurologique canadienne (ENC)

L'échelle neurologique canadienne (en anglais *Canadian Neurological Scale-CNS*) vise à évaluer le déficit neurologique pour catégoriser la sévérité de l'AVC. L'ENC comprend 8 éléments permettant d'évaluer 10 fonctions cliniques, dont le niveau de conscience, l'orientation, le langage et la parole ainsi que la fonction motrice. Selon Côté et al., (1986), la cohérence interne de cet outil ainsi que la fidélité interjuge pour tous les domaines de l'échelle sont excellentes.

En fonction du score obtenu, la sévérité de l'AVC est catégorisée comme suit :

- AVC léger : ≥ 8 ;
- AVC modéré : 5 à 7;
- AVC sévère : ≤ 4 .

Questionnaire mode de vie pré-AVC

L'évaluation du mode de vie pré-AVC permet d'informer l'équipe soignante pour l'aider à déterminer les objectifs thérapeutiques appropriés pour l'usager. L'évaluation porte sur les facteurs de risque, l'autonomie dans le milieu de vie antérieur, les aides techniques, l'environnement physique ainsi que les ressources familiales et environnementales (proche aidant, ressources communautaires). Ces différentes variables se retrouvent dans l'évaluation globale en ergothérapie et sont donc documentées à même cette évaluation.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Cet outil sert au dépistage des dysfonctions cognitives légères à modérées. Plus de la moitié des gens ayant subi un AVC présentent des déficits d'origine vasculaire qui sont associés à une récupération moins favorable ainsi qu'à une diminution des fonctions pour les activités de la vie quotidienne. Lorsque des problèmes relatifs à l'humeur ou à la cognition sont relevés lors du dépistage, l'usager et sa famille devraient être orientés vers des experts en vue d'une évaluation exhaustive et une prise en charge adéquate (MSSS, 2015).

Selon Freitas et al. (2012), le MoCA est un outil de mesure qui présente une validité de construit satisfaisante, c'est-à-dire que les diverses fonctions évaluées permettent un dépistage approprié des dysfonctions cognitives légères à modérées. Le MoCA s'attarde aux fonctions suivantes : attention, concentration, fonctions exécutives, mémoire, langage, capacités visuoconstructives, capacités d'abstraction, calcul et orientation. Au niveau de l'interprétation des scores obtenus, le score maximal est de 30 et un score de 26 et plus est considéré normal (MSSS, 2015). Plus précisément, l'interprétation des scores est établie de la façon suivante :

- 27-30 : est considéré comme **normal**;
- 18-26 : indique la présence d'une atteinte cognitive **légère**;
- 10 -17 : indique la présence d'une atteinte cognitive **modérée**;
- < 10 : indique la présence d'une atteinte cognitive **sévère** (INESSS, 2015, p. 2.).

Il est recommandé d'employer cet outil à la fin du séjour hospitalier (jours 5 à 7). Selon le MSSS (2015), les expériences cliniques ont fait ressortir des difficultés dans l'utilisation de cette évaluation auprès d'usagers plus sévèrement atteints. Cependant, pour les usagers qui effectuent un retour à domicile directement de l'hôpital, les résultats de cette évaluation sont essentiels. Dans les situations où l'usager est orienté vers des services internes de réadaptation intensive, le MoCA est réalisé lors de la prise en charge en phase de réadaptation post-aiguë (MSSS, 2018).

Échelle modifiée de Rankin (EMR)

L'échelle modifiée de Rankin est utilisée pour évaluer l'incapacité globale d'une personne. Il s'agit d'une échelle d'incapacité comportant 6 éléments avec des cotes allant de 0 (aucun symptôme) à 5 (symptômes sévères) et une cote spéciale de 6 pour les usagers qui décèdent. Le MSSS (2015) recommande la passation de cette échelle au congé de l'usager. Bouchard et al., (2018) ont fait ressortir que l'échelle démontrait une plus grande fidélité lorsque l'évaluateur avait reçu une formation par rapport à son utilisation et qu'il utilisait des outils pour mieux structurer son entrevue.

Le SMAF permet d'évaluer la capacité fonctionnelle en vue de déterminer les besoins et de planifier les services offerts à l'usager ayant subi un AVC, par exemple, soins à domicile, hébergement, etc. À la demande du MSSS, cet outil doit être utilisé pour tous les usagers devant réintégrer leur domicile ou tout autre milieu de vie.

Selon Harrisson (2011) et le MSSS (2015), l'évaluation grâce à l'outil SMAF est d'une durée de 50 minutes. Il comprend 29 éléments qui sont regroupés en 5 facteurs fondamentaux d'aptitude fonctionnelle, à savoir les activités de la vie quotidienne (7 éléments), la mobilité (6 éléments), les communications (3 éléments), les fonctions mentales (5 éléments), les tâches domestiques (8 éléments) et la dimension sociale. Les quatre niveaux de l'échelle permettant de déterminer un score total sont les suivants :

- 0 : autonome;
- 1 : besoin de surveillance ou de stimulation;
- 2 : besoin d'aide;
- 3 : dépendant.

Au niveau de l'interprétation des résultats, un score SMAF ≥ 15 illustre des pertes d'autonomie modérées à graves.

Selon Harrisson (2011), les qualités psychométriques de cet outil sont les suivantes :

- La fidélité test-retest est de 95 %;
- La fidélité interjuge est de 96 %.

Fiche de l'usager/Continuum AVC

Cet outil a été créé dans le but de consigner toute l'information relative aux évaluations et aux outils cliniques utilisés lors du séjour de l'usager à l'unité AVC. L'information contenue dans la fiche permettra le suivi de l'application des pratiques optimales AVC recommandées tout en favorisant la continuité des soins et des services offerts à l'usager. Également, cette fiche permet aux différents membres de l'équipe AVC d'obtenir des renseignements à jour sur les soins octroyés à l'usager et les évaluations en cours. Cette fiche est remplie par l'infirmier pivot et les membres de l'équipe dédiée AVC, au fur et à mesure que les soins et les diverses activités cliniques sont complétés. Une fois remplie, cette fiche est conservée dans un cartable sous la responsabilité d'un archiviste médical dédié au continuum AVC.

5.3. Activités cliniques supplémentaires

Outre les évaluations et les outils à utiliser, le MSSS (2017) a défini ses attentes concernant les activités cliniques qui sont décrites en détails dans le guide d'accompagnement, soit :

- La rencontre avec les proches;
- Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- Les rencontres quotidiennes;
- La planification du congé.

Rencontre avec les proches (< 24 h)

Il est recommandé qu'une rencontre avec les proches ait lieu durant les premières 24 heures avec l'infirmier pivot. Il consolide la compréhension de ceux-ci en lien avec les explications du médecin concernant les interventions médicales et les traitements reçus et à venir. Si l'infirmier pivot juge le moment opportun, il leur remet la trousse d'information contenant de la documentation de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, la trajectoire des soins et services et les ressources du CISSS de la Montérégie-Ouest. Dans le cas contraire, la trousse peut être remise un peu plus tard durant l'hospitalisation à l'unité AVC.

Rencontre de plan d'intervention interdisciplinaire (< 3 jours)

Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est au cœur des soins et des services à offrir en fonction des besoins prioritaires, des attentes et de la situation souhaitée par l'usager et ses proches. Le PII contient tous les renseignements relatifs aux objectifs ciblés ainsi que les moyens projetés pour les atteindre (annexe X). Finalement, l'orientation envisagée suite au séjour hospitalier est identifiée.

La démarche de PII nécessite une rencontre préalable entre l'infirmier pivot, l'usager et ses proches afin d'expliquer en quoi consiste la rencontre de PII et comment bien s'y préparer, pour ensuite remettre un document explicatif à cet effet (annexe XI). La rencontre de PII a lieu à l'unité AVC avec les membres de l'équipe interdisciplinaire en présence de l'usager et de ses proches. Le déroulement d'une rencontre de PII est présenté au tableau IV et est disponible en annexe XII.

Rencontres de PII

- **Lieu** : salle de rencontre de l'unité AVC
- **Durée** : 15-20 minutes
- **Documentation** : au poste des infirmières (guide explicatif, déroulement, formulaire)
- **Participants**: usager et ses proches, médecin, infirmier, infirmier pivot, ICASI, travailleur social, nutritionniste, physiothérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, autres intervenants

Tableau IV
Déroulement de la rencontre de PII⁹

Thèmes abordés	Gestion du temps	Responsable (s)
1. Présentation de l'utilisateur	1 minute	Animateur, l'utilisateur et ses proches
2. Éléments influençant la progression de l'utilisateur - Niveau d'autonomie fonctionnel antérieur à l'hospitalisation de l'utilisateur - Principales difficultés identifiées - Forces et ressources de l'utilisateur et de ses proches	2 minutes	Animateur, l'utilisateur et ses proches, soutenus, au besoin, par les membres de l'équipe interdisciplinaire
3. Situation souhaitée par l'utilisateur	1 minute	Animateur, l'utilisateur et ses proches, soutenus, au besoin, par les membres de l'équipe interdisciplinaire
4. Préoccupations de l'utilisateur et ses proches	3 minutes	Animateur, l'utilisateur et ses proches, soutenus, au besoin, par les membres de l'équipe interdisciplinaire
5. Planification du congé de l'utilisateur - Avis de l'équipe interdisciplinaire sur le potentiel de réadaptation - Orientation envisagée après le séjour hospitalier (établis au maximum le jour 5)	2 minutes	Animateur et les membres de l'équipe interdisciplinaire, avec la participation de l'utilisateur et ses proches, au besoin
6. Orientation clinique - Besoin(s) prioritaire(s) retenu(s)/préoccupations - Objectif(s) en lien avec le ou les besoins - Moyens d'intervention, responsables et échéanciers	5 minutes	Animateur, l'utilisateur et ses proches, soutenus, au besoin, par les membres de l'équipe interdisciplinaire
7. Clôture de la rencontre de PII - Date où l'orientation de l'utilisateur sera déterminée (si non déterminée lors du PII, maximum le 5^e jour) - Date de révision du PII en fonction des besoins de l'utilisateur - Validation de la satisfaction de la rencontre - Signature du PII par l'utilisateur	1 minute	Animateur

Il est à noter que si l'utilisateur ou son représentant ne peut pas participer à la rencontre PII, celui-ci sera rencontré par l'infirmier pivot. Il lui présentera le PII afin de s'assurer de son accord et lui remettra une copie.

Suite à la rencontre PII, l'infirmier procède à la mise à jour du plan thérapeutique infirmier (PTI) et les professionnels ajustent leur plan d'intervention disciplinaire (PID), lorsque requis, en accord avec le PII.

Finalement, lorsqu'un usager reste plus de 7 jours à l'unité AVC, l'équipe AVC se rencontre une fois par semaine pour procéder à la révision du PII.

⁹ Adapté de : Déroulement du PII en AVC soins aigus, rôles et responsabilités des membres de l'équipe, CISSS Chaudière-Appalaches, février 2018, 2 p.

Rencontres quotidiennes

Des rencontres quotidiennes sont prévues entre les membres de l'équipe interdisciplinaire de l'unité AVC pour discuter de la situation des usagers hospitalisés sur l'unité. Ces rencontres visent le suivi du plan de traitement et de surveillance de l'usager en tenant compte des éléments suivants : la progression de l'usager ainsi que ses besoins prioritaires, l'alimentation, les fonctions urinaires, la mobilisation, la médication, les capacités fonctionnelles, l'état émotionnel de l'usager, les préoccupations des proches, etc. Selon la complexité des besoins de l'usager, l'infirmier pivot pourrait planifier une rencontre statutaire de moins de 30 minutes afin d'assurer le suivi du plan de traitement et de surveillance de l'usager avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. Selon le cas, ce suivi pourrait se faire également dans le cadre de discussions informelles quotidiennes entre les membres de l'équipe AVC ou lors des rencontres matinales de planification du séjour de l'usager.

Planification du congé

Selon le CISSS de la Montérégie-Ouest (2018), la planification du congé en milieu hospitalier devrait :

- Être précoce : dès l'entrée de l'usager en milieu hospitalier;
- Être concertée : en interdisciplinarité avec les partenaires, les usagers et ses proches;
- Favoriser l'orientation de l'usager vers son milieu de vie antérieur ou vers les services appropriés à ses besoins.

À l'intérieur de la trajectoire de soins aigus du continuum AVC, les activités cliniques suivantes encouragent une planification du congé efficace :

- Présence d'un infirmier pivot qui coordonne et planifie les services et les soins de l'usager à l'unité AVC, dont la transition de l'usager vers les services de réadaptation post-AVC;
- Rencontre avec l'usager et les proches dans les 24 heures qui suivent son arrivée à l'urgence;
- Rencontres et discussions interdisciplinaires (formelles et informelles);
- Évaluations multidisciplinaires à l'aide d'outils cliniques validés;
- Rencontre de PII et discussion sur l'orientation envisagée suite au congé hospitalier au jour 3 du séjour de l'usager à l'unité AVC;
- Utilisation de l'outil *Aide à la décision : pour favoriser une sortie sécuritaire d'un usager à partir du milieu hospitalier*, lorsque pertinent (annexe XIII);
- Passation du SMAF entre la 5^e et la 7^e journée du séjour de l'usager à l'unité AVC, lorsque le retour à domicile est recommandé;
- Séances d'enseignement à l'usager et ses proches par l'équipe AVC, lorsque requis.

Afin d'en connaître davantage sur les bonnes pratiques entourant la planification du congé en milieu hospitalier, se référer au *Guide de pratique clinique sur la planification du congé*, disponible pour téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

6. Ressources nécessaires

6.1. Ressources humaines

Globalement, les membres de l'équipe interdisciplinaire de l'unité AVC ont les responsabilités cliniques suivantes :

- Ils procèdent au dépistage et à la prise en charge des complications de l'AVC, à l'aide d'outils standardisés et de protocoles de soins interdisciplinaires basés sur les pratiques optimales;
- Ils évaluent les usagers dans un délai de moins de 48 heures suivant l'admission à l'unité;
- Ils dressent un plan de prise en charge;
- Ils participent aux rencontres quotidiennes;
- Ils sont présents aux rencontres du plan d'intervention interdisciplinaire;
- Ils participent au processus de la planification du congé de l'usager en milieu hospitalier.

Selon le MSSS (2017), cette équipe regroupe minimalement le personnel et les professionnels suivants :

Médecin

- Procède à l'évaluation médicale de l'usager;
- Procède au dépistage de l'héminégligence corporelle et visuelle;
- Procède aux soins de prévention de la thrombophlébite et de l'embolie pulmonaire (TPP-EP);
- Assure le suivi de l'état neurologique de l'usager à l'aide de l'échelle d'évaluation de la déficience neurologique (NIHSS);
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'usager suite à la phase aiguë.

Infirmier clinicien assistant au supérieur immédiat (ICASI)

- Coordonne les soins et priorise certains examens complémentaires, conjointement avec l'infirmier pivot;
- Anime les PII;
- Procède aux demandes de consultation à l'unité AVC;
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'usager suite à la phase aiguë;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'usager/continuum AVC.

Infirmier

- Procède aux dépistages suivants à l'aide d'outils cliniques fiables et validés :
 - Dysphagie (si n'a pas été fait à l'urgence);
 - Troubles de la fonction d'élimination;
 - Délirium et facteurs de risque de dépression.
- Utilise des outils cliniques fiables et validés afin :
 - De prévenir les risques de chute;
 - De prévenir les risques de plaie de pression;
 - D'évaluer le déficit neurologique de l'usager (sévérité de l'AVC).

- Applique les soins et la surveillance selon les ordonnances individuelles préimprimées (OIPi) pour les usagers AVC thrombolysés ou non-thrombolysés;
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'usager suite à la phase aiguë;
- Procède aux demandes de consultation selon ses observations de l'usager;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'usager/Continuum AVC.

Physiothérapeute

- Procède au dépistage suivant à l'aide d'un outil clinique fiable et validé :
 - Douleur à l'épaule
- Procède à l'évaluation globale en physiothérapie à l'aide d'outils cliniques fiables et validés. Parmi les aspects évalués, on retrouve :
 - Les incapacités physiques;
 - Les besoins en réadaptation;
 - Le potentiel de réadaptation prévisible.
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'usager suite à la phase aiguë;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'usager/Continuum AVC.

Ergothérapeute

- Procède aux dépistages suivants à l'aide d'outils cliniques fiables et validés :
 - Les troubles cognitifs d'origine vasculaire;
 - Les dysfonctions cognitives;
 - L'héminégligence corporelle et visuelle;
 - Les risques de complications à l'intégrité articulaire.
- Procède à l'évaluation de la dysphagie, en collaboration avec le nutritionniste et l'orthophoniste;
- Procède à l'évaluation globale en ergothérapie à l'aide d'outils cliniques fiables et validés. Parmi les aspects évalués, on retrouve :
 - Le mode de vie pré-AVC;
 - Les besoins en réadaptation;
 - Les incapacités physiques;
 - Le potentiel de réadaptation prévisible.
- Favorise la reprise d'activités de la vie quotidienne de façon autonome telles que l'hygiène, l'habillement, l'alimentation, etc.
- Apporte du soutien à l'usager et ses proches en lien avec la dysphagie, en collaboration avec le nutritionniste et l'orthophoniste;
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'usager suite à la phase aiguë;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'usager/continuum AVC.

Orthophoniste

- Procède à l'évaluation des troubles de la communication (aphasie, dysarthrie, etc.) à l'aide d'outils cliniques fiables et validés. L'orthophoniste évalue également les besoins en réadaptation et le potentiel de réadaptation en lien avec les capacités de communication de l'utilisateur;
- Procède à l'évaluation de la dysphagie en collaboration avec le nutritionniste et l'ergothérapeute;
- Apporte du soutien à l'utilisateur et ses proches en lien avec l'aphasie, la dysarthrie;
- Apporte du soutien à l'utilisateur et ses proches en lien avec la dysphagie, en collaboration avec le nutritionniste et l'ergothérapeute;
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'utilisateur suite à la phase aiguë;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'utilisateur/continuum AVC.

Nutritionniste

- Dresse le plan nutritionnel de l'utilisateur;
- Procède à l'évaluation de la dysphagie, en collaboration avec l'ergothérapeute et l'orthophoniste;
- Apporte du soutien à l'utilisateur et ses proches en lien avec la dysphagie, en collaboration avec l'ergothérapeute et l'orthophoniste;
- Établit un plan de traitement;
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'utilisateur suite à la phase aiguë;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'utilisateur/Continuum AVC.

Travailleur social

- Évalue le fonctionnement social de l'utilisateur;
- Assure les interventions et le suivi des évaluations;
- Contribue à la mobilisation de l'utilisateur, la famille, les proches et son réseau;
- Effectue les démarches légales et les signalements;
- Agit comme agent de protection et de médiation;
- Participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires et au PII, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'utilisateur suite à la phase aiguë;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'utilisateur/continuum AVC.

Infirmier pivot désigné pour planifier et coordonner les soins à l'unité AVC

- Rencontre l'utilisateur et ses proches, dès son arrivée à l'unité AVC;
- Remet la trousse d'informations à l'utilisateur;
- Initie et participe aux discussions ou rencontres quotidiennes interdisciplinaires, incluant les discussions portant sur l'orientation de l'utilisateur suite à la phase aiguë;
- Rencontre l'utilisateur préalablement à l'animation du PII;
- Coordonne les rencontres de PII et les activités reliées à la planification du congé;
- Procède à l'évaluation de l'incapacité globale à l'aide de l'Échelle modifiée de Rankin (EMR);
- Procède à la formation du personnel infirmier et des préposés aux bénéficiaires (PAB) à l'unité AVC;
- Consigne les données pertinentes à ses activités professionnelles dans la fiche de l'utilisateur/Continuum AVC.

Autres professionnels et intervenants impliqués dans la trajectoire de soins de l'unité AVC selon les besoins

- Préposés aux bénéficiaires (PAB);
- Pharmacien;
- Inhalothérapeute.

Autres services pouvant contribuer à l'offre de service à l'unité AVC

- Éthique clinique;
- Soins spirituels.

6.2. Formations spécifiques aux équipes de la phase aiguë de l'AVC

Certaines formations sont nécessaires pour l'application efficace des pratiques recommandées lors de la phase aiguë. Les formations mentionnées ci-dessous seront échelonnées dans le temps et selon les priorités du plan d'implantation du guide d'accompagnement (tableau V). Les contenus de formation seront également offerts aux intervenants selon leurs rôles et leurs besoins.

6.2.1. Formations prioritaires

Tableau V
Formations prioritaires, phase aiguë de l'AVC

Thématiques	Personnel de soins visé
Continuum de soins (incluant les trajectoires, les indicateurs et autres éléments spécifiques au CISSS de la Montérégie-Ouest) <i>Présentation PowerPoint disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC • Personnel de réadaptation et de nutrition clinique • Personnel psychosocial • PAB
Introduction : cheminement clinique et trajectoire de soins <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 1) selon la disponibilité du module</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC • Personnel de réadaptation et de nutrition clinique • PAB • Personnel psychosocial
Outils cliniques d'évaluation	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC

Thématiques	Personnel de soins visé
- Dépistage de la dysphagie (si non rempli à l'urgence-phase hyperaiguë) - Échelle neurologique canadienne (ENC) - Échelle modifiée de Rankin (EMR) - Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) - Fiche de l'utilisateur/continuum AVC	- SMAF : à <i>déterminer</i> - Fiche de l'utilisateur : Personnel infirmier de l'unité AVC, de réadaptation et de nutrition clinique
Ordonnance individuelle préimprimée usager AVC thrombolysé Ordonnance individuelle préimprimée usager AVC non-thrombolysé	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation et de nutrition clinique - Médecins assignés à l'unité AVC
Capsules de formation - Héminégligence - Mobilisation post-AVC - Positionnement au lit sur le côté atteint - Positionnement au fauteuil (AVC modéré-sévère) - Protection du bras atteint - Transferts par pivot semi-assis au fauteuil (AVC modéré-sévère) - Soins de la bouche	- Personnel infirmier de l'unité AVC - PAB
Capsule de formation Mesure précise de la tension artérielle	Personnel infirmier de l'unité AVC
Pratiques de collaboration interprofessionnelle et l'approche patient-partenaire ET Animation du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation et de nutrition clinique - Personnel psychosocial - Médecins assignés à l'unité AVC
Physiopathologie de l'AVC <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 3)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation et de nutrition clinique
Évaluation neurologique <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 4)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation et de nutrition clinique
Traitement de l'AVC et prévention des complications <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 5)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation et de nutrition clinique - Médecins assignés à l'unité AVC
Dysphagie et nutrition : dépistage et prévention des complications <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 6)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation et de nutrition clinique
Évaluation de l'autonomie antérieure et actuelle <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 7)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation
Mobilisation précoce <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 8a)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : - Personnel infirmier de l'unité AVC - Personnel de réadaptation - PAB

Thématiques	Personnel de soins visé
Positionnement sécuritaire <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 8b)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC • Personnel de réadaptation • PAB
Communication : troubles et stratégies <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 9)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC • Personnel de réadaptation et de nutrition clinique • Personnel psychosocial • PAB
Troubles de la vision <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 10)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC • Personnel de réadaptation • PAB
Troubles cognitifs <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 11)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC • Personnel de réadaptation et de nutrition clinique • Personnel psychosocial • PAB

6.2.2. Formations complémentaires

Outre les formations prioritaires, des formations complémentaires sont suggérées pour bonifier l'offre de formation (tableau VI).

Tableau VI
Formations complémentaires, phase aiguë de l'AVC

Thématiques	Personnel de soins visé
La réintégration dans la communauté : la vie après un AVC <i>Dès que disponible : Capsule MSSS (module 12)</i>	Personnel impliqué dans la phase aiguë : • Personnel infirmier de l'unité AVC • Personnel de réadaptation et de nutrition clinique • Personnel psychosocial
Conséquences sur les proches	• Personnel psychosocial de l'unité AVC
Détresse/adaptation en lien avec le diagnostic	• Personnel psychosocial de l'unité AVC

7. Planification de l'évaluation

7.1. Variables à évaluer

Les principales cibles de l'évaluation se situeront au niveau de l'**implantation** des pratiques cliniques recommandées dans le guide d'accompagnement de la phase aiguë du continuum AVC en fonction des variables suivantes :

- Implantation d'une trajectoire de soins optimale à l'unité AVC avec du personnel soignant et des intervenants spécialisés et formés pour la clientèle AVC;
- Précisions des rôles et des responsabilités des médecins, professionnels, intervenants et gestionnaires à l'intérieur de la trajectoire de soins optimale lors de phase aiguë de l'AVC.

7.2. Indicateurs de suivi

Les indicateurs mentionnés ci-dessous permettront de mesurer l'**implantation** des pratiques cliniques spécifiques à la phase aiguë du continuum AVC (tableau VII). Ces indicateurs sont tirés du *Plan d'action biennal (2016-2018) Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral* (CISSS de Montérégie-Ouest, 2018).

Tableau VII
Indicateurs de suivi, phase aiguë de l'AVC

Objectifs	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
Implantation d'une trajectoire de soins optimale à l'unité AVC avec du personnel soignant et des intervenants spécialisés et formés pour la clientèle AVC ET Précision des rôles et des responsabilités des médecins, professionnels, intervenants et gestionnaires à l'intérieur de la trajectoire de soins optimale lors de phase aiguë de l'AVC	• Proportion d'usagers admis avec un diagnostic d'AVC ischémique pris en charge dans une unité AVC, à n'importe quel moment durant l'hospitalisation • Proportion des usagers dont le délai entre le triage à l'urgence et la première évaluation en réadaptation est égal ou inférieur à 48 heures • Proportion des usagers dont le délai entre le triage à l'urgence et la première rencontre avec les proches est égal ou inférieur à 24 heures • Proportion des usagers dont le délai entre le triage à l'urgence et la rédaction d'un PII est inférieur à 3 jours • Proportion des usagers ayant reçu une première intervention de mobilisation dans les 24 à 48 heures suite à l'AVC • Proportion des dossiers cliniques comprenant des résultats d'évaluation tirés du Chedoke, du NIHSS, de l'ENC, du mode de vie pré-AVC et de l'échelle modifiée de Rankin • Proportion des dossiers cliniques comprenant des résultats d'évaluation tirés du MoCA et du SMAF lorsqu'une orientation au domicile est envisagée et planifiée • Mécanismes établis pour les références et l'orientation de la clientèle • Proportion des dossiers cliniques comprenant un PII • Durée moyenne de séjour à l'unité AVC	Pour tous les indicateurs : Audit des dossiers : Fiche de l'usager/ continuum AVC	Pour tous les indicateurs : 1 fois par mois (1 fois par période financière)

8. Conclusion

Le présent guide, émanant du programme AVC, se veut un reflet des travaux menés par le comité tactique AVC ainsi que des groupes de travail découlant de ce comité. Ce guide permettra au CISSS de la Montérégie-Ouest de mieux soutenir l'équipe dédiée AVC dans l'implantation de nouvelles pratiques ainsi que dans l'amélioration des pratiques recommandées lors de la phase aiguë, en accord avec les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* et les standards de qualité élaborés par le MSSS.

9. Liste des annexes

Annexe A Trajectoire de soins de la phase aiguë

Annexes complémentaires

Annexe I	CLI-60161 – Dépistage de la dysphagie
Annexe II	CLI-60174 – Échelle neurologique canadienne (ENC)
Annexe III	CLI-60180 – <i>Checdoke McMaster Stroke Assessment</i>
Annexe IV	<i>National Institutes of Health Stroke Scale</i> (NIHSS)
Annexe V	CLI-60205 – <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (moCA) – Version 8.1
Annexe VI	CLI-60206 – <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (moCA) – Version 8.2
Annexe VII	CLI-60207 – <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (moCA) – Version 8.3
Annexe VIII	CLI-60162 – Échelle modifiée de Rankin (EMR)
Annexe IX	Fiche de l'usager / Continuum AVC
Annexe X	CLI-60160 – Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)
Annexe XI	Feuillet explicatif unité AVC
Annexe XII	AMC-DSIEU-6006 – Aide-mémoire clinique : Unité AVC – Déroulement de la rencontre PII
Annexe XIII	Aide à la décision : pour favoriser une sortie sécuritaire d'un usager à partir du milieu hospitalier

Références

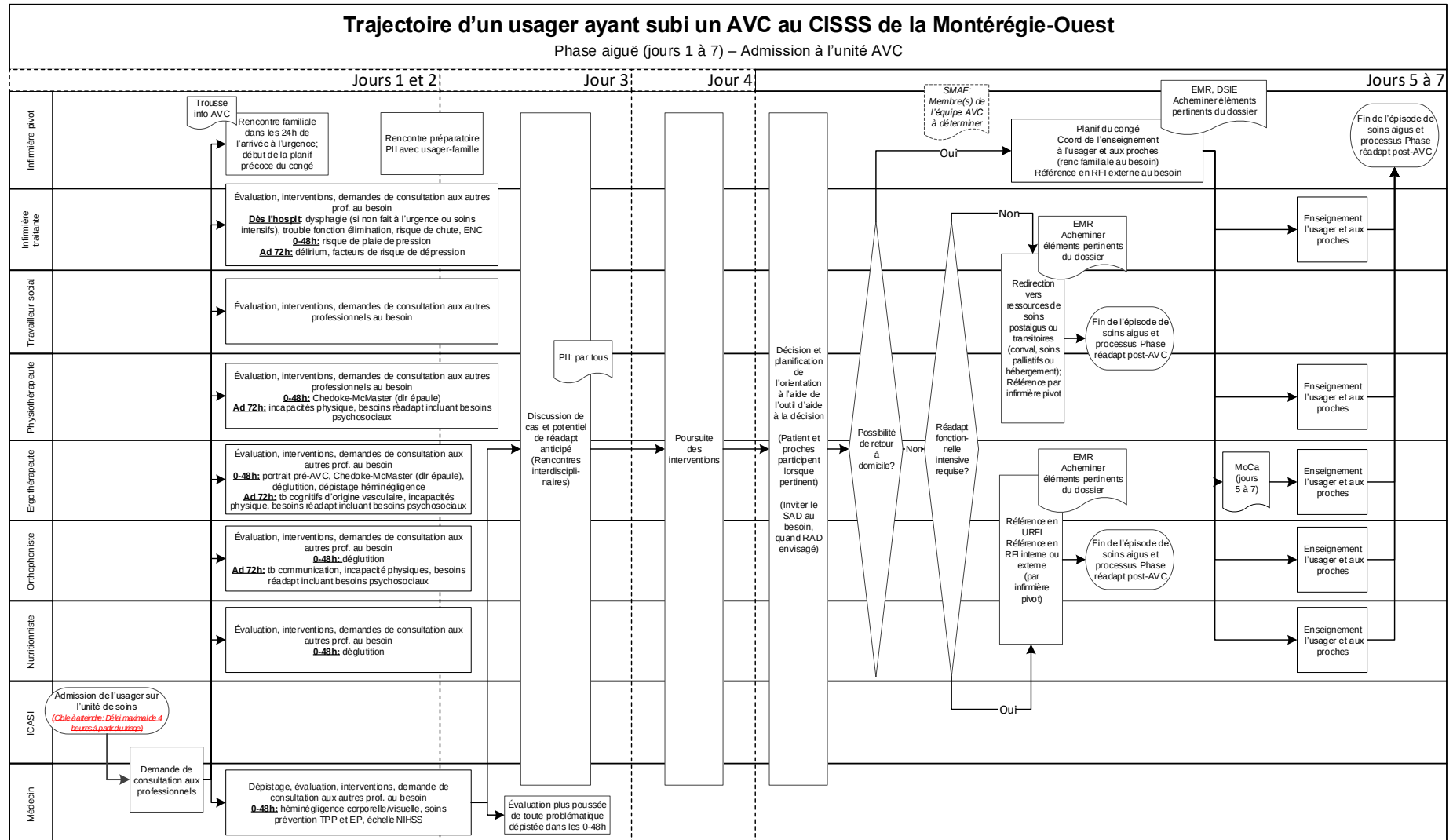
- Boulanger JM. (auteur principal), Lindsay MP. (auteure-ressource) et al. Au nom du groupe de rédaction pour les pratiques optimales de soins de l'AVC en phase aiguë, du comité consultatif canadien des pratiques optimales de soins de l'AVC et du comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien et l'Association canadienne des médecins d'urgence. Dans Lindsay MP, Gubitz G, Dowlathshahi D, Harrison E et Smith EE (rédacteurs), au nom des comités consultatifs des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada et sur la qualité des soins de l'AVC, *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, 2018; Ottawa (Ontario), Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. 128 p.
- Casaubon LK, Suddes M, au nom du Groupe de rédaction sur les soins de l'AVC en phase aiguë. *Chapitre 4: Soins du patient avec AVC aigu hospitalisé* dans Lindsay MP, Gubitz G, Baylay M et Phillips S (rédacteurs) au nom du Comité consultatif sur les pratiques optimales et les normes de soins de l'AVC. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* 2013; Ottawa, Ontario, Canada: Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 41 p.
- Cote, R., Hachinski, V., Shurvell, B., Norris, J. & Wolfson, C. (1986). The Canadian Neurological Scale : A preliminary study in acute stroke. *Stroke*, 17(4), 731-737.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2018). Plan d'action biennal (2016-2018) - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. 39 p.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (2016). Cartable d'information Protocole AVC aigu - Réseaux montréalais et lavallois de la santé et des services sociaux. 57p
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2018). Planification du congé des personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique en milieu hospitalier - Guide de pratique clinique, Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire, 64 p.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2018). Programme : Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire, 46 p.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2018). Procédure de mise en tension AVC, Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire, 6 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2015). L'accès aux soins de l'AVC : Les premières heures critiques. Bulletin sur l'AVC 2015 de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. 17 p.
- Harrison, C. (2011). Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées : tableaux comparatifs. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 15 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). Fiche outil : Échelle *Montreal Cognitive Assessment* (Échelle MoCA). 4 p.
- Jiang, JL., Fu, SY., Ma, YC. (2016). Validity and reliability of swallowing screening tools by nurses for dysphagia: A systematic review. *Tzu Chi Medical Journal*, 28, 41-48.

- Katz,SB., McMullan,TJ.,Suchrew, Adeoye, O., Borderick, JP. (2015). Design and validation of a prehospital scale to predict stroke severity : The Cincinnati prehospital stroke severity scale. *Stroke*,46 (6), 1508-1512.
- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36, 2756–63.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). Trousse d'outils cliniques d'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC. 123 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). Visite de désignation - Centres secondaires AVC-Critères d'évaluation : Éléments et standards de qualité à retrouver dans la programmation de services. 26 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2019). Trousse outils cliniques-Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC (Mise à jour 2019 pour fin de publication). 1 p.
- Ryan, T., Harrison, M., Gardiner, C., Jones, A. (2017). Challenges in building interpersonnel care in organized hospital stroke units : The perspectives of stroke survivors, family caregivers and the multidisciplinary team. *Journal of advanced nursing*, 73, 2351-2360.
- Saver, JL. (2006). Time is brain-quantified. *Stroke*, 37(1), 263-266.
- Teasell, R., Foley, N., Hussein, N. Wiener, J et Speechley, M. (2018). The Elements of Stroke Rehabilitation. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, (6), 47p. [Consulté en ligne le 29 août 2018] : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/6-elements-stroke-rehabilitation>
- Tyson SF., Burton, L., McGovern, A. (2014). *Clinical Rehabilitation*, 28(12), 1237-1247.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Pascale Choquette, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe Développement et évolution des pratiques, volet Qualité et évolution de la pratique, DSMREU Stéphanie Sirard, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet Qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2019-10
Révisé par	Paméla Déry, adjointe à la direction, DSMREU Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2019-10
Personnes consultées	Fany Boulerice, infirmière clinicienne en soins intensifs, DSIEU	
	Josée Ferland, conseillère cadre à l'enseignement universitaire, DSIEU	
	Daniel Gingras, assistant-chef physiothérapeute, DSMREU	
	Geneviève Leboeuf, conseillère en soins infirmiers, DSPeM	
	Myriam Rochefort, infirmière pivot Unité AVC, DSIEU	
	Marie-Christine Thibodeau, ergothérapeute, DSMREU	
	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	2019-02-20
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2019-03-13
	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	2019-03-20
	Comité de coordination clinique	2019-04-02

Historique du document		
CONCERNANT PLUS D'UNE DIRECTION		
Adopté par	Le comité de coordination clinique	Date 2019-10-08
Commentaires		

ANNEXE A Trajectoire de soins de la phase aiguë



Guide d'accompagnement : Phase aiguë du Continuum AVC

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

