

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

DÉTERMINER SI LE PATIENT EST UN CANDIDAT À LA RÉADAPTATION

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

Critères généraux d'inclusion pour la réadaptation post-AVC

- Le patient victime d'AVC aigu ou récent (moins de un an après l'AVC) **ou** le patient dont l'AVC date de plus de un an qui a besoin :
 - de soins de réadaptation interdisciplinaire en milieu hospitalier ou en consultation externe afin d'atteindre des objectifs fonctionnels qui préviendront son admission à l'hôpital ou amélioreront son indépendance fonctionnelle; ou
 - d'une évaluation ou réévaluation de ses besoins en réadaptation par une équipe interdisciplinaire dont les membres sont expérimentés/experts dans le domaine de l'AVC (incluant des disciplines telles que la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, les soins infirmiers, la psychologie ou la récréothérapie); et
 - celui dont l'étiologie et les mécanismes de l'AVC ont été déterminés et qui a commencé à suivre un programme de prévention approprié.
- L'état de **santé du patient est stable** :
 - diagnostic net de l'AVC établi, même si l'étiologie reste initialement incertaine, comme l'AVC cryptogénique (cela ne devrait pas causer de délais dans l'accès à la réadaptation);
 - toutes les questions médicales ou les comorbidités (p. ex., essoufflement excessif, chutes, insuffisance cardiaque) ont été prises en charge;
 - au moment du congé des soins actifs, les maladies en évolution ou les handicaps n'empêchent pas une participation au programme de réadaptation;
 - les signes vitaux du patient sont stables;
 - les investigations médicales sont terminées **ou** un plan de suivi a été adopté au moment de l'orientation et les rendez-vous de suivi sont fixés au moment du congé des soins actifs.
- Le patient démontre avoir au moins un niveau fonctionnel minimal, notamment :
 - il a l'énergie nécessaire pour répondre aux exigences et suivre le calendrier du programme;
 - il peut suivre au moins des instructions simples avec un soutien à la communication au besoin;
 - il a la capacité d'attention, la mémoire à court terme et la compréhension nécessaires pour suivre le processus de réadaptation.
- Le patient démontre par les progrès qu'il fait en réadaptation post-AVC qu'il a la capacité de revenir au fonctionnement de base/pré-AVC **ou** d'augmenter son niveau de fonctionnement post-AVC en participant au programme de réadaptation.
- Il est possible de fixer des objectifs de réadaptation qui sont précis, mesurables, atteignables, réalistes et opportuns.
- Le patient ou son subrogé a accepté de participer au programme et démontre la volonté et la motivation nécessaires pour participer au programme de réadaptation (exceptions : les patients à motivation réduite/initiation secondaire au diagnostic, p. ex., dépression).
- Le patient **est prêt à participer au processus de réadaptation** :
 - il répond aux critères de stabilité de l'état de santé conformément à la ligne directrice citée plus haut;
 - il répond au niveau minimal de tolérance du programme de réadaptation, tel qu'il est défini dans les critères d'admission;
 - il n'a aucun problème de comportement limitant sa capacité à participer au niveau minimal

requis par le programme de réadaptation.

Critères généraux d'exclusion

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

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

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

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

Caractéristiques de l'AVC :

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

Autres caractéristiques du patient :

- Stabilité de l'état de santé.
- Les objectifs en matière de réadaptation visant une autonomie accrue dans toutes les activités de la vie quotidienne peuvent être fixés par le patient ou l'équipe de soins de santé. Voici quelques exemples d'objectifs : effectuer les transferts sans aide, marcher de façon autonome à l'aide d'accessoires fonctionnels, utiliser le bras affecté, avoir des compétences langagières améliorées et la capacité d'assurer ses soins personnels.
- Tolérance et endurance adéquates pour participer activement aux traitements de réadaptation.
- Âge et fragilité avant l'AVC.
- Comorbidités présentes – démence, soins palliatifs pour un autre trouble de santé/maladie en phase terminale.
- La disponibilité d'un aidant auprès des patients présentant des insuffisances graves est cruciale.

Caractéristiques systémiques :

- Processus efficace d'orientation vers les services de réadaptation.
- Évaluation des demandes d'admission par des professionnels de la réadaptation ayant les connaissances requises sur l'AVC.
- Les membres de la famille et les aidants devraient être inclus dans le processus de réadaptation,

notamment dans les décisions au sujet de la réadaptation en milieu hospitalier ou en consultation externe.

- Norme en matière de délai depuis l'orientation jusqu'à la décision d'admission (24-48 heures est proposé)
- Services et ressources disponibles dans divers services de réadaptation dans la région sanitaire; types et niveaux de services disponibles à ces endroits.
- Disponibilité d'un programme de congé précoce avec soutien et critères destinés à déterminer si le patient est un candidat au programme.

Remarques relatives à la réadaptation post-AVC pédiatrique :

Populations :

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

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

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

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