

Guide d'accompagnement

Phases de réadaptation et de réintégration et maintien dans la communauté du Programme Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) – Services spécialisés



Octobre 2021

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 réadaptation, réintégration, maintien dans la communauté

Nathalie Arcand, chef de service Soutien à domicile (DPSAPA)
Diane Aspirot, chef des programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Ouest (DPD)
Caroline Blais, coordonnatrice, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus (DPD)
Sandrine Clément, agente d'information (communications) (DRHCAJ)
Julie Cossette, coordonnatrice clinique, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Centre (DPD)
Évelyne Dallaire, ergothérapeute, programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Ouest (DPD)
Élise Dehem, chef URFI SP, HAL (DPSAPA)
Jean-François Durand, chef de programme URFI DP St-Bruno et Vaudreuil et gestion des lits URFI DP (DPD)
Mélanie Faucher, agente de gestion de personnel (DRHCAJ)
Chantal Frénette, coordonnatrice Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc, URFI SP (DPSAPA) (mars 2019 à mai 2019)
Mélissa Haineault, coordonnatrice CHSLD Vaudreuil-Dorion, URFI SP (DPSAPA)
Yannick Leblanc, chef unité soins infirmiers, URFI DP (DPD)
Ysabelle Marleau, coordonnatrice, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus (DPD) (mars 2019 à juin 2019)
Andreia Mendes, conseillère en soins infirmiers DPD (DSIEU) (mars 2019 à juin 2019)
Denis Nadeau, coordonnateur Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc, URFI SP (DPSAPA)
Marie-Josée Pitre, conseillère en soins DPD (DSIEU)
Marie-Ève Poirier, agente d'information (communications) (DRHCAJ)
France Proulx, usagère-ressource
Marie-Ève Racine, coordonnatrice clinique, URFI DP St-Hyacinthe (DPD)
Nathalie Tremblay, coordonnatrice clinique, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire du CISSS de la Montérégie-Est (DPD) (mars 2019 à juin 2019)

Comité de travail outils cliniques réadaptation post-AVC

Responsable du comité

Henrik, Maeng, APPR, volet de l'innovation et développement des outils cliniques, DSMREU

Mustapha Arab, infirmier clinicien, URFI DP Boucherville (DPD)
Diane Aspirot, chef des programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Ouest (DPD)
Gilles Duchesne, orthophoniste, CHSLD Dr Aimé-Leduc, URFI SP (DPSAPA)
Mélanie Dugas, infirmière clinicienne, URFI SP, HAL (DPSAPA)
Valéria Gadisco, ergothérapeute, CHSLD Vaudreuil-Dorion, URFI SP (DPSAPA)
Daniel Gingras, assistant-chef physiothérapeute URFI SP, HAL (DSMREU)
Marie-Andrée Grenier, nutritionniste, CHSLD Vaudreuil-Dorion, URFI SP (DPSAPA)
Mélissa Haineault, coordonnatrice CHSLD Vaudreuil-Dorion, URFI SP (DPSAPA)
Isabelle Lafleur, psychologue, CHSLD Dr Aimé-Leduc, URFI SP (DPSAPA)
Josée L'Ecuyer, physiothérapeute, CHSLD Dr Aimé-Leduc, URFI SP (DPSAPA)
Sophie Panneton, ergothérapeute, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Est (DPD)
Marie-Josée Pitre, conseillère en soins DPD (DSIEU)
Marie Plante, orthophoniste, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Ouest (DPD)
Marie-Josée Soucy, neuropsychologue, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Centre (DPD)
Olivier Ste-Marie, physiothérapeute, URFI DP Vaudreuil-Dorion (DPD)

Comité de travail Formulaire Bilan des interventions

Responsable du comité

Pascale Choquette, APPR, volet développement et évolution des pratiques DSMREU

Diane Aspirot, chef des programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Ouest (DPD)
Julie Cossette, coordonnatrice clinique, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Centre (DPD)
Mélanie Dugas, infirmière clinicienne, URFI SP, HAL (DPSAPA)
Valéria Gadisco, ergothérapeute, CHSLD Vaudreuil-Dorion, URFI SP (DPSAPA)
Marie-Ève Lazure, coordonnatrice clinique, URFI DP Vaudreuil-Dorion (DPD)
Marjolaine Sauvé, ergothérapeute, CHSLD Dr Aimé-Leduc, URFI SP (DPSAPA)
Nathalie Tremblay, coordonnatrice clinique, Programmes spécialisés DM-DL 7ans et plus, territoire du CISSS de la Montérégie-Est (DPD) (mars 2019 à juin 2019)
Nathalie Trudeau, infirmière, Guichet d'accès secteur Jardin-du-Québec (DPSAPA)

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

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	6
LEXIQUE.....	7
AVANT-PROPOS.....	10
INTRODUCTION	11
1. ASSISES.....	13
1.1. Pratiques cliniques incontournables	13
1.1.1. Programme : continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un AVC .	13
1.1.2. Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC.....	14
2. OBJECTIFS	16
3. MODALITÉS	17
3.1. Trajectoire visée clientèle AVC en Montérégie	17
3.2. Les mécanismes de référence, les critères d'admissibilité et l'accueil	18
3.2.1. Les critères d'admissibilité aux services de réadaptation post-AVC	20
3.2.2. Les critères de fin de l'épisode de service.....	24
3.2.3. L'accueil aux phases de réadaptation post-AVC, intégration et maintien dans la communauté	25
3.3. Évaluation et analyse des besoins multidimensionnels de l'utilisateur	33
3.3.1. Précisions sur les outils évaluant l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale de l'utilisateur	43
3.4. L'élaboration du plan d'intervention	44
3.4.1. Contenu et révision du plan d'intervention	45
3.5. La mise en œuvre des interventions en réadaptation post-AVC et en RAIS.....	45
3.5.1. Prise en charge du membre supérieur (MS)	46
3.5.2. Membre inférieur (MI)	50
3.5.3. Mobilité, équilibre et transferts.....	51
3.5.4. Prévention et prise en charge des chutes	53
3.5.5. Dysphagie et malnutrition	54
3.5.6. Communication.....	56
3.5.7. Perception visuelle.....	58
3.5.8. Douleur centralisée.....	59
3.5.9. Fatigue post-AVC	60
3.5.10. Humeur	61
3.5.11. Cognition.....	65
3.6. La mise en œuvre des interventions spécialisées en contexte RAIS	67
3.6.1. Conduite automobile.....	68
3.6.2. Reprise des activités professionnelles et occupationnelles (travail, école bénévolat).....	71
3.6.3. Reprise des loisirs	72
3.6.4. Relations et Sexualité	72
3.7. Le soutien aux proches	73
3.8. Le suivi de l'évolution des usagers : les rencontres interdisciplinaires.....	76
3.8.1. Les rencontres interdisciplinaires en contexte d'adaptation et d'intégration sociale (RAIS).....	77
3.9. Les activités cliniques liées à la fermeture de l'épisode de service spécialisé (réadaptation post-AVC et RAIS)	77
3.9.1. Animer et élaborer le plan d'intervention final	77

3.9.2.	Autogestion de la maladie	78
3.9.3.	Planification des services dans la communauté.....	78
3.9.4.	Planifier la relance et les suivis à plus long terme.....	80
4.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	81
5.	RESSOURCES NÉCESSAIRES.....	83
5.1.	Activités de développement des compétences.....	83
5.2.	Planification de l'évaluation.....	84
5.2.1.	Variables à évaluer	84
5.2.2.	Indicateurs de suivi	85
	CONCLUSION.....	91
	LISTE DES ANNEXES.....	92
	RÉFÉRENCES	93
	ANNEXE A AIDE À LA DÉCISION TRANSITOIRE.....	95
	ANNEXE B TRAJECTOIRE TRANSITOIRE DE L'USAGER – PHASE DE RÉADAPTATION, DE RÉINTÉGRATION ET DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ	96
	FIGURE 1 CONTINUUM DE SERVICES	11

Liste des tableaux

Tableau I	Mécanismes de référence pour les services spécialisés de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté	18
Tableau II	Critères d'admissibilité et d'exclusion URFI DP	20
Tableau III	Critères d'admissibilité transitoires URFI SP	21
Tableau IV	Critères d'admissibilité pour le congé précoce assisté (CPA)	21
Tableau V	Critères d'admissibilité réadaptation externe post-AVC.....	22
Tableau VI	Critères d'admissibilité Services spécialisés de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS).....	23
Tableau VII	Critères de fin de l'épisode de services URFI DP et SP	24
Tableau VIII	Critères fin de l'épisode de services CPA	24
Tableau IX	Critères fin de l'épisode de services Services externes et RAIS	25
Tableau X	Accueil de l'usager lors de la phase de réadaptation post-AVC : Admission en URFI.....	25
Tableau XI	Accueil de l'usager au Congé précoce assisté (CPA)	28
Tableau XII	Accueil aux services externes de réadaptation post-AVC et de RAIS.....	30
Tableau XIII	Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC	34
Tableau XIV	Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC Activités : autonomie fonctionnelle, mobilité, équilibre	38
Tableau XV	Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC Activité : fonction du membre supérieur	40
Tableau XVI	Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC Activité et participation : communication.....	41
Tableau XVII	Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC Participation	42
Tableau XVIII	Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC Relance.....	42
Tableau XIX	Besoins justifiant une référence à un programme spécialisé complémentaire de la DPD	49
Tableau XX	Facteurs de risque de chute chez la victime d'AVC.....	53
Tableau XXI	Caractéristiques de la fatigue post-AVC	60
Tableau XXII	Facteurs de risque de dépression post-AVC	62
Tableau XXIII	Domaines cognitifs touchés post-AVC.....	65
Tableau XXIV	Cibles d'intervention spécialisée en contexte RAIS.....	67
Tableau XXV	Professionnels autorisés à faire une déclaration d'invalidité à conduire un véhicule routier à la SAAQ.....	69
Tableau XXVI	Évaluateurs reconnus par la SAAQ dans le cadre d'une demande de vignette de stationnement pour personnes handicapées	70
Tableau XXVII	Phases de cheminement des proches d'un usager ayant subi un AVC	73
Tableau XXVIII	Modalités de soutien pour les proches de la personne ayant subi un AVC.....	75
Tableau XXIX	Compétences spécifiques attendues liées au programme AVC.....	83
Tableau XXX	Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté.....	85

Liste des abréviations et des acronymes

AIT	Accident ischémique transitoire
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CR	Centre de réadaptation
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
DP	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
DSHAPPA	Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie
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
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et gériatrie
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MI	Membre inférieur
MS	Membre supérieur
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisés
PTI	Plan thérapeutique infirmier
MDH-PPH	Modèle de développement humain - Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAIS	Les services de réadaptation spécialisée à visée d'adaptation et d'intégration sociale
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAT	Services des aides techniques
SDRC	Syndrome douloureux régional complexe
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SP	Santé physique
URFI DP	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique

Lexique

Aphasie	« Perte de la capacité de parler ou de comprendre le langage par suite d'une lésion affectant les zones spécialisées du cerveau responsables de ces fonctions, qui empêche le patient de s'exprimer, de comprendre ou de lire et d'écrire. » (INESSS, 2012)
Apraxie	« Anomalie de la planification et du séquençage des mouvements qui n'est pas attribuable à la faiblesse, à l'incoordination ou à l'anesthésie » ¹ .
Hémiparésie	« Faiblesse d'un côté du corps (légère, modérée ou grave) pouvant être le résultat d'un AVC et être accompagnée de déficits sensoriels ou autres déficits neurologiques. » ²
Imagerie-mentale	L'imagerie mentale « implique l'activation du système neuronal pendant qu'une personne imagine l'exécution d'une tâche ou le mouvement du corps sans physiquement effectuer le mouvement. Par exemple, elle est utilisée après un AVC pour tenter de traiter la perte des mouvements du bras, de la main ou du membre inférieur. » ³
Plan d'intervention disciplinaire	Le plan d'intervention disciplinaire (PID) est une étape du processus clinique qui implique une seule discipline avec l'utilisateur. Le terme PID englobe : – PT : Plan de traitement (libellé utilisé par certains professionnels de la réadaptation) ; – PTI : Plan de traitement infirmier ; – Note médicale (CISSS de la Montérégie Ouest, 2019d).
Plan d'intervention interdisciplinaire	Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est une étape du processus clinique qui implique des professionnels, des intervenants et des médecins de plusieurs directions ou programmes d'un même établissement, qui poursuivent avec l'utilisateur, des objectifs communs pour une période déterminée (CISSS de la Montérégie Ouest, 2019d).
Plan de services individualisé	Le plan de services individualisé (PSI) est une étape du processus clinique qui implique des professionnels, des intervenants et des médecins de plusieurs établissements et organismes qui poursuivent avec l'utilisateur, des objectifs communs pour une période déterminée. L'établissement responsable d'élaborer le PSI est celui qui donne la majeure partie des services ou l'établissement de la personne désignée après concertation (CISSS de la Montérégie Ouest, 2019d).
Plan d'intervention	Englobe les termes « plan de services individualisés », « plan d'intervention interdisciplinaire », « plan d'intervention disciplinaire », « plan de traitement infirmier » et « note médicale » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019d).
Proche	Toute personne de l'entourage de l'utilisateur qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel à titre de non professionnel ; il peut s'agir d'un membre de la famille (père, sœur, conjointe, etc.) ou d'un membre de l'entourage (ami, voisin, collègue, proche aidant, tiers significatif, etc.). ⁴

1. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018, Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances. Disponible à : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/aperçu-méthodologie-et-transfert-des-connaissances>

2. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018, Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances. Disponible à : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/aperçu-méthodologie-et-transfert-des-connaissances>

3. Stroke Engine, 2017, Info AVC, Interventions, Imagerie motrice /Pratique mentale. Disponible à : <https://strokeengine.ca/fr/interventions/imagerie-motrice-pratique-mentale/>.

4. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2018). Le processus clinique du CIUSSS MCQ.

Réadaptation spécialisée à visée d'adaptation et d'intégration sociale	Il s'agit des « services de réadaptation socioprofessionnelle, d'évaluation et de réadaptation à la conduite automobile, services orientés vers la reprise d'activités significatives telles que la socialisation, la pratique artistique ou sportive, le bénévolat et autres. » (MSSS, 2017)
Services spécifiques	« Les services spécifiques visent à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, pour la plupart, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon continue, des services qui leur sont propres. Les services spécifiques se distinguent des services spécialisés et surspécialisés essentiellement par le fait qu'ils nécessitent, de la part des intervenants qui les offrent, des connaissances cliniques générales de la déficience, des besoins de la personne et de ses proches ainsi que des ressources disponibles pour y répondre (...). L'épisode de service spécifique est généralement de moyenne ou de longue durée. Habituellement, l'épisode de service spécifique prend fin lorsque les interventions n'agissent plus sur le maintien de la personne dans son milieu de vie, sur la réalisation de ses habitudes de vie, ni sur la qualité de sa participation sociale. » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2018, p 2.)
Services spécialisés	« Les services spécialisés visent à répondre à des besoins résultant de problématiques complexes, mais répandues, exigeant une expertise spécialisée, regroupée en masses critiques optimales ou minimales. Les services spécialisés sont offerts la majorité du temps en interdisciplinarité par des intervenants variés. Ils s'inscrivent en réponse à un besoin d'adaptation ou de réadaptation pour lequel des progrès significatifs sont attendus (...). Ces services sont circonscrits dans le temps et prennent fin à la reprise des habitudes de vie ou dès l'atteinte des objectifs de participation sociale. Les services spécialisés devraient également s'inscrire en soutien aux services spécifiques. » CISSS de la Montérégie-Ouest, 2018, p 2.)
Spasticité	« Augmentation des réflexes toniques à l'étirement d'un muscle (tonus musculaire) qui dépend de la vélocité de l'étirement et qui est accompagnée de réactions exagérées des tendons. » (Hébert et Teasell., 2015, p.37)
Stimulation électrique fonctionnelle (SEF)	Il s'agit d'une « modalité utilisée pour assister ou remplacer les contractions musculaires volontaires pendant des activités fonctionnelles en appliquant un courant électrique de faible intensité sur les nerfs qui contrôlent les muscles ou directement sur la plaque motrice du muscle (comme un stimulateur fait battre le muscle cardiaque). » ⁵
Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive	« La Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (SMTr) est une technique non invasive et sans douleur, utilisée pour stimuler les cellules du cerveau. Cette stimulation modifie l'activité électrique des cellules dans des zones ciblées du cerveau. » ⁶
Thérapie par le Miroir	« Un type d'imagerie motrice dans laquelle le patient bouge son membre non affecté tout en observant le mouvement dans un miroir ; ce qui envoie un stimulus visuel au cerveau pour favoriser le mouvement du membre affecté. » ⁷

5. Stroke Engine, 2012, Info AVC, Interventions, Stimulation électronique fonctionnelle-membre inférieur. Disponible à : <https://strokengine.ca/fr/interventions/stimulation-electrique-fonctionnelle-membre-inferieur/>.

6. Stroke Engine, 2012, Info AVC, Interventions, Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (SMTr). Disponible à : <https://strokengine.ca/fr/interventions/repetitive-transcranial-magnetic-stimulation-rtms/>.

7. Stroke Engine, 2018, Info AVC, Interventions, Thérapie par le miroir-Membre supérieur. Disponible à : <https://strokengine.ca/fr/interventions/therapie-par-le-miroir-membre-superieur/>.

**Traitement
prophylactique**

Réfère à un « ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies. »⁸

**Épisode de
service
spécialisé**

« L'épisode de service spécialisé représente la période de temps nécessaire pour le déploiement des interventions spécialisées d'un ou des programmes afin de réduire ou de compenser les situations de handicap en lien avec une habitude de vie. L'accès aux programmes est établi en fonction des situations de handicap. L'épisode est délimité dans le temps selon les critères de début et de fin des services spécialisés. La tenue de l'épisode de service spécialisé nécessite l'implication et l'engagement de l'utilisateur dans son processus d'adaptation/réadaptation. » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2018, p 2.)

8. Larousse, 2021, Langue Française, dictionnaire, prophylaxie. Disponible à :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prophylaxie/64379>.

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560⁹ 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.

9. 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)*. Celui-ci 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 des soins et de services à intégrer dans chaque phase du continuum, un guide d'accompagnement, décrivant les objectifs, les trajectoires de services, 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 (figure 1) 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**



Fig. 1 – Continuum de services¹⁰

Le présent guide est le fruit des travaux au niveau local et régional entourant les **phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté** 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 programmes déficiences (DPD), la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA) et la Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG). Finalement, l'implication d'un usager-ressource dans le comité local du CISSS de la Montérégie-Ouest a permis de mettre de l'avant les besoins des personnes ayant subi un AVC au cours de la trajectoire de service.

Il est important de préciser que ce guide vise principalement les services spécialisés offerts au cours des phases de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté. Concernant les pratiques associées à la phase d'intégration, celles-ci toucheront principalement les services de réadaptation spécialisée à visée d'adaptation et d'intégration sociale (RAIS) offerts par la DPD. Cependant, plusieurs travaux sont en cours afin de mieux définir la nature des services qui seront offerts par les services spécifiques à travers la Montérégie lors de la phase de réintégration et de maintien de la communauté. Ces travaux sont coordonnés par le Comité régional réadaptation AVC, réintégration et maintien dans la communauté. Les résultats de ces travaux pourront être intégrés lors de la révision du présent guide, et ce, suite à son implantation.

10. Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral – Plan de mise en œuvre, phase 2016-2018, Gouvernement du Québec, 2017.

Ce document s'adresse à l'ensemble des professionnels, médecins, gestionnaires et autres intervenants participant aux soins et services spécialisés offerts lors des phases de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté.

1. ASSISES

1.1. Pratiques cliniques incontournables

En considérant le vieillissement de la population, l'augmentation du taux d'obésité et des comorbidités associées à l'AVC, la Fondation des maladies du cœur estime que le nombre d'AVC au niveau canadien pourraient doubler au cours des vingt prochaines années (Bulletin de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017 dans CISSS, 2019). De ce fait, il est possible de croire que la pression déjà existante sur les services préhospitaliers d'urgence, les services hospitaliers et les services de réadaptation post-AVC, à travers le pays et la province de Québec, augmentera au cours des prochaines années.

Au CISSS de la Montérégie-Ouest, les services spécialisés de réadaptation post-AVC, de réintégration et de maintien dans la communauté sont offerts majoritairement par DPD. Cette direction est directement interpellée dans l'organisation et la mise en place de ces services pour les usagers ayant subi un AVC. En effet, au cours de l'année 2020-2021, **887 usagers** ayant subi un AVC ont reçu des services spécialisés de réadaptation et de réintégration, maintien par la communauté au CISSS de la Montérégie-Ouest.

Il est à noter que la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA) et la Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) contribuent également à la continuité des services de réadaptation post-AVC, réintégration et maintien dans la communauté. Par exemple, l'orientation transitoire de la clientèle AVC présentant un faible potentiel antérieur à l'AVC et plusieurs troubles de santé concomitants vers leurs Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et les services de soutien à domicile (SAD). Les prochains paragraphes décriront les pratiques incontournables associées à l'implantation de ces deux phases du Continuum de services pour les personnes ayant subi un AVC.

1.1.1. Programme : continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un AVC

En accord avec le **Programme : Continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un AVC** du CISSS de la Montérégie-Ouest (DSMREU, 2019), les services des phases de réadaptation, réintégration et maintien dans la communauté se développent et évoluent en accord avec les paramètres suivants :

- La précocité, l'intensité et la fréquence des interventions en considérant le **caractère chrono dépendant de l'AVC**;
- Des services de réadaptation et de réintégration sociale offerts par une équipe interdisciplinaire spécialisée auprès de la clientèle ayant subi un AVC;
- La mise en place d'un processus d'évaluation rigoureux incluant l'utilisation d'outils cliniques standardisés tout au long de la phase de réadaptation post-AVC;
- La mise en place de diverses modalités d'intervention;
- L'implication active des services communautaires et des services à domicile visant la participation sociale de l'utilisateur dans sa communauté suite à un AVC;
- L'implication active des services de proximité, dont les cliniques médicales et les groupes de médecine familiale, dans la prévention des récides suite à un AVC (prévention secondaire).

1.1.2. Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC

Les paramètres définis dans le Programme : Continuum AVC du CISSS de la Montérégie-Ouest découlent, en partie, du document **Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC** élaboré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2017. Le MSSS s'est inspiré de plusieurs documents de référence pour rédiger leur ouvrage dont diverses publications de l'INESSS concernant l'organisation des services en AVC et les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. À travers ce document, le MSSS précise ses attentes par rapport à l'implantation des paramètres de réadaptation, réintégration et maintien dans la communauté. Nous y retrouvons les recommandations suivantes :

- **L'intensité et la fréquence** des services doivent être modulées en considérant les besoins et les capacités de l'utilisateur tout en lui permettant d'exploiter au maximum ses capacités et son potentiel de réadaptation. La fréquence des services se définit en considérant l'intégration des apprentissages de l'utilisateur et le maintien des acquis. De ce fait, la fréquence des interventions varie selon les apprentissages et les progrès réalisés par celui-ci.
- **La précocité des interventions** est essentielle en considérant **la nature chronodépendante de l'AVC**. En effet, la rapidité de réponse aux besoins de l'utilisateur permet une réduction importante des séquelles reliées à l'AVC. Cette réponse rapide a un impact positif sur la récupération fonctionnelle et la qualité de vie de l'utilisateur.
- Afin de favoriser une réadaptation optimale, l'utilisateur et ses proches ainsi que l'équipe interdisciplinaire participent à l'élaboration du plan d'intervention dans un principe d'autodétermination. À travers ce plan d'intervention, l'équipe de professionnels encourage l'enseignement et l'entraînement de l'utilisateur, des proches, du personnel et des bénévoles afin d'augmenter l'intensité et la fréquence des interventions selon les besoins de l'utilisateur. Les besoins de l'utilisateur sont identifiés suite aux évaluations des professionnels de l'équipe interdisciplinaire et en collaboration avec celui-ci et ses proches.
- La mise en place de modalités d'intervention diverses est encouragée. Par exemple, des interventions de groupe, la téléadaptation, des séances d'interventions plus courtes, mais plus fréquentes, des activités de généralisation des acquis la fin de semaine ou en soirée, etc.
- La qualité de l'environnement de l'utilisateur favorise son processus de réadaptation. De ce fait, la réadaptation de l'utilisateur dans son milieu de vie est encouragée. Cependant, lorsque la sécurité de l'utilisateur est remise en question, la réadaptation en milieu interne est recommandée. Les unités de réadaptation interne doivent ressembler le plus possible à un milieu de vie. Peu importe le milieu de prestation de services de réadaptation, les interventions encouragent la récupération, les apprentissages et la mise en place de stratégies compensatoires qui favorisent la réintégration de l'utilisateur dans son milieu de vie (MSSS, 2017).

Concernant l'organisation globale des services au cours des phases de réadaptation post-AVC, réintégration, maintien dans la communauté, les principes suivants sont également importants :

- L'utilisateur et ses proches sont au centre du processus d'intervention;
- Les services sont conçus en se préoccupant de l'expérience de l'utilisateur. De ce fait, les décisions se prennent avec la personne et ses proches et leur participation active est sollicitée tout au long du continuum de soins;

- Les services s'actualisent à partir des structures déjà existantes tout en optimisant la collaboration entre les divers partenaires pouvant répondre aux besoins de l'utilisateur et de ses proches à travers le continuum AVC;
- Les diverses ressources de réadaptation sont mises en place le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur et lorsque possible, à son domicile (MSSS, 2017).



Les données probantes justifiant ces paramètres et recommandations sont décrites dans le **Programme : Continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un AVC**. [Le programme est disponible, pour consultation et téléchargement, sur la plateforme intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.](#)

2. Objectifs

Les objectifs¹¹ du guide d'accompagnement sont les suivants :

1. Déterminer la trajectoire de services de l'utilisateur lors des phases de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté et soutenir son implantation ;
2. Déterminer les activités cliniques nécessaires à l'implantation de la trajectoire de services lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté en accord avec les meilleures pratiques ;
3. Déterminer les rôles et les responsabilités des professionnels et des gestionnaires à l'intérieur de la trajectoire de services lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté ;
4. Déterminer les activités de développement de compétences prioritaires et complémentaires à l'implantation des bonnes pratiques dans les phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté ;
5. Déterminer les variables à mesurer et les indicateurs de suivis nécessaires à l'implantation de la trajectoire de services dans les phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté.

11. Les objectifs visés touchent les services spécialisés offerts lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration maintien dans la communauté.

3. Modalités

Les prochaines sections du guide décriront les principales recommandations favorisant le respect des meilleures pratiques au niveau des phases de réadaptation post-AVC, réintégration et maintien dans la communauté. Ces recommandations toucheront :

1. La trajectoire de services de réadaptation en Montérégie;
2. Les mécanismes de référence, les critères d'admissibilité et l'accueil aux services spécialisés de réadaptation post-AVC et RAIS (phases de réadaptation post-AVC et de réintégration et maintien dans la communauté);
3. L'évaluation et l'analyse multidimensionnelle des besoins;
4. L'élaboration du plan d'intervention;
5. La mise en œuvre des interventions spécialisées en réadaptation post-AVC;
6. La mise en œuvre des interventions spécialisées en contexte RAIS;
7. Le soutien aux proches;
8. Le suivi de l'évolution de l'usager : les rencontres interdisciplinaires;
9. Les activités cliniques liées à la fermeture de l'épisode de service spécialisé.

À travers la section « Modalités », les grandes étapes du processus de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté seront décrites. De plus, les activités cliniques essentielles et complémentaires associées à ces étapes seront définies.

3.1. Trajectoire visée clientèle AVC en Montérégie

Les services spécialisés de réadaptation post-AVC pour la population de la Montérégie sont sous la responsabilité du Programme-services en déficience physique. Parmi les services spécialisés offerts, nous retrouvons :

- Les services de réadaptation interne (URFI);
- Le congé précoce assisté (CPA);
- Les services de réadaptation fonctionnelle intensive en externe (RFI externe);
- Les services de réadaptation spécialisée à visée d'adaptation et d'intégration sociale (RAIS).

En complémentarité avec les services spécialisés, plusieurs autres services sont disponibles à travers les différents CISSS de la Montérégie pour répondre aux besoins des usagers et des proches. Par exemple :

- Les services spécialisés de réadaptation en déficience visuelle de l'Institut Nazareth Louis Braille (CISSSMC);
- Le soutien à domicile (SAPA);
- Les organismes de la communauté (GMF, transport adapté, organismes communautaires, etc.).

Pour les usagers ayant des besoins d'hébergement de longue durée suite à leur AVC, ceux-ci sont orientés vers les mécanismes d'accès à l'hébergement des Directions SAPA de leur territoire.

Au niveau des services en URFI, un cheminement transitoire est proposé en raison d'un manque de lits disponibles en URFI déficience physique. Afin de favoriser la précocité des interventions, les usagers en perte d'autonomie ayant subi un AVC pourraient être orientés vers les URFI SP de leur CISSS d'appartenance (CISSSMO, 2019)¹². L'orientation en URFI des usagers ayant subi un AVC sera déterminée à partir d'une **Aide à la décision transitoire** disponible à l'[annexe A](#).

12. Du moment qu'une place se libérera dans les services de déficience physique, l'usager pourra être réorienté en URFI DP.

Finalement, l'ensemble du cheminement global pour la clientèle AVC en Montérégie est disponible à la figure 2 et à l'[annexe B](#).

3.2. Les mécanismes de référence, les critères d'admissibilité et l'accueil

Selon la nature des besoins de réadaptation post-AVC, les demandes de service doivent être transmises de la façon suivante :

Tableau I
Mécanismes de référence pour les services spécialisés de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté

Réadaptation interne
Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en collaboration avec les URFI en santé physique Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA) Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) - Acheminer la demande de service au Guichet régional URFI DP¹³. - Pour obtenir des informations détaillées sur les modalités d'accès aux lits, se référer au <i>Cadre de référence Montérégien – Unité de réadaptation intensive Programme santé physique et déficience physique</i>. <u>Il est disponible pour consultation et téléchargement sur la plate-forme intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.</u>
Congé précoce assisté (CPA) ¹⁴
Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) Clientèle 7 ans et plus - Acheminer la demande de service au Guichet régional URFI DP. - Le guichet URFI DP assumera la coordination de l'admissibilité de la demande avec l'équipe de secteur CPA.
Réadaptation externe
Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) Clientèle 7 ans et plus Programmes complémentaires : <i>Programmes cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie</i> <i>Programme d'accès aux technologies et aux communications (PATCom)</i> <i>Service des aides techniques (SAT),</i> <i>Programme régional en déficience auditive 0-100 ans;</i> <i>Programme Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA)</i> <i>Programme AVD-AVQ</i> <i>Services de réadaptation spécialisés en déficience visuelle (INBL)</i>

13. Selon la disponibilité des lits et le profil de l'usager (pertes d'autonomie antérieures et AVC), l'usager pourrait être orienté vers une URFI SP de son CISSS d'appartenance. Cette mesure est transitoire en raison du manque de lits URFI DP en Montérégie.

14. Présentement, le CPA est déployé seulement sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest. La DPD évalue la possibilité d'implanter cette modalité à travers la Montérégie.

Réadaptation externe

- En lien avec les mécanismes de référence, consulter les documents suivants :
 - Fiche Aide-mémoire pour le référent
 - Fiche Aide-mémoire pour le référent PATCom
 - Fiche Aide-mémoire pour le référent déficience auditive
- Si l'utilisateur est déjà inscrit dans un programme de la DPD, par exemple, le *Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive*, se référer au **Guide interprogrammes** ainsi qu'aux documents associés suivants :
 - IP-01 : Présentation formulaire
 - IP-01 : Guide pour comprendre le formulaire
 - IP-01 : Formulaire
 - Guide interprogrammes : Synthèse des programmes DPD

Tous ces documents de référence sont disponibles pour consultation et téléchargement sur la plate-forme intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

- Pour les services spécialisés en déficience visuelle de l'**Institut Nazareth et Louis-Braille (INBL)** :

Acheminer le formulaire de demande interétablissement¹⁵ à l'adresse suivante :

Service d'accueil, évaluation, orientation (AEO)
Institut Nazareth et Louis-Braille
1111, rue Saint-Charles Ouest, tour Ouest, 2^e étage
Longueuil (Québec) J4K 5G4
Télécopieur : 450 463-0243

Courriel : service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez aussi joindre le service de l'AEO au 450 463-1710, poste 216 ou
1 800 361-7063, poste 216

- Joindre à la demande interétablissement, le rapport d'un professionnel faisant mention des situations de handicap entraînées par les incapacités visuelles. Idéalement, le rapport devrait être rédigé par un optométriste. Si ce n'est pas possible, le rapport d'un ergothérapeute est accepté.

Services spécialisés de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS)¹⁶

Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL)

Clientèle 7 ans et plus

Programmes complémentaires :

- Programme conduite automobile et adaptation de véhicules,
- Programmes cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie,
- Programme d'accès aux technologies et aux communications (PATCom)
- Service des aides techniques (SAT)
- Programme Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA)
- Programme AVD-AVQ
- Services de réadaptation spécialisés en déficience visuelle (INBL)

15. https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2018/12/formulaire_oculovisuel.pdf.

16. Ces services sont associés à la phase de réintégration et de maintien dans la communauté du continuum de services AVC.

Guide d'accompagnement : Phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté du programme continuum AVC - services spécialisés

- En lien avec les mécanismes de référence, consulter les documents suivants :
 - Fiche Aide-mémoire pour le référent
 - Fiche Aide-mémoire pour le référent conduite automobile
- Si l'utilisateur est déjà inscrit dans un programme de la DPD, par exemple, le *Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive*, se référer au **Guide interprogrammes** ainsi qu'aux documents associés suivants :
 - IP-01 : Présentation formulaire
 - IP-01 : Guide pour comprendre le formulaire
 - IP-01 : Formulaire
 - Guide interprogrammes : Synthèse des programmes DPD

Tous ces documents de référence sont disponibles pour consultation et téléchargement sur la plate-forme intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

- Pour les services spécialisés en déficience visuelle de l'**Institut Nazareth et Louis-Braille (INBL)** :

Acheminer le formulaire de demande interétablissement ¹⁷ à l'adresse suivante :

Service d'accueil, évaluation, orientation (AEO)

Institut Nazareth et Louis-Braille
1111, rue Saint-Charles Ouest, tour Ouest, 2^e étage
Longueuil (Québec) J4K 5G4
Télécopieur : 450 463-0243

Courriel : service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez aussi joindre le service de l'AEO au 450 463-1710, poste 216 **ou**
1 800 361-7063, poste 216

- Joindre à la demande interétablissement, le rapport d'un professionnel faisant mention des situations de handicap entraînées par les incapacités visuelles. Idéalement, le rapport devrait être rédigé par un optométriste. Si ce n'est pas possible, le rapport d'un ergothérapeute est accepté.

3.2.1. Les critères d'admissibilité aux services de réadaptation post-AVC

Tableau II
Critères d'admissibilité et d'exclusion URFI DP

Critères d'admissibilité et d'exclusion URFI DP
Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) • Pour obtenir des informations détaillées sur les critères d'admissibilité et d'exclusion aux lits de réadaptation DP, se référer au <i>Cadre de référence Montérégien – Unité de réadaptation intensive Programme santé physique et déficience physique</i>. <u>Il est disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.</u>

17. https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2018/12/formulaire_oculovisuel.pdf.

Tableau III
Critères d'admissibilité transitoires
URFI SP

Critères d'admissibilité transitoires URFI SP
Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA) Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) Se référer aux critères d'admissibilité URFI DP et à l'Aide à la décision pour l'orientation en URFI post-AVC à l'annexe A.

Tableau IV
Critères d'admissibilité pour le congé précoce assisté (CPA)

Congé précoce assisté (CPA) Territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest
Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) Clientèle 7 ans et plus - L'utilisateur est âgé de 16 ans et plus - L'utilisateur a subi un AVC léger à modéré - Les états médical, psychiatrique, chirurgical et postchirurgical sont stables - L'utilisateur ne nécessite plus l'utilisation des plateaux techniques de soins infirmiers offerts en milieu hospitalier - L'utilisateur présente le jugement ou le support de l'entourage, permettant un retour à domicile sécuritaire - L'utilisateur démontre l'endurance nécessaire pour recevoir des interventions intensives à domicile en réponse à ses besoins. Il ne démontre pas la tolérance de se déplacer et participer à des traitements en externe - L'utilisateur nomme ses attentes et besoins en matière de réadaptation et il reconnaît ses limites - L'utilisateur présente un potentiel d'apprentissages, d'amélioration et de récupération de ses capacités fonctionnelles ou un potentiel de compensation de ses incapacités - L'utilisateur comprend et suit des consignes simples et collabore aux interventions - L'utilisateur peut gérer sa médication par lui-même ou avec l'aide de l'entourage - L'utilisateur communique suffisamment pour recevoir des services de réadaptation à domicile s'il est seul ou son entourage peut compenser les difficultés langagières - L'utilisateur est en mesure de gérer seul ou avec l'aide d'un proche les urgences en présence de symptôme médicaux. - L'utilisateur peut gérer ses rendez-vous de réadaptation à domicile, seul ou avec l'aide d'un proche - L'utilisateur peut faire les transferts de base ou déplacements de façon sécuritaire, seul ou avec l'aide d'un proche - L'utilisateur peut gérer ses soins personnels et s'habiller seul ou avec l'aide d'un proche; - L'utilisateur peut gérer les besoins liés à l'incontinence seul ou avec l'aide d'un proche - L'utilisateur a des besoins nutritionnels pouvant être satisfaits au domicile, incluant la préparation des aliments pour respecter les besoins en dysphagie - L'environnement physique de l'utilisateur est favorable à recevoir des services de réadaptation à domicile - L'environnement social de l'utilisateur est facilitant pour la réadaptation à domicile - Il y a une valeur ajoutée pour l'utilisateur à faire sa réadaptation dans son milieu de vie : meilleure intégration des acquis

**Congé précoce assisté (CPA)
Territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest**

Programmes spécialisés complémentaires

En lien avec les critères d'admissibilité aux programmes complémentaires à l'offre de service en réadaptation externe post-AVC se référer au document *Guide interprogrammes : Synthèse des programmes DPD*. [Il est disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.](#)

Les **programmes complémentaires** sont les suivants :

- Programme cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie. Ce programme est composé des cliniques spécialisées suivantes :
 - Clinique de psychiatrie pour la clientèle adulte
 - Clinique de spasticité pour les clientèles jeunesse et adulte
 - Clinique d'orthopédie pour la clientèle jeunesse
 - Clinique de neuro pédiatrie pour la clientèle jeunesse
- Programme régional en déficience auditive 0-100 ans
- Programme Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA)
- Programme d'accès aux technologies et aux communications (PATCom)
- Service des aides techniques (SAT)
- Programme AVD-AVQ

Tableau V
Critères d'admissibilité réadaptation externe post-AVC

Réadaptation externe post-AVC

**Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL)
Clientèle 7 ans et plus**

En lien avec les critères d'admissibilité, se référer aux documents suivants :

- **Fiche aide-mémoire pour le référent**
- **Fiche Aide-mémoire pour le référent PATCom**
- **Fiche Aide-mémoire pour le référent déficience auditive**

Programmes spécialisés complémentaires

En lien avec les critères d'admissibilité aux programmes complémentaires à l'offre de service en réadaptation externe post-AVC se référer au document *Guide interprogrammes : Synthèse des programmes DPD*. [Il est disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.](#)

Les **programmes complémentaires** sont les suivants :

- Programme cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie. Ce programme est composé des cliniques spécialisées suivantes :
 - Clinique de psychiatrie pour la clientèle adulte
 - Clinique de spasticité pour les clientèles jeunesse et adulte
 - Clinique d'orthopédie pour la clientèle jeunesse
 - Clinique de neuro pédiatrie pour la clientèle jeunesse

Réadaptation externe post-AVC

- Programme régional en déficience auditive 0-100 ans
- Programme Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA)
- Programme d'accès aux technologies et aux communications (PATCom)
- Service des aides techniques (SAT)
- Programme AVD-AVQ

Pour les services spécialisés de l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) :

- Présence d'un diagnostic précis relatif à une pathologie oculaire et des incapacités significatives et persistantes causant un impact sur la réalisation de ses habitudes de vie.

Tableau VI

Critères d'admissibilité Services spécialisés de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS)

Services spécialisés de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS)

Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) Clientèle 7 ans et plus

En lien avec les critères d'admissibilité, consulter les documents suivants :

- **Fiche RÉFÉRENT- Aide-mémoire guichet d'accès DI-TSA-DP-AVC**
- **Fiche Aide-mémoire pour le référent conduite automobile**

Programmes spécialisés complémentaires

En lien avec les critères d'admissibilité aux programmes complémentaires à l'offre de service RAIS, se référer au document *Guide interprogrammes : Synthèse des programmes DPD*. [Il est disponible pour consultation et téléchargement sur la plate-forme intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.](#)

- Les **programmes complémentaires** sont les suivants :
 - Programme conduite automobile et adaptation de véhicules
 - Programme cliniques médicales spécialisées et clinique de dysphagie. Ce programme est composé des cliniques spécialisées suivantes :
 - Clinique de psychiatrie pour la clientèle adulte
 - Clinique de spasticité pour les clientèles jeunesse et adulte
 - Clinique d'orthopédie pour la clientèle jeunesse
 - Clinique de neuro pédiatrie pour la clientèle jeunesse
 - Programme régional en déficience auditive 0-100 ans
 - Programme Comptoir des aides de suppléance à l'audition (CASA)
 - Programme d'accès aux technologies et aux communications (PATCom)
 - Service des aides techniques (SAT)
 - Programme AVD-AVQ
 - Pour les services spécialisés en déficience visuelle de l'**Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)** :
 - Présence d'un diagnostic précis relatif à une pathologie oculaire et des incapacités significatives et persistantes causant un impact sur la réalisation de ses habitudes de vie

3.2.2. Les critères de fin de l'épisode de service

1. Services internes de réadaptation (URFI DP et SP)

Tableau VII
Critères de fin de l'épisode de services URFI DP et SP

Critères fin de l'épisode de services URFI DP et SP
Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et Programme SAPA soutien à domicile et gériatrie
La fin de l'épisode de service survient en présence d'un ou des critères présentés dans le <i>Cadre de référence Montérégien – Unité de réadaptation intensive Programme santé physique et déficience physique</i>. <u>Le document est disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.</u>

2. Congé précoce assisté (CPA)

Tableau VIII
Critères fin de l'épisode de services CPA

Critères fin de l'épisode de services URFI DP et SP
Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) Clientèle 7 ans et plus
- L'épisode CPA prend fin suite à 4 semaines d'intervention. Exceptionnellement, l'épisode de service peut se poursuivre pour 1 semaine supplémentaire si l'équipe clinique juge que cela permettra d'éviter une référence vers les services externes de réadaptation. - L'épisode CPA peut prendre fin avant 4 semaines en présence d'un ou des critères suivant (s) : - L'utilisateur est en mesure recevoir ses services de réadaptation sur une base externe - Dans le respect de son potentiel et de ses capacités, l'utilisateur a atteint la portion des objectifs PSI-PII associés au CPA et il n'y a pas de nouveau besoin identifié nécessitant la mise en place d'un tel service - L'utilisateur signifie de manière éclairée son intention de mettre fin à la modalité de services CPA - L'utilisateur n'a plus la capacité de participer aux objectifs du service CPA (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau thérapeutique) - L'état médical de la personne ou les mesures de soutien en place ne permettent plus de poursuivre l'épisode de réadaptation à domicile

3. Services externes de réadaptation et de réadaptation spécialisés à visée d'adaptation et d'intégration sociale (RAIS)

Tableau IX
Critères fin de l'épisode de services
Services externes et RAIS

Critères de fin de l'épisode de services Services externes et RAIS
Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) Clientèle 7 ans et plus et Programmes spécialisés complémentaires
La fin de l'épisode de service survient en présence d'un ou des critères énumérés dans le <i>Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés – Direction des programmes Déficiences</i>. <u>Il est disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.</u>

3.2.3. L'accueil aux phases de réadaptation post-AVC, intégration et maintien dans la communauté

Tableau X
Accueil de l'utilisateur lors de la phase de réadaptation post-AVC : Admission en URFI

Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en collaboration avec les URFI en santé physique (DPSAPA)		
Actions	Responsables	Outils
<u>Analyse de la demande :</u> - Lecture du dossier de l'utilisateur dont la DSIE, le PII le plus récent, les rapports d'évaluation pertinents des professionnels, infirmiers et médecins du milieu référent et identification des partenaires impliqués au dossier - Vérifier si présence d'aspects légaux. Par exemple : régime de protection - Planification des ressources en lien avec l'arrivée de l'utilisateur, dont les équipements médicaux et spécialisés. Par exemple, thérapie VAC (traitement des plaies), gavage, coussins sonores, etc.	→ Professionnel assurant le soutien clinique	Dossier de l'utilisateur
<u>Rencontrer l'utilisateur et ses proches :</u> Valider les attentes et les besoins, répondre aux questions/préoccupations de l'utilisateur et de ses proches	→ Professionnel assurant le soutien clinique → Infirmière	Pour consentement aux soins et aux services : → Notes d'évolution au SIPAD → Note évolutive du professionnel

Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en collaboration avec les URFI en santé physique (DPSAPA)		
Actions	Responsables	Outils
- Expliquer le fonctionnement de l'URFI : gestion des articles personnels, heures de visite, stationnement, repas, aides techniques, prévention des chutes, sécurité des médicaments, prévention des infections, déplacements hors de l'unité de réadaptation, situation d'urgence, etc. - Cibler les objectifs prioritaires en lien avec le projet personnel de réadaptation de l'usager¹⁸ - S'assurer d'obtenir le consentement aux soins et aux services de l'usager - Autres consentements pouvant être requis : médicaments en vente libre, suppléments alimentaires, produits d'incontinence, etc.) - Faire une visite des lieux		→ Formulaire de consentement aux soins et aux services → Formulaire d'autorisation de communication verbale → Guide d'accueil de l'usager
<u>Contacteur le référent et les partenaires :</u> - Suite au consentement de l'usager, obtenir des précisions sur la condition et les besoins prioritaires de l'usager - Suite au consentement de l'usager, aviser un ou les partenaire(s) impliqué(s) auprès de celui-ci de son admission en URFI et de la nature des services anticipés. Par exemple, le SAD	→ Professionnel assurant le soutien clinique → Infirmière	Pour consentement aux services et aux soins : → Note évolutive du professionnel → Note d'évolution au SIPAD → Formulaire d'autorisation de communication verbale
<u>Assignation du 1^{er} intervenant au dossier</u>	→ Professionnel assurant le soutien clinique → Intervenant assigné au dossier de l'usager <i>* Dans certaines URFI Santé physique, le responsable du soutien clinique avise l'accueil SAD de l'épisode de service</i>	

18. Favoriser la continuité des interventions amorcées lors de la phase aiguë de l'AVC.

Guide d'accompagnement : Phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté du programme continuum AVC - services spécialisés

**Programme Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en
collaboration avec les URFI en santé physique (DPSAPA)**

Actions	Responsables	Outils
<u>Première rencontre avec un intervenant de l'équipe :</u> • Obtenir le consentement aux soins¹⁹ et l'autorisation pour communiquer verbalement avec le médecin, les professionnels impliqués antérieurement dans le continuum auprès de l'utilisateur • Remettre l'horaire de réadaptation à l'utilisateur • Débuter l'évaluation des besoins prioritaires de l'utilisateur	→ Intervenants de l'équipe de réadaptation (physiothérapeute, orthophoniste, etc.)	Pour consentement aux services et aux soins : → Note d'évolution au SIPAD → Note évolutive du professionnel ou de l'intervenant → Formulaire de consentement aux services → Formulaire d'autorisation de communication verbale → Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance sur l'intranet.

19. Il est de l'obligation de l'intervenant d'obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur pour chaque soin et service rendus et ce, tout au long de l'épisode de service. Ceci s'applique également au niveau des communications verbales entre le professionnel, les proches et les partenaires impliqués auprès de l'utilisateur.

Tableau XI
Accueil de l'utilisateur au Congé précoce assisté (CPA)

Congé précoce assisté (CPA) Territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest		
Actions	Responsables	Outils
<u>Analyse de la demande :</u> • Lecture du dossier de l'utilisateur et identification des partenaires au dossier • Envoyer un courriel aux intervenants de l'équipe CPA avec les informations cliniques de base sur les besoins de l'utilisateur • Créer un premier canevas horaire et l'envoyer aux intervenants afin qu'ils puissent le compléter • Envoyer l'horaire de réadaptation proposé au référent si l'utilisateur est encore hospitalisé. Si l'utilisateur est de retour à domicile, l'appeler afin de lui présenter l'horaire de réadaptation proposé • Inscrire l'utilisateur sur le tableau de planification des discussions de cas	→ Professionnel assurant le soutien clinique	→ Dossier de l'utilisateur → Note d'évolution au SIPAD
<u>Assignation des intervenants et identification de l'intervenant pivot</u>	→ Professionnel assurant le soutien clinique → Agente administrative CPA : inscrit les informations dans le SIPAD et le dossier informatique commun	→ SIPAD → Dossier informatique commun
<u>Première rencontre à domicile :</u> • Présenter le programme, dont : – La durée (maximum 4 semaines) – Les modalités d'intervention (en présence, téléadaptation, téléphone) – Fréquence des interventions – La possibilité de poursuivre des interventions en Centre de réadaptation externe, si besoin – La politique d'absentéisme – Les personnes/organismes à contacter si questions et	→ Travailleur social de l'équipe CPA	Pour consentement aux services et aux soins : → Note d'évolution au SIPAD → Formulaire de consentement aux services

Guide d'accompagnement : Phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté du programme continuum AVC - services spécialisés

**Congé précoce assisté (CPA)
Territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest**

Actions	Responsables	Outils
préoccupations sur leur santé ou sur la réadaptation • Remettre les documents explicatifs • Obtenir le consentement aux soins et aux services		
<u>Première rencontre des autres intervenants de l'équipe :</u> • Obtenir les consentements supplémentaires nécessaires aux soins et services • Débuter l'évaluation des besoins prioritaires de l'utilisateur	→ Intervenants de CPA (physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, etc.)	Pour consentement aux services et aux soins : → Note d'évolution au SIPAD → Formulaire de consentement aux services → Formulaire d'autorisation de communication verbale → Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance.

Tableau XII
Accueil aux services externes de réadaptation post-AVC et de RAIS

Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL) Clientèle 7 ans et plus		
Actions	Responsables	Outils
<u>Analyse de la demande :</u> • Lecture du dossier de l'usager et identification des partenaires au dossier • Vérifier si présence d'aspects légaux. Par exemple : régime de protection	→ Professionnel assurant le soutien clinique	→ Dossier de l'usager → Note d'évolution au SIPAD
<u>Contacteur l'usager et ses proches et aborder les sujets suivants :</u> • Valider les attentes et les besoins, répondre aux questions/préoccupations de l'usager, de ses proches et cibler les objectifs prioritaires en lien avec le projet personnel de réadaptation de l'usager • Obtenir des informations relatives aux suivis médicaux • Transmettre des informations à l'usager concernant : – Les approches de réadaptation préconisées – Les modalités de réadaptation, dont la télé-réadaptation – Les règles entourant la reprise de la conduite automobile – Les documents à apporter lors de la première rencontre. Par exemple, sa liste de médicaments – Les frais de stationnement – La politique d'absentéisme et délai d'attente • Obtenir le consentement aux soins et aux services de l'usager • Valider les coordonnées de l'usager et des proches incluant l'adresse courriel • Compléter ou faire compléter le questionnaire de dépistage et d'évaluation risque de chutes	→ Professionnel assurant le soutien clinique	→ Note d'évolution au SIPAD → Formulaire de consentement aux soins et aux services → Formulaire d'autorisation de communication verbale → CLI-60248 Dépistage et évaluation-risque de chute → Formulaire Cueillette de données centralisées

Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL)
Clientèle 7 ans et plus

Actions	Responsables	Outils
• Identifier les modalités de transport utilisées par l'utilisateur et valider l'éligibilité au transport adapté • Transmettre les coordonnées du Centre action bénévole (CAB) si besoin • Vérifier les disponibilités de l'utilisateur, de ses proches en lien avec la planification des séances d'évaluation et de la mise en place des interventions • Faire un retour sur les recommandations données à l'utilisateur lors de son séjour sur l'UAVC ou en URFI et encourager celui-ci à les appliquer • Inscrire l'utilisateur aux programmes complémentaires, si besoin • Inscrire l'utilisateur aux ateliers de groupes de réadaptation, si besoin • Mise en attente des disciplines pouvant répondre aux besoins prioritaires de l'utilisateur • Remettre les coordonnées de la personne à contacter si questionnements ou changements dans la condition de l'utilisateur d'ici le début des interventions		
<u>Contacteur le référent et les partenaires :</u> • Suite au consentement de l'utilisateur, obtenir des précisions sur la condition et les besoins prioritaires de l'utilisateur • Suite au consentement de l'utilisateur, aviser un ou les partenaire(s) impliqué(s) auprès de celui-ci de son admission en URFI et de la nature des services anticipés. Par exemple, le SAD	→ Professionnel assurant le soutien clinique	Pour consentement aux services et aux soins : → Note d'évolution au SIPAD → Formulaire d'autorisation de communication verbale → Formulaire demande d'information au médecin
<u>Assignment du 1^{er} intervenant au dossier</u>	→ Professionnel assurant le soutien clinique → Intervenat assigné au dossier de l'utilisateur	→ Note d'évolution au SIPAD

**Programme spécialisé déficiences motrice et langagière (DM-DL)
Clientèle 7 ans et plus**

Actions	Responsables	Outils
<u>Première rencontre avec un intervenant de l'équipe :</u> • Obtenir les consentements supplémentaires nécessaires aux soins et services • Visite et orientation dans le Centre de réadaptation physique (CRDP). • Remettre l'horaire de réadaptation à l'utilisateur • Remettre la pochette d'accueil au programme à l'utilisateur • Débuter l'évaluation des besoins prioritaires • Inscrire l'utilisateur aux ateliers de groupe de réadaptation si besoin	→ Intervenants de l'équipe de réadaptation (physiothérapeute, orthophoniste, etc.)	Pour consentement aux services et aux soins : → Note d'évolution au SIPAD → Formulaire de consentement aux services → Formulaire d'autorisation de communication verbale → Pochette d'accueil au programme → Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance.

3.3. Évaluation et analyse des besoins multidimensionnels de l'utilisateur

En continuité avec les phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC, l'équipe interdisciplinaire responsable des services de réadaptation post-aiguë poursuit l'évaluation des besoins prioritaires en s'assurant d'obtenir une mesure objective des déficits, des incapacités fonctionnelles et de la participation sociale de l'utilisateur (Hébert et Teasell, 2015 ; MSSS, 2018). Il est recommandé de débiter le processus d'évaluation dans les **48 heures** suivant l'admission de l'utilisateur en URFI ou l'inscription de l'utilisateur aux services externes de réadaptation (MSSS, 2017). Le MSSS, en collaboration avec un groupe d'experts, a élaboré une trousse à outils standardisés qui permet d'identifier les besoins prioritaires de réadaptation de l'utilisateur tout assurant le suivi de son évolution, ainsi ajuster les interventions. Cette trousse à outils vise l'atteinte des objectifs suivants :

- Favoriser l'implantation des bonnes pratiques en AVC;
- Identifier les besoins de l'utilisateur en utilisant un langage commun;
- Encourager l'approche interdisciplinaire et la collaboration entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur et ses proches;
- Soutenir l'équipe interdisciplinaire dans la prise de décision, dont la détermination du pronostic de participation sociale ainsi que l'orientation de l'utilisateur (MSSS, 2018).

Les professionnels de la réadaptation sont encouragés à collaborer avec les équipes de soins aigus afin d'éviter de reprendre des évaluations complétées lors des phases précédentes du continuum, et ce, selon leur jugement clinique (MSSS, 2017).

La mise en place d'une trousse d'outils standardisés lors de la phase de réadaptation post-AVC a fait l'objet de projets de recherche. En effet, Tyson, Burton et McGovern (2015) se sont intéressés à l'impact de leur trousse d'outils cliniques standardisés *G-Master* sur la qualité et l'efficacité des services de réadaptation post-AVC. Les résultats de leur recherche ont fait ressortir une plus grande efficacité dans la réalisation des activités du processus clinique, dont l'identification de la problématique, le suivi des interventions ainsi que la mesure des résultats. Également, en raison de l'utilisation d'un langage commun centré sur les besoins des usagers, la communication et le climat dans l'équipe interdisciplinaire se sont améliorés.

En accord avec le groupe d'experts formé par le MSSS, les prochains tableaux **résumant** les outils minimalement recommandés au cours de la phase de réadaptation post-AVC selon les besoins obligatoires à évaluer et les moments opportuns pour les utiliser. Ces besoins ont été organisés selon la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé de 2001 (MSSS, 2018). Cependant, afin d'être cohérents avec le processus clinique de la DPD, les besoins prioritaires à évaluer seront également présentés selon le Modèle de développement humain-Processus de production du handicap (MDH-PPH). Malgré la mise en place de la trousse d'outils, les professionnels pourraient choisir d'autres instruments de mesure validés selon les besoins de l'utilisateur, le contexte clinique et leurs normes de pratique.



Il est recommandé aux professionnels de consulter la *Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)-Phase de réadaptation post-AVC et relance* afin d'obtenir des informations détaillées sur les particularités associées à l'utilisation des outils de la trousse, les données probantes appuyant le choix des outils ainsi que les références. La trousse est disponible pour téléchargement à l'endroit suivant :

→ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002022/>

Tableau XIII
Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC²⁰ (MSSS, 2018)
Fonctions organiques et structures anatomiques

Fonctions organiques et structures anatomiques ²¹					
Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Risque de plaie de pression	→ Prévenir les plaies de pression	– Échelle de Braden	→ Infirmier → Infirmier auxiliaire	15 min	→ Prise en charge lors d'un épisode de service en URFI → Doit être refait de façon hebdomadaire en présence d'un score ≥ 18 → Doit être refait : en présence d'un changement de l'état de santé ou en présence d'un facteur de risque
Facteurs de risque de dépression	→ Dépister les signes de dépression chez l'utilisateur → Orienter l'utilisateur dont les risques de dépression sont dépistés , vers un professionnel de la santé pouvant poser un diagnostic et assurer le suivi.	– QSP-9 : outil validé auprès des usagers ayant subi un AVC	→ Membre formé de l'équipe inter-disciplinaire de réadaptation post-AVC	2-5 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC → Relance
		– SADQH-10 ou SADQ-10 : si troubles sévères de la communication	→ Membre formé de l'équipe inter-disciplinaire de réadaptation post-AVC	2-5 min	
		– SS-GDS : peut être utilisé pour les usagers de 65 ans et plus	→ Membre formé de l'équipe inter-disciplinaire de réadaptation post-AVC	10 min	
Dysfonctions cognitives	→ Dépister les dysfonctions cognitives légères	– <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA)	→ Un membre formé de l'équipe interdisciplinaire en URFI ou à l'externe	15-20 min ²²	→ Prise en charge lors d'un épisode de service en URFI → Relance, si besoin

20. 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.

21. En lien avec le **MDH-PPH**, ces catégories de la CIF correspondent au **Système organique et aux aptitudes**.

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

Fonctions organiques et structures anatomiques²¹

Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Déficits cognitifs	→ Évaluer si présence d'un trouble neuropsychologique chez l'utilisateur tout en déterminant sa nature, sa gravité et son impact	– Outils sélectionnés à partir d'un éventail de tests normalisés et standardisés – Le choix des tests se fait selon le jugement clinique et l'expertise du professionnel	→ Neuropsychologue autorisé à évaluer les troubles neuropsychologiques (Attestation) → Psychologue autorisé à évaluer les troubles neuropsychologiques (Attestation)	→ N/A	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Selon le jugement clinique du neuropsychologue lors de la transition (URFI- service externe ou CPA-service externe) et à la fin de la phase de réadaptation post-AVC
Négligence spatiale unilatérale	→ Dépister les difficultés de l'utilisateur à prendre en compte les stimuli venant de l'hémiespace opposé à la lésion cérébrale	– Test d'Albert modifié – Test du peigne et du rasoir	→ Ergothérapeute, neuropsychologue ou médecin	5 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou services externes)
		– Test de cloches	→ Ergothérapeute, neuropsychologue ou médecin	5 min	→ Au CISSS de la Montérégie-Ouest, cet outil est utilisé dans le cadre du processus d'évaluation du <i>Programme Conduite automobile et adaptation du véhicule</i> .
Perception visuelle	→ Dépister ou évaluer les troubles de la perception visuelle de l'utilisateur → Peut être utilisé avec les utilisateurs qui ont une aphasie d'expression dans la mesure où ils sont capables de comprendre les consignes	– <i>Motor-Free Visual Perception Test (MVPT)</i>	→ Ergothérapeute, neuropsychologue ou médecin	10-40 min	→ Au CISSS de la Montérégie-Ouest, cet outil est utilisé dans le cadre du processus d'évaluation du <i>Programme Conduite automobile et adaptation du véhicule</i> .

Fonctions organiques et structures anatomiques²¹

Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Dysphagie	→ Évaluer les troubles de déglutition de l'utilisateur	– Outil d'évaluation selon le champ de pratique du nutritionniste, de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute – Vidéofluoroscopie de la déglutition ou endoscopie par fibre optique lorsque l'utilisateur est à risque de développer une dysphagie pharyngée ou présence d'une pauvre protection des voies respiratoires.	→ Équipe dysphagie (orthophoniste, nutritionniste, ergothérapeute)	60-120 min	→ En présence d'un dépistage positif ou d'un changement dans l'état de l'utilisateur
Douleur à l'épaule hémiparétique	→ Dépister ou évaluer la douleur à l'épaule hémiparétique de l'utilisateur	– Évaluation Chedoke-McMaster de l'AVC – Inventaire des déficiences	→ Membre formée de l'équipe interdisciplinaire de réadaptation post-AVC	5 min Le temps requis dépend de la capacité de l'utilisateur et généralement de la sévérité de l'AVC	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
Atteintes somatosensorielle	→ Dépister ou évaluer les déficits somatosensoriels primaires de l'utilisateur	– Erasmus version modifiée du Nottingham Sensory révisé (EmNSA) Éléments évalués : – Sensibilité au touché léger – Proprioception	→ Ergothérapeute, physiothérapeute ou médecin	10 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Selon le jugement clinique du professionnel lors de la transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) et à la fin de la phase de réadaptation post-AVC

Guide d'accompagnement : Phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté du programme continuum AVC - services spécialisés

Fonctions organiques et structures anatomiques²¹

Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Spasticité	→ Évaluation de la spasticité de l'usager	– Échelle modifiée de Ashworth	→ Ergothérapeute, physiothérapeute ou médecin	10 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
Force musculaire	→ Évaluer la force musculaire de l'usager	– Évaluation musculaire manuelle selon la méthode <i>Daniels and Worthingham</i>	→ Ergothérapeute, physiothérapeute, kinésiologue ou médecin	10 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI ou service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
Force de préhension	→ Évaluer la force de préhension de l'usager	– Utilisation d'un dynamomètre manuel où la force est mesurée en livres ou en kilogrammes	→ Ergothérapeute, physiothérapeute, kinésiologue ou médecin	5 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI – service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
Stade moteur, du bras, de la main, de la jambe et du pied	→ Évaluer les déficiences motrices	– <i>Chedoke McMaster Stroke Assessment</i> : Inventaire des déficiences (CMSA-ID)	→ Ergothérapeute ou physiothérapeute	45-50 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe)

Fonctions organiques et structures anatomiques ²¹					
Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
					→ Selon le jugement clinique du professionnel lors de la transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) et à la fin de la phase de réadaptation post-AVC

Tableau XIV
Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC (MSSS, 2018)
Activités : autonomie fonctionnelle, mobilité, équilibre

Activités : autonomie fonctionnelle, mobilité, équilibre ²³					
Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Évaluation fonctionnelle	→ 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) formés de l'équipe interdisciplinaire de l'URFI	50 min	→ 72 heures post-admission en URFI → Maximum 72 heures avant la fin de l'épisode de service en URFI
Activités fonctionnelles	→ Évaluer les capacités fonctionnelles dont, le changement de position au lit, la capacité de se mettre debout et marcher	– <i>Chedoke McMaster Stroke Assessment</i> -Inventaire d'activités (CMSA-IA)	→ Ergothérapeute ou physiothérapeute	40-75 min	→ Prise en charge en URFI → Fin de l'épisode de service en URFI
Mobilité	→ Évaluer la mobilité de l'usager	– Vitesse de marche naturelle et rapide à l'aide d'un chronomètre sur 5 ou 10 mètres	→ Physiothérapeute	5 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe)

23. En lien avec le **MDH-PPH**, ces catégories de la CIF correspondent aux **aptitudes et aux habitudes de vie**.

Guide d'accompagnement : Phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté du programme continuum AVC - services spécialisés

Activités : autonomie fonctionnelle, mobilité, équilibre²³

Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
					→ Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
Marche fonctionnelle	→ Évaluer la capacité de marche fonctionnelle de l'utilisateur	– Test de marche de 6 minutes (6MWT)	→ Physiothérapeute ou kinésiologue	→ 15 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
Équilibre	→ Évaluer l'équilibre de l'utilisateur	– Échelle d'équilibre de Berg ou	→ Physiothérapeute ou kinésiologue	15-20 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe)
		– Le mini-BESTest Ces 2 outils peuvent être complémentaires		10-15 min	→ Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC

Tableau XV
Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC (MSSS, 2018)
Activité : fonction du membre supérieur

Activité : fonction du membre supérieur ²⁴					
Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Capacité fonctionnelle du membre supérieur et de la main	→ Évaluer la récupération fonctionnelle du membre supérieur et de la main de l'usager	– <i>Chedoke Arm and Hand Activity Inventory</i> , version 9-fonction bilatérale	→ Ergothérapeute ou physiothérapeute	15-30 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
	→ Évaluer la dextérité manuelle grossière de l'usager	– <i>Box and Block</i>	→ Ergothérapeute ou physiothérapeute	5 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
	→ Évaluer la dextérité manuelle fine de l'usager	– <i>Nine Hole Peg (NHP)</i>	→ Ergothérapeute ou physiothérapeute	5 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC
		ou – <i>Perdue Pegboard</i>		5 min	→ Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC

24. En lien avec le **MDH-PPH**, cette catégorie de la CIF correspond aux **aptitudes reliées aux activités motrices**.

Guide d'accompagnement : Phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté du programme continuum AVC - services spécialisés

Tableau XVI
Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC (MSSS, 2018)
Activité et participation : communication

Activité : communication ²⁵					
Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Communication	→ Évaluer les troubles de la communication de l'utilisateur Par exemple : l'aphasie, la dysarthrie, l'apraxie verbale et les déficits cognitifs de la communication	– Les outils d'évaluation sélectionnés sont fiables et validés (normes franco-québécoises) – Outils à choisir selon les aspects à évaluer : compréhension orale et écrite, expression orale et écrite, communication gestuelle, pragmatique ainsi que la conversation – Le choix d'un outil se fait selon le jugement clinique de l'orthophoniste	→ Orthophoniste	60-180 min	→ Prise en charge (URFI ou CPA ou service externe) → Transition (URFI-service externe ou CPA-service externe) → Fin de la phase de réadaptation post-AVC

25. En lien avec le **MDH-PPH**, cette catégorie de la CIF correspond à l'**habitude de vie Communication**.

Guide d'accompagnement : Phases de réadaptation et de réintégration, maintien dans la communauté du programme continuum AVC - services spécialisés

Tableau XVII
Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC²⁶ (MSSS, 2018)
Participation

Participation ²⁷					
Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Participation sociale	→ Évaluer la participation sociale de l'usager	– <i>Le Mayo-Portland Adaptability Inventory-4</i> , partie C (MPAI-4)	→ Membre formé de l'équipe interdisciplinaire de réadaptation post-AVC	20 min	→ Au début de la prise en charge lors de l'épisode de service externe → Fin de la phase de réadaptation post-AVC → Relance

Tableau XVIII
Outils cliniques recommandés lors de la phase de réadaptation post-AVC²⁸ (MSSS, 2018)
Relance

Relance					
Problématiques	Fonctions	Outils	Professionnel(s)	Modalités telles que définies par le MSSS	Moments opportuns
Séquelles de l'AVC ayant un impact sur l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie	→ Dépister si présence ou recrudescence des difficultés associées à l'AVC. Par exemple : présence de facteurs de risque, activités de la vie quotidienne, mobilité, spasticité, douleur, incontinence, communication, humeur, fatigue, cognition, etc.	– Liste de contrôle post-AVC	→ Membre de l'équipe interdisciplinaire de réadaptation post-AVC	5 min	→ Relance

26. 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.

27. En lien avec le **MDH-PPH**, cette catégorie de la CIF correspond aux **habitudes de vie**.

28. 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.

3.3.1. Précisions sur les outils évaluant l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale de l'utilisateur

Tout au long de la phase de réadaptation post-AVC, les objectifs visés par l'utilisateur sont reliés à la récupération de ses capacités antérieures et la mise en place de stratégies compensatoires afin qu'il puisse reprendre le plus possible les rôles sociaux valorisants qu'il occupait dans sa vie personnelle et dans sa communauté. De ce fait, il est important pour les équipes de réadaptation qu'elles puissent mesurer les progrès de l'utilisateur au niveau de ses activités fonctionnelles significatives. Pour ce faire, le MSSS en collaboration avec son groupe d'experts propose deux nouveaux outils de mesure qui n'étaient pas utilisés antérieurement par les équipes dédiées en AVC au CISSS de la Montérégie-Ouest. Il s'agit du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et du *Mayo Portland Adaptability Inventory-4* (MPAI-4), partie C. « Participation ». Le SMAF est également un outil recommandé lors de la phase aiguë de l'AVC lorsque l'utilisateur est orienté à domicile.

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

Le SMAF permet d'évaluer la capacité fonctionnelle en vue de déterminer les besoins et de planifier les services offerts à l'utilisateur ayant subi un AVC, par exemple, soins à domicile, hébergement, etc. Cet outil doit être utilisé pour tous les usagers admis en URFI, soit 3 jours post-admission et 3 jours avant la réintégration de l'utilisateur dans son milieu de vie antérieur ou alternatif (MSSS, 2018).

Selon Harrisson (2011) et le MSSS (2018), 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.

Mayo Portland Adaptability Inventory-4, partie C. Participation

Le *Mayo Portland Adaptability Inventory-4* (MPAI-4) est un outil d'évaluation validé qui permet de mesurer l'évolution fonctionnelle des usagers avec une lésion cérébrale acquise. Par exemple, un traumatisme crânien ou un AVC. Selon l'INESSS (2019), le MPAI-4 démontre des qualités psychométriques solides dont une très bonne sensibilité. Cet outil est reconnu à travers le monde que ce soit dans les programmes de réadaptation ou dans la recherche clinique.

Cet outil contient 29 items qui sont divisés en **trois sous-échelles avec des scores distincts** (INESSS, 2019) :

- Capacités (12 items)
- Adaptation (9 items)
- Participation (8 items)

Le comité d'experts ayant contribué à la réalisation de la trousse à outils pour la phase de réadaptation post-AVC recommande l'utilisation de la sous-échelle « Participation » du MPAI-4 pour évaluer la participation sociale de l'utilisateur au début et à la fin de son épisode de services de réadaptation post-AVC en **externe** ainsi que lors de la **Relance** (MSSS, 2018). Cet indice s'avère un incontournable dans l'évaluation des besoins de l'utilisateur puisque la finalité de l'intervention est en lien avec sa participation sociale (Malec, 2004 dans MSSS, 2018). L'utilisation d'une seule sous-échelle du MPAI-4 est recommandée afin d'éviter de réévaluer des sphères semblables à celles incluses dans le SMAF (MSSS, 2018).

Les items évalués dans la sous-échelle « Participation » sont les suivants (INESSS, 2019) :

- Soins personnels
- Domicile
- Transport
- Travail / autre occupation
- Gestion de l'argent
- Initiative
- Contacts sociaux
- Activités de loisirs et récréatives

En 2019, l'INESSS a rédigé un document pour soutenir l'implantation du MPAI-4 dans les services de réadaptation, soit la **Trousse de soutien à l'implantation du Mayo-Portland Adaptation Inventory-4 (MPAI-4)**. Cette trousse contient également un lien internet pour accéder au Manuel d'utilisation de l'échelle de mesure. La trousse est disponible à l'endroit suivant :

→ <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/trousse-de-soutien-a-limplantation-du-mayo-portland-adaptability-inventory-4-mpai-4.html>

3.4. L'élaboration du plan d'intervention

Tout au long du cheminement de l'utilisateur à travers le continuum, les pratiques mises de l'avant **sont centrées sur les besoins des usagers et de leurs proches**. Plus précisément, l'implantation de ces pratiques nécessite aux équipes de soins et de réadaptation :

« d'adopter une philosophie et une façon de faire qui visent à répondre aux besoins et aux attentes des personnes (...), de reconnaître que la personne ayant subi un AVC est un partenaire actif dans la prise de décision tout au long du cheminement clinique, ce qui se traduit par une prise de décision partagée entre l'équipe clinique, la personne, sa famille, ses proches et ses aidants. » (MSSS, 2017, p. 54)

Selon cette perspective, le plan d'intervention²⁹ est une **activité clinique clé** des phases de réadaptation et d'intégration communautaire. En effet, selon les **Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins de l'AVC**, « les plans de réadaptation personnalisés doivent être axés sur le patient, adaptés aux réalités culturelles de ce dernier, et tenir compte des préférences et des objectifs du patient, de sa famille, de ses aidants ainsi que de l'équipe de soins élaborés dans le cadre d'une prise de décision partagée. » (Teasell et al., 2019, p. 22).

Finalement, l'élaboration d'un plan d'intervention permet d'assurer le « transfert d'informations cohérentes entre toutes les personnes concernées, y compris la **personne et ses proches**, et cela inclut la transition entre la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et maintien dans la communauté. » (MSSS, 2017, p.32.). De ce fait, la participation des partenaires communautaires impliqués auprès de l'utilisateur est encouragée lors de l'élaboration et la révision du plan d'intervention. Par exemple, l'intervenant pivot du soutien à domicile (SAD).

3.4.1. Contenu et révision du plan d'intervention

En accord avec les **paramètres organisationnels de réadaptation, de réintégration et de maintien en AVC** (MSSS, 2017), le plan d'intervention doit intégrer les éléments suivants :

- Des objectifs reliés aux **habitudes de vie** de l'utilisateur qui prennent en compte ses besoins et ses préférences. Lors de l'élaboration du PI, les besoins psychosociaux sont considérés;
- À travers les divers moyens d'intervention, on retrouve des séjours de fin de semaine (URFI) afin de planifier le retour rapide et sécuritaire de l'utilisateur à domicile. Également, des visites à domicile sont recommandées afin de planifier les adaptations de base nécessaires à mettre en place dans le milieu de vie de l'utilisateur.

Concernant la révision du plan d'intervention, il est recommandé de le réviser en fonction des progrès de l'utilisateur par rapport à son autonomie fonctionnelle. Le suivi de l'utilisateur à travers les rencontres interdisciplinaires est un moyen efficace pour évaluer les progrès réalisés ainsi ajuster le plan d'intervention. Pour plus de détails concernant les rencontres interdisciplinaires, se référer à la **section 3.6**.

Afin de soutenir les équipes impliquées dans l'élaboration des plans d'intervention, une aide-mémoire clinique décrivant le déroulement de la rencontre PII a été élaboré pour l'équipe de l'UAVC du CISSS de la Montérégie-Ouest. Les équipes de réadaptation post-AVC peuvent s'en inspirer lors de l'animation du PII. [Il est disponible pour téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.](#)

3.5. La mise en œuvre des interventions en réadaptation post-AVC et en RAIS



L'atteinte des objectifs élaborés avec l'utilisateur lors de son plan d'intervention impliquera la mise en œuvre d'interventions variées et multiples. Les principales cibles d'intervention qui seront adressées par l'équipe interdisciplinaire lors de la phase de réadaptation sont tirées des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (Teasell et al., 2019) et sont énumérées ci-dessous.

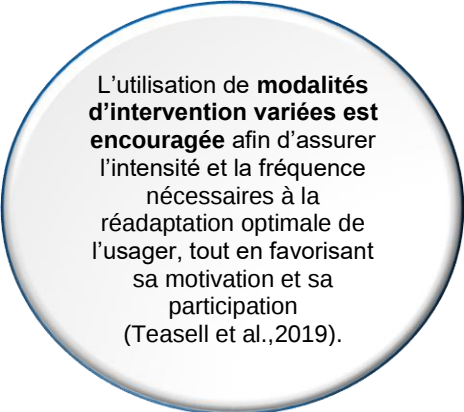
29. Le terme plan d'intervention englobe les appellations PID, PSI, PII, note médicale et PTI. Se référer au **Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers (REG-10173)** ou au **Guide Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences**, p. 26.

En tout temps, les professionnels peuvent se référer au site internet des *pratiques Canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* afin d'obtenir des informations détaillées sur l'état de la littérature scientifique qui justifient les recommandations ainsi que les références.

- <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation>
- <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/l'humeur-cognition-et-fatigue-apres-un-avc>
- <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-des-transitions-dans-les-soins-de-lavc>
- <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/csbpr7-virtualcaretools-5june2020-fr.ashx?rev=-1> (Trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins de santé virtuel (Télé-AVC) – Mise à jour de 2020)

Cibles d'interventions en réadaptation

- Prise en charge du membre supérieur (MS)
- Prise en charge du membre inférieur (MI)
- Mobilité, équilibre et transferts
- Prévention et prise en charge des chutes
- Dysphagie et malnutrition
- Communication
- Perception visuelle
- Douleur centralisée
- Fatigue
- Humeur
- Cognition



L'utilisation de **modalités d'intervention variées** est **encouragée** afin d'assurer l'intensité et la fréquence nécessaires à la réadaptation optimale de l'utilisateur, tout en favorisant sa motivation et sa participation (Teasell et al., 2019).

Dans certains cas, les intervenants de l'équipe soignante pourront choisir d'appliquer une ou plusieurs modalités d'interventions parmi celles proposées dans les pages qui suivent. Le choix des modalités d'intervention doit tenir compte :

- i. Des ressources disponibles (financières, matérielles, humaines)
- ii. Des facteurs personnels et environnementaux de l'utilisateur (ex: capacité d'attention, mémoire, comportement, capacités physiques, présence d'aidants, accès au transport, etc.)
- iii. Des objectifs et préférences de l'utilisateur exprimés, entre autres, lors du PI

3.5.1. Prise en charge du membre supérieur (MS)

L'AVC affecte fréquemment les fonctions du bras et de la main. Plusieurs survivants de l'AVC conserveront des séquelles à long terme qui nuiront à l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. En effet, la plupart des gestes du quotidien impliquent l'utilisation des deux bras. Plusieurs éléments vont influencer l'utilisation du membre supérieur chez l'hémiplégique. Par exemple, la perte de la motricité normale, c'est-à-dire la capacité à réaliser des mouvements coordonnés et la spasticité. Ces différents éléments peuvent entraîner des conséquences telles que des contractures, de la douleur et de l'œdème aux articulations du bras affecté. En effet, 72% des adultes ayant subi un AVC affirment avoir eu au moins un épisode de douleur à l'épaule pendant l'année suivant l'événement. Cette douleur, il va sans dire, nuit à la qualité de vie de l'utilisateur et peut contribuer à la dépression et à l'insomnie (Hébert et Teasell, 2015).

Modalités d'intervention possibles dans la prise en charge du MS

Selon Teasell et al. (2019) :

- Thérapie individuelle
- Thérapie en groupe
- Téléréadaptation
- Recommandations visant l'utilisation du MS dans les activités quotidiennes pour l'utilisateur et ses proches
- Programme d'exercice à réaliser de façon autonome
- Référence aux cliniques médicales spécialisées (par exemple, pour la prescription de traitements médicaux ou d'équipements de positionnement)

Stratégies d'interventions

Les interventions de réadaptation viseront tant la prévention que la prise en charge de la douleur à l'épaule ainsi que du syndrome douloureux régional complexe (SDRC), le traitement de la spasticité, l'obtention d'un meilleur contrôle moteur et le rétablissement des fonctions sensori-motrices du MS. Un entraînement significatif, mobilisateur, adapté progressivement et **orienté sur la tâche** doit être orchestré par les intervenants de l'équipe interdisciplinaire. L'entraînement devrait être conçu en vue de simuler les habiletés partielles ou complètes requises dans les **activités de la vie quotidienne** (par exemple plier, boutonner, verser et soulever). L'utilisateur doit également être encouragé à utiliser le MS atteint dans l'accomplissement de tâches fonctionnelles usuelles. Plusieurs techniques d'intervention ont été développées pour les usagers qui ont conservé des mouvements minimaux du bras. Parmi les différents traitements disponibles, ceux-ci sont recommandés par Teasell et al. (2019) :

- Exercices d'amplitude du mouvement (actifs, passifs et actifs assistés) incluant le placement du MS dans diverses positions sécuritaires à l'intérieur du champ visuel de l'utilisateur.
- Exercices de renforcement pour les usagers dont la fonction motrice du MS est faible à modérer. La présence de spasticité ne devrait pas limiter l'utilisation d'exercices de renforcement du bras.
- Stimulation électrique fonctionnelle : serait bénéfique pour les usagers avec un score inférieur à 3 à l'échelle du *Chedoke-Mcmaster*.
- Imagerie mentale.
- Programmes d'entraînement visant à augmenter les mouvements actifs et l'utilisation fonctionnelle du MS atteint entre les séances de traitement. Par exemple, le *Graded Repetitive Arm Supplementary Program* (GRASP).
- Enseignement au personnel soignant, aux usagers et aux familles concernant la manipulation sécuritaire du MS hémiplégié.
- Thérapie par contrainte induite : seulement pour les usagers qui présentent une amplitude d'extension du poignet d'au moins 20 degrés et des doigts d'au moins 10 degrés, ainsi que des déficits sensoriels et cognitifs minimaux.
- Rééducation du contrôle du tronc : devrait être associée à l'entraînement fonctionnel du MS.
- Traitement du SDRC : exercices et positionnement visant le contrôle de l'œdème de la main, massages rétrogrades et mobilisations accessoires douces de grade 1 et 2 des articulations de la main et des doigts.
- Enseignement de techniques compensatoires auprès de l'utilisateur et de ses proches lorsque celui-ci est incapable de produire une activité musculaire volontaire du MS. Il est recommandé de lui fournir des équipements adaptés afin qu'il puisse réaliser

ses AVQ. L'enseignement de ces techniques est nécessaire jusqu'à la réalisation autonome des AVQ ou du rétablissement du membre actif.

Les intervenants en réadaptation seront appelés à collaborer avec des médecins ou des professionnels qualifiés dans le cas où des besoins particuliers seraient observés chez un usager. Par exemple, les interventions énumérées dans le tableau ci-dessous pourraient nécessiter une référence à un programme spécialisé complémentaire de la DPD.

**Besoins justifiant une référence à un programme spécialisé complémentaire de la DPD
(Teasell et al., 2019)**

Par exemple, cliniques médicales spécialisées, Services des aides techniques (SAT)

- Orthèses, attelles ou aides techniques pour le MS : les besoins doivent être évalués sur une base individuelle.
 - L'utilisation du harnais au-delà de la phase flasque n'est pas recommandée. Selon Teasell et al. (2019), l'utilisation du harnais peut nuire à l'usage du bras, empêcher son balancement, contribuer au développement de contracture et nuire à l'image corporelle.
- Médicaments oraux pour traiter la spasticité : présentent couramment des effets secondaires tels que la fatigue et la somnolence et les avantages semblent marginaux. Leur utilisation peut être envisagée si la spasticité est invalidante et généralisée.
- Dénervation chimique par toxine botulique : devrait être envisagée chez les usagers qui présentent une spasticité focale symptomatique pénible afin d'augmenter l'amplitude du mouvement et de soulager la douleur.
- Médication analgésique : acétaminophène ou ibuprofène, corticostéroïdes.
- Corticoïdes oraux dans le traitement du SDRC.

Stratégies d'interventions complémentaires

D'autres techniques d'intervention peuvent être utilisées en **complément** à celles déjà énumérées, soit (Teasell et al., 2019) :

- Thérapie par le miroir : pourrait aider à rétablir la fonction motrice chez les usagers atteints d'une parésie très grave.

Selon Teasell et al. (2019), ces techniques d'intervention innovantes peuvent être utilisées en plus des techniques traditionnelles (Teasell et al., 2019) :

- Réalité virtuelle immersive (avec visiocasques ou interfaces robotiques) ou non immersive (utilisant des dispositifs de jeu tels que la Wii fit balance board, la X-Box Kinect) : peut contribuer à offrir des occasions supplémentaires de répéter, permet d'augmenter l'intensité des exercices et favorise la participation de l'utilisateur à sa réadaptation.
- Stimulation cérébrale non invasive dont la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr) ou stimulation transcrânienne en courant direct (STCC) : aiderait au rétablissement des fonctions motrices des membres supérieurs lorsqu'utilisée en association avec les techniques de réadaptation traditionnelles.

Autres considérations

- Selon Teasell et al. (2019), la stimulation sensorielle, par exemple la neurostimulation électrique transcutanée, l'acupuncture et la rétroaction biologique pourrait contribuer à l'amélioration de la fonction motrice du MS atteint tout en spécifiant que les données probantes sont **mitigées**. De ce fait, l'application de ce type de stratégie peut être envisageable en complémentarité avec des traitements reconnus et en fonction des ressources financières, matérielles et humaines de l'établissement.

3.5.2. Membre inférieur (MI)

La spasticité peut également affecter les membres inférieurs. Si elle n'est pas prise en charge de façon adéquate, le survivant d'un AVC peut éprouver une perte de l'amplitude des mouvements aux articulations de la cheville et du pied, ce qui entraînera inévitablement des difficultés à la marche.

Modalités d'intervention possibles dans la prise en charge du MI

Selon Teasell et al. (2019) :

- Thérapie individuelle;
- Thérapie en groupe;
- Téléréadaptation;
- Programme d'exercice à réaliser de façon autonome;
- Référence aux cliniques médicales spécialisées (ex. : pour prescription de traitements médicaux ou d'équipements de positionnement).

Stratégies d'intervention

Les techniques d'intervention au niveau du MI viseront la prévention et le traitement de la spasticité et des contractures (Teasell et al., 2019) :

- Positionnement antispastique;
- Exercices d'amplitude du mouvement ou étirements;
- Orthèse pédi-jambière : pourrait aider certains usagers chez qui un pied tombant a été diagnostiqué. Un suivi doit déterminer l'efficacité du traitement pour chaque usager;
- Exercices de renforcement des MI;
- L'imagerie mentale pourrait être utilisée comme traitement complémentaire à l'entraînement visant le rétablissement des fonctions motrices des membres inférieurs (Teasell et al., 2019).



La présence de spasticité ne devrait pas limiter l'utilisation d'exercices de renforcement (Teasell et al., 2019).

Afin d'évaluer la pertinence des traitements présentés ci-dessous, une consultation auprès de professionnels de la santé qualifiés est nécessaire. Par exemple, un médecin. **Se référer au tableau XIX : besoins justifiant une référence à un programme spécialisé.**

- Dénervation chimique par toxine botulique : peut être utilisée chez les usagers présentant une spasticité focale symptomatique douloureuse, surtout en phase tardive de la réadaptation (plus de six mois après l'AVC) (Teasell et al., 2019);
- Autres médicaments par voie orale ou intrathécale: peuvent être envisagés pour le traitement de la spasticité invalidante, mais les effets secondaires sont courants et les avantages sont généralement marginaux (Teasell et al., 2019).

Pour plus de détails, consulter :

→ <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation/spasticite-des-membres-inferieurs-apres-un-avc>

3.5.3. Mobilité, équilibre et transferts

L'AVC affecte fréquemment l'équilibre et la capacité à se déplacer. Souvent, même des habiletés de base telles que se lever d'une chaise doivent être rééduquées. Les usagers auront fréquemment besoin d'utiliser des aides à la mobilité comme une marchette ou une canne pour assurer leurs déplacements quotidiens en toute sécurité durant la phase de réadaptation. Parfois, il sera même nécessaire d'utiliser un fauteuil roulant, en raison de déficiences au niveau de l'équilibre, de l'endurance ou de la motricité des membres inférieurs (Teasell et al., 2019). La réadaptation des membres inférieurs faisant l'objet de recommandations spécifiques, il sera question ici des activités de réadaptation visant la marche, l'équilibre et les transferts. Diverses modalités d'intervention peuvent être utiles dans la mise en œuvre de ces interventions de réadaptation.



L'entraînement doit être significatif, mobilisateur, adapté progressivement, intensif, orienté sur la tâche et axé sur les objectifs de l'utilisateur (Teasell et al. (2019).

Modalités d'intervention

Selon Teasell et al. (2019) :

- Thérapie individuelle;
- Thérapie en groupe;
- Téléréadaptation;
- Enseignement de techniques facilitant les transferts et déplacements;
- Utilisation d'équipements pour faciliter la mobilité;
- Programme d'exercice à réaliser de façon autonome.

Stratégies d'intervention

Plusieurs techniques d'intervention peuvent être utilisées (Teasell et al., 2019) :

- Utilisation de la stimulation électrique fonctionnelle (SEF) dans le cadre de la thérapie visant à améliorer la force et les fonctions motrices des membres inférieurs pour la marche. Cependant, les effets de la SEF pourraient ne pas être maintenus au long terme.
- Entraînement dans les tâches fonctionnelles impliquant les membres inférieurs comme le transfert de la position assise à debout et la marche, avec progression de la distance et de la vitesse de marche.

- Lorsque l'entraînement à la marche sur le sol n'est pas possible ou approprié, la marche sur tapis roulant (avec ou sans appareil de suspension du poids corporel) devrait servir à améliorer la distance et la vitesse de marche.
- Stimulation auditive rythmique (RAS) : pourrait être envisagée pour améliorer la vitesse, la cadence de la marche, la longueur de la foulée et la symétrie de la marche.
- Rétroaction biologique sous la forme de signaux visuels et auditifs (EMG biofeedback, plate-forme de force) : peut favoriser l'entraînement à la marche et le rétablissement fonctionnel, par exemple en indiquant une répartition inégale du poids.
- Équipements (fauteuils roulants et aides techniques à la mobilité)³⁰ : le besoin doit être évalué sur une base individuelle et réévalué périodiquement.
- Entraînement de l'équilibre tant volontaire que réactif, assis et debout.
- Utilisation de surfaces instables et de balanciers pour la rééducation de l'équilibre.
- Entraînement musculaire du tronc.
- Tai-chi et le cyclisme.
- L'entraînement aquatique (plus de 6 mois après l'AVC).
- Exercices aérobiques personnalisés qui font travailler les grands groupes musculaires. Par exemple, le programme FAME.
 - La prescription d'exercices aérobiques requiert de considérer certaines précautions. En effet, il est recommandé que l'utilisateur soit évalué par un professionnel de la santé qualifié, par exemple, un médecin, avant d'entreprendre un programme d'exercices. Se référer au lien internet suivant pour prendre connaissance des différentes précautions : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation/mobilite-equilibre-et-transferts>.
- Il est important de planifier la transition des exercices aérobiques structurés vers un entraînement plus autonome à domicile ou dans la collectivité.

Stratégies d'intervention complémentaires

D'autres techniques d'intervention peuvent être utilisées en **complément** à celles déjà énumérées, soit (Teasell et al., 2019) :

- La réalité virtuelle, notamment les technologies non immersives, pourrait servir de traitement complémentaire à l'entraînement à la marche traditionnel;
- La rétroaction biologique comme traitement complémentaire dans le cadre d'une thérapie qui vise à améliorer la démarche et l'équilibre.

Autres considérations

- En fonction des ressources financières et matérielles disponibles, l'utilisation de dispositifs d'assistance électromécaniques (robotique) d'entraînement à la marche sont envisageables pour les usagers qui, autrement, ne pratiqueraient pas la marche. Cependant, ils ne se substituent pas à un traitement traditionnel de marche (Teasell et al., 2019).

30. Il est à noter que le physiothérapeute et l'ergothérapeute peuvent prescrire ce type d'équipement.

3.5.4. Prévention et prise en charge des chutes

L'ensemble du personnel du CISSS de la Montérégie Ouest peut se référer au *Cadre de référence sur la prévention des chutes* (CDR-10124) pour connaître les interventions primaires (universelles) et secondaires (individualisées) à mettre en place dans le but de prévenir et de prendre en charge les chutes chez les usagers. Pour le personnel travaillant dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), il est important de consulter la *Procédure clinique sur la prévention des chutes en centre hospitalier, hébergement dépendance, URFI et UTRF* (PRO-10092). Pour le personnel offrant des services ambulatoires, il s'agira plutôt de la *Procédure de prévention des chutes chez les usagers de 65 ans et plus dans les services ambulatoires et externes* (PRO-10039). [Le cadre de référence et les procédures sur la prévention des chutes sont disponibles sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.](#)

Cependant, quelques particularités s'appliquent pour les usagers ayant été victimes d'un AVC. L'équilibre devrait bien sûr être évalué, mais d'autres éléments augmentent le risque de chute chez l'usager avec un AVC, comme la présence d'héminégligence ou d'impulsivité (Breisinger et al., 2014). Les victimes d'AVC présentent d'ailleurs un risque plus élevé de chute que bien d'autres usagers hospitalisés. Le taux d'incidence signalé est de 14 à 65 % (Teasell et al., 2019). Les chutes surviennent souvent au cours de la première semaine suivant l'AVC, pendant la phase aiguë, puis de nouveau lorsque la mobilité de l'usager augmente (Teasell et al., 2019). Il est donc indispensable pour l'équipe interdisciplinaire de soins d'être attentive au risque de chute pendant la phase de réadaptation et de s'assurer que les interventions pertinentes soient effectuées. Le tableau ci-dessous présente les principaux facteurs de risque de chute chez les usagers victimes d'AVC.

Tableau XX
Facteurs de risque de chute chez la victime d'AVC

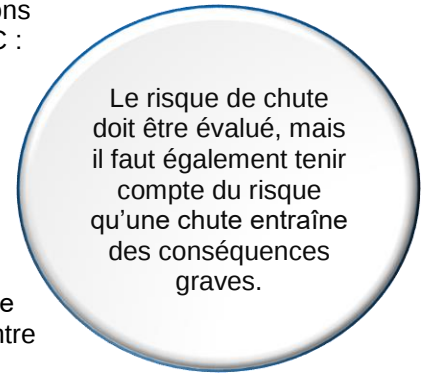
Facteurs de risque de chute chez la victime d'AVC (Teasell et al., 2019)
• Condition médicale (ex. : hypotension orthostatique, déshydratation); • Capacités physiques (ex. : faiblesse musculaire, état cardiovasculaire); • Capacités cognitives et comportementales; • Vision et capacités perceptuelles; • Aptitudes fonctionnelles (ex. : équilibre, mobilité); • Facteurs environnementaux (ex. : aménagement des lieux).

Selon Teasell et al. (2019), voici des recommandations particulières qui s'appliquent aux usagers avec un AVC :

- Il est important de considérer les facteurs influençant les blessures pouvant survenir suite à une chute, puisque plusieurs interventions seront effectuées afin de permettre à l'utilisateur une reprise sécuritaire et autonome de ses déplacements. Par exemple, l'ostéoporose augmente le risque de fracture suite à une chute. Le jugement des professionnels de l'équipe traitante permettra de trouver le juste équilibre entre la stimulation et la sécurité pour chaque usager.
- Concernant les systèmes d'alarme ou boutons d'urgence aux lits et aux chaises pour les usagers à risques élevés de chute, il faut s'assurer que le système mis en place convienne à l'utilisateur. Par exemple dans le cas d'un usager apraxique, celui-ci pourrait être incapable d'actionner un bouton d'appel.
- Les formations suivantes devraient être offertes à l'utilisateur et ses proches :
 - **Formation sur les transferts**

L'utilisateur, ses proches devraient être formés sur la façon d'effectuer un transfert et de mobiliser l'utilisateur en toute sécurité. Un enseignement doit être fait sur l'utilisation des équipements nécessaires et disponibles pour les transferts et la mobilisation de l'utilisateur. Par exemple, disque de transfert, levier verticalisateur. Chez les usagers présentant une hémiparésie, les techniques de transfert peuvent différer des méthodes traditionnellement enseignées. Cette formation devrait également leur apprendre ce qu'il faut faire en cas de chute et comment se relever après une chute. Des précautions particulières peuvent s'appliquer, notamment parce qu'il faudra veiller à ne pas blesser l'épaule d'un usager hémiplégique lors de telles manipulations.
 - **Formation sur le matériel d'aide**

Une formation devra également leur être offerte sur le matériel d'aide à la marche approprié, les chaussures et l'utilisation d'un fauteuil roulant, car des équipements spécialisés peuvent être requis auprès des usagers ayant subi un AVC. La formation doit tenir compte de l'environnement de soins de santé et de l'environnement communautaire de l'utilisateur.



3.5.5. Dysphagie et malnutrition

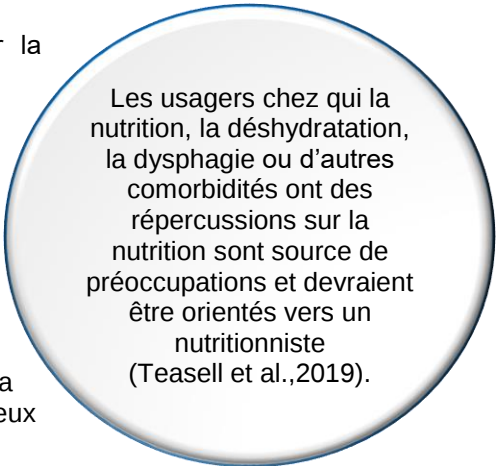
La dysphagie est fréquente chez les usagers ayant été victimes d'un AVC. Elle est associée à des taux de mortalité et de complications plus élevés. Notamment, le risque de pneumonie est considéré comme étant trois fois plus grand en présence de dysphagie (Teasell et al., 2019). De plus, les usagers souffrant de dysphagie reçoivent souvent un apport calorique insuffisant, ce qui peut entraîner un état de malnutrition, qui entraînera à son tour des résultats mitigés en termes de réadaptation (Teasell et al., 2019).

Stratégies d'intervention

Selon Teasell et al. (2019), les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

→ **Déglutition**

L'utilisation de traitements permettant de rétablir la déglutition (par exemple, des exercices de la langue) ou de techniques compensatoires permettant une déglutition efficace et sans danger, avec réévaluation au besoin, devrait être envisagée dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie. Par exemple, des exercices de résistance pour la langue, la rétention du souffle et la déglutition volontaire. Parmi les techniques compensatoires pouvant être utilisées, on trouve les exercices d'amélioration de la posture, le rapport sensoriel avec un bolus, le contrôle volontaire, la modification de la texture et un programme rigoureux l'hygiène buccodentaire.



Les usagers chez qui la nutrition, la déshydratation, la dysphagie ou d'autres comorbidités ont des répercussions sur la nutrition sont source de préoccupations et devraient être orientés vers un nutritionniste (Teasell et al., 2019).

→ **Autonomie à l'alimentation**

Afin de réduire le risque de pneumonie, il faudrait non seulement permettre que les usagers se nourrissent eux-mêmes autant que possible, mais aussi les encourager à le faire.

→ **Les soins buccodentaires**

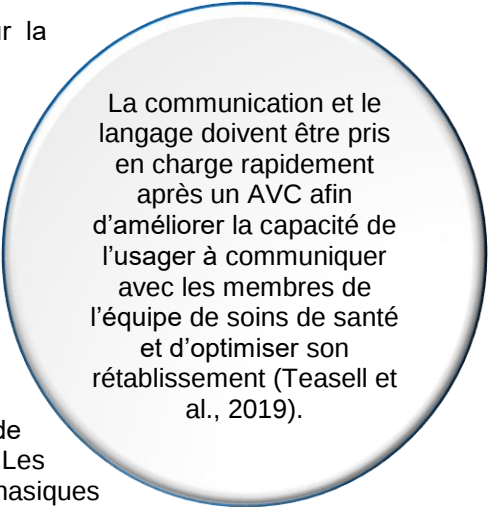
Les soins buccodentaires devraient être méticuleux et les usagers devraient être bien renseignés sur l'importance de maintenir une bonne hygiène buccodentaire afin de réduire davantage le risque de pneumonie.

Autres considérations

- Les **usagers**, les familles et les aidants devraient connaître les recommandations en matière de déglutition et d'alimentation (Teasell et al., 2019). Pour ce faire, des outils de communication peuvent être mis en place avec l'équipe de soins et les proches. Par exemple, le bilan fonctionnel placé au chevet de l'utilisateur ou remettre une feuille de recommandations écrites.

3.5.6. Communication

L'aphasie représente un important défi tant pour la personne ayant subi un AVC que pour son aidant. Entre 21 et 38 % des personnes ayant subi un AVC présentent une aphasie (Teasell et al., 2019). Ces difficultés peuvent avoir un impact important sur leur estime personnelle et leurs relations. L'aphasie est associée à une diminution générale de la réponse aux interventions de réadaptation après un AVC et à un risque accru de mortalité. De ce fait, l'orthophoniste évalue les déficits communicatifs et documente les effets de l'aphasie sur les activités fonctionnelles, la participation sociale, la qualité de vie, les relations, la vie professionnelle et les loisirs de l'utilisateur afin de prendre les mesures nécessaires pour y remédier. Les interventions orthophoniques pour les usagers aphasiques doivent être **précoces et intensives** (Teasell et al., 2019).



La communication et le langage doivent être pris en charge rapidement après un AVC afin d'améliorer la capacité de l'utilisateur à communiquer avec les membres de l'équipe de soins de santé et d'optimiser son rétablissement (Teasell et al., 2019).

Finalement, suite à un AVC de l'hémisphère droit (cérébralisés droits), des atteintes cognitivo-communicatives peuvent être présentes et avoir un impact sur la participation sociale (Mackenzie et al., 2008 dans Hewetson et al., 2017). Selon Hewetson et al. (2017), le développement d'outils de mesures valides qui tiennent compte du contexte environnemental de la personne avec des difficultés cognitivo-communicatives sera nécessaire afin de mieux prédire le niveau de participation sociale de la personne.

Modalités d'intervention

Selon Teasell et al. (2019) :

- Thérapie individuelle en orthophonie liée à des objectifs exprimés en habitudes de vie dans une perspective de pronostic de participation sociale;
- Programme d'exercices à réaliser de façon autonome (Stroke Engine, 2021);
- Thérapie en groupe;
- Ateliers de conversations en groupe : Ces groupes peuvent être animés par des bénévoles et des assistants qui ont reçu une formation à cette fin, sous la supervision d'un orthophoniste. Ce type de modalité peut s'actualiser au cours de la phase de réadaptation post-AVC et se poursuivre lors de la phase de réintégration et maintien dans la communauté si besoin.
 - Par exemple, le programme *Parlure*. Il s'agit d'ateliers qui visent l'amélioration de la communication fonctionnelle de la personne tout en favorisant la stimulation de ses habiletés langagières. Le programme *Parlure* a été créé par des chercheurs de l'Université Laval et des orthophonistes, en collaboration avec l'organisme communautaire *Artère* à Québec. Pour le contenu et la méthodologie de ces ateliers, se référer au site web suivant : <https://www.arterequebec.com/parlure>
 - Groupe de soutien et de formation à la communication pour les usagers et leur famille³¹. Ces groupes peuvent être accessibles dès le début de la phase de réadaptation post-AVC et se poursuivre lors de la phase de réintégration et maintien dans la communauté.

31. Les organismes communautaires peuvent développer ce type de modalité en collaboration avec les services spécialisés de réadaptation.

Selon Getz et al. (2016) dans Weidner et Lowman (2020) :

- La téléadaptation : Cette modalité permet à l'orthophoniste d'appliquer les interventions reconnues pour l'aphasie. Le type de téléadaptation prometteur est synchrone. Par exemple, la visioconférence.

Stratégies d'intervention

Teasell et al. (2019) ont mis en lumière les stratégies d'intervention afin d'améliorer la capacité à parler et à communiquer :

- La famille de l'utilisateur devrait être bien renseignée sur l'aphasie et recevoir du soutien ainsi qu'une formation en matière de technique de soutien à la communication;
- Les stratégies d'intervention qui visent l'amélioration des capacités langagières ou l'acquisition de stratégies compensatoires (incluant la formation des proches) peuvent comprendre :
 - La production ou la compréhension des mots, des phrases et du discours (incluant la lecture et l'écriture);
 - Les thérapies d'orthophonie par conduite induite (Teasell et al., 2019). Les séances de thérapie par contrainte induite permettent à l'utilisateur de se pratiquer à avoir une conversation avec autrui sans utiliser de gestes ou d'autres formes de communication non verbale, et ce, la plupart du temps (Stroke Engine, 2021).
 - Les exercices de conversation (thérapie conversationnelle avec un proche);
 - L'utilisation de stratégies non verbales, d'appareils fonctionnels et de technologies. Par exemple : (iPad, tablette électronique et autres traitements assistés par ordinateur, tableau alphabétique). Concernant l'utilisation des stratégies de communication alternative, il est important d'évaluer les usagers afin de s'assurer qu'ils en bénéficient au niveau de leur communication fonctionnelle.
 - Les techniques compensatoires de soutien à la conversation en intervention avec la personne aphasique et ses proches. Par exemple, gestes simples, images, écriture de mots clés et de phrases courtes, etc. (Kagan, 2017).



Le CISSS de la Montérégie-Ouest a développé une Trousse aphasie pour les personnes et intervenants du réseau de la Santé et Services sociaux. Cette trousse a été élaborée en collaboration avec un usager. Elle est disponible pour téléchargement sur l'intranet de l'établissement.

- Toute la documentation destinée à l'utilisateur devrait être dans un format convivial pour la personne aphasique (le matériel pédagogique devrait être disponible en format audio ou vidéo).

3.5.7. Perception visuelle

Les troubles de la perception visuelle sont fréquents chez les victimes d'AVC. La prévalence globale de la déficience visuelle peu de temps après un AVC est estimée à 65% (Teasell et al., 2019). Ces changements dans le traitement de l'information visuelle diminuent la capacité d'un usager à s'adapter aux exigences de la vie quotidienne et peuvent nuire à sa participation aux programmes de réadaptation et à sa qualité de vie. Parmi les troubles visuels les plus communs se trouve la négligence spatiale unilatérale, ce qui signifie une incapacité à porter attention aux gens et aux objets du côté qui a été affecté par l'AVC. La figure 2 illustre bien ce phénomène.

Chez les personnes dont l'hémisphère gauche est touché, l'apraxie des membres est plus fréquente, mais elle est parfois aussi observée chez celles dont l'hémisphère droit est touché. L'apraxie est l'incapacité d'accomplir des tâches qui exigent une séquence de mouvements. Même si l'apraxie s'améliore lorsque le rétablissement est rapide, jusqu'à 20 % des personnes ayant reçu un diagnostic initial continueront de présenter des problèmes persistants (Hébert et Teasell, 2015). Parmi les autres troubles liés à la perception visuelle on retrouve également les hallucinations visuelles, l'agnosie, soit la difficulté ou l'incapacité à reconnaître un objet, les troubles de mouvement de l'image pouvant causer une vision double (ou diplopie) et les troubles du schéma corporel. Un bon exemple de trouble du schéma corporel est la conscience réduite d'un côté du corps, communément appelée héminégligence corporelle.

Stratégies d'intervention

Plusieurs techniques d'intervention peuvent aider à améliorer les troubles de la perception visuels ou à en diminuer les impacts. Les traitements du syndrome de négligence comprennent (Teasell et al., 2019) :

- La technique de balayage visuel afin d'améliorer les troubles de la perception causés par la négligence;
- La thérapie par le miroir semble réduire la négligence. Également, elle peut être considérée comme une stratégie d'intervention pour traiter la négligence spatiale unilatérale. Lorsque cette stratégie est **combinée** avec l'activation des membres, elle semble être plus efficace que l'activation des membres seule pour diminuer la négligence;
- La réalité virtuelle ou les mesures d'intervention informatisées afin d'améliorer la perception visuelle et estomper le manque dans l'hémisphère droit.



Les usagers, les familles et les aidants devraient recevoir l'information nécessaire sur la négligence spatiale unilatérale ainsi que les recommandations d'interventions (Teasell et al., 2019).

L'apraxie des membres devrait être soignée en utilisant (Teasell et al., 2019) :

- L'apprentissage sans erreurs;
- L'entraînement au mouvement;
- L'entraînement stratégique graduel.

Autres considérations

Selon Teasell et al. (2019), on retrouve des preuves contradictoires dans la littérature scientifique concernant l'efficacité des **lunettes prismatiques** et du **cache-œil** afin de diminuer la négligence. Le jugement clinique et la prudence des professionnels sont recommandés quant à l'utilisation de ce type de stratégies. Également, ces auteurs ne sont pas en mesure de recommander ou de déconseiller l'activation des membres afin de diminuer la négligence due à un **manque de preuves scientifiques**.

3.5.8. Douleur centralisée

La douleur centralisée post-AVC est un trouble neurologique caractérisé par une douleur constante ou intermittente dans une partie du corps, souvent associée à des anomalies sensorielles comme une perte de sensation au niveau du visage, des bras ou des jambes. Une sensation de douleur ou d'inconfort peut être causée par un toucher léger ou même être ressentie sans stimulus. La douleur peut être aggravée par l'exposition à la chaleur ou au froid et par la détresse émotionnelle. La douleur centralisée peut avoir d'importantes répercussions sur la capacité d'une personne à réaliser ses activités quotidiennes, perturber son sommeil et réduire sa qualité de vie (Teasell et al., 2019). La douleur centralisée apparaît généralement dans les premiers mois suivants l'AVC.

Stratégies d'intervention

La douleur centralisée est l'un des types de douleur les plus difficiles à traiter. **Au niveau médical**, les antidépresseurs et les antiépileptiques sont utilisés le plus souvent pour le traitement de la douleur neuropathique, malgré le peu de données probantes quant à leur efficacité. Les usagers résistants à ces traitements de première et deuxième lignes pourraient recevoir des opioïdes ou du tramadol. La prudence s'impose, car les opioïdes comportent un risque élevé de dépendance. **De ce fait, une référence à une clinique médicale spécialisée permettra le suivi médical adéquat de cette condition délicate** (Teasell et al. 2019).



L'utilisation de médicaments ne constitue pas le seul traitement disponible pour cette problématique difficile à traiter. Selon Teasell et al. (2019), l'usager souffrant de douleur centralisée devrait avoir accès à une équipe interdisciplinaire, composée notamment de **professionnels de la santé spécialisés en santé mentale** et en prise en charge de la douleur centralisée. Cette équipe doit prévoir une stratégie de prise en charge de la douleur centralisée personnalisée et axée sur les besoins de l'usager.

Autres considérations

Lorsque l'usager se fait prescrire des médicaments, celui-ci, les membres de sa famille et les aidants devraient recevoir les informations sur le traitement de la douleur centralisée post-AVC, y compris la posologie, l'heure d'administration et les contre-indications des analgésiques. (Teasell et al., 2019).

3.5.9. Fatigue post-AVC

La fatigue post-AVC est généralement sous-diagnostiquée. Pourtant, la prévalence de la fatigue post-AVC est assez élevée et persiste souvent plusieurs années après l'AVC. La fatigue est une expérience émotionnelle, cognitive, motrice, perceptuelle et multidimensionnelle qui peut survenir suite à l'activité physique ou mentale. Elle peut être objective ou subjective. La fatigue objective est définie comme la diminution observable et mesurable de la performance qui survient lors de la répétition d'une tâche physique ou mentale, alors que la fatigue subjective consiste à ressentir rapidement de la fatigue, de la lassitude et une aversion à l'effort (Acciarresi et coll., 2014; Staub, 2001; Annoni, 2008; Lerdal, 2009; Eskes, 2011 dans Lanctôt et Swartz, 2019). La majorité des gens a déjà ressenti de la fatigue. Cependant, la fatigue ressentie suite à un AVC a des caractéristiques particulières qui sont énumérées au tableau suivant (Lanctôt et Swartz, 2019) :

La fatigue est une expérience émotionnelle, cognitive, motrice, perceptuelle et multidimensionnelle.
(Acciarresi et coll., 2014; Staub, 2001; Annoni, 2008; Lerdal, 2009; Eskes, 2011 dans Lanctôt et Swartz, 2019).

Tableau XXI
Caractéristiques de la fatigue post-AVC

Caractéristiques de la fatigue post-AVC (Lanctôt et Swartz, 2019)
• Fatigue/absence d'énergie disproportionnée pour exécuter les tâches de la vie quotidienne; • Besoin anormal de siestes ou de périodes de repos, ou de sommeil prolongé; • Être plus facilement fatigué par des activités qu'avant l'AVC; • Fatigue non prévisible ressentie sans raison apparente.

Bien sûr, devant un usager qui présente des signes de fatigue, il importe de vérifier la présence de comorbidités et de médicaments qui sont associés à la fatigue, à son aggravation ou les deux, incluant :

- Les signes de dépression ou les autres problèmes associés à l'humeur;
- Les troubles du sommeil ou facteurs qui réduisent la qualité du sommeil (ex. : apnée du sommeil, douleur, etc.);
- Les autres problèmes médicaux courants suite un AVC (p. ex la déshydratation, l'hypothyroïdie). (Lanctôt et Swartz, 2019).

Stratégies d'interventions

Lorsqu'un problème de fatigue est identifié chez un usager suite à un AVC, l'équipe interdisciplinaire peut accompagner l'utilisateur dans l'utilisation de plusieurs stratégies de gestion de la fatigue. Parmi celles-ci, on retrouve (Lanctôt et Swartz, 2019) :

- La mise en place d'exercices réguliers progressifs comportant des exigences physiques croissantes appropriées au niveau de tolérance de l'utilisateur, afin de prévenir le déconditionnement et d'améliorer la tolérance physique;

- Les stratégies de gestion de l'énergie visant à optimiser la fonction quotidienne dans les activités prioritaires (ex. : les routines quotidiennes et les tâches modifiées qui prévoient des besoins énergétiques et offrent un équilibre activité versus repos). Ces stratégies doivent être enseignées à l'usager, sa famille et les aidants. **Des exemples de stratégies sont disponibles au :**
 - <https://www.heartandstroke.ca>;
- L'apprentissage de comportements favorisant une bonne hygiène du sommeil;
- L'enseignement de la gestion du temps, de la planification des périodes de repos et d'un équilibre d'activités à l'usager, à la famille et aux proches. Cet enseignement doit également permettre à l'usager de communiquer clairement ses besoins en lien avec la gestion de son énergie aux personnes de son environnement. Par exemple, membres de l'équipe interdisciplinaires, famille, employeur, etc.

Stratégies d'intervention complémentaires

Selon Lanctôt et Swartz (2019), ces stratégies d'intervention peuvent être utilisées en **complément** à celles déjà énumérées, soit :

- Psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementale);
- L'utilisation de la pleine conscience afin de réduire le stress.

Autres considérations

Le traitement pharmacologique de la fatigue post-AVC peut être envisagé chez certaines personnes. Cependant, les **données probantes** sont **limitées** et d'autres recherches sont nécessaires (Lanctôt et Swartz, 2019). Pour tout questionnement en lien avec l'aspect pharmacologique du traitement de la fatigue post-AVC, **se référer à un médecin avec une expertise en la matière.**

3.5.10. Humeur

La dépression, l'anxiété et l'apathie sont des troubles et difficultés souvent rencontrés chez les victimes d'AVC. Environ un tiers des personnes victimes d'un AVC présentent des symptômes de dépression à un moment donné suivant un AVC (Lanctôt et Swartz, 2019). La dépression après un AVC est associée à un moins bon rétablissement fonctionnel, à un risque de dépendance accru, à une altération des fonctions cognitives, à une réduction de la participation sociale ainsi qu'à un risque accru de mortalité. Il est important de spécifier que tous les usagers ayant subi un AVC sont considérés à risque de dépression suite à celui-ci. L'épisode de dépression peut survenir à tout moment au cours du processus de réadaptation. Également, les familles et les proches des personnes qui ont subi un AVC sont également à risque de dépression (Lanctôt et Swartz, 2019).

A. Dépression post-AVC

Plusieurs facteurs de risque ont été associés à la dépression après un AVC. Les facteurs les plus courants sont énumérés au tableau ci-dessous (Lancôt et Swartz, 2019). Il est raisonnable de croire que les professionnels de la santé peuvent, dans une certaine mesure, influencer l'apparition de symptômes dépressifs en intervenant sur certains de ces facteurs de risque. Les facteurs de risque sont présentés au tableau ci-dessous.

Les usagers et leurs familles doivent avoir la possibilité de s'exprimer sur les conséquences de l'AVC sur leur vie (Lancôt et Swartz, 2019).

Tableau XXII
Facteurs de risque de dépression post-AVC

Facteurs de risque de dépression post-AVC (Lancôt et Swartz, 2019)
Facteurs de risque courants : • Antécédents de dépression; • Dépendance fonctionnelle accrue. Par exemple, avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne; • Sévérité de l'AVC; • Présence de déficits cognitifs. Facteurs de risque possibles : • Déficits de communication; • Isolement social.

Stratégies d'intervention

Selon Lancôt et Swartz (2019), les stratégies d'interventions se regroupent ainsi : **la gestion non pharmacologique et pharmacologique.**

Au niveau de la gestion non pharmacologique de la dépression, on retrouve les stratégies suivantes :

- La thérapie cognitivo-comportementale;
- La thérapie interpersonnelle.

Il est à noter que la psychothérapie peut être mise en place en combinaison avec la prescription d'antidépresseurs par le médecin.

Les usagers, la famille et les proches doivent recevoir de l'information et de l'enseignement sur l'impact possible de l'AVC sur leur humeur (Lancôt et Swartz, 2019).

La gestion pharmacologique de la dépression

Parmi la gestion **pharmacologique** de la dépression suite à un AVC on retrouve :

- Le « suivi attentif » pour les personnes qui ont subi un AVC et qui présentent des symptômes dépressifs légers, ou les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression mineure. Le suivi attentif est défini comme « une période au cours de laquelle la personne qui présente des symptômes dépressifs légers est surveillée étroitement sans autres interventions thérapeutiques afin de déterminer si ses symptômes dépressifs seront atténués. Dans la littérature, la période de suivi attentif varie entre 2 et 4 semaines. Elle est souvent décrite comme un moment où l'on suggère à la personne des stratégies d'autogestion et où elle doit être encouragée à pratiquer des activités physiques » (Lancôt et Swartz, 2019, p. 15.). Le **traitement pharmacologique** doit être envisagé en présence d'une dépression persistante ou lorsque celle-ci s'aggrave et nuit à l'atteinte des objectifs cliniques.
- L'essai d'antidépresseurs suite à un diagnostic de trouble dépressif.

Il est à noter que **l'utilisation régulière d'antidépresseurs prophylactiques** pour **toutes** les personnes qui ont subi un AVC n'est **pas recommandée**, étant donné que le rapport risque bénéfice n'a pas été clairement établi (Lancôt et Swartz, 2019).



Pour tout traitement pharmacologique, il est important que l'utilisateur consulte un médecin et que les membres de l'équipe interdisciplinaire collaborent avec celui-ci pour le suivi de l'intervention.

Pour obtenir des informations détaillées sur la pharmacologie pour le traitement de la dépression post-AVC et le suivi recommandé, se référer au lien internet suivant : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/l/humeur-cognition-et-fatigue-apres-un-avc/depression-apres-un-avc>

Finalement, en ce concerne la gestion non pharmacologique et pharmacologique de la dépression post-AVC, des séances d'informations et d'enseignement, auprès des usagers et leurs familles, doivent être mises en places. Celles-ci doivent porter sur le risque de rechute ou de récurrences des symptômes, sur l'importance du respect de la posologie des médicaments prescrits ainsi que l'importance de prendre contact avec leur médecin ou leur professionnel en santé mentale si recrudescence des signes de dépression.

Stratégies d'intervention complémentaires

D'autres stratégies de traitement complémentaires de la dépression après un AVC **commencent à émerger**. Elles pourraient être envisagées sur une base individuelle à la discrétion du professionnel de la santé traitant et en collaboration avec l'utilisateur. Ces stratégies comprennent (Lancôt et Swartz, 2019) :

- La musique;
- La pleine conscience;
- La technique d'entrevue motivationnelle.

Autres considérations

Selon Lanctôt et Swartz, (2019), la littérature fait mention de plusieurs autres approches de traitement de la dépression post-AVC. Celles-ci comprennent les exercices de respiration, la méditation, la visualisation, l'exercice physique, la stimulation transcrânienne répétée ou, dans le cas d'une dépression réfractaire grave, l'électrochoc ou la stimulation cérébrale profonde. Celles-ci ne se **retrouvent pas** dans les stratégies d'intervention recommandées du guide puisque les **données probantes ne sont pas suffisantes** pour les utiliser systématiquement et elles nécessitent d'autres recherches pour appuyer leur utilisation.

B. Anxiété post-AVC

Au-delà de la dépression, l'anxiété et l'apathie ont été signalées chez 20 % à 30 % des personnes qui ont subi un AVC, soit seule ou en combinaison avec un diagnostic de dépression après un AVC (Lanctôt et Swartz, 2019).

Stratégies d'intervention

Le traitement de l'anxiété consiste à (Lanctôt K.L. et Swartz R.H., 2019) :

- Thérapie de résolution de problèmes. Par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale;
- Pharmacothérapie : pour les personnes ayant subi un AVC qui souffrent d'une anxiété marquée accompagnée ou non de dépression clinique. La consultation auprès d'un médecin est recommandée.

Stratégies d'intervention complémentaires

Malgré la présence de données probantes limitées, Lanctôt et Swartz (2019) soulignent que la psychothérapie peut être envisagée comme stratégie complémentaire à l'approche pharmacologique.

C. Apathie post-AVC

L'apathie se manifeste par une perte de motivation, d'inquiétude, d'intérêt et de réaction émotionnelle, entraînant une perte d'initiative, une interaction diminuée avec l'environnement et un intérêt réduit à l'égard de la vie sociale. Elle coexiste souvent avec la dépression post-AVC ou elle peut être observée auprès d'usagers avec un AVC qui ne sont pas déprimés cliniquement. L'apathie peut avoir un impact négatif sur le processus de réadaptation post-AVC. (Lanctôt et Swartz, 2019).

Stratégies d'intervention

Selon Lanctôt et Swartz (2019), les interventions à envisager pour les personnes souffrant d'une apathie marquée accompagnée ou non de dépression clinique sont les suivantes :

- Approches non pharmacologiques comme l'activité physique ou la musicothérapie;
- Psychostimulants : ils ont été mis à l'essai, mais les **données probantes restent limitées**. La consultation auprès d'un médecin est recommandée.

3.5.11. Cognition

Les déficits cognitifs d'origine vasculaire comprennent les troubles cognitifs et du comportement allant des déficits cognitifs légers jusqu'à la démence franche, soit la forme la plus grave. Les déficits cognitifs d'origine vasculaire touchent jusqu'à 60 % des personnes ayant subi un AVC, et ils sont associés à un moins bon rétablissement et une fonction réduite dans les activités de la vie quotidienne.

Selon Lanctôt et Swartz, (2019), les capacités cognitives associées aux domaines des fonctions exécutives, de l'attention et de la mémoire semblent prédictives de l'état fonctionnel de l'usager lors de son congé.

Les personnes ayant subi un AVC doivent être évaluées au niveau de leurs forces et faiblesses cognitives au cours de leur réadaptation ou avant de reprendre des activités exigeantes sur le plan cognitif. Par exemple, la conduite automobile et le travail. Les déficits cognitifs augmentent la dépendance à long terme et sont associés à un taux de mortalité accru (Black, 2007 dans Lanctôt et Swartz, 2019). On retrouve les domaines cognitifs touchés suite à un AVC dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXIII
Domaines cognitifs touchés post-AVC

Domaines cognitifs touchés post-AVC (Lanctôt et Swartz, 2019)
Domaines cognitifs les plus fréquemment touchés : • Attention; • Vitesse de traitement; • Fonctions exécutives frontales comme : – la planification; – la prise de décisions; – le jugement; – la correction d'erreurs; – l'incapacité de poursuivre une tâche fixée ou de passer à une autre; – une déficience de la capacité de manipuler l'information (ex., mémoire de travail).
Autres domaines cognitifs pouvant être touchés : • Apprentissage; • Mémoire (mémoire immédiate, récente et de reconnaissance); • Langage (expression orale du langage, capacité de compréhension, dénomination, grammaire et syntaxe); • Habiletés visuoconstructives et perceptuelles; • Praxie; • Gnosie; • Schéma corporel; • Cognition sociale.

Selon Lanctôt et Swartz, (2019), les interventions visant la gestion des déficits cognitifs doivent être **personnalisées et tenir compte des capacités d'apprentissage de l'usager**. Par exemple, enseigner des tâches à l'aide de la démonstration, de l'instruction orale, d'un rythme lent et de répétitions, au besoin.

Également, elles ont pour **objectif à long terme de faciliter la participation sociale et la reprise des habitudes de vie significatives pour l'usager**. Par exemple, les soins personnels, la gestion financière et domestique, les loisirs, la conduite d'un véhicule et le retour au travail. Par contre, si les déficits sont sévères au point où la personne est incapable de vivre de façon autonome, les interventions devraient davantage être axées sur la formation et le soutien de l'aidant en plus ou en remplacement de la réadaptation cognitive de l'usager lui-même.



Les exercices aérobiques peuvent être considérés comme un traitement complémentaire des déficits cognitifs touchant l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives (Lanctôt et Swartz, 2019).

Finalement, le choix des interventions doit prendre en compte le profil clinique de l'usager. Les interventions qui peuvent être envisagées pour la réadaptation des personnes qui souffrent de déficits cognitifs d'origine vasculaire comprennent :

- Les stratégies compensatoires : enseignement de stratégies visant à prendre en charge les déficits et en ciblant les limitations liées aux activités afin de favoriser **l'autonomie de l'usager**. Elles peuvent inclure les changements de l'environnement physique ou social ou la modification des moyens utilisés pour exécuter une activité.
- La formation directe en mesure de correction ou en compétences cognitives : enseignement intensif et spécifique visant à améliorer directement le domaine cognitif atteint. Par exemple, des exercices d'entraînement et de pratique, des stratégies mnémoniques (ex. : acronymes, chansons), ou des outils informatiques visant certains déficits particuliers.

Lanctôt et Swartz (2019) mettent en lumière des interventions spécifiques en lien avec certains domaines cognitifs atteints :

- **Déficits de la mémoire :**
 - Mise en place de compensations associées à des stratégies externes (appareils et accessoires fonctionnels électroniques ou non);
 - Mise en place de compensations associées à des stratégies internes (stratégies de codage et de récupération, formation en autoefficacité et en apprentissage sans erreur);
 - Concernant la **mémoire de travail**, la formation en compétences informatiques est recommandée avec l'accompagnement d'un professionnel de la santé habileté en la matière.
- **Déficits des fonctions exécutives :** la formation en stratégies de résolution de problème ou en stratégie métacognitive est recommandée avec l'accompagnement d'un professionnel habileté en la matière.

Finalement, les auteurs recommandent la formation en stratégie interne afin de permettre à l'usager de développer des stratégies visant l'amélioration de la gestion d'objectifs, la résolution de problème, la gestion du temps et le raisonnement métacognitif (Lanctôt et Swartz, 2019).

Stratégies d'intervention complémentaires

- Selon Lanctôt et Swartz, (2019), il est recommandé de recommander un usager AVC atteint de déficits cognitifs à un professionnel de la santé mentale en présence d'un changement d'humeur ou de comportements lors du dépistage de la dépression.
- On peut envisager la pharmacothérapie chez les personnes victimes d'un AVC et atteintes de démence vasculaire ou de démence mixte. Ces personnes devraient être dirigées vers un professionnel ou une équipe possédant des **compétences en déficits cognitifs d'origine vasculaire, afin d'obtenir une évaluation supplémentaire et des recommandations sur la pharmacothérapie**. Les personnes atteintes de déficits cognitifs d'origine vasculaire après un AVC pourraient être susceptibles à des effets secondaires étant donné les comorbidités médicales fréquentes et l'utilisation concomitante de médicaments. C'est pourquoi la pertinence de l'introduction d'une médication doit être évaluée au cas par cas par un professionnel de la santé habileté en la matière (Lanctôt et Swartz, 2019).

Autres considérations

Selon Lanctôt et Swartz (2019), de nouvelles interventions cognitives pouvant être bénéfiques émergent dans la littérature, comme la stimulation magnétique transcrânienne répétitive ou à courant continu, l'utilisation d'environnements de réalité virtuelle, et l'application d'approches thérapeutiques par contrainte induite pour le domaine cognitif déficient. Ces stratégies nécessitent d'autres recherches avant que des recommandations puissent être élaborées sur leur utilisation. **De ce fait, ces interventions ne se retrouvent pas dans les stratégies d'intervention recommandées du guide.**

3.6. La mise en œuvre des interventions spécialisées en contexte RAIS

Les personnes qui ont subi un AVC et leur famille décrivent fréquemment la période qui suit la sortie de l'hôpital ou de l'URFI comme stressante et difficile, alors qu'ils s'adaptent à de nouvelles responsabilités et à des capacités fonctionnelles et cognitives potentiellement altérées. La participation à des responsabilités quotidiennes et à des activités significatives contribue à l'amélioration du sentiment général de bien-être et de satisfaction. Celles-ci s'étendent de la reprise de la conduite automobile au rétablissement des relations et de l'intimité, en passant par les loisirs et le travail.

Lors de cette réintégration communautaire, les usagers devraient avoir des objectifs d'intervention axés sur le rétablissement et le maintien des habiletés fonctionnelles. Les principales cibles d'intervention adressées durant cette phase sont énumérées au tableau suivant :

Tableau XXIV
Cibles d'intervention spécialisée en contexte RAIS

Cibles d'intervention spécialisée en contexte RAIS (Mountain et al., 2019)
• Conduite automobile • Travail • Loisirs • Sexualité

3.6.1. Conduite automobile

S'il est une préoccupation qui rallie la majorité des personnes ayant subi un AVC, c'est celle de la conduite automobile, source de fierté et symbole d'indépendance par excellence. La perte du permis de conduire est presque toujours un choc, et est même parfois perçue comme la perte d'un droit acquis, alors qu'il s'agit plutôt de la perte d'un privilège.

Les recommandations suivantes guideront les professionnels œuvrant auprès d'utilisateurs victimes d'AVC au niveau de la conduite automobile :

- L'utilisateur doit être avisé de ne pas conduire pendant **au moins** un mois après un AVC (Mountain et al. (2019);
- Selon la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), c'est le médecin qui détermine si l'utilisateur peut reprendre la conduite automobile avec ou sans condition;
- La personne ayant subi un AVC devrait être informée si la SAAQ a été mise au fait du changement de son état de santé pouvant avoir une incidence sur sa capacité de conduire. Pour ce faire, le médecin doit remplir le formulaire Rapport médical M-28. Ce formulaire est disponible ici : <https://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs/formulaires/>;
- La personne ayant subi un AVC devrait être questionnée sur son désir de reprendre la conduite automobile. Le cas échéant, un dépistage des capacités à conduire une automobile devrait être réalisé par un professionnel habilité à le faire (Mountain et al., 2019).



Dans le cas où l'utilisateur est inapte à conduire, le Code de la sécurité routière autorise certains professionnels de la santé à en informer la SAAQ en remplissant le formulaire Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier. Ce formulaire est disponible ici : <https://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs/formulaires/>

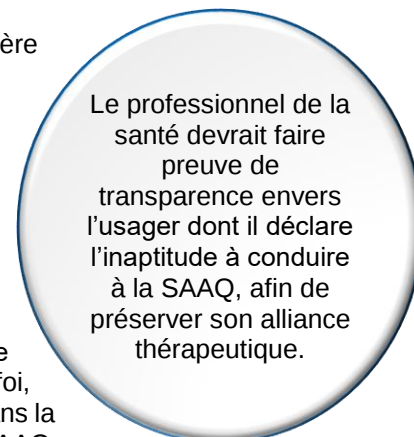
Le tableau ci-dessous dresse la liste des professionnels autorisés à faire cette déclaration à la SAAQ. Le professionnel qui remplit une telle déclaration devra le faire dans son champ d'exercices. Par exemple, l'optométriste notera une perte des champs visuels alors que le psychologue signalera une diminution du jugement ou des difficultés de lecture et de compréhension des symboles.

Tableau XXV
Professionnels autorisés à faire une déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier à la SAAQ

Professionnels autorisés à faire une déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier à la SAAQ
• Médecin • Optométriste • Ergothérapeute • Infirmière • Psychologue

Cette autorisation prévue au Code de sécurité routière protège les professionnels de la santé désignés d'un recours à leur endroit pour bris du secret professionnel. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2008) interprète plus largement la disposition du *Code de la sécurité routière* en l'étendant à l'**inaptitude appréhendée** du conducteur (au terme du **dépistage**), sans évaluation fonctionnelle complète de la capacité à conduire une automobile.

Cette déclaration n'est pas obligatoire et doit être exercée de façon objective et responsable, avec sérieux et bonne foi, selon les normes de pratique généralement reconnues dans la profession. Bien que la loi autorise la déclaration à la SAAQ avec ou sans le consentement de l'utilisateur, le professionnel devrait chercher à obtenir celui-ci et ne devrait pas agir à l'insu de l'utilisateur. La transparence est un bon moyen de préserver l'alliance thérapeutique. Le professionnel devrait notamment expliquer à l'utilisateur la nature de ses préoccupations, les démarches réalisées ou à venir, ainsi que les alternatives à explorer en cas de perte du permis de conduire.



Les professionnels de la santé qui ne sont pas nommés dans le tableau XXV **ne peuvent** pas signaler à la SAAQ leurs doutes par rapport à la capacité d'un individu à conduire un véhicule automobile, puisqu'ils sont tenus au secret professionnel. Toutefois, la prévention d'un acte de violence, ce qui inclut un accident automobile causé par un conducteur inapte, leur permet d'être relevés du secret professionnel. Leur déclaration n'étant pas admissible à la SAAQ, ils pourraient donc communiquer leurs préoccupations à l'un des professionnels de la santé nommés au tableau XXV afin que ce dernier fasse la déclaration à la SAAQ s'il le juge nécessaire.

Toutefois, seule la SAAQ peut prendre la décision de suspendre un permis de conduire. L'avis d'un ergothérapeute spécialisé en conduite automobile et d'un moniteur de conduite est régulièrement sollicité pour évaluer l'aptitude à conduire et donc soutenir la prise de décision de la SAAQ. Cette évaluation approfondie pourra être réalisée dans le cadre du *Programme conduite automobile et adaptation de véhicules* et aura pour objectif de détecter toute déficience fonctionnelle, sensorielle, perceptuelle, motrice ou cognitive pouvant affecter la conduite automobile. Une évaluation sur route pourra également être réalisée dans ce contexte.

Stratégies d'intervention

L'équipe soignante ne devrait pas limiter ses interventions au dépistage et à l'évaluation. Les interventions de réadaptation ou d'adaptation qui pourront être effectuées apparaissent ci-dessous.

Les usagers avec un bon pronostic fonctionnel concernant la reprise de la conduite automobile devraient se voir offrir :

- Des traitements de réadaptation appropriés pour corriger les problèmes fonctionnels, perceptuels et cognitifs et augmenter leurs chances de réussir.
- Un programme de formation, y compris sur simulateur, pour se préparer à reprendre le volant.
- Une adaptation du véhicule pour faciliter la conduite automobile, l'accès au véhicule et/ou le chargement d'une aide à la mobilité. Cette adaptation sera faite dans le cadre du Programme conduite automobile et adaptation de véhicules.
- Au besoin, soutenir l'utilisateur dans l'obtention d'une vignette de stationnement pour personnes handicapées. Les évaluateurs reconnus par la SAAQ apparaissent au tableau XXVI. La marche à suivre est détaillée au :
<https://saaq.gouv.qc.ca/personnes-mobilite-reduite/obtenir-vignette-stationnement/>

Pour ce qui est des personnes incapables de reprendre le volant, elles devraient se voir offrir :

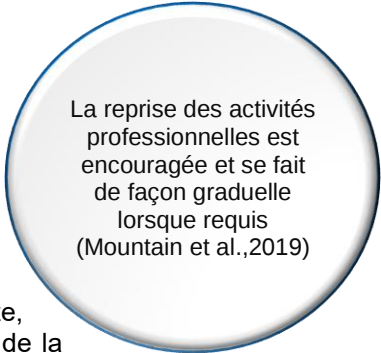
- Un soutien ou des conseils pour faire face à la perte de la capacité de conduire.
- Des solutions de rechange en matière de transport et l'assistance pour y avoir accès (p. ex. l'inscription à un service de transport adapté). Au tableau ci-dessous, on retrouve la liste des professionnels reconnus pour faire une demande de vignette de stationnement pour personnes handicapées.

Tableau XXVI
Évaluateurs reconnus par la SAAQ dans le cadre d'une demande
de vignette de stationnement pour personnes handicapées

Évaluateurs reconnus par la SAAQ dans le cadre d'une demande de vignette de stationnement pour personnes handicapées
• Éducateur spécialisé • Ergothérapeute • Infirmier • Médecin • Optométriste • Physiothérapeute
Note : Il est important de choisir le professionnel qui peut le mieux décrire la situation de handicap liée aux déplacements de l'utilisateur, en fonction de son champ d'exercices.

3.6.2. Reprise des activités professionnelles et occupationnelles (travail, école bénévolat)

Selon Edwards et al. (2018) les facteurs les plus souvent associés à la reprise des activités professionnelles chez les personnes âgées entre 18 et 64 ans sont le niveau élevé d'indépendance fonctionnelle dans les activités quotidiennes, les habiletés cognitives de la personne et le peu d'atteintes neurologiques suite à un AVC. Les facteurs suivants peuvent être également pris en compte afin de déterminer le pronostic de retour au travail soit le nombre d'années restantes avant la retraite, la dépression, l'histoire médicale et les tâches professionnelles de la personne avant l'AVC (Wang et al. 2014). Cependant, des projets de recherches supplémentaires seront nécessaires afin d'identifier l'ensemble des facteurs associés à la reprise des activités professionnelles suite à un AVC (Edward et al., 2018, Wang et al., 2014).



La reprise des activités professionnelles est encouragée et se fait de façon graduelle lorsque requis (Mountain et al., 2019)

Afin de bien cibler les besoins de l'utilisateur par rapport à la reprise de ses activités professionnelles, l'évaluation des champs d'intérêt professionnels ainsi que la capacité de la personne à reprendre ses responsabilités doivent **débuter rapidement** au cours de la **phase de réadaptation post-AVC** (Mountain et al., 2019). Par la suite, elle est révisée lors des transitions selon l'évolution de l'utilisateur. Dans certains cas, une **évaluation cognitive détaillée** menée par un neuropsychologue est recommandée. Les résultats obtenus lors de cette évaluation permettront la mise en place d'un plan de réintégration adapté aux besoins et capacités de la personne et permettront une meilleure planification professionnelle ou scolaire (Mountain et al., 2019).

Finalement, l'ensemble des interventions associées à la reprise des activités professionnelles vise à préciser l'adéquation entre les capacités de l'utilisateur et les tâches de travail. Plus précisément, il s'agit de développer les capacités de la personne, de cibler les stratégies compensatoires et le cas échéant, préciser les modalités d'adaptation afin de préserver le lien d'emploi.

Stratégies d'intervention

Selon Mountain et al., 2019 :

- Dès le début de la phase de réadaptation post-AVC, soutenir l'utilisateur dans la recherche d'informations sur ses droits, sur les avantages sociaux et sur les prestations à l'emploi qui s'adressent aux personnes ayant subi un AVC. L'intervenant peut guider l'utilisateur dans la recherche de ces informations auprès des assureurs et des employeurs.
- Offrir à l'utilisateur du soutien émotionnel à travers sa démarche de réintégration au travail (Intercollegiate Stroke Working Party, 2016).
- Les plans de réintégration professionnelle ou scolaire peuvent comprendre des interventions visant l'enseignement de stratégies compensatoires par rapport à certaines limitations fonctionnelles touchant la mobilité, les membres supérieurs et inférieurs ainsi que la gestion de la fatigue (Intercollegiate Stroke Working Party, 2016).
- Offrir de la supervision à l'utilisateur et assister celui-ci dans l'application des interventions favorisant son adaptation en milieu de travail (Intercollegiate Stroke Working Party, 2016).

- Collaborer étroitement avec les milieux de travail et scolaires dans l'élaboration des plans de réintégration professionnelle ou scolaire. Cette collaboration est nécessaire afin d'encourager l'engagement de ces milieux à appliquer les différentes recommandations permettant à l'utilisateur de vivre des succès lors de la reprise de ses tâches, dont le respect de son rythme de travail (Mountain et al., 2019).

3.6.3. Reprise des loisirs

Dans le cadre de la reprise des loisirs, l'équipe RAIS procède à l'évaluation multidimensionnelle de l'utilisateur en ce qui a trait à ses objectifs, à ses champs d'intérêt et à sa participation sociale avant et après l'AVC (Mountain et al., 2019).

Stratégies d'intervention

Selon Mountain et al., 2019 :

- Mettre en place des interventions thérapeutiques et des plans de participation personnalisés pour soutenir l'utilisateur dans la reprise de ses activités sociales lorsqu'il fait face à des difficultés.
- Fournir à l'utilisateur des informations sur les ressources communautaires ou l'accompagner vers des ressources communautaires pouvant répondre à ses besoins de nature physique, émotionnelle, intellectuelle, spirituelle tout en encourageant sa participation dans la communauté.

3.6.4. Relations et Sexualité

Puisque l'AVC peut avoir un impact sur les relations et la sexualité, l'utilisateur doit avoir la possibilité de discuter des enjeux reliés à l'intimité, à la sexualité et aux fonctions sexuelles avec un professionnel de la santé **qualifié** en qui il a confiance.

Les sujets suivants peuvent être abordés selon les besoins de l'utilisateur :

- la sécurité;
- les changements de la libido;
- les limitations physiques;
- les impacts émotionnels.

En fonction du besoin de l'utilisateur de discuter de ces sujets, ceux-ci peuvent être abordés au fur et mesure de sa réadaptation et de son intégration dans la communauté. Les informations transmises par les professionnels doivent être adaptées aux capacités de communication et cognitives de la personne (Mountain et al., 2019).

Stratégies d'intervention

Selon Mountain et al., 2019³² :

- Planifier des ateliers d'éducation avec l'utilisateur ou leur partenaire qui abordent les sujets suivants :
 - les changements entourant l'intimité et la sexualité;
 - les stratégies favorisant la fonction sexuelle;
 - les relations suite à un AVC.
- Référer l'utilisateur à un médecin en lien avec le traitement de la dysfonction sexuelle et l'utilisation de médicaments (indications et contre-indications).

En présence d'une dysfonction sexuelle persistante, référer l'utilisateur à un spécialiste de la santé sexuelle (Mountain et al., 2019)

3.7. Le soutien aux proches

Tout au long du continuum de services AVC, les proches d'un utilisateur ayant subi un AVC passent à travers différentes phases. Il est important de prendre en considération ces phases afin de bien intervenir auprès de ceux-ci. À titre indicatif, ces phases sont décrites brièvement dans le tableau ci-dessus :

Tableau XXVII
Phases de cheminement des proches d'un utilisateur ayant subi un AVC

Phases de cheminement des proches d'un utilisateur ayant subi un AVC (Cameron et al., 2008, 2013)		
Phase de cheminement d'un proche d'un utilisateur ayant subi un AVC	Phases du Continuum de services AVC	Activités associées aux phases du Continuum AVC
1. Annonce du diagnostic d'AVC Choc initial	→ Phase hyperaiguë	– Examens diagnostics – Traitements : thrombolyse, thrombectomie
2. Stabilisation	→ Phases aiguë et réadaptation post-AVC en services internes	– Évaluation multidimensionnelle des besoins – Plan d'intervention – Programme de réadaptation
3. Préparation	→ Phase de réadaptation post-AVC	– Discussions cliniques concernant l'orientation de l'utilisateur – Envoi de la demande de services – Références vers les services pouvant répondre aux besoins de l'utilisateur

32. Les interventions reliées à la sexualité et à l'intimité doivent être menées par un professionnel ayant des connaissances et une expertise en la matière.

Phases de cheminement des proches d'un usager ayant subi un AVC (Cameron et al., 2008, 2013)		
Phase de cheminement d'un proche d'un usager ayant subi un AVC	Phases du Continuum de services AVC	Activités associées aux phases du Continuum AVC
	→ Fin de la phase de réadaptation intensive à l'interne et début de la réadaptation intensive à l'externe avec retour à domicile → Fin de la réadaptation intensive à l'externe vers l'intégration et maintien dans la communauté	
4. Implantation	→ Phases de réadaptation post-AVC : Dans le cadre des services externes où l'utilisateur est de retour à domicile; → Phase de réintégration et maintien dans la communauté	– Intégration de l'utilisateur dans son milieu de vie – Reprise des activités socioprofessionnelles et de loisirs, – Changements au niveau des modalités des services – La responsabilité d'offrir des soins à l'utilisateur est plus importante pour la famille et les proches ou assumée principalement par la famille et les proches;
5. Adaptation	→ Phase d'intégration et de maintien dans la communauté	– Période de consolidation des acquis de l'utilisateur et des proches par rapport aux AVD-AVQ, reconnaissance des compétences des proches, émergence des besoins des proches en lien avec leur vie personnelle et l'évolution des besoins de l'utilisateur

Selon Cameron et al. 2013, les proches d'un usager ayant subi un AVC ont plusieurs préoccupations lors des phases de préparation et d'implantation. Ces phases sont associées aux phases de réadaptation post-AVC et intégration, maintien dans la communauté du continuum. Parmi leurs nombreuses préoccupations, nous retrouvons, le soutien disponible dans leur communauté et les signes à reconnaître en présence d'une détérioration de la condition physique et psychologique de l'utilisateur.

Également, les proches aimeraient recevoir des rétroactions des professionnels de réadaptation face à leurs habiletés à offrir des soins et à accompagner l'utilisateur dans ses routines quotidiennes. En effet, lors de la phase d'implantation, les proches nomment ne pas avoir reçu un nombre suffisant de séances d'enseignement pour accompagner leur proche lors d'un retour à domicile. De ce fait, les proches apprennent par essais et erreurs une fois que l'utilisateur réintègre son domicile.

Finalement, au cours des phases d'implantation et d'adaptation, les équipes cliniques observent que les proches vivent souvent un processus de deuil en lien avec les incapacités de l'utilisateur qui persisteront dans le temps.



Les phases de préparation et d'implantation sont celles où les proches nomment avoir le plus de besoins puisque l'utilisateur **réintègre son domicile**. Ces besoins sont encore plus prononcés lorsque l'utilisateur a des mesures de soutien importantes aux niveaux physique, cognitif et des habiletés de communication (Cameron et al., 2013).

Dans le tableau **XXVIII**, diverses modalités d'interventions sont proposées afin de mieux accompagner les proches lors des phases de réadaptation post-AVC et intégration et maintien dans la communauté du continuum de services AVC.

Tableau XXVIII
Modalités de soutien pour les proches de la personne ayant subi un AVC

Modalités de soutien pour les proches de la personne ayant subi un AVC Phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté
• Impliquer les proches lors des rencontres de suivis de l'utilisateur, des séances de réadaptation et des rencontres de PI (Kokorelias et al., 2019). Cela implique de permettre une grande participation des proches aux différentes activités cliniques (coaching, PI, recherche d'organismes communautaires, etc.) lorsque l'utilisateur s'apprête à réintégrer son domicile et reprendre ses activités dans la communauté (Cameron et al., 2013). • Lors des rencontres de suivis et des séances de réadaptation, s'assurer d'utiliser un langage clair tout en s'adaptant au niveau de compréhension des proches. Évitez d'utiliser des acronymes et des termes médicaux (Cameron et al., 2013). • Selon les besoins et le contexte clinique, planifier des visites à domicile afin d'offrir des séances d'enseignement par rapport aux activités de la vie quotidienne et aux soins à offrir. Par exemple, comment faire un transfert au bain (Cameron et al., 2008). En considérant la réalité des proches, ces rencontres devraient être disponibles 7 jours sur 7 (Cameron et al., 2013). • Planifier des rencontres de suivi par téléphone ou par téléadaptation afin de permettre aux proches de partager leurs préoccupations et répondre à leurs questions par rapport à leur vécu quotidien (Cameron et al., 2008). • Offrir des rétroactions par rapport aux habiletés de soutien démontrées par les proches à la suite des séances d'enseignement ou d'observations des professionnels (Cameron et al., 2008). Transmettre de l'information verbale accompagnée d'un document écrit afin de permettre aux proches de s'y référer si questions et préoccupations entre les rencontres de suivi (Cameron et al., 2013). • Transmettre de l'information écrite aux proches concernant : – Les ressources communautaires disponibles. Par exemple, remettre un bottin de ressources lorsque pertinent (Mountain et al., 2019, Cameron et al., 2013). – Les impacts de l'AVC sur la vie quotidienne, les rôles socioprofessionnels de l'utilisateur ainsi que sur la prévention secondaire (Mountain et al., 2019).

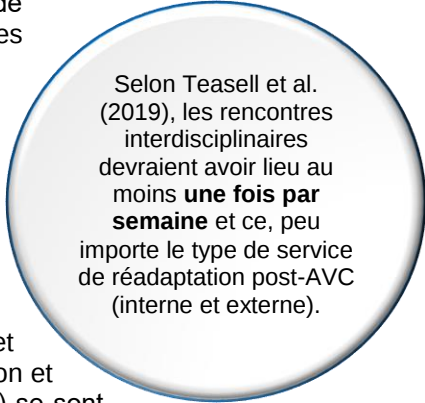
- Encourager les proches à développer leur réseau de soutien. Par exemple, pair aidant, amis, famille, etc (Cameron et al., 2013).

Toutes ces modalités visent à préparer le mieux possible les proches par rapport au soutien qu'ils devront offrir à l'utilisateur ayant subi un AVC. En préparant et en soutenant les proches, au regard de leur nouveau rôle, les équipes de réadaptation post-AVC et de RAIS contribuent à réduire le stress vécu et les impacts négatifs sur leur santé physique et psychologique. De ce fait, les interventions axées sur les besoins des proches consolident la réussite du programme de réadaptation et le maintien de l'utilisateur dans son milieu de vie (Cameron et al., 2008).

3.8. Le suivi de l'évolution des usagers : les rencontres interdisciplinaires

L'interdisciplinarité est une approche favorisée en phase de réadaptation post-AVC. Cette recommandation concerne les services spécialisés internes et externes de réadaptation fonctionnelle intensive (MSSS, 2017). Les rencontres interdisciplinaires permettent de « cerner les besoins de réadaptation continus ou émergents, de fixer des objectifs, de surveiller les progrès et de planifier la sortie des usagers de l'unité. Les plans de réadaptation personnalisés devraient être régulièrement mis à jour en fonction de l'évolution de l'état du patient » (Teasell et al., 2019, p. 22).

L'interdisciplinarité est un modèle de service préconisé depuis des années en réponse à des conditions de santé complexes et chroniques. (Department of Health, 1998, Merrison, 1979 dans Tyson et al., 2014). C'est à partir de cette prémisse que Tyson et al., (2014) se sont intéressées à l'impact de ce modèle sur les services de réadaptation post-AVC.



Selon Teasell et al. (2019), les rencontres interdisciplinaires devraient avoir lieu au moins **une fois par semaine** et ce, peu importe le type de service de réadaptation post-AVC (interne et externe).

Au cours de leurs travaux de recherche, Tyson et al., (2014) ont fait ressortir les caractéristiques suivantes concernant le travail interdisciplinaire dans les équipes de réadaptation post-AVC :

- Le travail interdisciplinaire est complexe et demande aux différents professionnels de trouver un équilibre entre leur charge de cas, la gestion de leur temps tout en adhérant à une **approche centrée sur les usagers et la collaboration interprofessionnelle**.
- La forme que peut prendre une rencontre interdisciplinaire est variable. Les chercheurs ont été exposés à différents styles d'animation et divers climats d'équipe.
- Les caractéristiques d'une rencontre interdisciplinaire efficace sont les suivantes :
 - Présence d'un ordre du jour;
 - Informations cliniques bien organisées;
 - Utilisation d'outils de mesures standardisés dans le processus d'évaluation d'utilisateur (partage d'informations cliniques objectives);
 - Chaque professionnel se prépare à la rencontre en lien avec son rôle auprès de l'utilisateur;
 - L'animateur possède les habiletés nécessaires à cette fonction.

Afin de soutenir la pratique interdisciplinaire auprès des usagers recevant des services de réadaptation post-AVC (interne et externe), un aide-mémoire clinique est proposé. Cet aide-mémoire est une adaptation du modèle de Tyson, Burton et McGovern, (2015) suite à leurs travaux de recherche. Il est disponible à l'annexe I.

3.8.1. Les rencontres interdisciplinaires en contexte d'adaptation et d'intégration sociale (RAIS)

Le MSSS (2017) recommande l'élaboration d'un PII pour les usagers recevant des soins de réadaptation spécialisés axés sur l'intégration sociale. Dans un souci de cohérence et de continuité avec l'implantation des meilleures pratiques, le travail interdisciplinaire devrait être maintenu en accord avec les besoins de l'utilisateur.

La fréquence des rencontres de suivi devrait être adaptée aux besoins et à l'intensité des services rendus au cours de la phase de réintégration et de maintien dans la communauté. L'équipe RAIS peut s'inspirer de l'aide-mémoire disponible à l'annexe I pour planifier le déroulement des rencontres de suivi avec l'utilisateur et sa famille.

3.9. Les activités cliniques liées à la fermeture de l'épisode de service spécialisé (réadaptation post-AVC et RAIS)

En accord avec le processus clinique de la DPD, l'équipe de réadaptation spécialisée doit s'assurer de faciliter la transition de l'utilisateur et de ses proches vers son milieu de vie antérieur ainsi que la reprise de ses rôles sociaux et professionnels. Pour ce faire, diverses activités cliniques peuvent être nécessaires afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur et la mise en place de mesures permettant à celui-ci de poursuivre son évolution dans la communauté tout en prévenant le risque de récidives suite à la fermeture de l'épisode de services spécialisé (Mountain et al, 2019). Les activités cliniques recommandées sont décrites au cours des prochains paragraphes.

3.9.1. Animer et élaborer le plan d'intervention final

Lorsque l'équipe de **réadaptation post-AVC** évalue, en collaboration l'utilisateur et ses proches, que celui-ci a atteint ses objectifs de réadaptation intensive, un plan d'intervention final est élaboré (MSSS, 2017). Cette activité clinique détermine la fin de services de réadaptation post-AVC et signifie, généralement, une augmentation marquée des interventions spécialisées et de première ligne associée à la phase d'intégration et maintien dans la communauté. L'élaboration du plan d'intervention final contribue à l'atteinte des objectifs suivants (Mountain et al., 2019, MSSS, 2017) :

- Préciser les pronostics fonctionnels associés à la pleine réalisation des habitudes de vie et à la réintégration sociale et professionnelle;
- Assurer la continuité des services de l'utilisateur nécessaires à la reprise de ses rôles socioprofessionnels, dont l'accès aux services communautaires de sa région;
- Assurer la sécurité de l'utilisateur;
- Prévenir les risques de récidives de l'AVC (prévention secondaire);
- Si les besoins de l'utilisateur requièrent une relance (suivi 3-6 mois post-AVC) au niveau de certains services spécialisés et de suivis à long terme, ceux-ci sont précisés dans le PII final incluant les dates de relance et les partenaires impliqués;
- Orienter l'utilisateur rapidement vers des ressources alternatives ou un Centre d'hébergement de longue durée (CHSLD) lorsqu'un retour dans le milieu de vie antérieur de l'utilisateur n'est pas sécuritaire.



À la fin de l'épisode de services RAIS, un plan d'intervention final est également élaboré en accord avec le processus clinique de la DPD (se référer à la section **5.8 Fermeture de l'épisode, recommandations et orientation** du Guide processus clinique DPD).

3.9.2. Autogestion de la maladie

À la fin de l'épisode spécialisée de **réadaptation post-AVC**, l'utilisateur et les proches devraient savoir où s'adresser en présence d'une détérioration significative de l'état de santé ou de l'état fonctionnel. Également, ils devraient connaître les ressources disponibles dans la communauté et comment y accéder (MSSS, 2017). Afin de faciliter la rétention de ces informations chez l'utilisateur et ses proches, le formulaire clinique *CLI-60302- Bilan des services de réadaptation post-AVC* (disponible sur intranet) a été élaboré. Avec le consentement de l'utilisateur, ce formulaire peut également être remis aux partenaires de la communauté qui soutiennent l'utilisateur et leur proche suite à la fermeture de l'épisode de services spécialisés. Par exemple, médecin de famille, intervenant pivot du Soutien à domicile (SAD). Ce bilan est remis à l'utilisateur et à ses proches suite à l'élaboration du PI final.

Afin de permettre à l'utilisateur et ses proches une meilleure autodétermination dans la gestion des conséquences de l'AVC, des stratégies sont mises en place tout au long de la période de réadaptation post-AVC et des services spécialisés RAIS (**voir section 3**). Ces stratégies sont enseignées à l'utilisateur lors des séances de thérapie à l'interne, à l'externe, à domicile ou par téléadaptation. Lors de ces séances, la présence des proches est encouragée et nécessaire à la poursuite de l'évolution de l'utilisateur dans la communauté. Vers la fin de l'épisode de services spécialisés en réadaptation post-AVC et RAIS, des visites à domicile ou des rencontres de suivis supplémentaires par téléadaptation peuvent s'avérer nécessaires afin de mieux prévoir les obstacles lors de la transition menant à la fermeture des services spécialisés (Mountain et al., 2019, MSSS, 2017).

3.9.3. Planification des services dans la communauté

Selon les meilleures pratiques sur la gestion des conséquences de l'AVC et de la prévention de la récurrence, plusieurs services ont été développés dans la communauté pour répondre aux besoins des usagers et des proches. Par exemple, les services médicaux (GMF, cliniques médicales), les activités de maintien et la généralisation des acquis, les services professionnels et techniques, le soutien à domicile, les groupes de soutien pour l'utilisateur et les proches, les activités de jour pour personne en perte d'autonomie (MSSS, 2017).

L'équipe de réadaptation spécialisée favorise l'accès aux différents services communautaires dans leur région en leur fournissant les informations pertinentes. Il peut également être nécessaire pour l'équipe traitante de mettre les usagers et les proches en communication avec les organismes offrant les services, dont les services de première ligne. Ces démarches peuvent avoir lieu tout au long des services de réadaptation post-AVC et RAIS et se **consolider lors de l'élaboration du PI final**.

Voici des exemples de services communautaires existants au niveau de la généralisation et de la consolidation des acquis. Ces services sont recommandés par la Fondation des maladies du Cœur de l'AVC.

Programme d'éducation et de soutien « La vie après un AVC »

Selon la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2020), ce programme s'adresse aux personnes ayant subi un AVC et leur proche lorsque ceux-ci ont complété leur programme de réadaptation et vivent dans la communauté. Ce programme est décrit de la façon suivante :

« Ce programme de six à huit semaines vous permet de reprendre confiance afin de surmonter les défis associés à la vie après un AVC et de rencontrer d'autres personnes dans la même situation. Un professionnel de la santé, des pairs formés, ou les deux animent ces rencontres, lesquelles sont très interactives, axées sur le développement de compétences, le partage des expériences et le soutien » (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Le programme la vie avec un AVC. [Consulté en ligne le 3 mars 2021]).

Les thèmes abordés sont les suivants :

1. Changements physiques et défis
2. Déglutition et nutrition
3. Cognition, perception et communication
4. Émotions : accent sur la dépression
5. Activités et relations
6. Réduire les risques d'AVC
7. Reprendre votre vie en main après un AVC

Ce programme est offert en Montérégie par l'Association des Traumatisés Cranio-Cérébraux de la Montérégie (<https://atccmonteregie.qc.ca>).

Groupes d'exercices supervisés dans la communauté

À lumière des données probantes disponibles, il est reconnu que les programmes d'exercices offerts dans la communauté ont des impacts positifs sur la santé physique et l'amélioration des capacités fonctionnelles de la personne ayant subi un AVC (Richardson et al., 2018). De ce fait, les personnes ayant subi un AVC devraient être encouragées à participer à un programme d'exercices réguliers. Si la personne présente un haut risque de chute, certaines comorbidités (troubles cardiaques) pouvant amener des complications, elle peut s'inscrire à un groupe d'exercices, mais avec surveillance médicale (Wein et al., 2017).

Au Canada, certains programmes ont fait l'objet de projets de recherche afin de recueillir des données sur leur efficacité. Par exemple :

1. *Together In Movement and Exercise (TIME)*
2. *Fit For Function*
3. *Fitness and Mobility exercise program (FAME)*

Les professionnels de réadaptation post-AVC et les organismes communautaires intéressés à en connaître davantage sur ces programmes afin de poursuivre le développement de leur offre de services peuvent se référer au site web suivant : <https://www.heartandstroke.ca/stroke/recovery-and-support/stroke-care/rehabilitation/community-exercise-programs>. Il est à noter que ces programmes sont disponibles en langue anglaise et qu'un processus de traduction pourrait s'avérer nécessaire.

3.9.4. Planifier la relance et les suivis à plus long terme

Selon le MSSS (2017), la planification d'une relance et de certains suivis s'avère nécessaire en lien avec les problématiques découlant de l'AVC. Il s'agit d'une **réévaluation planifiée par les services spécialisés de réadaptation post-AVC** pour les usagers dont c'est pertinent en fonction du jugement clinique de l'équipe. Il s'agit de cibler les zones de vigilance ayant le plus d'impacts sur la l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie de l'utilisateur et dont il est possible d'intervenir selon les meilleures pratiques (Wein, 2019). Afin de planifier la relance et les suivis à plus long terme, il est recommandé de planifier cette relance lors de l'élaboration du **PI final**. Lors de la relance, le professionnel désigné peut utiliser le formulaire « la liste post-AVC » afin de le guider dans l'identification des zones de vigilance et orienter l'utilisateur vers les bons services.

Le formulaire est disponible pour téléchargement à l'adresse suivante :

<https://www.heartandstroke.ca>

4. Rôles et responsabilités

Tout au long des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté (RAIS), nous retrouvons une équipe interdisciplinaire composée de médecins et d'intervenants issus de différentes disciplines en fonction des besoins de l'usager et de la nature des services (URFI, CPA, service de réadaptation en externe). Parmi les titres d'emplois composant l'équipe interdisciplinaire, nous retrouvons :

- Éducateur spécialisé
- Ergothérapeute
- Infirmière auxiliaire
- Infirmière
- Kinésiologue
- Orthésiste
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Préposé aux bénéficiaires
- Préposé aux ergothérapeutes-physiothérapeutes
- Psychologue
- Neuropsychologue
- Nutritionniste
- Thérapeute en réadaptation physique ou Technologue en réadaptation physique
- Travailleur social
- Médecin et médecin spécialiste

Les intervenants et les médecins travaillent en conformité avec leurs champs d'exercices et leurs activités réservées dans le cadre de leur prestation de services à l'usager et ses proches. Ceci s'inscrit également en cohérence avec le guide Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences.

Intervenant pivot

Conformément au guide Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences et au Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral - Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté 2016-2018 (MSSS, 2017), l'intervenant pivot « offre le soutien nécessaire à l'usager afin qu'il puisse s'orienter dans la trajectoire globale qui lui est assignée » (MSSS, 2017, p.33).

La fonction de l'intervenant pivot est occupée par l'intervenant le mieux placé pour le faire en regard à la situation de l'usager, peu importe son champ d'exercices. Son rôle consiste à assurer un parcours de service fluide à travers les divers points de transitions lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté (RAIS). Il coordonne l'élaboration, le suivi et la révision du plan d'intervention (MSSS, 2017).

Le professionnel assurant le soutien clinique

Ce professionnel assure le soutien clinique auprès des intervenants des phases de réadaptation post-AVC et réintégration et maintien dans la communauté (RAIS). Ses actions visent le respect du processus clinique et l'application des meilleures pratiques en AVC de façon à promouvoir la sécurité et la qualité des services offerts aux usagers, dont l'interdisciplinarité.

Le professionnel assurant le soutien clinique est aussi responsable de recevoir, d'analyser et d'orienter la demande de service selon les critères d'admissibilité au programme. Il s'assure que les dossiers soient orientés en fonction des besoins de la clientèle, en cohérence avec les champs d'exercices des professionnels ainsi qu'en conformité avec les activités réservées du Code des professions.

Gestionnaires

Les gestionnaires, soient les chefs de programme et les coordonnateurs de programme, exercent des fonctions de gestion des ressources et des activités nécessaires à l'actualisation du processus clinique et du programme.



Tous les intervenants œuvrant dans le programme AVC offrent des services selon les meilleures pratiques reconnues en AVC et en conformité avec le processus clinique des services spécialisés à la DPD. Se référer au Guide explicatif Processus clinique de services spécialisés de la DPD (Gui-10226).

5. Ressources nécessaires

5.1. Activités de développement des compétences

Les **profils de compétences**³³ précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenants dans l'exercice de leurs fonctions. Les profils de compétences comprennent les compétences de fonction liées au titre d'emploi ainsi que des compétences générales et spécifiques liées au programme.

Pour ce qui est des **compétences générales** attendues pour l'ensemble des intervenants œuvrant au sein de la DPD, se référer au guide *Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences*.

Pour ce qui est des **compétences spécifiques attendues liées au programme AVC**, celles-ci s'adressent à tous les intervenants du programme afin de favoriser son application. Ces compétences ont été regroupées selon deux thématiques présentées au tableau suivant :

Tableau XXIX
Compétences spécifiques attendues liées au programme AVC

Compétences spécifiques attendues liées au programme AVC
1. Connaissances
• Connaître le Continuum de services AVC dont les différentes phases, les partenaires impliqués ainsi que leur mission. • Connaître les caractéristiques et les besoins de la clientèle desservie par le programme AVC. Parmi les connaissances à développer, nous retrouvons les conséquences de l'aphasie sur les capacités fonctionnelles de la personne et les troubles de communication pouvant survenir suite à un AVC (dysarthrie, apraxie verbale et déficits cognitifs).
2. Savoir-faire et savoir-être
• Travailler en interdisciplinarité, en respectant les champs d'exercices ainsi que les activités réservées de chacun des professionnels de l'équipe. • Animer un plan d'intervention interdisciplinaire. • Effectuer une analyse multidimensionnelle des besoins de l'utilisateur en mettant en lumière les situations de handicap et en s'arrimant avec les meilleures pratiques sur lesquelles est bâti le programme AVC-phases de réadaptation post-AVC et réintégration et maintien dans la communauté. • Utiliser les outils pertinents à l'évaluation des besoins de la clientèle. • Appliquer les meilleures stratégies pour la mise en place de séances de téléadaptation efficaces et efficientes en AVC. • Appliquer les stratégies pour favoriser la communication des personnes aphasiques, dont les techniques compensatoires de soutien à la conversation. Par exemple, la formation <i>Supported Conversation for Adults With Aphasia</i> (SCA) permet de former l'équipe multidisciplinaire et les proches des personnes aphasiques quant à l'approche de communication assistée ou multimodale. • Appliquer des stratégies d'interventions reconnues en lien avec les cibles de réadaptation post-AVC et les cibles d'intervention en contexte RAIS.

33. Des profils de compétence ont été élaborés pour chacun des titres d'emploi de la catégorie 4 du CISSS de la Montérégie-Ouest, ils se trouvent sur l'intranet de l'organisation.

Compétences spécifiques attendues liées au programme AVC

- Appliquer les stratégies d'intervention reconnues auprès des proches d'un usager ayant subi un AVC
- Assurer les déplacements et la mobilisation des usagers de façon sécuritaire pour lui-même et pour les membres de l'équipe interdisciplinaire. Une attention particulière doit être donnée aux façons de faire auprès des usagers présentant une hémiparésie.
- Utiliser adéquatement les équipements spécialisés auprès des usagers ayant subi un AVC en tenant compte de l'environnement.
- Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises.

Des activités de développement des compétences pourront être déployées en lien avec les compétences spécifiques attendues liées au programme AVC. Ces activités sont échelonnées dans le temps et selon les priorités et les besoins de la direction. Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins et la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement.

Les activités de développement des compétences pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsules cliniques, activité d'appropriation, formation, groupe de codéveloppement, communauté de pratique, etc.).

5.2. Planification de l'évaluation

5.2.1. 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 des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté du continuum AVC en fonction des variables suivantes :

- Implantation de la trajectoire de services de l'utilisateur lors des phases de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté;
- Identification des activités cliniques nécessaires à l'implantation de la trajectoire de services lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté en accord avec les meilleures pratiques;
- Précisions des rôles et des responsabilités des professionnels et des gestionnaires à l'intérieur de la trajectoire de services lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté;
- Identification des activités de développement de compétences prioritaires et complémentaires à l'implantation des bonnes pratiques dans les phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté.



Il est à noter que le plan d'évaluation sera élaboré en fonction des priorités établies par l'établissement lors de l'implantation des recommandations du présent guide.

5.2.2. Indicateurs de suivi

Tableau XXX
Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration,
maintien dans la communauté

Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté		
Variables	Indicateurs	Fréquences de mesure
Implantation de la trajectoire de services de l'utilisateur lors des phases de réadaptation post-AVC et de réintégration, maintien dans la communauté	→ Proportion des usagers dont le délai entre le congé des soins aigus et la première intervention dans un service interne de réadaptation (URFI) est égal ou inférieur à 48 h	– 1 fois par mois (1 fois par période financière)
	→ Proportion des usagers dont le délai entre le congé des soins aigus et la première intervention dans un service CPA de réadaptation est égal ou inférieur à 48 h	– 1 fois par mois (1 fois par période financière)
	→ Proportion des usagers dont le délai entre le congé des soins aigus et la première intervention dans un service externe de réadaptation est égal ou inférieur à 48 h	– 1 fois par mois (1 fois par période financière)
	→ Proportion des usagers dont le délai entre la fin de l'épisode de réadaptation en URFI et le début de l'épisode de réadaptation en externe est égal ou inférieur à 48 h	– 1 fois par mois (1 fois par période financière)

Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté		
Variables	Indicateurs	Fréquences de mesure
	→ Proportion des usagers qui reçoivent l'intensité des services requis en réadaptation intensive soit 3 heures/jour, 5 jours/semaine	– La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial
	→ Durée moyenne de séjour en réadaptation post-AVC fonction du profil AVC – Profil AVC modéré : 6 à 8 semaines – Profil AVC sévère : 10 à 12 semaines	– La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial
	→ Proportion des usagers ayant reçu des services du SAD au cours de la réadaptation post-AVC	– La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial
	→ Proportion des usagers ayant reçu des services du SAD au cours de la phase de réintégration et maintien dans la communauté	– La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial
	→ Proportion des personnes ayant été réévaluées dans un délai maximal de 6 mois post-AVC en suivi externe	– La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial

Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté		
Variables	Indicateurs	Fréquences de mesure
Identification des activités cliniques nécessaires à l'implantation de la trajectoire de services lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté en accord avec les meilleures pratiques	→ Les outils cliniques recommandés ou choisis à partir de la trousse d'outils cliniques du MSSS sont disponibles pour les professionnels de la réadaptation post-AVC et de la réintégration, maintien dans la communauté	Pour tous les indicateurs : – La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial
	→ Proportion des usagers évalués à l'aide du SMAF dans les 72h à la suite de l'admission ou de l'inscription aux services de réadaptation post-AVC	
	→ Proportion des dossiers comprenant une évaluation de la participation sociale à l'étape de la réintégration sociale et communautaire pour les usagers dont une telle évaluation s'est avérée pertinente	
	→ Proportion des dossiers qui contiennent un formulaire de PI complété	
	→ Proportion des PII réalisés en présence de la personne ayant subi un AVC ou d'un proche ou de sa famille	

Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté		
Variables	Indicateurs	Fréquences de mesure
	→ Proportion des dossiers contenant une indication de la participation d'un intervenant du SAD lors du PII initial ou révisé, pour les personnes chez qui un retour au domicile ou en ressource intermédiaire est envisagé	
	→ Présence de modalités de services mixtes afin de répondre à la diversité des besoins en réadaptation post-AVC (interventions individuelles, intervention de groupe, téléadaptation)	
	→ Mise en place de modalités de téléadaptation	
	→ Proportion des dossiers indiquant des interventions relatives aux aides techniques et aux équipements, aux informations transmises à la personne, à ses proches et à sa famille pour qu'ils aient une bonne compréhension de la situation et aux interventions de formation réalisées auprès de la personne, de ses proches et de sa famille	
	→ Proportion des dossiers où le suivi de l'intervention se fait en interdisciplinarité dès le début des services	

Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté		
Variables	Indicateurs	Fréquences de mesure
	→ Proportion des dossiers qui contiennent un formulaire de PI final complété	
	→ Proportion des dossiers qui contiennent un PI final où une date de relance est indiquée	
	→ Proportion des dossiers où les professionnels ont fait des interventions à domicile afin de favoriser la généralisation des apprentissages dans son milieu de vie	
	→ Proportion des dossiers contenant une spécification de l'envoi de la note de congé et des informations pertinentes aux cliniciens impliqués en première ligne	
	→ Disponibilité du programme <i>La vie après un AVC</i> sur le territoire	
	→ Proportion des dossiers où les usagers et les proches sont informés des ressources disponibles dans leur communauté (services de santé, groupe d'exercices, groupe de soutien) et de la façon dont ils peuvent y accéder	

Indicateurs de suivi, phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté		
Variables	Indicateurs	Fréquences de mesure
	→ Existence d'un répertoire de ressources nationales et régionales qui s'adressent spécifiquement aux personnes ayant subi un AVC	
Précisions des rôles et des responsabilités des professionnels et des gestionnaires à l'intérieur de la trajectoire de services lors des phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté	→ Proportion des dossiers où une personne qui assure la coordination clinique est mentionnée	Pour tous les indicateurs : – La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial
	→ Proportion des dossiers où un intervenant pivot coordonne l'élaboration, le suivi et la révision du plan d'intervention	
Identification des activités de développement de compétences prioritaires et complémentaires à l'implantation des bonnes pratiques dans les phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté	→ Proportion des membres des services internes ou externes de réadaptation ayant reçu au moins une formation propre à l'AVC au cours de l'année.	Pour tous les indicateurs : – La fréquence sera déterminée en tenant compte des priorités établies par la DPD lors de l'élaboration du plan d'implantation initial
	→ Présence de modalités d'encadrement clinique permettant le développement et le maintien de l'expertise des membres des équipes AVC. Par exemple : communauté de pratique, codéveloppement, supervision clinique.	

Conclusion

Ce guide d'accompagnement présente les meilleures pratiques issues des données probantes sur les services et soins à offrir aux personnes ayant subi un AVC lors de phases de réadaptation post-AVC et réintégration, maintien dans la communauté. Ce guide peut être utilisé comme un outil de référence afin de mieux soutenir les pratiques des équipes spécialisées en AVC tout en leur permettant de développer une approche réflexive par rapport à la qualité des services offerts. L'amélioration continue des pratiques en AVC contribuera au maintien et à l'augmentation de la participation sociale et de la qualité de vie des usagers et leurs proches.

Liste des annexes

Annexe A	Aide à la décision transitoire
Annexe B	Trajectoire transitoire de l'usager – Phase de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté
Annexe I	Aide-mémoire clinique – Rencontre interdisciplinaire
Annexe II	CLI-60302- Bilan des services de réadaptation post-AVC

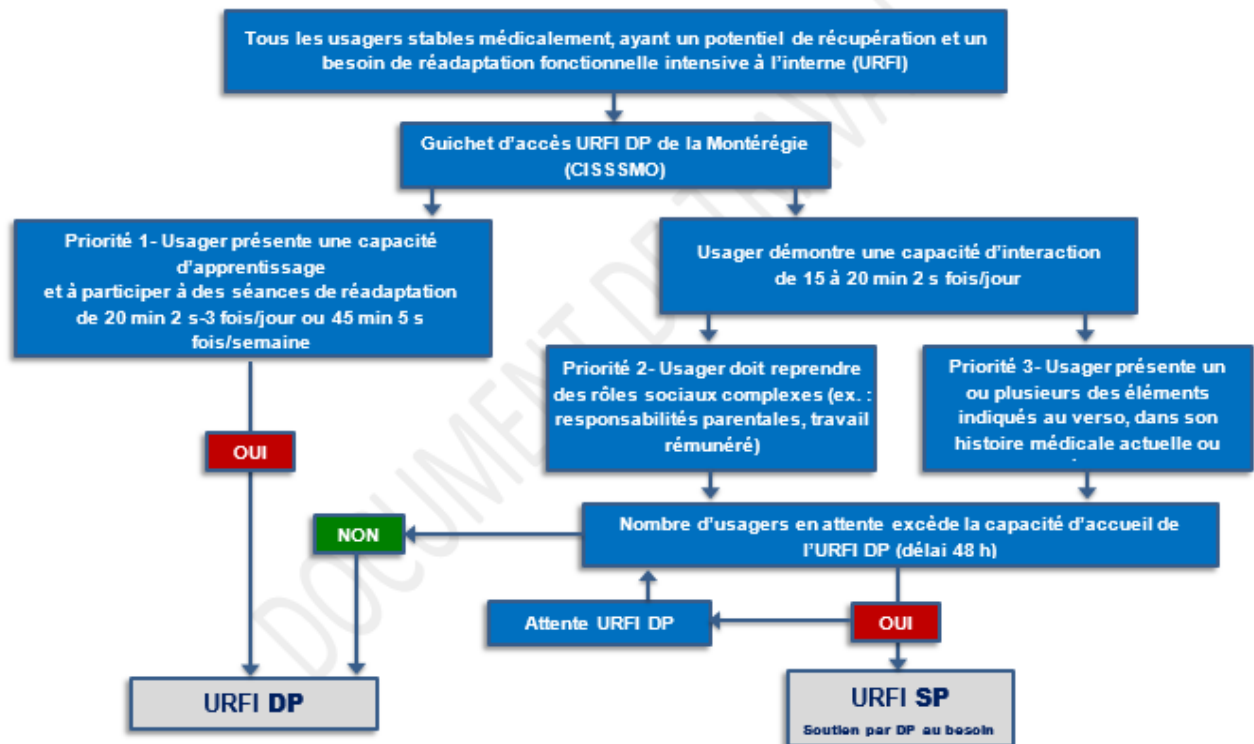
Références

- Breisinger, T.P., Skidmore, E.R., Niyonkuru, C., Terhorst, L., Campbell, G.B. (2014). The Stroke Assessment of Fall Risk (SAFR): predictive validity in inpatient stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 28(12), 1218-1224.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. M. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305–314.
- Cameron, J. I., Naglie, G., Silver, F. L., & Gignac, M. A. M. (2013). Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: A qualitative study using the timing it right framework. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 35(4), 315–324.
- CISSS de la Montérégie-Ouest (2018). Épisode de service spécialisé et outils d'aide à la décision : Ce que vous devez savoir. 6 p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest (2019a). Cadre de référence Montérégien – Unité de réadaptation fonctionnelle intensive Programme santé physique et déficience physique. 43 p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest (2019b). Guide explicatif du processus clinique des services spécialisés – Direction des programme Déficience. 50 p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest (2019c). Programme : Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC. 52 p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2019d). Règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers. 20 p.
- Edwards, J.D., Kapoor, A., Linkewich, E., Swartz, R.H. (2018). Return to work after young stroke: A systematic review. *International Journal of Stroke*, 13(3), 243-256.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Le programme la vie avec un AVC. [Consulté en ligne le 3 mars 2021] : <https://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/le-programme-la-vie-apres-un-avc>
- Hebert, D. et Teasell, R., au nom du groupe de rédaction du chapitre sur la réadaptation post-AVC. Chapitre sur la réadaptation post-AVC 2015. Dans Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M et Smith EE (rédacteurs), au nom du comité consultatif sur les pratiques optimales et normes des soins de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, 2015; Ottawa (Ontario) Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. 85 p.
- Hewetson R., Cornwell P., Shum D. (2017). Cognitive-communication disorder following right hemisphere stroke: exploring rehabilitation access and outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(5), 330-336.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012). L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. Rapport rédigé par Annie Tessier ETMIS. 8(9), 1-101.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2019). Trousse à l'implantation du *Mayo-Portland Adaptability Inventory-4* (MPAI-4). Québec, QC : INESSS, 37 p.
- Intercollegiate Stroke Working Party (2016). Royal College of Physicians National Clinical Guideline for Stroke. 178 p.
- Kagan, A., Ph.D., Aphasia Institute (2017). Meilleures pratiques sur l'AVC et l'aphasie. Comment les personnes atteintes d'aphasie peuvent-elles prendre part aux décisions en matière de soins et de réadaptation? Méthodes pratiques pour réduire les barrières linguistiques chez les patients aphasiques. *Présentation PowerPoint dans le cadre du Sommet sur l'AVC tenue en novembre 2017 à Québec*. 115 p.

- Kokorelias, K.M., Gignac, M.A.M., Naglie, G. et al. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 19, 564.
- Lancôt K.L., Swartz R.H. au nom du Groupe de rédaction sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC. Chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC 2019. Dans Lindsay M.P., Mountain A., Gubitz G., Dowlatshahi D., Casaubon L. et Smith E.E. (rédacteurs), au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* [6e édition], 2019; Toronto (Ontario), Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. 80 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral - Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté 2016-2018. 69 p
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2018). Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance. 83 p.
- Mountain, A. et al. (2019) Chapitre sur les transitions et la participation communautaire après un AVC de 2019. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* [6e édition], Canada : Cœur + AVC, 82 p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2008). Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier- Guide de l'ergothérapeute. Repéré au <https://www.oeq.org/publications/documents-professionnels/normes-d-exercices-et-guides.html>
- Stroke Engine, Conséquences, Aphasie. [Consulté en ligne le 31 mars 2021] : <https://strokeengine.ca/fr/consequences/aphasie/>
- R. Teasell, N.M. Salbach, N. Acerra, D. Bastasi, S.L. Carter, J. Fung, M. Halabi, J. Harris, E. Kim, A. Noland, S. Pooyania, A. Rochette, B. Stack, E. Symcox, D. Timpson, S. Varghese et S. Verrilli au nom du groupe de rédaction sur la réadaptation et du rétablissement après un AVC. Mise à jour de 2019 du chapitre sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC. Patrice Lindsay, Anita Mountain, Gord Gubitz, Dar Dowlatshahi, Leanne K. Casaubon et Eric E. Smith (réviseurs) au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, 2019; Ottawa (Ontario) Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. 130 p.
- Tyson, S. F., Burton, L., & McGovern, A. (2014). Multidisciplinary team meeting in stroke rehabilitation : an observation study and conceptuel framework. *Clinical Rehabilitation*, 28(12), 1237-1247.
- Tyson, S. F., Burton, L., & McGovern, A. (2015). The effect of a structured model for stroke rehabilitation multidisciplinary team meetings on functional recovery and productivity: a Phase I/II proof of concept study. *Clinical Rehabilitation*, 29(9), 926-934.
- Tyson, S. F., Burton, L., & McGovern, A. (2015). The impact of a toolkit on use of standardised measurement tools in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 29(9), 920-925.
- Wang, Y.C., Kapellusch, J., Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. *Work*. 47(4), 553-559.
- Wein, T. (2019) *Liste post-AVC*. Allons-nous manquer une occasion? Gestion des patients à long terme après un AVC. *Présentation PowerPoint dans le cadre du Sommet sur l'AVC tenue le 15 novembre 2019 à Montréal*, 25 p.
- Weidner K., Lowman, J. (2020). Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 326-338.

Table régionale de coordination AVC
de la Montérégie

Aide à la décision pour l'orientation en URFI post-AVC Mesure transitoire



Québec

Rédigé par Nathalie Lemire Nathalie Lemire erg. M. Bédard - conseillère cadre réadaptation et santé physique
Direction des services multidisciplinaires – CISSS de la Montérégie-Est

2019-05-14

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Pascale Choquette, APPR, Développement et évolution des pratiques (DSMREU)	2021-03-08
	Anne-Marie Breton, APPR, Qualité de la pratique clinique (DSMREU)	
Révisé par	Emilie Vézina-Poirier, agente administrative (DSMREU)	2021-10-20
	Caroline Blais, coordonnatrice, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus (DPD)	Juin 2021
	Julie Cossette, coordonnatrice clinique, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Centre (DPD)	Avril 2021
	Daniel Gingras, assistant-chef physiothérapeute HAL (DSMREU)	Mars 2021
	Marie-Ève Lazure, coordonnatrice clinique, URFI DP Vaudreuil-Dorion (DPD)	Mars 2021
	Ysabelle Marleau, directrice adjointe (DPD)	Juin 2021
	Jennifer Mascitto, chef de service, Développement et évolution des pratiques (DSMREU)	Avril 2021
	Marie-Ève Racine, coordonnatrice clinique, URFI DP St-Hyacinthe (DPD)	Mars 2021
	Anne-Marie Robineault, orthophoniste, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Centre (DPD)	Mars 2021
	Marie-Josée Soucy, neuropsychologue, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Centre (DPD)	Mars 2021
	Émilie Turcotte, orthophoniste, Programmes spécialisés DM-DL 7 ans et plus, territoire CISSS de la Montérégie-Centre (DPD)	Mars 2021

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION		
Approuvé par	L'exécutif de la direction des programmes Déficiences	Date 2021-11-18
Commentaires	Inscrire vos commentaires	

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

Québec

