Pratiques optimales de l'AVC au Canada

Agir en vue de Soins Optimaux Communautaires et de Longue Durée de l'AVC

Une ressource pour les dispensateurs de soins de santé

avril 2020

Cœur+AVC

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU		
Portée		2
Public cible		2
Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC		3
Renonciation		3
Merci		3
CHAPITRE 1 – L'ÉQUIPE DE SOINS DE L'AVC		
1.0	L'équipe de soins de l'AVC	7
CHAPITRE 2 – STRUCTURE ANATOMIQUE		
2.1	Le cerveau	17
2.2	L'AVC et ses effets	21
CHAPITRE 3 – FONCTIONS ORGANIQUES (PHYSIQUES)		
3.1	Rétablissement du mouvement et des fonctions motrices	31
3.2	Nutrition et déglutition	37
3.3	Hydratation	45
3.4	Maîtrise de la vessie et des intestins	49
3.5	Intégrité de la peau	61
CHAPITRE 4 – FONCTIONS ORGANIQUES (SENSORIELLES)		
4.1	Vue et perception visuelle	71
4.2	Héminégligence	77
4.3	Schéma corporel	81
4.4	Apraxie	85
4.5	Sensation	89
4.6	Douleur	93
CHAPITRE 5 – FONCTIONS ORGANIQUES (MENTALES ET ÉMOTIONNELLES)		
5.1	Changements comportementaux	103
5.2	Humeur et dépression	111
5.3	Cognition	119
CHAPITRE 6 – ACTIVITÉS ET PARTICIPATION		
6.1	Communication	129
6.2	Positionnement	141
6.3	Transferts	151
6.4	Mobilité	159
6.5	Activités de la vie quotidienne et activités instrumentales de la vie quotidienne	167
6.6	Loisirs et activités sociales	175
6.7	Aidants naturels, famille et amis	179
ANNEXE A – Prise en charge des facteurs de risque de l'AVC		**185**

Date de publication : novembre 2015 v.1.2

APERÇU



Le document intitulé Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC offre des renseignements visant à soutenir les dispensateurs de soins qui travaillent avec des personnes ayant fait un AVC afin de les aider à obtenir des résultats optimaux, à retrouver leur meilleur niveau de fonctionnement et à profiter pleinement de la vie.

PORTÉE

Cette ressource fournit de l'orientation et des renseignements aux dispensateurs de soins sur la façon de soigner les personnes victimes d'un AVC qui vivent dans des milieux communautaires comme leur propre domicile, un centre de réadaptation, un milieu de soins de longue durée ou d'autres établissements communautaires.

Les soins décrits dans la présente ressource s'appliquent pendant toute la période de rétablissement et de retour aux activités de la vie quotidienne, un processus qui peut se poursuivre pendant des mois et même des années après un AVC. La ressource est axée sur les soins nécessaires après la phase hyperaiguë (généralement dans les heures qui suivent immédiatement l'AVC), et la phase aiguë (habituellement au cours de la première semaine après l'AVC). Les renseignements sur les soins à offrir aux personnes au cours des phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC sont offerts dans d'autres ressources élaborées par la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC (la « Fondation »), accessibles à www.pratiquesoptimalesAVC.ca.

La présentation de cette ressource respecte la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour mesurer la santé et le handicap. La CIF offre un langage et un cadre normalisés pour expliquer le fonctionnement, le handicap et la santé, au moyen des quatre catégories suivantes : Structures anatomiques, fonctions organiques, activités et participation, et facteurs environnementaux. Le document est structuré autour des trois premières, les facteurs environnementaux y étant intégrés sans faire l'objet d'une section distincte.

Cette ressource permet de mettre à jour et de remplacer *Tips and Tools for Every Day Living: a Guide for Caregivers* (conseils et outils pour la vie quotidienne : un guide pour les aidants naturels). Elle offre des renseignements mis à jour dans des domaines propres aux soins à donner aux victimes d'un AVC, notamment des liens vers les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (les « Recommandations »).

PUBLIC CIBLE

Cette ressource a été préparée surtout à l'intention des dispensateurs de soins de santé, tels que les préposés aux services de soutien à la personne, les aides-soignants, les préposés aux services d'aide aux soins personnels à domicile, les assistants en réadaptation, et d'autres personnes qui fournissent aux victimes d'un AVC des soins rémunérés dans n'importe quel milieu du continuum de soins. La ressource met l'accent sur la réadaptation et le rétablissement.

Le contenu devrait également intéresser d'autres professionnels de la santé, qui travaillent avec des victimes d'un AVC et leur famille. Ces professionnels pourraient aussi tirer profit de Agir pour des soins optimaux de d'AVC en milieu hospitalier, Passer à l'action en prévention de l'AVC : Guide pratique pour vos questions, et *Taking Action Towards Acute Inpatient Stroke Care* (agir pour des soins actifs aux patients hospitalisés), offerts par les Recommandations de la Fondation au www.pratiquesoptimalesAVC.ca.

Il serait également utile que les aidants naturels, les membres de la famille et les amis, qui offrent des soins et du soutien de façon informelle, consultent cette ressource. Ces personnes pourraient aussi être intéressées par la lecture de *Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : Un guide à l'intention des survivants de l'AVC* et *Prendre en main son rétablissement : Guide du survivant selon les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, offert par la Fondation au www.pratiquesoptimalesAVC.ca.

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

Les renseignements offerts dans cette ressource sont fondés sur les Recommandations, qui indiquent les meilleurs moyens à utiliser en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins pour les personnes victimes d'un AVC. Les Recommandations sont élaborées et mises à jour tous les 2 à 3 ans sous la direction de la Fondation. Dans bon nombre de disciplines, les professionnels de la santé au Canada, qui sont spécialisés en soins de l'AVC, examinent les travaux de recherche actuels, les données probantes et les renseignements provenant du Canada et d'ailleurs afin de créer les meilleures recommandations pour les pratiques optimales.

Les recommandations pour les pratiques optimales représentent la norme d'excellence en matière de soins de l'AVC. Respecter toutes les recommandations est un défi. Cependant, elles servent d'objectifs que les professionnels de la santé et les systèmes de santé peuvent s'efforcer d'atteindre dans un esprit d'amélioration continue de la qualité.

Respecter les recommandations des pratiques optimales permet de réduire l'écart entre ce qui est connu sur la meilleure façon de traiter l'AVC (données probantes), et la manière dont les soins de l'AVC sont réellement offerts sur une base quotidienne (pratique). Ultimement, la mise en œuvre des pratiques optimales de soins de l'AVC permet de réduire les répercussions de l'AVC sur les personnes individuelles, les familles, les collectivités et le système de santé.

Certaines des recommandations pour les pratiques optimales sont incluses dans la présente ressource. Le contenu intégral des recommandations est accessible au www.pratiquesoptimalesAVC.ca. Outre les recommandations, le site Web offre aussi des renseignements sur les types de services qui devraient être accessibles pour les personnes victimes d'un AVC, des moyens pour mesurer la qualité de la prestation des soins de l'AVC, ainsi que des listes d'outils, de vérification, et des questionnaires, pouvant servir à orienter les soins offerts aux personnes victimes d'un AVC.

RENONCIATION

Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC est publié à titre informatif uniquement et ne peut être considéré ou utilisé comme un avis médical. Il ne peut remplacer l'avis, le diagnostic ou le traitement d'un médecin ou d'un professionnel de la santé qualifié. Il est de votre responsabilité d'obtenir des conseils médicaux appropriés d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé qualifié avant d'agir après avoir pris connaissance de toute information offerte dans cette publication.

MERCI

La Fondation remercie sincèrement les professionnels de la santé spécialisés qui ont donné leur temps et leur énergie et offert leurs compétences afin d'écrire et d'examiner cette ressource. Leur détermination à améliorer les soins de l'AVC au Canada représente la collaboration interprofessionnelle à son meilleur.

Nous tenons également à remercier les milliers de dispensateurs de soins de santé, de membres de famille, et d'aidants naturels, qui ont offert une précieuse aide aux victimes d'un AVC. Nous apprécions vos commentaires, suggestions et questions concernant ce document. Veuillez nous les faire partager par courriel à pratiquesoptimalesavc@hsf.ca.

DÉCLARATION MONDIALE DES DROITS DES PERSONNES ATTEINTES D'ATTAQUE CÉRÉBRALE

En 2014, suivant une consultation générale de victimes d'AVC et d'aidants naturels à l'échelle mondiale, la World Stroke Organization (www.world-stroke.org) a publié une déclaration des droits des patients victimes d'un AVC. Elle souligne les soins et les traitements que ces patients et leur famille jugent les plus importants pour leur rétablissement. À titre de dispensateurs de soins, nous avons tous la responsabilité d'offrir aux victimes d'un AVC les meilleurs soins possible en tenant compte de la capacité de la ressource et de la région.

EN TANT QUE PERSONNE AYANT SUBI UNE ATTAQUE CÉRÉBRALE, J'AI LE DROIT DE :

World Stroke Organization

Recevoir les meilleurs soins pour une attaque cérébrale

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

Être informée et préparée

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

Être soutenue dans mon rétablissement

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

CHAPITRE 1
L'équipe de soins de l'AVC

Offrir des soins aux survivants de l'AVC, à leur famille et à leurs aidants exige une équipe de professionnels et de dispensateurs de soins de santé spécialisés.

CONTENU DU CHAPITRE

Rôles et responsabilités
Soins axés sur le client : « Rien pour moi sans moi »
Les membres de l'équipe
L'approche de l'équipe
Votre rôle en tant que membre de l'équipe de soins de l'AVC



CHAPITRE 1
L'équipe de soins de l'AVC



CONTENU DU CHAPITRE

- Rôles et responsabilités
- Soins axés sur le client : « Rien pour moi sans moi »
- Les membres de l'équipe
- L'approche de l'équipe
- Votre rôle en tant que membre de l'équipe de soins de l'AVC

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Les personnes victimes d'un AVC doivent relever une multitude de défis physiques, cognitifs et émotionnels qui exigent différents types de compétences en soins de santé. Chaque membre de l'équipe de soins de l'AVC contribue au processus de soins et de rétablissement. À titre de membre de cette équipe, vous pouvez faire une grande différence dans la qualité de vie de quelqu'un qui a été victime d'un AVC.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Offrir des soins à des victimes d'un AVC, et de l'aide à leur famille et aux aidants naturels, exige la participation d'une équipe de professionnels de la santé spécialisés et de dispensateurs de soins, tels qu'ils sont définis ici comme faisant partie de l'équipe de soins de l'AVC. Chaque membre de l'équipe possède des connaissances et des compétences qui permettent d'améliorer les soins globalement. L'approche de l'équipe aide cette dernière à s'assurer que les victimes d'un AVC obtiennent ce qu'il y a de meilleur et de plus récent en matière de soins.

L'équipe de soins de l'AVC réunit la personne qui a été victime d'un AVC, sa famille, ses amis et ses aidants naturels, ainsi que divers dispensateurs de soins de santé, selon la disponibilité de chacun et l'état de santé de la victime. Le rétablissement a beaucoup plus de chances d'être une réussite lorsque tous les participants collaborent afin de communiquer entre eux et de coordonner le traitement et les services.

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

- **Aider** la personne victime d'un AVC à obtenir les meilleurs résultats possibles;
- **Élaborer** un plan de soins personnalisé qui précise les objectifs, les stratégies et les approches axés sur le client;
- **Prévenir** ou réduire le risque de complications, et gérer rapidement celles qui surviennent;
- **Renseigner** la personne concernée et sa famille sur l'AVC et ses répercussions;
- **Aider** la personne à apprendre à vivre avec la situation et à s'adapter aux changements causés par l'AVC;
- **Offrir de l'aide** pendant le rétablissement et sur une base continue;
- **Faire preuve de souplesse** et répondre aux besoins changeants de la personne victime d'un AVC;
- **Communiquer** avec les différents membres de l'équipe au sujet des besoins et des souhaits de la victime d'un AVC;
- **Communiquer** avec les différents membres de l'équipe au sujet des progrès, des préoccupations ou des problèmes;
- **Examiner régulièrement** le plan de soins, et le mettre à jour au besoin, en tenant compte de l'état de santé de la personne victime d'un AVC et de ses préférences.

Les membres de l'équipe travaillent en collaboration de façon à ce que les victimes d'un AVC puissent se rétablir dans un environnement qui les aide à guérir, à recevoir des soins incluant du soutien et des renseignements, et qui satisfait leurs besoins physiques, cognitifs et émotionnels.

SOINS AXÉS SUR LE CLIENT : « RIEN POUR MOI SANS MOI »

Suivre les principes de soins axés sur le patient ou le client suppose que les dispensateurs de soins de santé placent le client au centre de tout ce qui est accompli, une approche parfois décrite par l'expression « Rien pour moi sans moi »*.

Lorsque vous-même ou vos collègues offrez des soins axés sur le client, vous devez :

- Respecter chaque personne individuellement, en prenant le temps de la connaître et de la comprendre;
- Vous assurer qu'elle conserve sa dignité en tout temps;
- Encourager l'autonomie sans pousser la personne au-delà de ses limites ou la retenir;
- L'inclure dans le processus décisionnel jusqu'au point où elle désire participer, parce qu'elle est la spécialiste de sa vie;
- S'informer sur ses objectifs, ses préférences et ses valeurs, et travailler en équipe pour intégrer ses besoins dans le plan de soins.

Ne jamais oublier que le processus de rétablissement est différent pour chaque personne. Votre objectif est d'aider les personnes victimes d'un AVC à apprendre à vivre avec les changements auxquels elles font face, et d'améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leur famille.

LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

La composition de l'équipe varie en fonction de la gravité de l'AVC, des forces et des limites de la personne victime d'un AVC, de l'étape dans le cheminement après un AVC, de l'endroit où les soins sont offerts, de l'établissement de soins de santé, et de la disponibilité des compétences en soins de santé. Elle inclut généralement les personnes suivantes :

- **La personne victime d'un AVC, aussi appelée personne qui a survécu à un AVC**, ou survivant d'un AVC, est la cible des efforts de l'équipe et un membre de l'équipe. Autant que possible, cette personne et les membres de sa famille doivent participer à la prise de décisions au sujet du plan de soins, de ses objectifs ainsi que des soins qui sont offerts.
- **Les aidants naturels** sont des membres de la famille et des amis qui offrent à la personne victime d'un AVC des soins continus, un soutien émotionnel et des occasions de socialiser. Ils prennent souvent un rendez-vous pour des services et accompagnent la personne concernée lors de ces visites, offrent du soutien pour les activités de la vie quotidienne, telles que s'habiller et aller à la toilette. Ils peuvent aussi offrir des renseignements précieux sur les besoins et les préférences de la personne, surtout si la capacité de communiquer de cette dernière a été réduite par l'AVC.
- **Les préposés aux services de soutien** comprennent les préposés aux services de soutien à la personne, les aides-soignants, les assistants en réadaptation, les aides aux soins personnels à domicile, ou d'autres selon le milieu de travail. Ces membres de l'équipe offrent des soins pratiques aux victimes d'un AVC, toujours conformément au plan de soins personnalisé. Ils peuvent faciliter les activités de la vie quotidienne, telles que l'hygiène personnelle, l'alimentation et l'utilisation de la salle de bains; le positionnement et les transferts; ainsi que les tâches ménagères comme la préparation des repas, la lessive et le nettoyage.

*Extrait de Valerie Billingham, dans le cadre d'une séance au Salzburg Global Seminar, (séance 356) en 1998, « Through the Patient's Eyes ».



- Les **médecins** sont responsables des soins généraux. Ils surveillent le bien-être médical, physique, cognitif et émotionnel de la personne victime d'un AVC; s'efforcent de régler les problèmes qui surviennent; dirigent cette personne vers d'autres spécialistes; lui prescrivent des médicaments; et la soutiennent ainsi que sa famille. Parmi les nombreux spécialistes qui s'occupent de personnes victimes d'un AVC, on compte :
  - Le **médecin de famille**
  - Le **neurologue** spécialisé dans les troubles du système nerveux
  - Le **physiatre** spécialisé en réadaptation
  - Le **psychiatre** spécialisé en santé mentale
  - Le **cardiologue** spécialisé dans les problèmes cardiaques
  - L'**urologue** spécialisé dans les problèmes des voies urinaires

- Les **infirmières** jouent plusieurs rôles dans la prise en charge des problèmes de santé et la prévention des complications chez une personne victime d'un AVC. Les infirmières surveillent la prise en charge des médicaments, la pression artérielle, la respiration, la maîtrise de la fonction de la vessie et des intestins, la nutrition, les soins au moment des repas, la santé buccale et de la peau, et règlent d'autres problèmes médicaux lorsqu'ils surviennent. En offrant des renseignements, les infirmières aident la personne victime d'un AVC, les membres de sa famille et les aidants naturels à comprendre les effets d'un AVC, coordonnent les activités de l'équipe, et s'assurent que le plan de soins demeure actualisé.
- Les **gestionnaires de cas et les coordonnateurs des services pour l'AVC** peuvent participer aux modalités du congé d'hôpital d'un patient; déterminer les besoins en logement, en équipement et en services de soutien dans la collectivité; renseigner et soutenir la personne victime d'un AVC et les membres de sa famille; et s'efforcer d'obtenir des solutions qui répondent aux besoins de la personne afin de lui permettre de demeurer à domicile de façon sécuritaire le plus longtemps possible. Ils continuent de s'occuper de la personne dans la collectivité, et planifient les services nécessaires pour soutenir les besoins en matière de soins à mesure que surviennent de nouveaux défis. Ils aident à trouver des ressources communautaires qui aideront la personne lorsqu'elle aura quitté l'hôpital.
- Les **physiothérapeutes** ont une compréhension avancée de la façon dont le corps bouge, de la manière dont les incapacités causées par un AVC entravent les mouvements, et des moyens pour rétablir la mobilité. Ils aident la personne victime d'un AVC à optimiser son rétablissement par des exercices, des activités et des stratégies visant à faciliter le rétablissement des fonctions motrices et sensorielles, de l'équilibre, de la mobilité et de l'autonomie. Ils peuvent recommander des dispositifs d'aide à la mobilité afin de réduire le risque de chutes, de garder les gens en sécurité autant que possible, et offrir de la formation en compétences pouvant aider les gens à devenir plus autonomes.

- Les **ergothérapeutes** travaillent avec les personnes victimes d'un AVC afin d'optimiser leur autonomie et leur qualité de vie. Ils évaluent les types de problèmes associés à l'AVC, y compris la mobilité, la force, la fonction de la main, la sensation, la vue, la perception, la cognition et l'humeur, et fournissent le traitement approprié. Les ergothérapeutes visent à améliorer la capacité d'une personne à participer à des activités qui l'intéressent, telles que prendre son bain, s'habiller, conduire un véhicule, préparer un repas, prendre l'autobus, retourner à ses activités de loisirs, et travailler. Ils contribuent aussi à améliorer la capacité d'une personne à jouer son rôle de parent, de conjoint ou d'employé. Ils aident la personne victime d'un AVC à fixer des objectifs, à pratiquer des exercices et des activités de la vie quotidienne, à s'adapter à son environnement afin d'améliorer sa sécurité et son fonctionnement, et à reconnaître l'équipement spécial facilitant la réussite dans les domaines problématiques. Ils fournissent aussi une formation aux aidants naturels sur la façon d'offrir des soins à la personne victime d'un AVC et de la soutenir.
- Les **orthophonistes** aident les victimes d'un AVC à améliorer leur compréhension de ce que les autres disent, leur articulation (clarté d'élocution), leur langage oral et écrit (ordre des mots, difficulté à trouver des mots), et leur compréhension de ce qu'elles lisent. Ils peuvent aider la personne à optimiser ses capacités de communication ou lui enseigner d'autres façons de communiquer. Ils évaluent la dysphagie (problèmes de déglutition) et aident à déterminer les risques pour les personnes atteintes de ce trouble. Ils peuvent recommander des exercices pour améliorer la capacité de déglutition et des façons de modifier la consistance des aliments et des liquides au besoin.
- Les **diététistes** offrent une évaluation, un diagnostic et des recommandations pour traiter les problèmes alimentaires et de nutrition qu'une personne victime d'un AVC pourrait connaître. Les diététistes utilisent les résultats des plus récentes recherches dans les domaines scientifiques et de la santé publique sur les aliments, la santé et les maladies, et renseignent la personne victime d'un AVC et les membres de sa famille sur la façon de planifier les repas et les collations. Ils permettent aussi aux gens de choisir le mode de vie et les aliments appropriés pour améliorer leur santé et minimiser le risque de subir un autre AVC.
- Les **pharmaciens** exécutent les ordonnances, expliquent pourquoi il est nécessaire de prendre les médicaments prescrits, et font des vérifications pour éviter les interactions médicamenteuses et les effets secondaires possibles. Ils expliquent aussi aux gens les calendriers de médicaments et aident à préparer ces derniers de façon à ce qu'il soit facile de se rappeler l'heure de prise des médicaments.
- Les **psychologues** offrent des conseils et du soutien aux personnes victimes d'un AVC, particulièrement celles qui éprouvent des problèmes associés à la réflexion, à la mémoire ou aux émotions.
- Les **récréothérapeutes** travaillent avec les survivants de l'AVC afin de maximiser la qualité de vie de ceux-ci. Ils mettent l'accent sur la capacité d'une personne de participer activement aux activités de loisirs en toute sécurité et de manière indépendante. Ils offrent des conseils, du soutien et des ressources aux survivants de l'AVC ainsi qu'à la famille afin de les aider à reprendre les activités qu'ils aimaient et à en essayer de nouvelles. Les services de récréothérapie peuvent être dispensés dans un établissement, au domicile de la personne ou dans la collectivité.
- Les **assistants en réadaptation** offrent des soins en réadaptation aux victimes d'un AVC, et les aident à exécuter des exercices et des activités de la vie quotidienne afin de faciliter le rétablissement et le retour de l'autonomie. Ils mettent en œuvre les programmes de réadaptation tels qu'élaborés, assignés et supervisés par un orthophoniste, un physiothérapeute ou un ergothérapeute. Les services peuvent être offerts dans un établissement, au domicile de la personne ou dans la collectivité.
- Les **travailleurs sociaux** offrent du soutien ainsi que des liens vers les ressources, et se portent à la défense des patients. Ils aident les victimes d'un AVC à apprendre à vivre avec des sentiments tels que la peur, la colère, la tristesse, la dépression, la confusion et l'anxiété. Les travailleurs sociaux peuvent aider à coordonner les services et à planifier le congé de l'hôpital, et agir comme porte-parole pour s'assurer que la victime d'un AVC et l'aidant naturel aient accès aux services et aux bienfaits appropriés. Ils pourraient aider à prendre en charge les crises, comme s'assurer que la personne victime d'un AVC peut vivre dans un environnement sécuritaire, ou la diriger vers des services de

protection ou d'urgence. Ils peuvent communiquer avec des services communautaires concernant des problèmes tels que le soutien des aidants naturels, les soins de relève, le logement, les finances et l'admissibilité aux bienfaits, le counseling en matière de carrière et d'emploi, les affaires juridiques, les dépendances, ou l'orientation vers les soins à long terme ou d'autres milieux de vie.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Tous les patients hospitalisés pour un AVC en phase aiguë doivent être évalués par des professionnels de la réadaptation le plus rapidement possible après leur admission. L'équipe centrale de professionnels de la réadaptation doit inclure des physiatres, d'autres médecins possédant des compétences ou une formation de base en réadaptation après un AVC, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes, des infirmières, des travailleurs sociaux et des diététistes. Le patient et sa famille font aussi partie de l'équipe centrale.

L'APPROCHE DE L'ÉQUIPE

Offrir les meilleurs soins à une personne victime d'un AVC et le soutien optimal aux membres de sa famille exige un examen de la personne, l'obtention d'un diagnostic ainsi que la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins.

Examen : Votre observation attentive de la personne que vous soignez et vos idées à son sujet peuvent contribuer à l'évaluation effectuée par l'équipe. Assurez-vous de signaler ce que vous observez.



Diagnostic : Les médecins qui font partie de l'équipe cernent les problèmes médicaux d'après l'évaluation.

Planification des soins : L'équipe élabore un plan de soins d'après l'évaluation, le diagnostic et les objectifs du patient.

Mise en œuvre : Votre connaissance de la personne victime d'un AVC et le fait que vous êtes proche d'elle peut aider à déterminer la meilleure façon de mettre en œuvre le plan.

Évaluation : Vos observations aident l'équipe à juger comment le plan fonctionne et si des changements sont nécessaires.

VOTRE RÔLE EN TANT QUE MEMBRE DE L'ÉQUIPE DE SOINS DE L'AVC

À titre de dispensateur de soins de santé, vous êtes conscient de votre contribution importante au rétablissement du patient après une maladie ou une blessure, au point de vue tant physique qu'émotionnel. Il s'agit d'un travail enrichissant, mais où il y a plein de défis à relever. Chaque personne que vous soignez a droit à des soins personnalisés qui sont appropriés selon son état de santé, ses besoins, ses capacités et ses préférences.



Les répercussions soudaines et radicales de l'AVC entraînent souvent un sentiment de fragilité, de vulnérabilité et de tristesse extrême chez les personnes atteintes. Votre soutien peut aider toutes les personnes concernées, soit la victime d'un AVC, les membres de sa famille et les aidants naturels, à s'adapter aux changements causés par l'AVC, et à découvrir de nouvelles façons de s'épanouir à mesure que tous acceptent « la nouvelle réalité » de la vie après un AVC.

En tant que personne qui travaille étroitement avec la victime d'un AVC et les membres de sa famille, vous êtes en bonne position pour connaître leurs besoins et surveiller leur bien-être physique, mental et émotionnel. Vous pouvez transmettre cette information aux autres membres de l'équipe afin de les aider à déterminer et à planifier des changements au plan de soins au besoin.

APPRENEZ À CONNAÎTRE CHAQUE PERSONNE

Partout dans la présente ressource, on vous rappellera d'apprendre à connaître chaque personne en tant qu'individu, au-delà des effets de l'AVC. Cela vous aidera à adapter vos soins et techniques à ses besoins et à ses préférences.

En tant que membre de l'équipe, qui est souvent en contact avec la personne victime d'un AVC et les membres de sa famille dans leur vie quotidienne, vous pouvez comprendre leurs défis et célébrer leurs réussites. Vous pourriez aussi être la première personne à observer des changements. Vos observations et votre capacité à les signaler efficacement à l'équipe sont essentielles pour aider la victime d'un AVC à obtenir les meilleurs soins et à connaître le meilleur rétablissement possible.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Prenez le temps de poser des questions sur la vie de la personne victime d'un AVC, et d'écouter ce qu'elle raconte. C'est-à-dire ce qu'elle aime et ce qu'elle n'aime pas, ainsi que ses intérêts, ses préoccupations, ses espoirs et ses craintes.**
- **Parlez aux membres de la famille et aux amis. Quelle personne était-elle avant son AVC?**
- **Tenez des discussions d'équipe. Apprenez à connaître la personne auprès d'autres aidants naturels qui s'occupent d'elle.**

RENSEIGNEZ-VOUS SUR LE PLAN DE SOINS ET SUIVEZ-LE

Chaque personne doit avoir un plan de soins personnalisé qui précise ses traitements, ses médicaments et ses thérapies. Le plan de soins est comme une feuille de route qui guide la personne en quête du meilleur niveau de fonctionnement possible, sur le plan physique, cognitif, émotionnel, social ou de la communication.

Vous devez toujours connaître très bien le plan de soins de cette personne, et les parties dont vous êtes responsable. Comme le plan sera mis à jour à mesure que l'état de santé de la personne évolue, vous devez surveiller la situation régulièrement. Connaître le plan de soins est la meilleure façon de vous assurer que chaque personne obtient les soins qui conviennent à sa situation particulière.

COMMUNIQUEZ AVEC LES MEMBRES DE VOTRE ÉQUIPE

Partout dans la présente ressource, on vous rappellera de consulter votre équipe si vous êtes incertain relativement à n'importe quel aspect du plan de soins et la façon de le mettre en œuvre, ou si vous avez des préoccupations au sujet de l'état de santé de la personne que vous soignez. Assurez-vous de savoir qui est votre contact direct dans l'équipe, c'est-à-dire probablement l'infirmier, le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le gestionnaire de cas.

Des communications claires, régulières et en temps opportun sont essentielles à l'approche d'une équipe qui souhaite offrir des soins de l'AVC efficaces. Respectez les lignes directrices du milieu de travail en matière de communication avec l'équipe, et faites-le en temps opportun. Ne tardez pas si la situation exige une attention immédiate. Communiquez avec le membre de l'équipe pertinent aussi rapidement que possible.

SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE VOTRE ORGANISME ET DE VOTRE ÉQUIPE

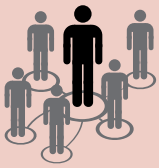
Les personnes victimes d'un AVC reçoivent les meilleurs soins quand leur plan de soins respecte les *Recommandations*, étant donné qu'elles représentent les moyens les plus récents et efficaces pour traiter les gens qui ont subi un AVC. La présente ressource est fondée sur ces recommandations.

Cependant, il est possible que, dans certains cas, les renseignements offerts par cette ressource diffèrent des instructions ou du plan de soins, qui ont été élaborés par l'organisme pour lequel vous travaillez, ou par l'équipe de soins de l'AVC.

Dans ces cas, suivez toujours les instructions données par votre employeur, votre équipe et le plan de soins. Il se peut que vous souhaitiez vous renseigner au sujet d'une recommandation pour les pratiques optimales si vous remarquez des différences. Cependant, vous devez toujours accorder la priorité au plan de soins ainsi qu'aux politiques et procédures de votre organisme.

MESSAGES CLÉS SUR L'ÉQUIPE DE SOINS DE L'AVC

- **Vous faites partie d'une équipe réunissant des dispensateurs de soins de santé**, des membres de la famille et des aidants naturels, qui travaillent ensemble pour aider la personne victime d'un AVC dans toute la mesure possible.
- **Vous êtes un soutien important et une source de renseignements** pour la personne victime d'un AVC et les membres de sa famille.



- **Vous pouvez aider les gens victimes d'un AVC à réapprendre les activités de la vie quotidienne**, ou à découvrir de nouvelles façons d'être autonome, afin de réduire leur frustration et de leur donner davantage confiance dans leurs capacités.
- **Vous pouvez signaler à l'équipe de soins de l'AVC** les progrès réalisés par la personne, ou toute préoccupation que vous-même ou cette personne pourriez avoir.



CHAPITRE 2
Structure anatomique

Dans la Classification internationale du Fonctionnement, la structure anatomique signifie les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes. (OMS, 2001).

CONTENU DU CHAPITRE

2.1 Le cerveau
2.2 L'AVC et ses effets



2.1 Le cerveau



CONTENU DE LA SECTION

- Le fonctionnement du cerveau
- Hémisphères du cerveau
- Les lobes du cerveau

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

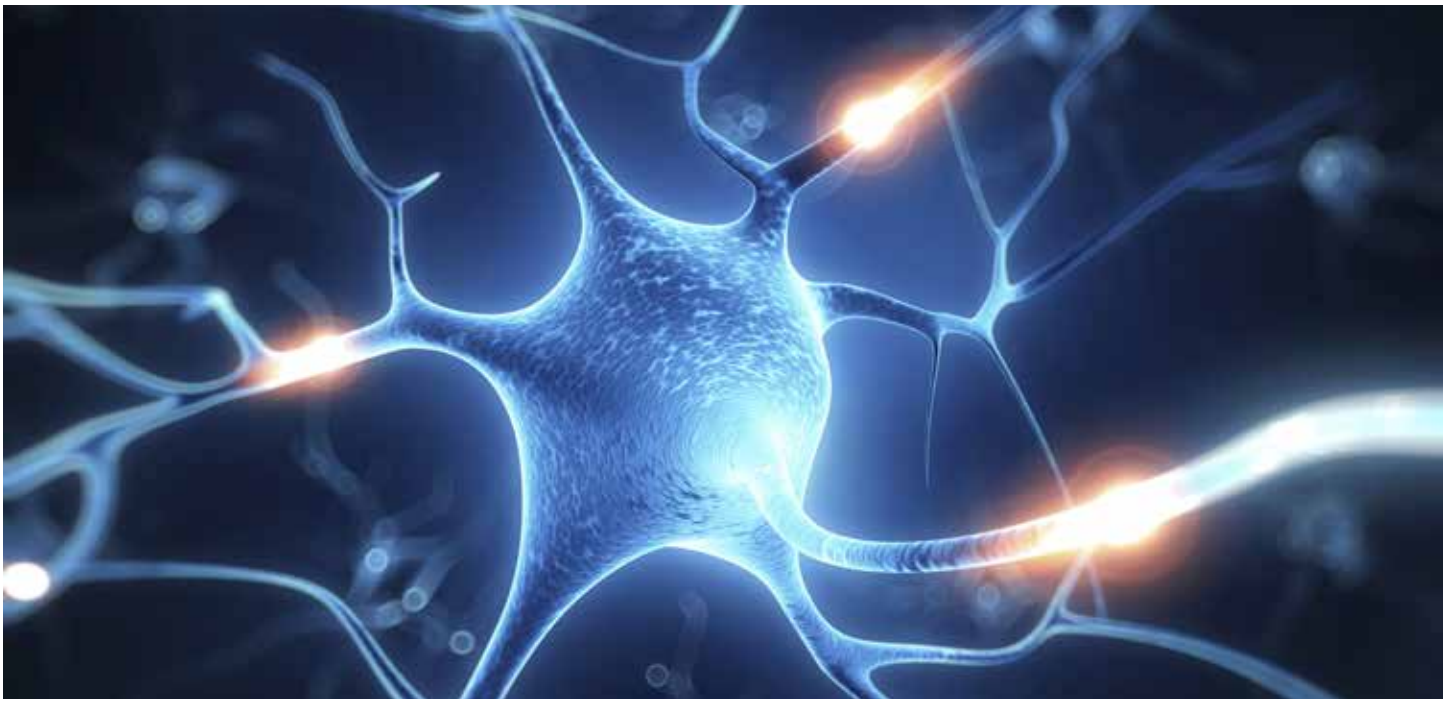
Lorsque vous comprenez le fonctionnement du cerveau et les effets d'un AVC, vous pouvez offrir de meilleurs soins à la personne atteinte et mieux la soutenir ainsi que les membres de sa famille.

LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU

Pour savoir comment un AVC touche une personne, vous devez connaître le fonctionnement normal du cerveau ainsi que l'organisation des fonctions cérébrales.

Le cerveau est comme un centre de commandement. Il gère toutes nos fonctions physiques, sensorielles, mentales et émotives, y compris ce qui suit :

- **Fonctions motrices :** mouvement, coordination
- **Fonctions sensorielles :** vue, ouïe, odorat, toucher, goût et douleur
- **Perception :** interprétation de l'information fournie par les sens, compréhension du milieu environnant
- **Cognition :** réfléchir, se rappeler, planifier, raisonner, résoudre des problèmes
- **Communication** : comprendre le langage, parler
- **Émotion et comportement**



HÉMISPHÈRES DU CERVEAU

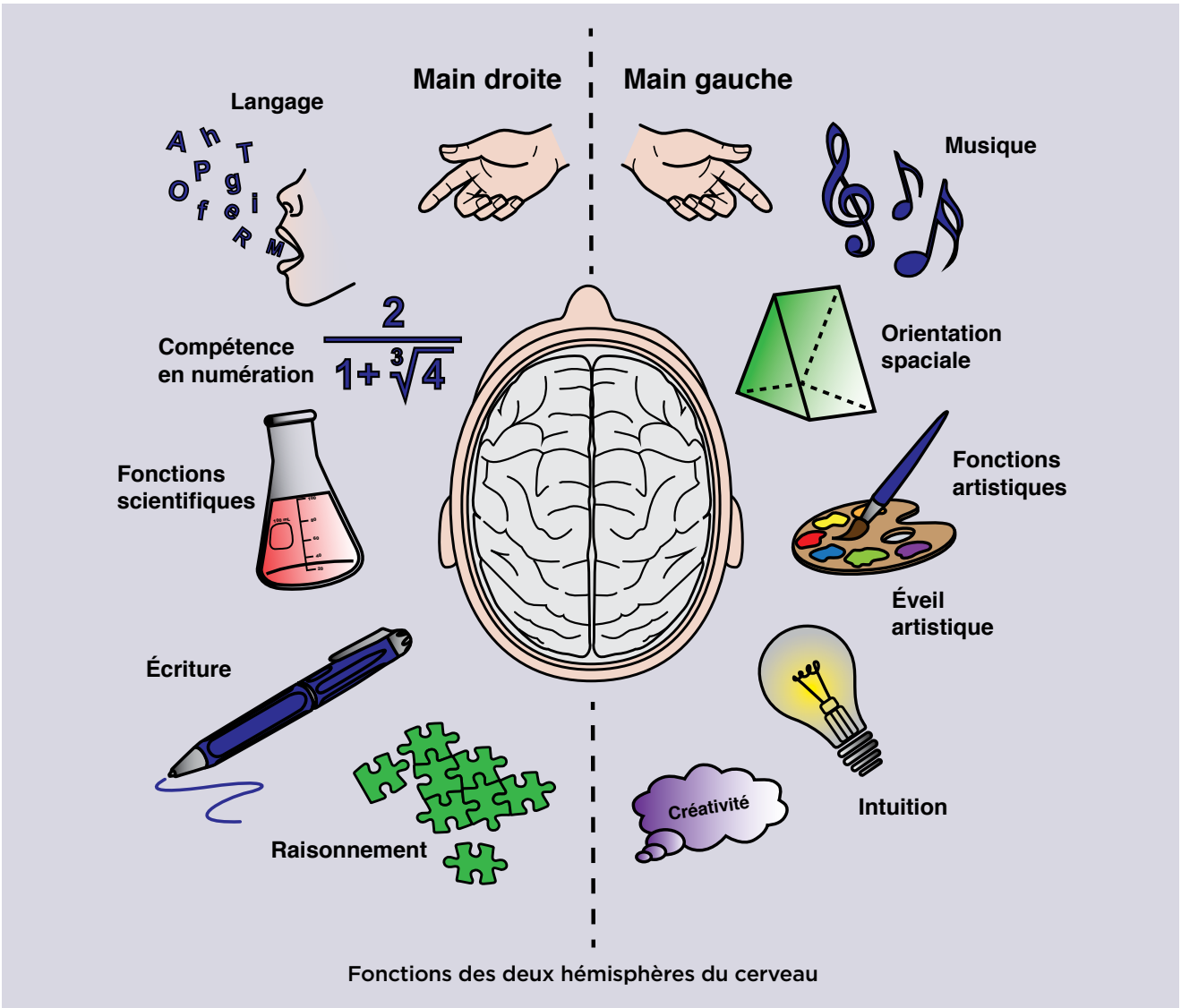
Le cerveau comporte deux côtés, soit l'**hémisphère gauche** (considéré comme l'hémisphère dominant) et l'**hémisphère droit** (l'hémisphère non dominant), chacun commandant différentes fonctions. Certaines fonctions dépendent des deux hémisphères.

L'hémisphère gauche du cerveau commande :

- Le mouvement (les fonctions motrices) et les sensations (fonctions sensorielles) du côté droit du corps
- La lecture, l'écriture et l'élocution
- Les compétences associées aux mathématiques et aux nombres
- Le raisonnement logique

L'hémisphère droit du cerveau commande :

- Le mouvement et les sensations du côté gauche du corps
- La créativité et les capacités artistiques telles que la musique ou le dessin
- L'intuition
- La capacité d'être conscient du milieu environnant et de le comprendre (perception)
- Le raisonnement et le jugement



Fonctions des deux hémisphères du cerveau

LES LOBES DU CERVEAU

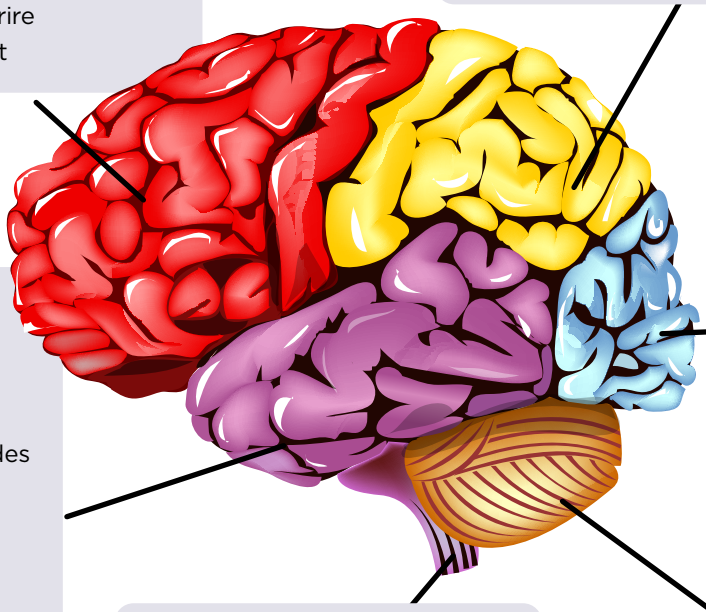
Chaque hémisphère possède six lobes qui commandent différentes fonctions.

Frontal

- Personnalité
- Émotion et excitation
- Intelligence
- Capacité de se concentrer, de prendre des décisions, de planifier, de mettre en ordre et de résoudre des problèmes
- Conscience de votre environnement
- Mouvements volontaires
- Capacité de parler et d'écrire
- Maîtrise du comportement

Pariétal

- Sensations : douleur, toucher, température
- Compréhension et interprétation de l'information sensorielle, comme la taille, la couleur et la forme
- Compréhension de l'espace et de la distance
- Calculs mathématiques



Temporal

- Capacité de comprendre le langage
- Ouïe
- Mémoire, conservation des souvenirs à long terme
- Organisation et planification
- Comportement et émotions

Occipital

- Vision
- Interprétation de ce que vous voyez

Cervelet

- Équilibre
- Coordination des mouvements
- Posture
- Habiletés motrices fines

Tronc cérébral

- Respiration
- Régulation de la fréquence cardiaque
- Conscience, vigilance et éveil
- Déglutition
- Pression artérielle
- Transpiration

MESSAGES CLÉS SUR LE CERVEAU

- **Pour savoir comment un AVC touche une personne**, il est utile de connaître le fonctionnement normal du cerveau ainsi que l'organisation des fonctions cérébrales.
- **Le cerveau comporte un côté gauche et un côté droit.**
- **Le cerveau possède 6 lobes** qui commandent différentes fonctions du corps.



2.2 L'AVC et ses effets



CONTENU DE LA SECTION

- Qu'est-ce que l'AVC?
- Les types d'AVC
- L'AVC est une urgence médicale
- Facteurs de risque
- Effets de l'AVC
- Rétablissement et réadaptation

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Comme les personnes qui ont survécu à un AVC sont à risque d'en subir un deuxième, il est important de connaître les signes avant-coureurs de l'AVC et de composer immédiatement le numéro local du service d'urgence. Les survivants d'un AVC travailleront avec leur équipe de soins de l'AVC afin de réduire leur risque d'un autre AVC. Vos connaissances sur les facteurs de risque d'un AVC et les moyens à prendre pour les gérer pourraient aider.

QU'EST-CE QUE L'AVC?

Le cerveau a un grand nombre de cellules spécialisées appelées neurones. Pour fonctionner correctement, et même simplement pour survivre, les neurones ont besoin d'un apport constant d'oxygène et de nutriments. Les vaisseaux sanguins appelés artères transportent de l'oxygène et des nutriments vers toutes les parties du corps, chaque artère alimentant une région précise.

Un AVC survient lorsque la circulation sanguine dans une artère est interrompue, soit parce que l'artère est bloquée (AVC ischémique) ou qu'elle éclate (AVC hémorragique). La partie du cerveau alimentée par l'artère est donc privée d'oxygène et de nutriments, endommageant les neurones et les fonctions qu'ils commandent. Si le flot sanguin n'est pas rétabli en quelques minutes, les neurones commencent à mourir.

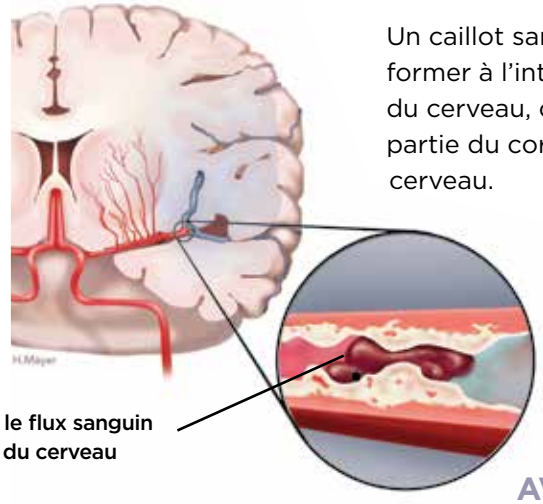
LES TYPES D'AVC

L'AVC ischémique

Environ 80 % des AVC sont causés par une obstruction ou un caillot dans une artère du cerveau. Un AVC causé par un caillot est un AVC ischémique.

L'obstruction découle parfois de la présence d'une plaque qui se forme sur la paroi interne d'une artère. Le caillot grossit à mesure que les cellules sanguines et adipeuses se collent sur la plaque. Peu à peu, l'épaississement s'aggrave au point de bloquer la circulation sanguine.

Un caillot sanguin peut se former à l'intérieur d'une artère du cerveau, ou dans une autre partie du corps et voyager vers le cerveau.



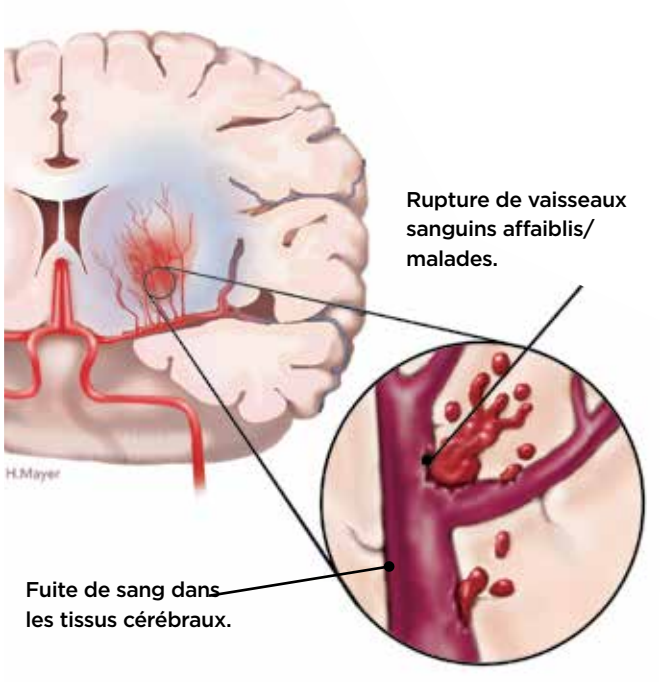
Le caillot arrête le flux sanguin dans une partie du cerveau

AVC ischémique

L'accident ischémique transitoire

Un **accident ischémique transitoire** (AIT), parfois appelé « mini-AVC » ou « avertissement de la survenue possible d'un AVC », est causé par un petit caillot qui bloque une artère pendant un court moment. Les symptômes sont semblables à ceux d'un AVC, mais ils ne durent que quelques minutes ou quelques heures, et ne causent aucun dommage permanent. Un AIT est différent d'un AVC de faible gravité. Une personne qui subit un AVC de faible gravité éprouve une certaine déficience qui dure au-delà des quelques premières minutes ou premières heures.

L'AIT est un avertissement quant au risque imminent d'un AVC plus grave. Il doit être traité comme une urgence et l'on doit consulter un médecin immédiatement. Composez le 9-1-1 ou le numéro local des services d'urgence, même si les symptômes disparaissent.



AVC hémorragique

L'AVC hémorragique

Environ 20 % des AVC sont de nature hémorragique. Un AVC hémorragique survient lorsque des points faibles dans les artères, appelés **anévrismes**, se dilatent parfois d'une manière excessive et finissent par rompre. La circulation sanguine est interrompue, ce qui contribue à endommager le cerveau. L'hypertension artérielle, qui affaiblit les artères, est l'une des causes principales de l'AVC hémorragique.

LES AUTRES CAUSES D'AVC

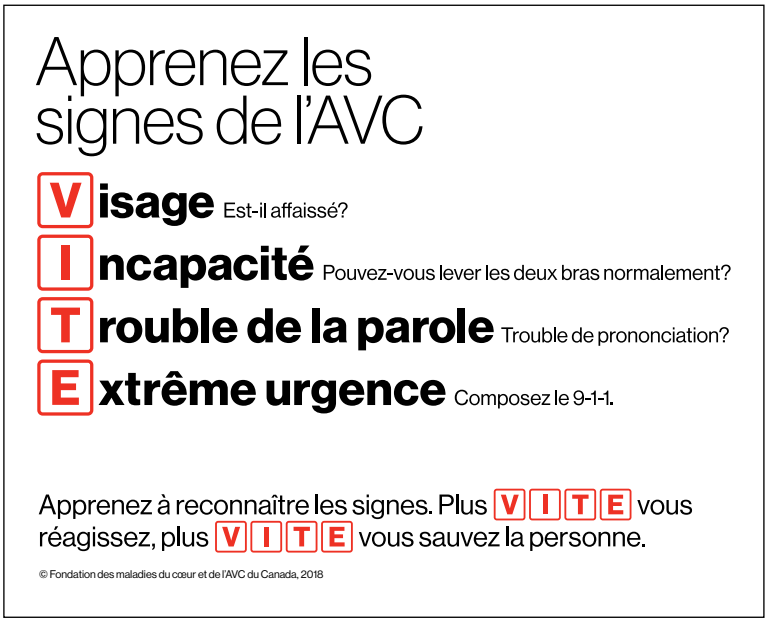
Très rarement, une tumeur, une infection ou un gonflement du cerveau découlant d'un accident ou d'une maladie entraînent un AVC. Certaines personnes naissent avec des anomalies des artères qui risquent de causer des AVC éventuellement. En outre, la consommation de drogues à usage récréatif (comme la cocaïne) peut parfois entraîner un AVC.

L'AVC EST UNE URGENCE MÉDICALE

Les AVC et les AIT sont des urgences d'ordre médical qui nécessitent des soins médicaux immédiats. Obtenir un traitement sans délai peut contribuer à améliorer les chances de survie et à réduire les dommages au cerveau, ainsi que mener à un meilleur rétablissement. Par conséquent, il est essentiel d'en reconnaître les signes et d'agir immédiatement.

LES SIGNES VITE DE L'AVC

La campagne VITE de la Fondation aide la population du pays à reconnaître les signes de l'AVC et à agir VITE. Le fait de savoir reconnaître les signes de l'AVC et de réagir vite peut faire la différence entre la vie et la mort, ou entre un rétablissement complet et des séquelles potentiellement graves.



Si vous-même ou une personne qui est en votre compagnie présentez un de ces signes, composez immédiatement le 9-1-1 ou appelez votre numéro local des services d'urgence. Agir rapidement aide à améliorer les chances de survie et de rétablissement.

Que vous soyez victime ou témoin d'un AVC, ne conduisez pas jusqu'à l'hôpital. Une ambulance permet de se rendre au meilleur hôpital offrant des soins de l'AVC de façon plus efficace et sécuritaire.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Tous les membres du public doivent savoir qu'un AVC est une urgence médicale. L'éducation du public doit mettre l'accent sur la reconnaissance des signes et des symptômes de l'AVC. Les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public doivent employer l'acronyme VITE (Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence) pour aider les gens à se rappeler ces symptômes. L'éducation du public doit souligner la nécessité de réagir immédiatement en composant le 9-1-1 ou le numéro local des services d'urgence.

Tous les membres du public doivent savoir qu'un AVC est une urgence médicale. Les campagnes d'éducation du public doivent être axées sur :

- **La reconnaissance des signes et des symptômes de l'AVC**
- **L'utilisation de l'acronyme VITE (Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence) aide à se souvenir des symptômes de l'AVC.**
- **Le besoin de répondre immédiatement en composant le 9-1-1 ou un numéro local des services d'urgence.**

LE TEMPS DEVIENT UN FACTEUR VITAL

Si l'AVC est de nature ischémique (causé par un caillot), on peut utiliser l'activateur du plasminogène tissulaire (t-PA), un médicament qui détruit les caillots. Le t-PA doit être administré dans les quatre heures et demie après le début des symptômes d'un AVC, et plus tôt sera le mieux après la manifestation de ces symptômes. Le médecin détermine si le t-PA est approprié et à quel moment il peut être administré.

Les patients qui font un AVC grave causé par des caillots plus gros peuvent être admissibles aux nouveaux traitements endovasculaires, pendant lesquels le caillot est retiré grâce à l'utilisation d'un petit appareil inséré dans un vaisseau sanguin. Dans la majorité des cas, ce traitement doit être fait dans les six heures.

FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque d'AVC se répartissent en deux catégories :

- Les **facteurs de risque modifiables** sont ceux qui peuvent être maîtrisés par des changements dans le mode de vie, des traitements médicaux et des médicaments.
- Les **facteurs de risque non modifiables** ne peuvent pas être modifiés.

Les facteurs de risque modifiables

Problèmes médicaux

- L'hypertension (pression artérielle élevée)
- La fibrillation auriculaire (rythme cardiaque irrégulier)
- Diabète
- Les artères carotides obstruées
- L'hypercholestérolémie (taux de cholestérol élevé dans le sang)
- L'apnée du sommeil (la respiration part et s'arrête pendant le sommeil)
- Les contraceptifs oraux ou un traitement hormonal substitutif

Mode de vie

- L'alimentation non équilibrée
- Une forte consommation de sel
- L'embonpoint ou l'obésité
- La sédentarité
- Le tabagisme
- La consommation excessive d'alcool
- La consommation de drogues à usage récréatif (p. ex., la cocaïne)
- Un niveau de stress élevé

Les facteurs de risque non modifiables

- **AVC ou AIT précédent :** Le risque est plus élevé si la personne a déjà été victime d'un AVC ou d'un AIT. Ce risque est plus élevé immédiatement après l'AVC et son niveau reste élevé pendant cinq ans. Plus de 30 % des survivants d'un AVC sont victimes d'un deuxième AVC.
- **Antécédents familiaux :** Le risque est plus élevé si la mère, le père, le frère ou la sœur du patient ont fait un AVC avant d'avoir 65 ans.
- **Âge :** Les AVC peuvent survenir à tout âge, mais ils sont plus fréquents chez les personnes de 65 ans et plus.
- **Sexe :** Avant la ménopause, les femmes ont des risques moins élevés que les hommes; par contre, l'AVC tue plus de femmes que d'hommes.
- **Origine ethnique :** Les membres des Premières Nations et les personnes d'origine africaine ou sud-asiatique présentent un risque accru en raison des taux plus élevés d'hypertension et de diabète dans ces populations.

LA PRISE EN CHARGE DES FACTEURS DE RISQUE

Le risque d'un autre AVC peut être réduit en maîtrisant les facteurs de risque modifiables. Même la maîtrise d'un seul facteur de risque peut contribuer à réduire le risque de façon significative.

Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle important en aidant les gens à déterminer et à prendre en charge leurs facteurs de risque de l'AVC. L'annexe A offre des renseignements détaillés sur la prise en charge des facteurs de risque de l'AVC.



RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Il faut procéder à une prévention secondaire énergique et utiliser les meilleures stratégies offertes de réduction des facteurs de risque dans tous les milieux de vie (p. ex., soins de longue durée). Les patients doivent être informés des stratégies possibles pour modifier leurs facteurs de risque et leur mode de vie. Ils doivent être dirigés vers les spécialistes appropriés au besoin afin d'obtenir des évaluations plus complètes et des programmes structurés pour prendre en charge les facteurs de risque.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Soyez au courant des facteurs de risque du patient.**
- **Assurez-vous de bien comprendre ses objectifs dans le cadre d'une prise en charge des facteurs de risque.**
- **Examinez avec le patient comment vous pouvez l'aider à réduire l'impact de ses facteurs de risque.**
- **Renforcez les recommandations qui ont été faites pour réduire l'impact de ses facteurs de risque.**
- **Aidez-le à fixer des objectifs réalistes dans le cadre du plan de soins, afin de le motiver à continuer de s'efforcer.**
- **Aidez-le à surmonter des obstacles.**
- **Aidez-le à faire le suivi de ses progrès.**
- **Offrez du soutien et de l'encouragement.**
- **Signalez les problèmes qui surviennent à l'équipe de soins de l'AVC.**

EFFETS DE L'AVC

Certains effets courants d'un AVC comprennent ce qui suit :

- Paralysie ou faiblesse d'un côté du corps
- Problèmes de vision
- Problèmes de communication
- Fatigue
- Incontinence (perte de la maîtrise de la vessie ou des intestins)
- Modifications de la manière dont la personne atteinte perçoit ou interprète le monde
- Négligence (conscience réduite ou absente du côté du corps touché, ou de l'environnement)
- Changements de personnalité (dépression ou perte de maîtrise de ses émotions)
- Difficultés cognitives qui réduisent la capacité de se souvenir de certaines choses, de résoudre des problèmes et d'exécuter des activités de la vie quotidienne

Certains effets sont ressentis, peu importe l'endroit où l'AVC a eu lieu dans le cerveau, tandis que d'autres sont caractéristiques d'un AVC dans l'hémisphère gauche ou droit.

DÉFICIENCE ET INCAPACITÉ

La plupart des personnes victimes d'un AVC éprouvent un certain niveau de déficience, même si celle-ci n'est que temporaire.

- La **déficience** est le changement d'une fonction causé par l'AVC.
- L'**incapacité** est le changement dans la capacité à exécuter certaines choses à cause de la déficience.

Environ 60 % des personnes victimes d'un AVC éprouvent une certaine déficience à long terme qui peut avoir un effet sur leur capacité à participer à des activités de la vie quotidienne. Les effets de l'AVC sont différents selon la personne, et la gravité de la déficience et de l'incapacité dépend de divers facteurs :

- le type d'AVC (ischémique ou hémorragique);
- l'hémisphère du cerveau dans lequel l'AVC s'est produit (gauche ou droit);
- les lobes du cerveau sur lesquels l'AVC a eu une incidence;
- la taille de la région endommagée du cerveau;
- la durée de l'interruption du flux sanguin dans la partie du cerveau concernée;
- le temps écoulé entre l'AVC et l'arrivée à l'hôpital;
- l'existence d'une **circulation collatérale** – des vaisseaux sanguins supplémentaires dans la zone du cerveau qui a été touchée et qui continuent parfois à apporter de l'oxygène et des nutriments;
- la **neuroplasticité** – la vitesse à laquelle les zones saines du cerveau remplacent les zones endommagées dans le commandement des fonctions touchées par l'AVC.

RÉTABLISSEMENT ET RÉADAPTATION

Le rétablissement après un AVC est différent d'une personne à l'autre. Chaque personne se rétablit à son propre rythme. Le rétablissement est rapide chez certains, tandis qu'il peut prendre des mois ou même des années pour d'autres. Le rétablissement est le plus rapide au cours des premiers mois après un AVC, même s'il se poursuit souvent pendant des mois et même des années.

Autrefois, les chercheurs croyaient que les voies du cerveau (pour envoyer des messages entre le cerveau et le reste du corps) étaient fixes ou non modifiables. Cela signifiait que si une fonction était exécutée par une certaine zone du cerveau, elle ne pouvait être réalisée que par cette zone. En conséquence, tout dommage au cerveau qui n'était pas réparé dans les quelques mois après l'événement était permanent.

On a découvert depuis que le cerveau et les voies cérébrales peuvent être modifiés à toutes les étapes de la vie. Cette capacité s'appelle la **neuroplasticité**. Cela signifie que certaines personnes victimes d'un AVC pourraient rééduquer leur cerveau en apprenant à utiliser différentes parties pour regagner une fonction pendant la réadaptation.

Un certain nombre de facteurs ont une incidence sur le rétablissement :

- L'âge et l'état de santé général
- Le type et le lieu de l'AVC, et l'étendue des dommages
- La personnalité, les capacités d'adaptation à la nouvelle situation, et l'état émotionnel.
- L'importance et le type de soutien offert par les membres de la famille et les amis.
- L'accès à la réadaptation nécessaire
- La capacité et la motivation pour participer à la réadaptation.

L'IMPORTANCE DE RESPECTER LE PLAN DE SOINS

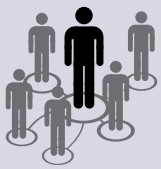
La réadaptation est une composante clé des soins de l'AVC complets. Elle peut être offerte dans les milieux de soins actifs, les centres de réadaptation et les cliniques extrahospitalières, ainsi que dans le cadre de programmes de services communautaires et à domicile, tels que les services de soutien après un congé précoce et les services privés.

La durée de la réadaptation varie selon le type de service nécessaire, la nature de l'incapacité, les besoins de la personne victime d'un AVC, et la volonté des membres de sa famille de participer au processus de réadaptation. La réadaptation la plus intense a lieu généralement dans les six premiers mois après l'AVC. La réadaptation est un processus continu qui peut se poursuivre dans la collectivité après le congé de l'hôpital.

Un respect rigoureux du plan de réadaptation peut faire une grande différence en ce qui concerne la réussite du rétablissement. Vous pouvez rappeler à la personne concernée l'importance de respecter son plan de réadaptation, et l'aider à pratiquer ce qu'on lui a appris.

MESSAGES CLÉS SUR L'AVC ET SES EFFETS

- ❑ En apprenant à connaître l'AVC, vous pouvez aider la personne victime d'un AVC à **comprendre ce qu'elle a subi.**
- ❑ L'**AVC et l'AIT sont des urgences** qui nécessitent des soins médicaux immédiats.
- ❑ **Apprenez à connaître les signes de l'AVC – VITE :**
  Visage — Est-il affaissé?
  Incapacité — Pouvez-vous lever les deux bras normalement?
  Trouble de la parole — Trouble de prononciation?
  Extrême urgence — Composez le 9-1-1.



- ❑ **Un AVC peut survenir à n'importe quel âge.**
- ❑ **Apprenez à connaître les facteurs de risque de l'AVC.** Certains sont modifiables et d'autres ne le sont pas.
- ❑ Le **rétablissement après un AVC** est un processus individuel qui dépend de plusieurs facteurs. Il peut se poursuivre pendant des mois et même des années.

CHAPITRE 3
Fonctions organiques (physiques)

Les fonctions organiques sont les fonctions physiologiques des systèmes de l'organisme (OMS, définition de la CIF 2001).

Elles comprennent toutes catégories de soins qui aident les gens à se rétablir et à prendre en charge leurs fonctions, telles que la mobilité, la nutrition, l'hygiène et les soins personnels, les fonctions sensorielles, la douleur, les émotions, la réflexion et la mémoire.

CONTENU DU CHAPITRE

3.1 Rétablissement du mouvement et des fonctions motrices
3.2 Nutrition et déglutition
3.3 Hydratation
3.4 Maîtrise de la vessie et des intestins
3.5 Intégrité de la peau



3.1 Rétablissement du mouvement et des fonctions motrices



CONTENU DE LA SECTION

- Facteurs qui ont un effet sur le mouvement après un AVC
- Utilisation des membres touchés pendant le rétablissement

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'AVC touche fréquemment la capacité d'une personne à bouger certaines parties de son corps, ainsi que la capacité à se déplacer de façon sécuritaire dans leur environnement. Les limites dans ces domaines peuvent être une source de frustration et de confinement. Il existe de nombreuses techniques pour aider une personne victime d'un AVC à bouger sans s'infliger d'autres dommages ou de la douleur, ainsi que pour améliorer sa capacité de bouger elle-même en toute sécurité. En étant conscient des modifications typiques du mouvement après un AVC, vous pouvez aider la personne atteinte à être davantage en sécurité, plus confortable et plus autonome. Vous devez utiliser le positionnement approprié ainsi que des techniques de transfert sécuritaires à mesure que la personne s'adapte aux changements.

FACTEURS QUI ONT UN EFFET SUR LE MOUVEMENT APRÈS UN AVC

Plusieurs facteurs ont un effet sur la mesure dans laquelle une personne peut bouger après un AVC. D'abord, l'AVC lui-même touche souvent la fonction motrice (la capacité de bouger certaines parties du corps), généralement le côté opposé de l'endroit où a eu lieu l'AVC (c.-à-d., un AVC dans la partie gauche du cerveau peut avoir un effet sur la fonction motrice du côté droit du corps). Il est cependant possible qu'un AVC dans le tronc cérébral touche les fonctions motrices des deux côtés du corps.

En outre, les effets suivants d'un AVC peuvent rendre le mouvement plus difficile.

FATIGUE

Le patient a besoin de beaucoup d'énergie pour la guérison de son cerveau et pour réapprendre les tâches de la vie quotidienne. Les personnes victimes d'un AVC se sentent souvent très fatiguées, particulièrement pendant la période initiale de leur rétablissement. Il est normal qu'une certaine fatigue soit observée pendant le rétablissement après un AVC. Même des tâches simples seront parfois épuisantes. Une telle fatigue, ressentie tout le temps, peut mener à la frustration, à la tristesse et à la colère. Les spécialistes en réadaptation peuvent suggérer à la personne atteinte des moyens d'économiser son énergie de façon à ce qu'elle puisse mieux gérer sa fatigue et participer à son rétablissement. Une très grande fatigue persistante est un problème grave qui doit être signalé à l'équipe de soins de l'AVC.



RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

La fatigue est un problème courant qui peut survenir après un AIT ou un AVC à n'importe quel moment du processus de rétablissement. La fatigue après un AVC passe souvent inaperçue. En conséquence, les professionnels de la santé doivent prévoir la possibilité de fatigue après un AVC, et préparer les patients et leur famille à atténuer la fatigue en évaluant, éduquant et intervenant à n'importe quel moment dans le continuum de rétablissement après un AVC.

PERTE DE SENSATION

La sensation signifie être capable de sentir, d'être conscient du toucher et de la température, et de savoir où est son corps dans l'espace. La sensation d'une personne victime d'un AVC pourrait être limitée ou absente dans la partie du corps touchée par l'AVC*.

CHANGEMENTS DANS LE TONUS MUSCULAIRE (SPASTICITÉ OU FLACCIDITÉ)

Le tonus musculaire est la légère tension qui est toujours présente dans les muscles normaux, même au repos. Le tonus musculaire normal empêche les muscles d'être attirés vers le bas par la pesanteur. L'AVC peut causer la flaccidité (faible tonus) ou la spasticité (tonus élevé) menant à des problèmes de mouvement et de mobilité.

- **Flaccidité :** Un membre flasque ou à faible tonus semble lourd et relâché. Il doit être traité avec précaution en tout temps (lorsque la personne atteinte est couchée, assise, debout et pendant les transferts), afin d'éviter les blessures et la douleur aux jointures et aux tissus mous. L'ergothérapeute ou le physiothérapeute peut recommander des moyens pour positionner de façon sécuritaire un membre flasque.



* Veuillez consulter la section 4.5 pour en savoir plus sur la perte de sensation.

- **Spasticité :** Un membre spastique ou à tonus élevé semble raide ou tendu. En manipulant le membre doucement et avec précaution, ainsi qu'en exécutant la gamme prescrite d'exercices d'amplitude du mouvement et d'étirement, on peut empêcher la spasticité de s'aggraver. La spasticité peut provoquer la contracture ou le raccourcissement des muscles, et réduire l'**amplitude de mouvement** (la mesure dans laquelle les jointures d'une personne peuvent être bougées dans différentes directions) dans une jointure. Des attelles sont parfois prescrites pour offrir un étirement prolongé à des muscles tendus et des tissus mous. Les attelles ne doivent être portées que selon le calendrier fourni, et la peau doit être examinée régulièrement pour tout signe d'irritation ou de dépression.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

La spasticité et les contractures peuvent être évitées et traitées par un positionnement antispastique, des exercices d'amplitude du mouvement, ou des étirements. L'utilisation régulière des attelles n'est pas recommandée. Chez certains patients sélectionnés, l'utilisation des attelles peut être utile, et doit être envisagée sur une base individuelle.

CHANGEMENTS DANS LA FORCE MUSCULAIRE

La force musculaire peut être touchée par un AVC. Les groupes de muscles dans le tronc et dans le bras et la jambe du côté du corps touché par l'AVC peuvent être affaiblis après un AVC. En raison de ce phénomène, la personne atteinte peut avoir plus de difficulté à se déplacer et à accomplir les tâches de la vie quotidienne, ou ressentir de la douleur dans l'épaule. Étant donné que certains types de mouvements des bras et des jambes sont communs après un AVC, les thérapeutes travaillent souvent avec les survivants d'un AVC pour renforcer des muscles affaiblis, et les aident à retrouver un mouvement plus normal et fonctionnel.

MAUVAIS ÉQUILIBRE

Les problèmes liés à la sensation, à la motricité et à la vision peuvent avoir un effet sur l'équilibre, que la personne atteinte soit assise ou debout, et augmenter le risque de chute. Les thérapeutes évaluent souvent la personne victime d'un AVC à son domicile et dans des milieux communautaires, et recommandent des modifications ou de l'équipement pour minimiser le risque de chute.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

En se fondant sur les résultats d'évaluation du risque, on doit mettre en œuvre un plan de prévention des chutes personnalisé pour chaque patient.

POSTURE INAPPROPRIÉE

La posture debout signifie que les épaules, les hanches et les pieds sont alignés verticalement, et que la tête est droite au milieu. Après un AVC, le patient aura souvent tendance à mettre plus de poids du côté non touché. Il se pourrait alors que l'épaule (**la ceinture scapulaire**) et la hanche (**la ceinture pelvienne**) touchées deviennent mal alignées, et que cette posture asymétrique ou inégale provoque de la tension musculaire, de la douleur et de la difficulté à se déplacer.

TROUBLES DE LA PERCEPTION

Des changements dans la perception pourraient toucher la mobilité et rendre les déplacements sécuritaires plus difficiles. Les modifications de la perception causées par l'AVC comprennent ce qui suit :

- la négligence visuelle et auditive (conscience amoindrie de l'environnement du côté du corps touché par l'AVC);
- la négligence corporelle (conscience amoindrie du corps du côté touché par l'AVC);
- l'apraxie (difficulté à planifier et à exécuter des mouvements intentionnels, même lorsque la personne atteinte a la capacité physique nécessaire pour accomplir une tâche);
- une perception déficiente de la profondeur et de la distance, qui est souvent le résultat d'une vision double ou d'une perte partielle de la vision dans un œil ou dans les deux yeux;
- une perte du champ visuel (être incapable de voir tout ce qui se trouve devant soi ou sur le côté).

UTILISATION DES MEMBRES TOUCHÉS PENDANT LE RÉTABLISSEMENT

Même si le rétablissement est souvent au niveau le plus élevé au cours des premiers mois après un AVC, le rétablissement d'une personne atteinte d'une déficience et les améliorations apportées à la fonction et la participation, qui en résultent, peuvent se poursuivre pendant des années. Notre compréhension de la neuroplasticité, c'est-à-dire la capacité du cerveau à se réorganiser en formant de nouvelles connexions synaptiques, a mené à un plus grand nombre d'options de traitement pour favoriser un rétablissement optimal. Il a été démontré que des pratiques intenses de tâches pertinentes et posant des défis ont un effet sur la neuroplasticité et améliorent le rétablissement fonctionnel.

Afin de favoriser le rétablissement, on encourage les victimes d'un AVC à utiliser leurs membres touchés dans les activités de la vie quotidienne dès que possible. Même de petits mouvements peuvent aider à accomplir des tâches. Il était un temps où les personnes victimes d'un AVC étaient encouragées à utiliser leur bras le plus fort pour accomplir des tâches. Cependant, on a découvert que cette approche ne favorisait pas des changements positifs dans le cerveau et qu'en fait, elle pouvait entraver l'apprentissage de nouvelles capacités et l'amélioration de la fonction. Pour cette raison, une thérapie continue, intense et dictée par un objectif est souvent très importante au cours des premiers mois et doit être appliquée tous les jours. Les thérapeutes travaillent souvent avec la personne victime d'un AVC pour créer un programme à domicile qui inclut des tâches et des activités posant des défis à effectuer tous les jours.

* Veuillez consulter la section 4.1 sur les déficiences visuelles et de perception visuelle causées par un AVC.

MESSAGES CLÉS SUR LE RÉTABLISSEMENT DU MOUVEMENT ET DES FONCTIONS MOTRICES

- **Sachez comment l'AVC** modifie la capacité de mouvement d'une personne.
- **Votre sécurité et celle de la personne atteinte doivent être une priorité.** Utilisez le positionnement approprié et des techniques de transfert sécuritaires.
- **Offrez du soutien** pendant la période où la personne victime d'un AVC s'adapte aux changements.
- **Le rétablissement des fonctions motrices exige de l'énergie.** Assurez-vous que la personne atteinte trouve un équilibre approprié entre le repos et l'exercice.
- **Aidez la personne** atteinte à retrouver le plus d'autonomie possible.
- Le **rétablissement après un AVC** se poursuit pendant de nombreux mois et même des années.





3.2 Nutrition et déglutition



CONTENU DE LA SECTION

- Problèmes d'alimentation et de déglutition
- Dysphagie
- Hygiène buccodentaire
- Adaptation des textures d'aliments et alimentation particulière
- Appareils et accessoires fonctionnels

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Manger et boire sont des activités aussi agréables que nécessaires dans la vie. Certaines personnes qui ont survécu à un AVC ne parviennent plus à s'alimenter ou à consommer des aliments et des liquides en toute sécurité. La texture des aliments doit souvent être modifiée. Vous jouez un rôle essentiel en aidant les patients à manger et à boire suffisamment pour rester en santé, à éviter les dangers des problèmes de déglutition, et à apprécier leurs repas.

PROBLÈMES D'ALIMENTATION ET DE DÉGLUTITION

L'alimentation : Les patients qui ont survécu à un AVC éprouveront parfois certaines difficultés à amener les aliments de l'assiette à leur bouche : Le mouvement du bras et de la main peut être touché ainsi que les capacités cognitives qui aident une personne à savoir comment mâcher et avaler. En outre, il se peut que la personne atteinte ne voie pas certains aliments dans son assiette pour des raisons de négligence. De même, l'AVC peut modifier l'odeur et le goût des aliments pour la personne atteinte. À cause de tous ces problèmes, la période des repas peut être une source de défis et de frustration, et n'est plus aussi agréable.

La déglutition : La déglutition exige la coordination de nombreux muscles pour faire circuler les aliments et les liquides à travers la bouche, la gorge et l'œsophage vers l'estomac. Un AVC peut avoir un effet sur ces muscles provoquant la dysphagie (difficulté à avaler). L'AVC peut aussi diminuer la vigilance et l'attention, contribuant à réduire davantage la capacité d'avaler en toute sécurité.

Certains effets sur ces muscles sont faciles à déceler, tels que la faiblesse des muscles faciaux et la bave. D'autres effets pourraient être invisibles et non reconnus. Ils incluent l'absence du réflexe de toux lorsque les aliments ou les liquides pénètrent dans la voie respiratoire (aspiration silencieuse), ou l'effet qui empêche les aliments de circuler rapidement dans l'œsophage pour entrer dans l'estomac.

LA DYSPHAGIE

Un membre de l'équipe évalue les capacités de déglutition de la personne victime d'un AVC. Il pourrait s'agir de l'un des spécialistes suivants : orthophoniste, ergothérapeute, diététiste, infirmière auxiliaire ou préposé aux services de soutien.

SIGNES ET SYMPTÔMES OBSERVÉS COURAMMENT

- Toux, raclement de gorge ou étouffement pendant ou après les repas
- Essoufflement
- Difficulté à déplacer la nourriture pour avaler
- Bave
- Difficulté à fermer les lèvres, perte de nourriture par la bouche
- Modification de la qualité de la voix, comme une voix humide ou faible ou des gargouillis
- Larmoiements ou écoulements du nez pendant la consommation d'aliments ou de boissons
- Le patient recrache des aliments
- Accumulation d'aliments dans les joues, sous la langue ou dans les côtés de la bouche
- Le patient mâche lentement et avec beaucoup d'efforts
- Alimentation rapide et non contrôlée

De plus, le patient peut indiquer :

- un serrement de gorge;
- des aliments qui collent dans sa gorge ou sa poitrine;
- de la difficulté à avaler des aliments solides;
- des reflux ou brûlures d'estomac;
- l'impression d'être rassasié après avoir mangé très peu;
- un sentiment d'anxiété au sujet des repas.

Surveillez attentivement la personne pour déceler n'importe lequel de ces signes s'ils se manifestent. Si vous les observez, communiquez avec votre équipe pour obtenir des conseils et des stratégies. Si l'état de santé et les capacités de déglutition de la personne atteinte changent à n'importe quel moment, elle doit être examinée et peut-être évaluée de nouveau par les membres de l'équipe qui ont des compétences pour la prise en charge de la dysphagie.

RÉPERCUSSIONS DE LA DYSPHAGIE

La dysphagie empêche souvent les personnes victimes d'un AVC de se nourrir convenablement, surtout lors de la période initiale du rétablissement, et pourrait les mener à éviter les repas.

La déshydratation : Si un patient ne consomme pas assez de liquides, il se déshydrate. La déshydratation peut causer la bouche sèche, la constipation, l'infection urinaire, la confusion, une grave maladie et même la mort. Elle peut rendre certains problèmes de déglutition encore plus difficiles à gérer.

La malnutrition : Un patient qui ne mange pas suffisamment risque de souffrir de malnutrition, de perdre du poids, d'avoir moins d'énergie, de souffrir de ruptures de l'épiderme, d'avoir des facultés de guérison amoindries ainsi qu'une résistance diminuée aux infections.

L'aspiration : L'entrée de salive, d'aliments liquides ou solides, ou un reflux du contenu de l'estomac (quand le contenu remonte) dans les voies respiratoires peuvent causer des problèmes respiratoires ainsi qu'une pneumonie.

L'étouffement : Un morceau d'aliment peut se loger dans les voies respiratoires, ce qui rend la respiration difficile ou impossible.

Une qualité de vie réduite : Manger est une activité sociale. À cause de problèmes de déglutition et d'alimentation, il se peut qu'une personne n'ait plus envie de partager un repas avec un groupe. Cela peut accroître son isolement social et réduire sa qualité de vie. Des changements dans le goût et l'odorat peuvent aussi avoir un effet sur le plaisir de manger.

D'autres conséquences de la dysphagie pourraient inclure ce qui suit :

- Changements brusques de température peu après les repas
- Sécheresse de la bouche
- Perte ou gain de poids à cause de la malnutrition
- Infections respiratoires
- Faibles inspirations ou toux
- Brûlures d'estomac chroniques

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



Utilisez toujours le positionnement approprié

- **Pour les repas, demandez à la personne atteinte de quitter son lit chaque fois que c'est possible.**
- **Faites asseoir la personne dans un fauteuil roulant ou une chaise à dossier droit.**
- **Positionnez la personne qui est incapable de quitter son lit à un angle entre 60 et 90 degrés, et stabilisez-la avec des oreillers.**
- **Gardez la tête au milieu et inclinée légèrement vers l'avant.**
- **Encouragez-la à demeurer droite pendant 30 minutes après un repas, ou élevez la tête de 30 degrés par rapport au lit pour éviter les reflux.**

Réduire les distractions

- **Si la personne est facilement distraite, enlevez tous les articles non essentiels de la table ou du plateau, évitez les salles à manger achalandées, et présentez un aliment à la fois.**
- **Servez les repas dans un environnement tranquille. Par exemple, fermez la télévision ou la radio, minimisez la conversation, et décourager la personne de parler avec des aliments dans la bouche.**
- **Encouragez les visiteurs à venir en dehors des heures des repas.**
- **Administrez les médicaments avant et après plutôt que pendant les repas.**

Faites attention au rythme de l'alimentation et aux quantités servies :

- **Donnez fréquemment de petits repas.**
- **Donnez à manger de petites quantités à l'aide d'une cuillère à thé ou même d'une demi-cuillère à thé, et non avec une cuillère à soupe.**
- **Encouragez la personne à avaler deux fois. Pour vous assurer que les aliments sont complètement avalés, observez l'élévation du larynx, c'est-à-dire un déplacement vers le haut puis vers le bas de la pomme d'Adam.**
- **Assurez-vous que la bouche est vide avant d'introduire d'autres aliments.**
- **Attirez son attention sur l'assiette ou le plateau en entier si elle est négligente ou a tendance à ne pas remarquer les aliments.**
- **Encouragez-la à manger lentement, et ne la bousculez jamais.**

Apprenez à la personne atteinte à

- **surveiller elle-même son alimentation avec un miroir;**
- **retirer les aliments qui restent dans la bouche avec la langue;**
- **à être consciente de la présence de bave, et à utiliser une serviette de table au besoin;**
- **à tousser pour se dégager la gorge;**
- **à porter des vêtements amples et à éviter les ceintures serrées pour éviter le reflux.**

L'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE

Une mauvaise hygiène buccodentaire, des problèmes dentaires tels que des dents mobiles ou des caries, ainsi que des prothèses dentaires mal ajustées, peuvent causer des problèmes pour l'alimentation et la déglutition en toute sécurité.

Pour se sentir bien et être en bonne santé, il est essentiel d'avoir la bouche et les dents propres. En effet, les maladies des gencives sont liées aux maladies du cœur, à la pneumonie et à l'AVC. Les bactéries des gencives malades peuvent circuler dans les vaisseaux sanguins et causer des infections. Les bactéries et les particules d'aliments que l'on retrouve dans la bouche sont particulièrement dangereuses si elles sont aspirées dans les poumons, pouvant causer la pneumonie d'aspiration.

Une bouche et des dents propres sont importantes même pour les gens qui sont alimentés par une sonde.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Les patients, les familles et les aidants naturels devraient connaître les recommandations en matière de déglutition et d'alimentation. Afin de réduire le risque de pneumonie d'aspiration, on doit permettre aux patients de s'alimenter eux-mêmes et les encourager à le faire aussi souvent que possible. Les patients doivent recevoir des soins dentaires et de la bouche méticuleux, et être renseignés sur le besoin d'une bonne hygiène buccodentaire afin de réduire davantage le risque de pneumonie.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



Aidez la personne à pratiquer une bonne hygiène buccodentaire :

- Encouragez la personne ou aidez-la à prendre des mesures d'hygiène buccodentaire avant et après le repas si possible.
- Enlevez les prothèses dentaires après chaque repas de façon à ce que les particules d'aliments ne s'y s'accumulent pas et causent une irritation.
- Regardez s'il y a des débris d'aliments dans la bouche.

Au moins une fois par jour, assurez-vous que la bouche et la langue de la personne sont roses et humides. Si la bouche est sèche et présente des taches blanches, ou que la langue est recouverte d'une couche blanche, signalez-le à votre équipe.

Aidez la personne à se brosser les dents, les gencives et la langue à l'aide d'une brosse à dents souple et de dentifrice. N'utilisez pas d'écouvillons, car ils ne permettent pas un nettoyage adéquat.

Nettoyez les prothèses dentaires au besoin, et pas seulement avant le coucher. Enlevez les prothèses dentaires pour la nuit et faites-les tremper. Les gencives et les tissus buccaux seront en meilleure santé si on leur permet de « respirer » pendant quatre à six heures chaque nuit.

Recommandez à la personne atteinte d'obtenir des examens dentaires régulièrement.

ADAPTATION DES TEXTURES D'ALIMENTS ET ALIMENTATION PARTICULIÈRE

Pour manger en toute sécurité, les survivants d'un AVC qui souffrent de dysphagie doivent dans certains cas consommer des aliments dont la texture est adaptée à leurs besoins. Le type de problème de déglutition dont ils sont atteints détermine la texture des aliments qu'ils peuvent consommer en toute sécurité. Si la texture des aliments ne peut être adaptée suffisamment, il se peut qu'il soit nécessaire d'alimenter ces personnes au moyen d'une sonde qui peut leur procurer les calories et les nutriments dont elles ont besoin. Si la fonction de déglutition s'améliore, elles pourront reprendre une alimentation à base d'aliments mous, voire une alimentation normale.

Bon nombre de professionnels de la santé (orthophonistes, diététistes et ergothérapeutes) participent à l'évaluation et la surveillance de la capacité de mâcher et d'avaler d'une personne. Ils recommandent aussi des textures d'aliments et des stratégies d'alimentation sécuritaires.

- Un orthophoniste déterminera les problèmes particuliers associés à la déglutition.
- Un diététiste s'assure que la texture alimentaire recommandée ou l'alimentation par sonde répond aux besoins alimentaires et d'hydratation du patient.
- Un ergothérapeute recommande des stratégies pour asseoir la personne traitée et la positionner.
- Un ergothérapeute recommande du matériel d'adaptation approprié.



Vous devez toujours respecter les instructions du plan de soins en matière d'aliments et d'alimentation. N'essayez jamais vous-même d'adapter la texture des aliments ou de modifier l'alimentation.

Si la personne doit consommer...	
Des aliments en purée	**Servir :** • des aliments écrasés et passés au mélangeur • des aliments mous et denses dont la consistance est semblable à celle d'un pouding
Des aliments finement hachés ou humides et finement hachés	**Servir :** • des aliments dont la texture est semblable à celle du bœuf haché • des aliments finement hachés
Des liquides épaissis (du plus épais au plus clair : pouding, miel liquide, nectar.)	**Servir :** • des liquides épaissis jusqu'à la consistance précisée dans le plan de soins Si vous n'êtes pas certain de l'épaisseur qu'un liquide devrait avoir, demandez à la personne dans l'équipe qui a reçu une formation en dysphagie de vous l'indiquer. Les épaississants commerciaux et mélangés d'avance (offerts dans les pharmacies et certains hôpitaux) peuvent être utilisés dans les boissons chaudes et froides. Si ceux-ci sont recommandés, suivez le mode d'emploi sur la boîte ou le contenant.

Si la personne NE doit PAS consommer...	
Des particules sèches	**Éviter :** • des aliments secs et friables, du pain, des muffins, des biscuits • du beurre d'arachides, des fromages secs et friables
Des produits à base de pain	**Éviter :** • les pains, les gâteaux, les pâtisseries et les sandwichs • tous les mets préparés avec du pain
Des mélanges de consistance	**Éviter :** • des aliments qui combinent des liquides et des solides (c.-à-d., des céréales avec du lait, des soupes au poulet et aux légumes, etc.)
Liquides clairs	**Éviter :** • l'eau • les boissons non épaissies • les soupes à base de bouillon • les suppléments commerciaux • la crème glacée, la glace, les produits gélatineux froids
Des aliments risquant d'entraîner un reflux	**Éviter:** • des aliments épicés et assaisonnés • des produits à base d'agrumes et d'autres aliments acides • de la menthe poivrée et de la menthe verte • de la caféine (p. ex., café, thé, chocolat, cola) • des aliments frits ou à forte teneur en matières grasses

D'autres aliments problématiques incluent le riz, les aliments filamenteux, les raisins secs, les noix et les graines. Évitez-les si ceux-ci sont difficiles à mâcher ou à avaler.

Si le sens de l'odorat ou du goût de la personne atteinte a été touché, mais qu'elle n'a pas de problèmes de reflux ou de déglutition, vous pouvez essayer différentes épices ou des produits qui rehaussent la saveur des aliments afin de rendre les repas plus agréables.



APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS

Un ergothérapeute peut recommander des appareils et accessoires fonctionnels pour atténuer les problèmes d'alimentation et de déglutition. Ceux-ci comprennent ce qui suit :

- Assiettes à rebord
- Coussinets antidérapants pour éviter que les plats ne glissent
- Porte-gobelets et porte-verres
- Ustensiles modifiés avec manches larges ou pliés)
- Ustensiles pour couper à une main (couteau à fil convexe, couteau à fromage, coupe-pizza)
- Tasses modifiées avec couvercle découpé ou couvercle partiel.



RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

La personne victime d'un AVC, chez qui l'on soupçonne la présence de problèmes relatifs à la nutrition, l'hydratation et la dysphagie ou d'autres comorbidités pouvant nuire à la nutrition, devrait être dirigée vers un diététiste afin d'obtenir des recommandations visant à combler les besoins en nutriments et liquides par voie orale, tout en encourageant l'altération des textures alimentaires et de la consistance des liquides recommandées par l'orthophoniste ou un autre professionnel dûment formé.

MESSAGES CLÉS SUR LA NUTRITION ET LA DÉGLUTITION

- **Vous devez savoir si la personne** que vous soignez a subi une évaluation de la déglutition et si elle a des problèmes à cet égard.
- Les **problèmes de déglutition** pourraient mener à des complications et retarder le rétablissement.
- Les personnes atteintes de dysphagie pourraient avoir besoin d'**aliments dont la texture est particulière** à des fins de sécurité. Elles sont à risque de malnutrition et doivent être surveillées étroitement.
- **Signalez tout changement** dans la nutrition et la déglutition à l'équipe de soins de l'AVC.





3.3 Hydratation



CONTENU DE LA SECTION

- Exigences quotidiennes en matière de liquides
- Déshydratation
- Hydratation et incontinence urinaire

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'eau est essentielle à la vie. La déshydratation se produit lorsque le corps perd davantage de liquides qu'il n'en absorbe. Vous jouez un rôle clé en vous assurant que la personne victime d'un AVC boit suffisamment pour demeurer en bonne santé, et en signalant immédiatement à l'équipe tout signe de déshydratation.

EXIGENCES QUOTIDIENNES EN MATIÈRE DE LIQUIDES

L'adulte moyen peut vivre plusieurs semaines sans nourriture, mais seulement quelques jours sans eau.

Nous avons tous besoin d'au moins 1,5 à 2 litres (6 à 8 tasses) de liquide par jour pour demeurer hydratés. La quantité de liquide qu'une personne victime d'un AVC a besoin doit être précisée dans le plan de soins. Le tableau ci-dessous affiche les quantités équivalentes en onces, en litres (L) et en millilitres (ml) :

Mesure	Quantité	
Tasses	6	8
Onces	48	64
Litres	1,5	2
Millilitres	1 500	2 000

Parmi les types de liquides, on compte :

- les boissons comme l'eau, le jus et le lait;
- les liquides congelés comme les sucettes glacées ou les barres de jus congelées;
- certains aliments, comme les desserts gélifiés, le pouding, la crème glacée, la soupe et les fruits en conserve.

Le tableau ci-dessous donne des exemples de la quantité de liquides contenue dans certains aliments communs :

Aliment	Taille de la portion	Quantité de liquide
Dessert gélifié	125 ml	120 mL
Pouding	125 ml	100 mL
Crème glacée ou sorbet	125 ml	120 mL
Sucette glacée	1 sucette glacée	90 mL
Yogourt	125 ml	90 mL
Fruits en conserve	125 ml	100 mL
Soupe	375 ml	165 mL
Conversion simple de l'exigence quotidienne en matière de liquides		
250 ml = 1 tasse	125 ml = 1/2 tasse	

DÉSHYDRATATION

La déshydratation peut rapidement mettre la vie en danger. Lorsqu'une personne est déshydratée, elle risque de perdre ses fonctions physiques, mentales et cognitives. Elle augmente aussi son risque d'infection, de constipation et de fécalome, ainsi que d'infection urinaire.

Les survivants d'un AVC qui ont des problèmes de déglutition pourraient éviter de consommer des liquides parce qu'ils ont peur de s'étouffer. Ceux qui craignent l'incontinence pourraient boire moins afin d'éviter les accidents.

Les personnes victimes d'un AVC sont plus susceptibles d'être déshydratées si elles :

- ont une alimentation constituée de fluides épaissis et ne prennent pas tous les liquides fournis;
- ont de la difficulté à avaler, soit la dysphagie,
- refusent les liquides aux repas ou aux collations;
- ont besoin d'aide pour manger et boire;
- ne ressentent pas la soif (c'est un problème courant chez les personnes âgées);
- ne sont pas en mesure de communiquer le fait qu'ils ont soif;
- ont des troubles de mémoire ou ont tendance à oublier;
- souffrent d'une maladie qui augmente la perte de liquide par le vomissement, la diarrhée ou la fièvre accompagnée de sudation, de sorte que la perte de liquide est plus élevée que la consommation.

SIGNES DE LA DÉSHYDRATATION

Veuillez signaler n'importe lequel de ces signes à l'infirmière.

- réduction de la miction;
- urine foncée, concentrée ou ayant une odeur forte;
- infections urinaires ou de la vessie fréquentes;
- salive épaisse et filandreuse;
- constipation;
- étourdissement lorsque la personne est assise ou debout;
- confusion ou changement de l'état mental;
- perte de poids de 1,5 kg (3,5 livres) en moins de 7 jours;
- fièvre et sudation;
- perte d'élasticité de la peau (Pincez doucement la peau de la main de la personne. Si elle demeure pincée lorsque vous la libérez, la personne pourrait être déshydratée.)





HYDRATATION ET INCONTINENCE URINAIRE

Certaines personnes atteintes d'incontinence urinaire croient que si elles boivent moins, elles n'auront pas à uriner aussi souvent. En fait, c'est l'inverse qui est vrai.

Un faible apport en liquides réduit la production d'urine. Il en résulte une urine foncée concentrée qui irrite l'intérieur de la vessie. En conséquence, ces personnes doivent évacuer de petites quantités d'urine plus souvent.

Un apport adéquat en liquides nettoie la vessie et aide à prévenir son irritation ainsi que l'infection urinaire. L'urine d'une personne hydratée est d'un jaune clair et pâle. Une urine trouble et qui dégage une forte odeur est un signe d'apport inadéquat en liquides, et non d'une infection urinaire.

En outre, le fonctionnement normal et sain des intestins dépend d'un apport adéquat en liquides. La fréquence normale d'excrétion des matières fécales se situe entre trois fois par jour et trois fois par semaine. Une faible consommation de liquides risque de causer des selles dures qui sont difficiles à évacuer*.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Essayez de vous assurer que la personne consomme la quantité de liquide précisée dans le plan de soins en lui rappelant gentiment et fréquemment de boire. (Si aucune quantité n'est précisée, visez 1,5 à 2 litres (6 à 8 tasses) par jour.)**
- **L'eau est préférable, mais vous pouvez offrir différents liquides tels que les jus, les bâtonnets glacés et les poudings. Demandez à la personne quels sont ses liquides favoris et obtenez-les.**
- **Encouragez la personne de boire un peu pendant toute la journée, plutôt qu'une grande quantité en une seule fois.**
- **Vous pouvez mettre la quantité de liquide requis dans un contenant chaque jour, de façon à ce que vous-même et la personne intéressée sachiez ce qui reste à boire.**
- **Si la personne est négligente, placez le contenant du côté qui n'est pas touché.**
- **Limitez à deux ou trois portions par jour, les boissons caféinées telles que le café, le thé et le cola. La caféine, qui favorise la miction et la perte de fluides, doit être limitée. Ces boissons font partie de l'apport quotidien en liquides.**
- **Offrez les liquides à la température que préfère la personne soignée. Certaines personnes préfèrent des boissons à la température ambiante tandis que d'autres, des boissons glacées.**

* Veuillez consulter la section 3.4 pour en savoir plus sur la maîtrise de la vessie et des intestins.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

La personne victime d'un AVC, chez qui l'on soupçonne la présence de problèmes relatifs à la nutrition, l'hydratation et la dysphagie ou d'autres comorbidités pouvant nuire à la nutrition, devrait être dirigée vers un/une diététiste afin d'obtenir des recommandations visant à combler les besoins en nutriments et liquides par voie orale, tout en encourageant l'altération des textures alimentaires ou la consistance des liquides recommandées par l'orthophoniste ou un autre professionnel dûment formé.

MESSAGES CLÉS SUR L'HYDRATATION

- Le **maintien d'une bonne hydratation** est très important après un AVC.
- **Surveillez les quantités de liquide** que la personne victime d'un AVC consomme chaque jour.
- **Trouvez des stratégies** pour aider cette personne à se souvenir de consommer suffisamment de liquides.
- **Signalez les changements** dans l'hydratation à l'équipe de soins de l'AVC.





3.4 Maîtrise de la vessie et des intestins



CONTENU DE LA SECTION

- Incontinence après un AVC
- La fonction normale de la vessie
- Le dépistage des problèmes urinaires
- Stratégies pour prendre en charge l'incontinence urinaire
- La fonction intestinale normale
- Le dépistage des problèmes intestinaux
- Les facteurs qui font croître les risques d'incontinence
- Approche de l'équipe de la prise en charge de l'incontinence

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'incontinence urinaire, soit la perte de maîtrise de la vessie, est un problème des plus fréquents chez les personnes qui ont survécu à un AVC. L'incontinence intestinale, qui est moins fréquente, peut aussi résulter d'un AVC. L'incontinence est un facteur clé dans la détermination de la capacité d'une personne victime d'un AVC de rester chez elle. En apprenant les stratégies visant à aider les gens à prendre en charge l'incontinence urinaire et intestinale, ainsi que la constipation, vous pouvez faire une grande différence dans leur qualité de vie, leur confort, leur dignité et leur estime de soi.

INCONTINENCE APRÈS UN AVC

Une personne victime d'un AVC et les membres de sa famille sont souvent dévastées par la perte de maîtrise de la vessie et des intestins. L'incontinence porte un coup terrible à l'estime de soi, au bien-être et au mode de vie de la personne touchée. Cette personne peut ressentir le besoin de rester à proximité d'une toilette, et ses activités pourraient être interrompues par des visites fréquentes à la salle de bains. Il se peut qu'elle socialise moins avec les autres et arrête de participer à des activités ou de voyager à cause des possibilités d'accident. Son activité sexuelle risque également de diminuer. La dépression, une complication fréquente après un AVC, empêche parfois les patients de prendre en charge l'incontinence.

Enfin, le fait de devoir aider une personne victime d'un AVC à aller à la toilette risque d'exacerber d'éventuelles tensions familiales. L'incontinence pourrait limiter les visites familiales et réduire les activités sociales.

Il se peut aussi que l'incontinence provoque la rupture de l'épiderme et des infections, y compris l'infection urinaire, la douleur, des chutes et des blessures suite à la précipitation pour se rendre à la toilette, ainsi que la déshydratation résultant d'un apport limité en liquides. En outre, il s'agit de l'une des principales raisons pour lesquelles une personne victime d'un AVC soit hébergée dans un foyer de soins de longue durée ou un autre établissement, plutôt que de demeurer à domicile.

Près de la moitié des personnes qui survivent à un AVC et qui ont des problèmes d'incontinence étaient atteintes des mêmes problèmes avant l'AVC. En adoptant des changements de mode de vie et en obtenant l'aide nécessaire, il est possible de résoudre près de 80 % des problèmes d'incontinence.

LA FONCTION NORMALE DE LA VESSIE

Une vessie adulte normale peut contenir entre 500 et 600 millilitres (ml) d'urine. En général, les gens commencent à avoir envie d'uriner quand leur vessie est à moitié pleine (entre 250 et 300 ml). Une personne dont la fonction de la vessie est normale est en mesure de se retenir pendant une ou deux heures, ou jusqu'à ce que sa vessie soit pleine.

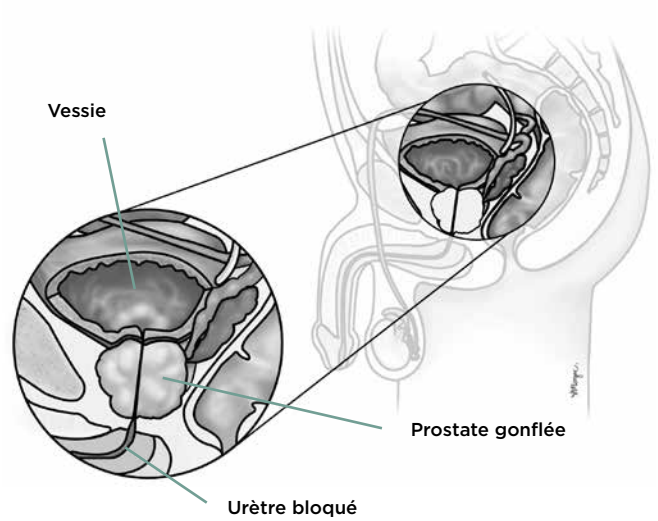
Pour avoir une fonction vésicale ordinaire, le système nerveux doit être coordonné aux voies urinaires inférieures. La vessie, l'urètre et les sphincters constituent les voies urinaires inférieures. L'urètre est le tube par lequel passe l'urine. Les sphincters sont des muscles qui retiennent l'urine ou qui s'ouvrent pour la laisser passer dans l'urètre.

Plus une personne vieillit, plus sa vessie rétrécit. La vessie d'une personne âgée ne peut contenir qu'entre 250 et 300 ml d'urine, soit deux fois moins que celle d'une jeune personne. Même si la plupart des gens urinent entre trois et six fois pendant le jour, et peut-être une ou deux fois pendant la nuit, les personnes plus âgées ont besoin d'évacuer de plus petites quantités plus fréquemment. En outre, à mesure que la paroi de la vessie s'amincit et que le tonus musculaire diminue, le jet d'urine s'affaiblit et la vessie ne se vide pas complètement.

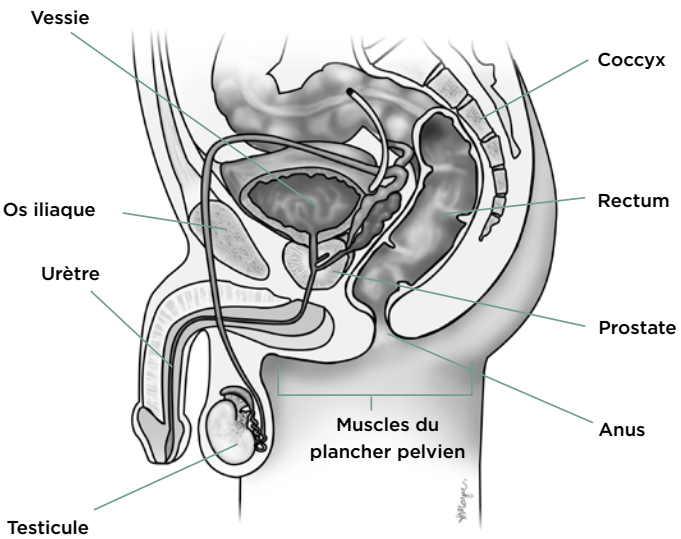
La miction peut être encore plus difficile chez les hommes souffrant d'un élargissement de la prostate (une petite glande entourant l'urètre) parce que l'écoulement de l'urine est bloqué.

Après la ménopause, certaines femmes ont des fuites urinaires, car la baisse du niveau d'œstrogènes affaiblit les muscles qui permettent d'interrompre le débit d'urine. Ces fuites surviennent souvent quand la personne tousse ou rit : c'est ce qu'on appelle l'**incontinence d'effort**.

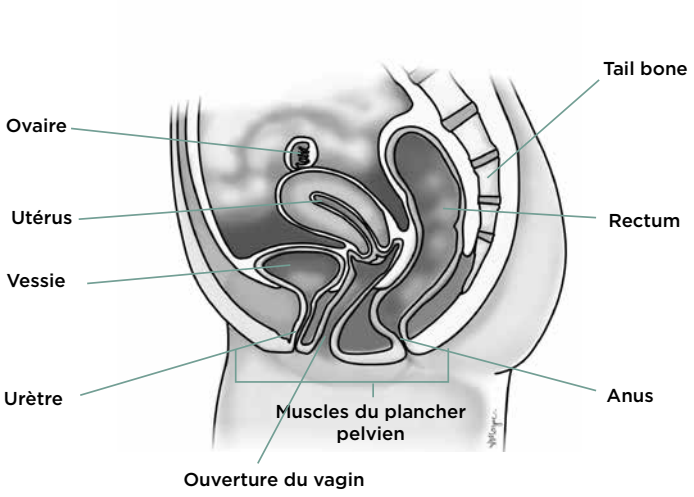
Chez certaines personnes âgées, la vessie subit des contractions involontaires qui donnent l'impression d'avoir envie d'uriner. Il s'agit là de l'incontinence par **miction impérieuse**.



L'ANATOMIE DU BASSIN MASCULIN



L'ANATOMIE DU BASSIN FÉMININ



LE DÉPISTAGE DES PROBLÈMES URINAIRES

Il faut dépister rapidement les problèmes de vessie, qui peuvent souvent avoir de graves répercussions sur la santé et les émotions.

Les problèmes urinaires qui peuvent survenir après un AVC comprennent ce qui suit :

- **Incontinence urinaire :** Une personne victime d'un AVC peut perdre la capacité de percevoir le besoin d'uriner et d'y répondre, surtout immédiatement après la survenue de l'AVC. Bon nombre de personnes retrouvent cette fonction dans les deux mois qui suivent l'AVC. Dans certains cas cependant, l'incontinence peut disparaître et revenir, ou demeure de façon permanente.
- La **rétention urinaire** provoque la remontée de l'urine. Un AVC peut dans certains cas interrompre le signal transmis par les voies nerveuses qui contrôlent la miction. Si c'est le cas, la personne ne sent pas l'envie d'uriner et, même si sa vessie se remplit, elle ne peut pas la vider. La rétention urinaire augmente le risque d'infection urinaire et de dommages aux reins. Pour remédier à cette situation, il faut parfois retirer l'urine à l'aide d'un **cathéter**, un tube inséré dans l'urètre qui évacue l'urine dans un sac.

Avisez l'infirmière aussi rapidement que possible quand vous remarquez l'un des signes ou symptômes d'incontinence suivants :

- Tout changement dans les tendances d'utilisation de la salle de bains de la personne;
- La perte de petites quantités d'urine. Ce phénomène peut se produire quand la personne fait un effort physique, comme soulever quelque chose, tousser ou éternuer (incontinence d'effort), ou même sans aucun effort;
- Une envie soudaine d'uriner, suivie d'une perte importante d'urine (incontinence par miction impérieuse). Vous verrez peut-être la personne se précipiter vers la salle de bains et ne pas s'y rendre à temps. Il se peut que la personne ne soit consciente du besoin d'uriner que quelques secondes avant la miction et qu'il lui soit difficile, ou même impossible, d'arrêter le jet d'urine;
- Une miction plus de huit fois par jour ou plus de deux fois par nuit;
- Une évacuation d'urine faible ou interrompue;
- Signalement d'une impression que la vessie est encore pleine, même après avoir uriné (rétention urinaire);
- Infections urinaires fréquentes.

FACTEURS DE COMPLICATION DANS LE CADRE D'UNE INCONTINENCE

Les problèmes de vision : Les problèmes de vision font parfois en sorte que la personne soit incapable de trouver la salle de bains ou d'utiliser la toilette seule.

La baisse de mobilité : Il se peut que la personne soit incapable de rejoindre la salle de bains seule ou assez rapidement, à cause d'une démarche ou d'un équilibre déficients. Ou elle peut être incapable de s'installer elle-même sur la toilette et obligée d'attendre de l'aide.

La perte d'une capacité de mouvement : La personne peut avoir de la difficulté à se déshabiller, à utiliser des produits de continence ou à s'essuyer, surtout si l'un des bras ou les deux sont touchés.

Les changements de production d'urine : Dans certains cas, la production d'urine augmente pendant la nuit, forçant ainsi la personne à se lever plus souvent.

LES INFECTIONS URINAIRES

On appelle aussi une infection des voies urinaires inférieures, une « infection de la vessie ». Si elles ne sont pas traitées, elles risquent de remonter les voies urinaires jusqu'aux reins et de causer de graves problèmes de santé.

Faites bien attention aux signes et symptômes suivants.

Une **température** de plus de 37,9 °C.
La **présence de sang** dans l'urine.

Un nouveau cas de :

- sensation de brûlure ou douleur lors de la miction;
- frissons ou tremblements;
- délire ou confusion, soit tout changement cognitif rapide, comme l'incapacité soudaine de se concentrer).

Un nouveau symptôme ou l'aggravation d'un symptôme, notamment :

- l'urgence urinaire;
- la fréquence urinaire;
- l'incontinence urinaire;
- une douleur dans le bas de l'abdomen ou les côtés;
- un changement de couleur ou d'odeur;
- un écoulement urétral ou vaginal.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



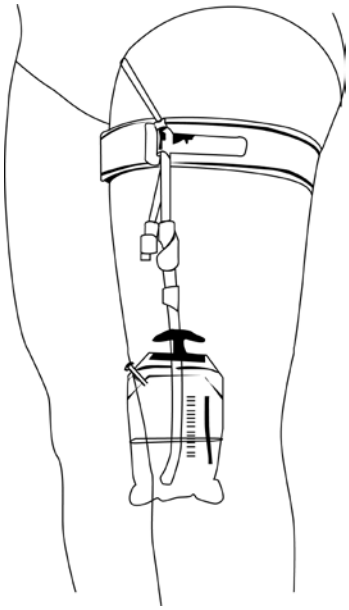
- **Signalez tous les signes et les symptômes d'une infection urinaire à l'infirmière.**
- **Assurez-vous que la personne a un apport adéquat en liquides (1,5 à 2 litres (6 à 8 tasses) par jour, ou tel qu'indiqué dans le plan de soins).**
- **Encouragez la personne à consommer davantage de liquides si elle ressent une sorte de brûlure pendant la miction.**
- **Demandez-lui de limiter sa consommation de boissons caféinées à 500 ml (deux tasses) par jour.**



CATHÉTERS VÉSICAUX

Dans certains cas, il est nécessaire d'utiliser un cathéter vésical ou un autre appareil externe de façon temporaire ou permanente.

Toutefois, l'emploi d'un cathéter vésical augmente le risque d'infection urinaire. Pour réduire ces risques, il vous faudra adopter des mesures d'utilisation et d'entretien du cathéter appropriées.



- Assurez-vous que la personne consomme au moins 1 500 à 2 000 ml (six à huit tasses) de liquides par jour afin de permettre une bonne évacuation du cathéter et d'éviter l'accumulation de sédiments.
- Placez le sac de collection à un niveau inférieur à la vessie afin d'empêcher l'urine de remonter dans la vessie.
- Placez le tube de manière à ce qu'il ne se plie pas et qu'il ne tire pas sur le cathéter.
- Fixez bien le tube sur la jambe de la personne afin d'éviter les accidents.
- Videz le sac de collection toutes les huit heures.
- Évitez la contamination du tube. Suivez les procédures de votre employeur pour le branchement et le débranchement du tube.
- Demandez combien de temps le tube doit être utilisé en cherchant à ne le laisser que le temps nécessaire.

Signalez n'importe lequel des signes et symptômes suivants à l'infirmière :

Changements dans la production d'urine

- Tout changement au débit sur une période de quatre heures
- Une diminution du volume, surtout si la personne indique qu'elle a l'impression que sa vessie est pleine

Douleur

- À l'abdomen, au bassin ou au site d'insertion du cathéter.
- Agitation (possiblement un signe de douleur ou de malaise).

Urine

- Changement de couleur ou de consistance.
- Présence de sang.
- Évacuation fétide autour du cathéter.
- Fuites d'urine autour du cathéter.
- Tout signe ou symptôme d'une infection urinaire.

STRATÉGIES POUR PRENDRE EN CHARGE L'INCONTINENCE URINAIRE

L'élimination sur commande permet dans certains cas de traiter l'incontinence urinaire et la constipation. Cette stratégie comprend trois volets : surveillance, encouragement et diversion, et commentaires positifs.

Surveillance

- Demandez périodiquement à la personne si elle aimerait aller à la salle de bains. Si elle ne parvient plus à ressentir le besoin d'uriner et à y réagir, il est dans certains cas utile de lui préparer un horaire d'élimination et de lui donner des rappels réguliers et de l'aide physique. Essayez toujours de respecter l'horaire.
- Repérez tout comportement qui indique que la personne a besoin d'aller à la toilette. Une personne qui a davantage de difficulté à communiquer peut devenir plus agitée à cause de l'inquiétude causée par l'incontinence, ou du fait qu'elle soit mouillée.
- Notez l'heure à laquelle la personne urine ou va à la selle habituellement. Accompagnez-la à la salle de bains en suivant cet horaire, qu'elle ait envie d'y aller ou non.
- Tenez un journal d'élimination.

Encouragement et diversion

- Incitez périodiquement la personne à aller à la toilette.
- Entre ces moments, encouragez-la à respecter l'horaire. Créez une diversion ou une distraction en lui suggérant de lire, de regarder la télévision, d'écouter la radio ou de méditer.
- Collaborez avec l'infirmière en vue de modifier l'horaire au besoin afin d'éviter les épisodes d'incontinence.

Commentaires positifs

- Réagissez positivement quand la personne parvient à bien aller à la toilette.
- Quand il y a incontinence, évitez de formuler des remarques négatives.

La rééducation de la vessie permet de prolonger graduellement le délai entre les visites à la toilette. Cela réduit la fréquence des mictions, augmente la capacité de la vessie et aide à supprimer l'impression d'urgence.

L'infirmière inscrit généralement le protocole de rééducation de la vessie dans le plan de soins. Le plan peut inclure des exercices du plancher pelvien. Ces exercices comportent la contraction et la décontraction des muscles du plancher pelvien, qui contrôlent la miction et la défécation.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Un outil structuré d'évaluation des fonctions doit être utilisé par des membres du personnel ayant reçu la formation appropriée pour l'évaluation de personnes victimes d'un AVC souffrant d'incontinence urinaire en vue d'en déterminer la cause et de préparer un plan de prise en charge personnalisé. Les patients souffrant d'incontinence urinaire doivent suivre un programme d'entraînement vésical, incluant l'échelonnement et la stimulation de la miction selon un horaire régulier.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Apprenez les stratégies du plan de soins utilisé afin d'aider à maîtriser la vessie et respectez-les.**
- **Encouragez la personne à pratiquer les exercices du plancher pelvien s'ils font partie du plan de soins.**
- **Écrivez l'horaire de visites à la toilette ainsi que l'importance de l'aide physique et l'équipement nécessaires pour aider la personne soignée et les autres dispensateurs de soins de santé à assurer le suivi.**
- **Encouragez et félicitez la personne soignée de respecter l'horaire. S'il lui est impossible de le faire, ayez une attitude positive à l'égard de la prochaine tentative.**

Ce plan doit inclure un horaire de miction. Par exemple, on pourrait vous demander d'augmenter périodiquement l'intervalle entre les mictions de 15 minutes (ou moins, au besoin), jusqu'à ce que cet intervalle atteigne trois à quatre heures.

LA FONCTION INTESTINALE NORMALE

Les intestins absorbent les nutriments et les liquides à partir des aliments et des boissons que nous consommons. Ce sont également eux qui excrètent les déchets solides du corps (les selles). Les intestins sont composés de deux parties :

- **Intestin grêle :** L'intestin grêle absorbe les nutriments. Il mesure environ 6 m (20 pieds) de longueur. Il s'étend de l'estomac jusqu'au gros intestin.
- **Gros intestin (côlon) :** Le gros intestin, qui absorbe les liquides. Il mesure environ de 1,5 à 1,8 m (5 à 6 pieds) de longueur. Il commence au bout de l'intestin grêle et prend fin au rectum.

Des intestins sains dépendent d'un certain nombre de facteurs, y compris la mesure dans laquelle les muscles et les nerfs travaillent ensemble, une alimentation riche en fibres, et la consommation de 1,5 à 2 litres (6 à 8 tasses) de liquides chaque jour.

En général, une personne va à la selle entre trois fois par jour et trois fois par semaine.

LE DÉPISTAGE DES PROBLÈMES INTESTINAUX

La constipation et les autres problèmes intestinaux sont parfois liés à un grave problème de santé sous-jacent. Si vous remarquez l'un des signes suivants, signalez-le à l'infirmière :

- Changement soudain des habitudes de la fonction intestinale ou des selles
- Aucune selle pendant au moins trois jours
- Efforts constants pour aller à la selle
- Douleurs abdominales
- Saignements rectaux



- Selles liquides
- Fièvre
- Perte de poids

LA CONSTIPATION

L'AVC affaiblit parfois les muscles permettant d'expulser les selles, entraînant ou aggravant ainsi la constipation. C'est ce qui arrive quand la motricité du système digestif est insuffisante. Les selles deviennent dures, sèches et difficiles à éliminer. Il s'agit du problème de gestion intestinale le plus courant chez les personnes victimes d'un AVC. La constipation nuit à la qualité de vie, au confort, à la capacité fonctionnelle et à la vie sociale des patients.

Il est crucial de dépister et de traiter rapidement les cas de constipation.

Les symptômes de la constipation comprennent :

- Moins de trois selles par semaine
- Efforts pendant la défécation
- Selles dures
- Impression d'évacuation incomplète des selles
- Impression de blocage ou d'obstruction
- Besoin d'évacuation des selles

COMPLICATIONS DE LA CONSTIPATION

Fécalome : Le fécalome est une masse de matières fécales dures, semblable à de l'argile, coincée dans le rectum. Il risque d'entraîner une obstruction intestinale, des ulcères et un mégacôlon (dilatation du côlon). La personne soignée pourrait avoir besoin de lavements ou de laxatifs pour dégager les intestins. Lorsque la personne retrouve une fonction intestinale normale, il est important d'adopter des stratégies pour prévenir la constipation.

Incontinence fécale : L'incontinence fécale survient quand une personne ne parvient pas à empêcher l'expulsion des matières fécales du corps. Il peut s'agir de selles liquides qui salissent les sous-vêtements ou d'une perte de maîtrise de selles solides. Quand une personne est atteinte de fécalome, l'incontinence n'est pas rare, car des selles liquides s'écoulent parfois autour de l'obstruction intestinale.

Efforts pendant la défécation : Quand une personne constipée doit faire des efforts pour expulser des matières fécales, elle risque de développer des hémorroïdes et des problèmes cardiaques. Elle risque aussi de subir un **prolapsus rectal**, un phénomène qui survient quand une partie des intestins se déplace ou sort de son emplacement normal.

La constipation peut aussi créer de l'incontinence urinaire en augmentant la pression sur la vessie, ce qui rend difficile la maîtrise d'une fonction normale de la vessie.

LA DIARRHÉE

La **diarrhée** est caractérisée par des selles liquides et fréquentes. Elle peut être causée par des infections virales (comme la grippe) ou des problèmes médicaux graves (comme la maladie de Crohn). Il arrive parfois que l'on confonde incontinence fécale et diarrhée, lorsqu'en fait, la personne souffre de constipation grave.

LES FACTEURS QUI FONT CROÎTRE LES RISQUES D'INCONTINENCE

Facteurs environnementaux

- Difficulté d'accès à la toilette (longue distance à parcourir pour s'y rendre).
- Espace limité pour un fauteuil roulant et d'autres appareils pour aider au transfert à la toilette.
- Absence d'équipement (chaises d'aisance, ceinture de transfert, etc.).
- Le manque d'intimité.
- Le manque de vêtements adaptés (des vêtements qu'on peut mettre et retirer facilement).

Facteurs liés à la santé et à l'AVC

- Certaines maladies (diabète, dépression, démence, etc.).
- Certains médicaments.
- La mobilité réduite, le besoin de temps et d'aide pour aller à la toilette et retirer les vêtements.
- Les problèmes de communication qui empêchent le patient de signaler qu'il a un besoin urgent d'aller à la salle de bains.
- L'incapacité de ressentir le besoin d'aller à la salle de bains et d'y réagir.

Mode de vie

- Ne pas consommer suffisamment de liquides, surtout si la personne évite les liquides pour essayer de prévenir l'incontinence urinaire.
- La consommation insuffisante d'aliments et plus particulièrement d'aliments riches en fibres.
- Le manque d'exercice
- Le fait d'ignorer le besoin d'aller à la toilette.

APPROCHE DE L'ÉQUIPE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE

La prise en charge des problèmes vésicaux et intestinaux est essentielle. Éviter même un seul épisode d'incontinence dans une journée contribue à augmenter considérablement l'estime de soi et la qualité de vie, ainsi qu'à réduire les complications et le risque de chutes et de blessures. Cette stratégie vous permet aussi d'économiser du temps et réduit l'utilisation des produits d'incontinence tels que les serviettes, couches ou autres.

Pour parvenir à prendre en charge les problèmes vésicaux et intestinaux, l'équipe suit un processus à plusieurs volets : l'examen, le diagnostic, la planification des soins, leur mise en œuvre et l'évaluation.

Examen

Vos observations soigneuses et fiables fournissent la majorité des renseignements nécessaires pour l'examen. Vous pourriez tenir un journal d'élimination pour organiser l'information à l'intention de l'équipe, offrant des renseignements détaillés tels que :

- les habitudes de miction
- les habitudes intestinales, la couleur et la consistance des selles
- les efforts et les malaises lors de la défécation
- la consommation d'aliments et de liquides
- la mobilité, l'activité physique ou l'exercice
- les signes de rupture de la peau autour de l'anus, du scrotum, de la vulve et du **périnée** (la peau entre les parties génitales et l'anus), comme les œdèmes, les rougeurs, les suintements et la formation de croûtes

- la manière dont le patient passe du lit ou du fauteuil roulant à la chaise d'aisance
- les problèmes éprouvés pour se déshabiller et s'habiller
- le comportement de la personne soignée et sa réponse aux soins
- tout impact de l'environnement (p. ex., la salle de bains est-elle trop loin?)
- si, à votre avis, une évaluation du domicile pourrait être utile afin de déterminer le besoin d'équipement d'adaptation et de routine (p. ex., barres ou cadre d'appui de toilette au-dessus des bras, sièges de toilette surélevés)

L'infirmière de l'équipe peut vous montrer comment recueillir l'information et vous indiquer ce qui doit être signalé immédiatement. De plus, l'orthophoniste est en mesure de cerner la meilleure méthode de communication pour chaque personne qui a survécu à un AVC.

Si vous observez n'importe lequel des symptômes suivants, signalez-les immédiatement :

- Aucune miction pendant plus de quatre heures
- Incapacité d'aller à la selle
- Fièvre
- Augmentation de la confusion ou de l'agitation
- Douleur dans le bas de l'abdomen ou le bas du dos
- Rupture de la peau ou inconfort dans la région du périnée



Diagnostic

Le médecin de l'équipe est responsable du diagnostic de l'incontinence urinaire, des problèmes intestinaux et de leurs causes. Un urologue peut aussi être consulté.

Planification et mise en œuvre des soins

L'équipe s'appuie sur le diagnostic pour recommander un plan de soins. Vos observations de la personne soignée et vos connaissances à son sujet peuvent aider l'équipe à personnaliser le plan pour répondre aux besoins de cette personne et trouver la meilleure façon de mettre le plan en œuvre.

Le plan peut donner des indications pour :

- les médicaments et l'utilisation des laxatifs
- les niveaux d'activité
- l'équipement nécessaire pour aller à la toilette facilement et en toute sécurité
- l'apport en liquides et l'alimentation (p. ex., ajouter plus de fibres pour prévenir la constipation.) Les personnes qui n'ont pas la capacité de bouger et celles qui ne consomment pas assez de liquides ne doivent pas prendre de suppléments de fibres.
- Stratégies pour prendre en charge l'incontinence urinaire et fécale, dont certaines sont décrites dans cette section. Elles pourraient inclure la **formation d'habitudes** où une routine d'élimination est suivie, **encourageant** la personne à visiter régulièrement la salle de bains, ou la **diversion** (surtout pour les patients qui ont une atteinte cognitive), lorsque la personne est distraite par d'autres activités.

Évaluation

Observez la réponse de la personne soignée au plan de soins et signalez-la à l'équipe. Notez ce que la personne vous dit et ses réactions non verbales. Par exemple, pendant un transfert du fauteuil roulant à la toilette, elle pourrait froncer les sourcils ou devenir agitée. Communiquez avec l'équipe. Cela peut signifier que la personne éprouve de la douleur qui devrait être traitée.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Il faut appliquer un programme d'entraînement intestinal chez les personnes victimes d'un AVC et qui souffrent de constipation ou d'incontinence fécale persistante.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Faites preuve de vigilance afin de repérer tout comportement qui pourrait indiquer le besoin d'uriner ou d'aller à la selle, tel que ne pas pouvoir rester en place, être agité ou grimacer.**
- **Observez et notez les habitudes vésicales et intestinales du patient.**
- **Signalez tous les changements et tous les nouveaux problèmes de mobilité de la personne soignée à l'infirmière.**
- **Déplacez les meubles et les obstacles qui empêchent la personne de se rendre à la toilette.**
- **Placez une veilleuse près du lit pour l'aider à s'orienter dans la chambre pendant la nuit.**
- **Accordez de l'intimité, mais demeurez à proximité pour offrir de l'aide si elle en demande.**
- **Encouragez la personne soignée à utiliser une chaise d'aisance ou la toilette plutôt qu'un bassin de lit. Les chaises d'aisance et les toilettes permettent à la vessie de se vider davantage grâce à la gravité et à la pression abdominale accrue. Conseillez-lui de se pencher vers l'avant, si possible, pendant la miction, les pieds à plat sur le plancher ou un tabouret, afin de faciliter l'évacuation du contenu de la vessie.**
- **Si la personne utilise un urinoir, laissez-le à un endroit visible et facile d'accès. Dans certains cas, il pourrait être pratique de placer un urinoir de chaque côté du lit.**
- **Si la personne utilise un bassin de lit, assurez-vous que la tête du lit est aussi droite que possible pour lui permettre de s'asseoir aussi normalement que possible en utilisant le bassin.**



MESSAGES CLÉS SUR LA MAÎTRISE DE LA VESSIE ET DES INTESTINS

- **L'incontinence urinaire**, soit la perte de maîtrise de la vessie, est un problème des plus fréquents chez les personnes qui ont survécu à un AVC. L'incontinence fécale peut aussi être un problème après un AVC.
- **Apprenez à comprendre les problèmes de maîtrise de la vessie ou des intestins** chez les personnes que vous soignez.
- **Exécutez les programmes de soins** vésicaux et intestinaux de façon constante.
- **Exercez une surveillance attentive** pour repérer toute rupture de la peau, infection ou autres complications.
- **Assurez un environnement physique sécuritaire** pour les personnes qui ont besoin d'aller souvent à la salle de bains et de façon urgente.
- **Offrez du soutien émotionnel** aux personnes qui éprouvent des problèmes d'incontinence et rassurez-les.





3.5 Intégrité de la peau



CONTENU DE LA SECTION

- Mouvement et santé de la peau
- La peau et la rupture de la peau
- Protéger les endroits osseux et compromis.
- Réduire les blessures par friction et cisaillement
- Dispositifs de redistribution de la pression
- Nettoyer une main spastique (contractée)
- L'hygiène et l'incontinence

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

La peau est le plus grand organe du corps humain. La peau aide à maintenir la température corporelle et l'hydratation et, lorsqu'elle est intacte, elle nous protège contre les infections. Vous pouvez aider le survivant d'un AVC à maintenir sa peau en santé, et à réduire le risque de rupture de celle-ci, en ayant recours à des moyens comme un positionnement approprié, des mouvements fréquents le cas échéant, des mesures adéquates d'hygiène et de soins de la peau, une bonne alimentation et une hydratation suffisante, ainsi qu'une surveillance étroite.

MOUVEMENT ET SANTÉ DE LA PEAU

Lorsqu'une personne reste assise ou couchée dans la même position durant une longue période, la circulation vers la peau est réduite. Par conséquent, les risques de ruptures de l'épiderme, de lésions de pression ou d'ulcères augmentent. Le risque est le plus grand pour ceux qui ne peuvent pas bouger sans aide. Suivez le plan de soins pour déplacer une personne de façon régulière, généralement toutes les deux heures dans le cas de celle qui reste au lit, et pour repositionner la personne qui occupe un fauteuil roulant ou d'autres sièges durant une longue période pendant la journée.

Plus une personne peut bouger et conserver ou améliorer son niveau actuel d'activité, sa mobilité et son amplitude de mouvement, plus le risque de rupture de la peau est faible.

Les personnes au lit qui sont incapables de modifier leur position elles-mêmes, doivent être tournées au moins toutes les deux heures. Celles qui sont incapables de transférer leur poids lorsqu'elles sont assises doivent être repositionnées au moins une fois par heure, ou selon le plan de soins.

LA PEAU ET LA RUPTURE DE LA PEAU

La peau est constituée de trois couches, soit l'épiderme, le derme et le tissu sous-cutané.

L'**épiderme** est la couche extérieure constituée en grande partie de cellules de peau mortes. Ces cellules sont constamment perdues et remplacées par d'autres sous-jacentes. La deuxième couche est le **derme** qui possède des glandes sudoripares, des glandes qui sécrètent de l'huile, des terminaisons nerveuses, de petits vaisseaux sanguins appelés capillaires, ainsi que du collagène. Les terminaisons nerveuses dans cette couche transmettent les sensations de douleur, de démangeaison, de toucher et de plaisir. La couche intérieure la plus profonde de la peau possède un **tissu adipeux sous-cutané**. Cette couche constituée de gras et de collagène contient les nerfs et les vaisseaux sanguins. Cette couche intérieure aide à réguler la température de la peau et du corps, et protège aussi le corps contre les blessures en agissant comme un coussin.

La rupture de la peau ou l'**ulcération** (plaies) peut être très douloureuse et mener à des infections et même à la mort si elle est très grave. Les personnes victimes d'un AVC sont susceptibles de souffrir d'une rupture de la peau pour les raisons suivantes :

- une capacité réduite de soulager la pression à cause de la faiblesse et d'une mobilité limitée;
- la baisse ou l'absence de sensation;
- l'humidité élevée liée à l'incontinence ou à la transpiration;
- la mauvaise alimentation, la déshydratation et la peau sèche;
- l'incapacité de communiquer la douleur et le malaise;
- un positionnement non approprié, causant de la friction ou des blessures par cisaillement.

Des soins de la peau adéquats sont très importants, particulièrement pour les personnes incapables de bouger sans aide. Respectez les horaires de changements de position et les horaires de périodes assises déterminés par les membres de l'équipe de soins, y compris changer ces personnes de position fréquemment, et les faire sortir du lit pour les installer dans un siège avec appui, comme il est décrit dans le plan de soins.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



Inspection et signalement

- **Examinez soigneusement la peau de la personne soignée tous les jours pour voir s'il y des rougeurs, des boursouflures, des ouvertures dans la peau ou des ruptures de l'épiderme. Ceci est particulièrement important chez les personnes dont les sensations sont déficientes. Certains organismes utilisent des outils précis (tels que l'échelle Braeden) pour vous guider lorsque vous examinez la peau.**
- **La peau doit être examinée au moins une fois par jour, durant la prestation des soins réguliers de la personne (bain, habillement), l'utilisation de la salle de bains, ou en d'autres occasions pratiques.**
- **Dans le cadre de l'examen de la peau, il faut rechercher les signes de rougeur, les boursouflures, les écoulements ou les ruptures de l'épiderme, passer la main sur la peau pour déceler les signes d'humidité, de chaleur, de tuméfaction et d'induration; et sentir la peau à la recherche d'odeurs fétides ou inhabituelles.**
- **Portez particulièrement attention aux protubérances osseuses. Il s'agit de zones qui ont tendance à ressortir, comme les coudes, les talons, les chevilles, les os de la hanche, la région du sacrum (coccyx) et les tubérosités ischiatiques (les os sur lesquels on s'assied). Lorsqu'une personne est assise, son poids repose généralement sur les tubérosités ischiatiques qui portent la plus grande partie de son poids.**
- **Si la peau semble irritée, signalez-le immédiatement à la personne concernée, c'est-à-dire l'infirmière, le gestionnaire de cas, le médecin ou un membre de la famille.**

Nettoyage

- **Lavez la peau doucement et régulièrement en utilisant des savons doux. Ne frottez pas.**
- **Rincez bien la peau.**

- Séchez complètement en utilisant des linges doux, surtout dans les plis de la peau. Séchez la peau en la tapotant plutôt qu'en la frottant pour éviter de l'irriter davantage.
- Lavez toujours une peau souillée promptement, afin d'enlever les irritants et de conserver sa barrière naturelle.

Hydratation

- Traitez la peau sèche avec des hydratants. Une peau sèche, squameuse ou écailleuse peut amener de l'irritation, des lésions ou des plaies de pression, ou même une infection.
- Examinez le type le plus approprié de crème ou d'onguent pour chaque personne avec l'équipe de soins de l'AVC. Certains produits possèdent des ingrédients qui forment une barrière de protection comme les crèmes à l'urée, d'autres sont inodores afin de réduire davantage le risque d'irritation, et d'autres encore comportent un médicament comme la cortisone.
- Ne massez pas les protubérances osseuses et les rougeurs. Une rougeur est un signe précoce d'irritation tissulaire, et les forces mécaniques du massage pourraient endommager davantage les tissus.
- Il se peut que la peau de certaines personnes soit déjà moite à cause d'une sudation excessive ou de fuites d'urine. Une bonne hygiène est importante dans ces situations, et les hydratants ne doivent être utilisés que s'ils sont conseillés par l'équipe de soins de l'AVC. Dans ces cas, les crèmes protectrices pourraient être préférables à d'autres types d'hydratants.

Protection

- Les sources d'humidité sur la peau, qui peuvent causer la rupture de l'épiderme, incluent l'urine et les selles, la transpiration ou les liquides qui s'écoulent d'une plaie. Ces liquides contiennent des irritants chimiques qui endommagent la peau.
- Protégez la peau contre le contact avec l'humidité en la nettoyant doucement lorsque la souillure survient, ou utilisez des pansements ou une crème protectrice comme l'indique le plan de soins.
- Encouragez les bonnes habitudes d'élimination (vessie et intestins), et respectez les programmes d'entraînement vésical et intestinal afin de réduire le risque de rupture de la peau*.
- Minimiser l'utilisation de produits de continence étant donné qu'ils peuvent entraîner une hausse de la température de la peau et empêcher la circulation d'air qui aide à conserver la peau sèche et en santé.

Repositionnement

- Le repositionnement est important pour la personne incapable de bouger sans aide.
- Modifiez sa position conformément au plan de soins, et la sortir du lit pour l'installer sur un siège avec appui (p. ex., en utilisant des coussins spéciaux) chaque fois que c'est possible.

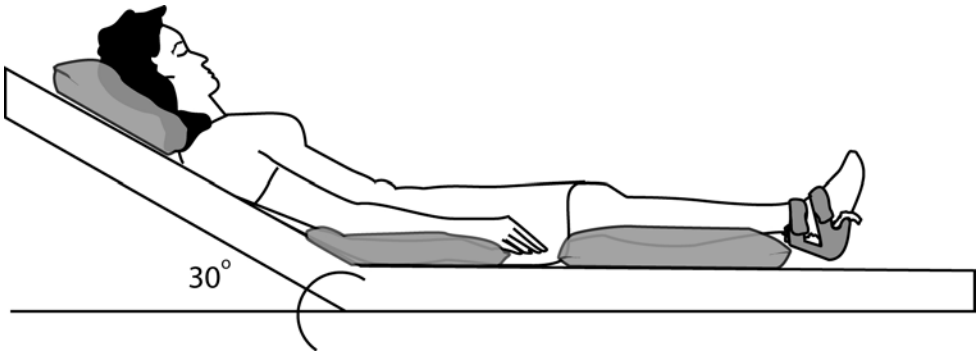
* Veuillez consulter la section 3.4 pour en savoir plus sur l'incontinence.

- **Les personnes au lit qui sont incapables de modifier leur position elles-mêmes, doivent être tournées au moins toutes les deux heures.**
- **Celles qui sont assises doivent transférer leur poids au moins toutes les 15 minutes si elles en sont capables. Dans le cas contraire, elles doivent être repositionnées au moins une fois par heure.**
- **En repositionnant la personne, déplacez-la en utilisant de l'équipement [p. ex., des dispositifs glissants (appareils de réduction de la friction), des appareils de levage] au besoin en évitant la friction qui pourrait être causée si une personne est tirée ou traînée sur une surface. (Voir blessures par friction ci-dessous).**

PROTECTION DES ENDROITS OSSEUX ET COMPROMIS

En positionnant une victime d'un AVC, votre but est de maintenir un alignement du corps approprié tout en réduisant la pression sur les protubérances osseuses.

Placez cette personne dans son lit, allongé à 30º sur le côté. Ne positionnez pas la personne complètement sur le côté. Être couché directement sur la hanche augmente le risque d'une plaie de pression. Modifiez la position régulièrement.



- Utilisez des cales ou des oreillers en mousse pour soutenir la personne dans la position appropriée.
- Placez des oreillers entre les genoux et les chevilles pour séparer les protubérances osseuses.
- Employez un oreiller à eau, une mousse épaisse ou une botte spéciale pour éviter la pression sur les talons.
- Utilisez des cales et du rembourrage. Les coussins en anneaux ne doivent pas être utilisés, car ils réduisent la circulation sanguine et favorisent la rupture de l'épiderme.
- Si la personne a une plaie de pression, évitez de la placer de façon à ce que son poids repose directement dessus. Si c'est impossible, ne laissez pas la personne dans cette position plus longtemps qu'il n'est absolument nécessaire.



- Si la personne repose sur le côté non touché, assurez-vous que le bras touché est soutenu par des oreillers.
- En positionnant une personne sur le dos, assurez-vous que la tête, ainsi que le bras et la hanche touchés, sont soutenus par des oreillers. Un oreiller sous les genoux peut aider à réduire la pression dans la région du sacrum.
- Si vous ne savez pas comment positionner une personne correctement, consultez l'infirmière ou l'ergothérapeute*.

RÉDUIRE LES BLESSURES PAR FRICTION ET CISAILLEMENT

Une **blessure par friction** survient quand la peau bouge le long d'une autre surface. Ce type de blessure peut survenir lorsque vous bougez une personne dans son lit, ou qu'elle bouge elle-même. Cette blessure est fréquemment observée sur le sacrum (coccyx), les talons et les coudes.

Utilisez des dispositifs glissants (appareils de réduction de la friction) lorsque vous déplacez quelqu'un. Utilisez des dispositifs glissants tels qu'ils sont prescrits et suivez le plan de soins. Ne tirez ou ne traînez jamais une personne.

Les **blessures par cisaillement** surviennent lorsque le corps bouge, mais que la peau ne suit pas. Ainsi, en levant la tête du lit, le corps glisse vers le bas, tandis que la peau reste collée sur les draps. Une blessure par cisaillement contribue à réduire la circulation sanguine dans la peau.

Pour les éviter, ne levez pas la tête du lit à plus de 30 degrés et évitez de garder cette position pendant très longtemps.

DISPOSITIFS DE REDISTRIBUTION DE LA PRESSION

Les dispositifs qui aident à prévenir la rupture de la peau comprennent les suivants :

- Matelas de réduction de la pression (p. ex., matelas à pression alternée ou mousse à densité élevée)
- Coudières
- Coussin de décharge du talon ou bottes spéciales, des dispositifs qui soulagent la pression sur les talons et les protubérances osseuses des pieds.
- Coussins spéciaux pour fauteuil roulant (de gel ou d'air); n'ajoutez pas de couvertures sur les coussins du siège du fauteuil roulant étant donné qu'elles détruisent les propriétés de réduction de la pression du coussin.
- Sièges pour le bain et chaises d'aisance avec surface qui réduisent la friction et la pression.

N'utilisez pas des coussins en anneau ou des produits qui concentrent ou augmentent la pression à d'autres endroits.

L'infirmière et l'ergothérapeute peuvent recommander l'un de ces dispositifs selon les besoins du patient. Respectez le plan de soins lorsque vous utilisez le dispositif. Examinez tout autre nouveau dispositif avec l'équipe de soins de l'AVC avant de l'utiliser.

* Voir la section 6.2 pour en savoir plus sur le positionnement.

NETTOYER UNE MAIN SPASTIQUE (CONTRACTÉE)

Une personne victime d'un AVC peut souffrir d'un fort tonus musculaire dans sa main touchée causé par la spasticité. Une spasticité constante peut mener à des **contractures**, lorsque les tendons et les muscles raccourcissent, et que la main se referme comme un poing. La main est alors très difficile à ouvrir et à garder propre*.

Une main spastique ou contractée transpire souvent, et s'il y a une mauvaise circulation d'air, la peau peut être endommagée, malodorante et s'infecter. Une bonne hygiène est importante pour éviter d'endommager la peau. Lorsque la main est ouverte, lavez-la doucement. Nettoyez et coupez les ongles. Séchez la main complètement. Ce faisant, vous lui donnerez aussi un apport sensoriel essentiel. Si la main est douloureuse, la personne peut préférer la nettoyer elle-même.



L'HYGIÈNE ET L'INCONTINENCE

Les personnes qui souffrent d'incontinence urinaire présentent un risque accru de problèmes de peau du périnée ainsi que d'infections urinaires. Une bonne hygiène et des soins de la peau appropriés peuvent aider à éviter ces problèmes :

- Essuyez de l'avant vers l'arrière après l'élimination.
- Changez les sous-vêtements tous les jours ou plus souvent s'ils sont sales.
- Offrez toujours les soins nécessaires dans la **région du périnée** (les alentours du périnée et des parties génitales) après un épisode d'incontinence urinaire ou fécale. Portez des gants lorsque vous donnez des soins dans la région du périnée.
- Utilisez des crèmes protectrices si elles sont recommandées dans le plan de soins.
- Lavez vos mains et celles de la personne survivante d'un AVC après les soins au périnée.
- N'utilisez pas de désodorisants en aérosol, de poudres ou de parfum sur la peau du périnée.

PRODUITS DE CONTINENCE

Les produits de continence ne doivent être utilisés que lorsqu'ils sont absolument nécessaires. S'ils sont requis, servez-vous toujours de produits d'incontinence au lieu de produits pour les menstruations. Les produits de continence permettent d'éloigner l'urine de la surface du tampon pour une peau en santé. Remplacez les alèzes et les draps lorsqu'ils sont humides. Soyez vigilant pour repérer les fuites, les produits trop serrés, les irritations de la peau ou les éruptions cutanées, et signalez à l'infirmière toute rougeur, irritation ou rupture de la peau.

* Veuillez consulter la section 6.2 pour savoir comment ouvrir la main de façon sécuritaire.

MESSAGES CLÉS SUR L'INTÉGRITÉ DE LA PEAU



- De **bons soins de la peau** sont importants pour une personne victime d'un AVC.
- Une **surveillance régulière de la peau** peut aider à repérer les ruptures de l'épiderme de façon précoce, évitant ainsi que ne surviennent des problèmes plus graves.
- Un **positionnement approprié** et de fréquents ajustements peuvent permettre de réduire significativement le risque de rupture de la peau.



CHAPITRE 4
Fonctions organiques (sensorielles)

Dans le cadre du modèle de la CIF, les fonctions sensorielles décrivent des fonctions associées à l'ouïe, à la vue, au goût, à l'odorat, au toucher, à la sensation de douleur, ainsi qu'à la proprioception qui est le sens de la position relative de votre corps (OMS, CIF 2001).

CONTENU DU CHAPITRE

4.1 Vue et perception visuelle
4.2 Héminégligence
4.3 Schéma corporel
4.4 Apraxis
4.5 Sensation
4.6 Douleur



4.1 Vue et perception visuelle



CONTENU DE LA SECTION

- Capacités de traitement visuel
- Hiérarchie du traitement visuel
- Problèmes de la vue et de la perception visuelle

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Vous pouvez aider une personne qui éprouve des problèmes de la vue et de la perception visuelle après avoir subi un AVC à rester en sécurité et à devenir plus autonome en utilisant des stratégies recommandées pour réduire ces difficultés. Votre patience et votre soutien peuvent aider cette personne à devenir plus consciente de son environnement et de compenser la déficience dont elle est atteinte.

CAPACITÉS DE TRAITEMENT VISUEL

La vue joue un rôle très important dans la vie quotidienne. Elle représente le principal système sensoriel que nous utilisons pour obtenir de l'information dans notre environnement. Elle nous aide à détecter des dangers ainsi qu'à faire des choix et à prendre des décisions. Notre vue nous dit si un véhicule s'approche de nous lorsque nous traversons la rue, elle nous montre la couleur et le style des vêtements que nous désirons porter, et elle nous indique l'allée où nous trouverons un certain aliment dans une épicerie. Elle nous aide à savoir comment interagir avec des personnes et des objets dans notre environnement comme comprendre les expressions faciales et les gestes et choisir le bon chemin lorsque nous marchons dans notre voisinage.

La vue a un effet sur nos réactions physiques aux stimuli. Si quelqu'un nous lance une balle, nous nous déplaçons dans une certaine direction et nous tendons la main pour l'attraper. La vue a aussi un effet sur notre posture et notre équilibre. Si nous voyons une marche ou une bordure de trottoir, nous modifions automatiquement notre posture et nous ajustons notre équilibre pour utiliser cette marche.

Le processus visuel est une combinaison du degré d'exactitude dans la perception de nos yeux, ainsi que du traitement et de l'interprétation de ce que nous voyons. Ceci a un impact sur notre capacité et notre rapidité en matière de prise de décision, ainsi que nos réactions à notre environnement.

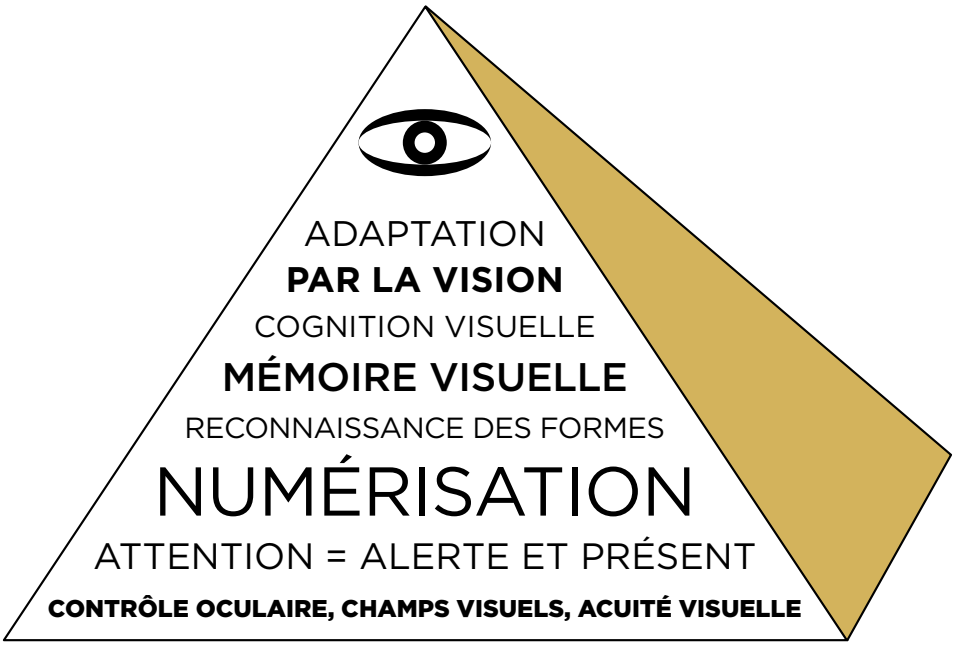
HIÉRARCHIE DU TRAITEMENT VISUEL

La capacité d'utiliser la vision pour interagir avec notre environnement dépend de l'acuité visuelle, ainsi que de la capacité du cerveau à donner un sens à ce que nous voyons. Notre cerveau interprète ce que nous voyons à différents niveaux (hiérarchies) et en ayant recours à divers moyens. Chaque niveau dépend du niveau précédent. Il se peut que notre perception et notre compréhension de ce que nous voyons ne soient pas exactes s'il y a des problèmes à un niveau de la hiérarchie, peu importe lequel.

Le premier niveau, et le plus important, dépend de la mesure dans laquelle nos yeux fonctionnent bien. Les muscles des yeux doivent travailler ensemble pour déplacer et concentrer le regard sur un objet (maîtrise oculomotrice), notre rétine doit produire une image claire (acuité visuelle), et nos yeux doivent percevoir tout ce qui nous entoure (champs visuels).

Ensuite, il est important que nous soyons vigilants et attentifs de façon à pouvoir examiner notre environnement complètement. À l'étape de l'observation, nous devons reconnaître des formes, des motifs et des détails afin de réunir les caractéristiques d'un objet. Nous devons être capables de conserver ces caractéristiques dans notre mémoire visuelle afin de pouvoir récupérer l'information plus tard pour reconnaître ce que nous voyons. Lorsque nous reconnaissons ce que nous voyons et que nous donnons un sens à ces renseignements, nous pouvons réagir de façon appropriée. Il s'agit alors du phénomène d'adaptation.

Un problème à n'importe lequel de ces niveaux a un impact sur le niveau supérieur suivant. Par exemple, les problèmes liés à la capacité de concentrer son regard sur le visage d'une personne causent une vision floue et de la difficulté à voir les détails du visage. Lorsqu'une personne est incapable de voir les détails et les caractéristiques du visage, elle ne pourra pas accéder à la mémoire des visages pour vérifier s'il s'agit du visage de quelqu'un qu'elle connaît. Si ce visage n'est pas connu, elle peut choisir de ne pas interagir avec cette personne.



Adapté avec la permission de Mary Warren, Ph. D., OTR/L, SCLV, FAOTA – visABILITIES Rehab Services Inc.

PROBLÈMES DE LA VUE ET DE LA PERCEPTION VISUELLE

Les problèmes de perception visuelle sont des obstacles invisibles, et il se peut que la déficience ne soit aucunement apparente. Les membres de la famille et les amis ont souvent de la difficulté à comprendre les problèmes de perception visuelle, et il se peut qu'ils aient de trop grandes attentes à l'égard de la personne victime d'un AVC. Ils seront parfois frustrés et vont se fâcher en croyant que la personne victime d'un AVC fait exprès d'agir ainsi ou n'est pas suffisamment motivée.

Vous pouvez aider les membres de la famille à comprendre que les problèmes liés à la perception visuelle sont le résultat de l'AVC, et que certains peuvent être améliorés ou pris en charge. Lorsque le problème a été cerné, il est possible de créer des stratégies pour améliorer la fonction. Cette démarche peut permettre de réduire le niveau de frustration chez toutes les personnes concernées.

Les problèmes liés à la vue et à la perception visuelle, causés par un AVC, peuvent inclure les suivants :

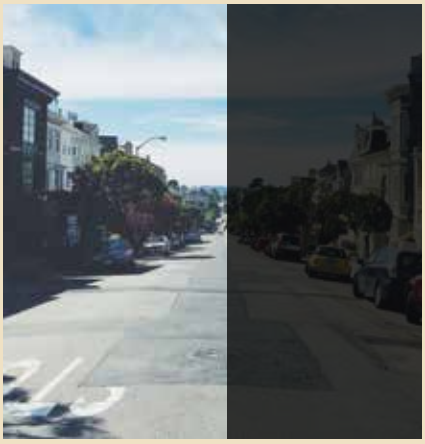
- **Perte de l'acuité visuelle :** Les objets ne sont pas définis et clairs (vision floue). Il se peut que la personne atteinte lise le journal en le portant près de ses yeux, modifie la position du journal, louche ou ferme un œil pendant qu'elle lit.
- **Perte de la vision stéréoscopique :** Incapacité de fusionner en une seule image, les représentations provenant de chaque œil.
- **Perte de l'accommodation**. Incapacité de conserver une image nette d'un objet, quelle que soit la distance.
- **Perte de l'oculomotricité :** Incapacité des yeux de bouger ensemble avec fluidité et de façon coordonnée.
- **Perte du champ visuel :** En regardant droit devant, la personne atteinte est incapable de voir la totalité de l'espace autour d'elle, qui est observé normalement avec ses yeux seulement (vue panoramique). Cette personne ne verra qu'une partie de ce qui est devant elle. Une activité comme la lecture peut créer de la confusion, car il est possible que la personne ne voie que la moitié d'une lettre, d'un mot ou d'une phrase.
- **Perte des relations spatiales :** Incapacité de s'orienter par rapport à d'autres objets.
- **Capacité déficiente à percevoir sa position dans l'espace :** Incapacité à comprendre des concepts tels que « sous », « au-dessus » et « en dessous », ainsi que « devant » et « derrière ».
- **Perte d'orientation topographique :** Incapacité à trouver son chemin entre un endroit et un autre.
- **Perte de sensibilité différentielle :** Difficulté à percevoir le contraste entre un objet et son arrière-plan, ce qui peut résulter d'une incapacité à distinguer entre des objets à l'avant-plan et des objets à l'arrière-plan (phénomène souvent appelé **perception figure et fond**). Par exemple, une personne est incapable de trouver une serviette blanche sur un drap de lit blanc.
- **Réduction de la perception de la profondeur :** Difficulté à percevoir le monde en trois dimensions, ce qui rend les distances plus difficiles à juger.
- **Agnosie visuelle** : Difficulté à reconnaître des objets (brosse à cheveux, fourchette, téléphone), des visages (possibilité de ne pas reconnaître une personne connue), ou des lettres, même si on les voit clairement. La personne atteinte ne connaît plus la signification des objets en question.



Vision double



Vision floue



Perte du champ visuel

D'autres exemples de ce qu'une personne victime d'un AVC peut éprouver à cause d'un problème de la vue ou de la perception visuelle comprennent les suivants :

- Difficulté à lire, à comprendre ce qu'on lit, ou à lire pendant de longues périodes
- Maux de tête en lisant, en regardant la télévision, ou en étant dans un environnement dynamique
- Anxiété dans les foules ou dans un environnement dynamique non familier
- Difficulté à trouver des articles dans les tiroirs, le réfrigérateur, les placards, les pièces de la maison, ou à l'épicerie
- Incapacité à situer une manche de robe ou une jambe de pantalon en s'habillant
- Tendance à se perdre ou à avoir de la difficulté à trouver son chemin
- Incapacité à voir les objets d'un côté, tels que le frein sur le fauteuil roulant
- Remplissage excessif d'un verre d'eau
- Incapacité à trouver des aliments dans son assiette, ou sa bouche avec la brosse à dents
- Étourdissements et problèmes d'équilibre
- Incapacité à se transférer en toute sécurité, et difficulté à bouger créant un risque accru de chutes
- Mauvais jugement des distances et de l'emplacement des surfaces de transfert
- Tendance à trébucher sur les marches, les bordures de trottoir, ou les surfaces inégales
- Une personne atteinte d'une perte de champ visuel pourrait :
  - ✦ Se heurter contre une porte, une personne, un mur ou un objet du côté de la perte du champ visuel
  - ✦ Être incapable de trouver sa brosse à dents ou la coutellerie placée du côté de la perte du champ visuel
  - ✦ Marcher ou se déplacer le long d'un mur en l'utilisant pour se guider
  - ✦ Ne pas laisser le passage libre en voyant venir quelqu'un ou quelque chose dans sa direction.

PRENDRE EN CHARGE LES PROBLÈMES DE LA VUE ET DE LA PERCEPTION VISUELLE

Les problèmes de la vue peuvent s'améliorer sans intervention au cours des semaines qui suivent un AVC. Si les problèmes persistent, les membres de l'équipe ayant reçu la formation nécessaire pour traiter les problèmes de la vue et de la perception visuelle (tels qu'un ergothérapeute et un ophtalmologiste) offriront un traitement visant à réduire la gravité et l'impact du problème, ainsi que des stratégies d'adaptation à la déficience.



CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER

- **Communiquez avec le membre de l'équipe concerné, comme l'ergothérapeute, afin d'examiner les meilleurs moyens à employer pour traiter un problème précis de la vue, et encourager le patient à utiliser les stratégies recommandées.**
- **Réduisez les obstacles et le fouillis.**

- **Assurez-vous que l'éclairage est adéquat.**
- **Surveillez les transferts et encouragez la personne soignée à utiliser des dispositifs d'aide à la marche s'ils sont prescrits.**
- **Encouragez-la à utiliser une rampe et de monter les marches lentement.**
- **Faites preuve de constance en prenant chaque fois le même chemin vers une destination (c.-à-d., de la chambre vers la cafétéria ou le service de traitement), notant les repères le long du trajet.**
- **Rangez toujours les articles au même endroit.**
- **Gardez les tiroirs, les placards, les armoires et les comptoirs exempts de fouillis, et mettez les objets en ordre selon la catégorie ou dans une section de façon à ce qu'ils soient faciles à trouver.**
- **Encourager la personne soignée à pratiquer des activités qui exigent une vision soutenue (lire, regarder la télévision) durant de courtes périodes qui sont cependant interrompues par de nombreuses pauses-repos.**
- **Indiquez qui vous êtes en vous approchant d'une personne qui a de la difficulté à reconnaître les visages.**
- **Utilisez des points de repère ou un contraste de couleurs comme du ruban adhésif rouge sur le bord d'une table ou le long d'un escalier.**
- **Utilisez un napperon foncé sous des assiettes ou de la coutellerie de couleur pâle, ou une tasse pâle pour servir une boisson foncée, ou une tasse foncée pour servir une boisson pâle.**

Pour la perte du champ visuel

- **Encouragez la personne soignée à regarder du côté touché au besoin.**
- **Placez des articles du côté touché ou marchez de ce côté pour augmenter la prise de conscience de cet espace visuel.**
- **Encouragez l'utilisation d'un cache-œil ou de lunettes prismatiques si le médecin prescrit l'un de ces accessoires.**
- **Montrez des objets du doigt et demandez à la personne de regarder ce que vous indiquez, comme des aliments sur une assiette, des articles de toilette près du lavabo.**
- **Pour une séance de lecture, utilisez une règle colorée ou du papier comme guide pour les lignes, ou placez un guide sous chaque ligne à mesure qu'elle est lue ou le long du côté du paragraphe où la personne est atteinte de perte de champ visuel.**

Exemple de cas

M. Shamji souffre d'une perte de champ visuel du côté gauche, d'une perception de profondeur déficiente, et d'une difficulté à voir les contrastes de couleurs. Il heurte des gens dans le couloir, ainsi que des murs et des portes avec son fauteuil roulant du côté gauche. En s'habillant, il est incapable de trouver sa chemise dans le tiroir et ne sait pas comment placer son bras dans la manche. Il a de la difficulté à trouver son rasoir près du lavabo, là où il est rangé avec les autres articles de toilette.

Elena, sa dispensatrice de soins, l'a aidé en l'encourageant à tourner la tête vers la gauche lorsqu'il se déplace en fauteuil roulant à la recherche de ses articles de toilette dans la salle de bains, ou lorsqu'il observe son environnement. Elle a organisé ses vêtements dans les tiroirs de façon à ce que les chemises et les pantalons soient à des endroits différents, et a rangé les chemises en alternant les couleurs. Elena a aussi utilisé les techniques suggérées par l'ergothérapeute pour placer et orienter les vêtements de M. Shamji de façon à ce qu'il puisse trouver sa manche.

MESSAGES CLÉS SUR LA VUE ET LA PERCEPTION VISUELLE



- La **vue et la perception visuelle** vous permettent de voir et de comprendre ce qui vous entoure.
- Les **problèmes de perception visuelle** ne sont pas toujours évidents chez une personne.
- Il est important d'**être conscient de ce problème** et de surveiller le patient afin de repérer des signes de problèmes de la vue.
- La **sécurité est une question importante** pour une personne qui a des problèmes de la vue ou de la perception visuelle après un AVC.
- **Aménagez l'espace de vie** de la victime d'un AVC de façon à ce qu'elle soit capable de se déplacer et de savoir où se trouvent les obstacles tels que les meubles.
- **Communiquez avec l'équipe de soins de l'AVC** et soyez au courant du plan de traitement des problèmes de la vue et de la perception visuelle.



4.2 Héminégligence



CONTENU DE LA SECTION

- Définir le déficit de la vision dans l'espace
- Héminégligence personnelle
- Héminégligence extrapersonnelle rapprochée
- Héminégligence extrapersonnelle lointaine

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'héminégligence spatiale s'observe chez la personne victime d'un AVC qui perd conscience d'un côté de son corps et de l'environnement immédiat de ce côté. Vous pouvez aider le survivant d'un AVC à rester en sécurité en contribuant à améliorer sa prise de conscience du côté touché et de l'environnement immédiat, et en traitant les préoccupations en matière d'héminégligence durant la prestation des soins quotidiens et vos interactions avec la personne.

DÉFINIR LE DÉFICIT DE LA VISION DANS L'ESPACE

Après un AVC, la victime perd parfois la capacité d'être consciente de stimuli d'un côté de son corps et de son espace personnel. Ce phénomène s'observe généralement du côté opposé à l'endroit où s'est produit l'AVC, c'est-à-dire plus fréquemment du côté gauche. C'est ce qu'on appelle souvent l'héminégligence corporelle du côté gauche ou l'inattention spatiale visuelle. Il arrive aussi parfois qu'une personne présente une perte de champ visuel accompagnée d'héminégligence ou d'héminégligence corporelle. Cette personne a alors encore plus de difficulté à s'orienter correctement par rapport à son environnement immédiat étant donné la présence d'une composante visuelle dans cette négligence.

Il existe trois catégories d'héminégligence.

HÉMINÉGLIGENCE PERSONNELLE

L'**héminégligence personnelle** est l'héminégligence d'un côté du corps (parties du corps) comme dans les exemples suivants :

- Un homme qui ne se rase que la moitié du visage
- Laver ou habiller la moitié du corps seulement
- Ne brosser que la moitié des dents
- Laisser un membre touché pendre au-delà du bord du lit ou d'un côté d'un fauteuil roulant sans en avoir conscience

NÉGLIGENCE EXTRAPERSONNELLE RAPPROCHÉE

La **négligence extrapersonnelle rapprochée** est la négligence de l'espace à portée de la main comme dans les exemples suivants :

- Ne manger que la moitié des aliments dans une assiette
- Ne pas trouver la coutellerie placée d'un côté de l'assiette
- Avoir de la difficulté à lire; il se peut qu'une personne ne voit que la moitié des mots dans une phrase sur la page et, en conséquence, est incapable de saisir le sens de sa lecture
- N'écrire que sur une moitié de page
- Utiliser seulement les vêtements qui se trouvent dans une moitié de tiroir ou de placard, sans savoir que le tiroir ou le placard comporte une autre moitié où l'on peut chercher

- Remplir le lavabo avec de l'eau froide seulement pour se laver, parce que l'on ne voit pas le robinet d'eau chaude.
- Ne pas remarquer la télécommande de la télévision, un livre ou un verre d'eau placés sur une table de coin du côté négligé du corps.

NÉGLIGENCE EXTRAPERSONNELLE LOINTAINE

La **négligence extrapersonnelle lointaine** est la négligence de l'espace hors de portée de la main comme dans les exemples suivants :

- Marcher en dépassant la chambre à coucher ou la salle de bains si elles sont du côté négligé
- Ne pas remarquer quelqu'un ou quelque chose qui s'approche du côté négligé
- Se heurter contre des objets, des cadres de porte et des murs du côté touché.
- Vivre des transferts non sécuritaires en manquant la surface de transfert parce qu'elle n'est vue qu'à moitié
- N'être capable de lire que la moitié d'une affiche et peut-être mal comprendre ce qu'elle indique.



CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Communiquez avec l'ergothérapeute pour examiner la meilleure façon d'utiliser le membre négligé dans les activités quotidiennes.**
- **Positionnez ou aidez la personne à positionner le membre touché de façon à ce qu'elle puisse le voir.**
- **Parlez à la personne en vous plaçant du côté négligé.**
- **Utilisez des repères pour attirer son attention vers le côté touché. Demandez : « Où est votre bras? »**
- **Faites en sorte que la personne utilise un miroir pour obtenir de l'information sensorielle lorsqu'elle s'habille ou fait sa toilette.**
- **Placez des articles du côté non touché de la personne de façon à ce qu'ils soient faciles à trouver.**
- **Utilisez toujours la même technique et procédez dans le même ordre pour l'habillement, en commençant par le côté négligé.**

- **Placez votre main sur le membre négligé ou frottez-le doucement afin d'offrir un signal sensoriel pour aider la personne soignée à remarquer cette partie du corps touchée.**
- **Adoptez chaque fois le même trajet vers un endroit afin que la personne soignée se familiarise avec le chemin.**

Exemple de cas

M^me^ Brown avait initialement un problème en laissant pendre son bras gauche touché sur le côté de son fauteuil roulant. La personne qui la soignait lui a procuré un plateau pour mettre sur ses genoux, et a insisté sur l'importance de garder son bras gauche sur le plateau où elle pouvait le voir. Sa famille et tous ses dispensateurs de soins lui rappelaient toujours la recommandation à propos de son bras gauche. Avec le temps, M^me^ Brown a placé son bras gauche touché sur le plateau sans qu'on lui rappelle de le faire.



MESSAGES CLÉS SUR L'HÉMINÉGLIGENCE

- Après avoir subi un AVC, **une personne peut perdre la conscience** du côté touché de son corps.
- **Il est possible qu'elle ne porte pas attention** au côté touché, ce qui peut mener à des problèmes de sécurité.
- De **fréquents rappels** et de l'éducation aideront la personne victime d'un AVC à devenir plus consciente de son côté touché et à en prendre soin pendant les activités quotidiennes.



4.3 Schéma corporel



CONTENU DE LA SECTION

- Définir les troubles du schéma corporel
- Autotopoagnosie
- Héminégligence personnelle (corporelle)
- Discrimination droite-gauche

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Une personne victime d'un AVC peut perdre la capacité de nommer les parties du corps ou d'être consciente de leur emplacement sur le corps ou de leur position par rapport à l'environnement. Vous pouvez aider une personne qui a des problèmes de schéma corporel en intégrant dans vos soins quotidiens une prise de conscience du corps et de l'éducation à ce sujet.

DÉFINIR LES TROUBLES DU SCHÉMA CORPOREL

Le schéma corporel se définit comme la conscience d'une personne des parties de son corps, ainsi que de la position du corps et de ses parties par rapport à chacun d'entre eux et aux objets dans l'environnement. Le schéma corporel est touché par l'apport sensoriel, y compris la pression, le toucher, la position des articulations, la vue, l'ouïe et l'équilibre.

Après un AVC, une personne peut présenter des problèmes de schéma corporel, associés aux déficiences des divers systèmes sensoriels. Il se peut que cette personne soit capable de trouver une partie du corps sur quelqu'un d'autre, mais non sur elle-même. Ou elle pourrait nommer une partie du corps et ne pas pouvoir dire où cette partie se trouve en relation avec d'autres parties corporelles. Par exemple, elle peut reconnaître le nez, mais ne sait pas qu'il se trouve entre les yeux.

AUTOTOPOAGNOSIE

Une personne atteinte d'autotopoagnosie ne reconnaît pas les parties de son propre corps ainsi que leur relation entre elles, et elle n'a pas une bonne intuition de la structure de son corps. Il est possible qu'elle ne soit pas capable de situer une partie du corps (la « bouche » par exemple), mais elle peut vous montrer la partie du corps dont elle se sert pour « manger ». Elle peut éprouver de la difficulté à utiliser les deux mains ensemble pour exécuter une tâche, ou elle peut confondre les côtés du corps, de sorte que si vous lui demandez de bouger le pied, gauche pendant un transfert, elle n'est pas sûre de quel pied il s'agit. Ou elle peut essayer de mettre la manche droite d'une chemise sur son bras gauche, ou son bras dans le col.

Une personne atteinte d'autotopoagnosie peut éprouver de la difficulté à :

- S'habiller (elle pourrait être atteinte d'une apraxie de l'habillage)
- Se déplacer et effectuer des transferts
- Reconnaître des parties du corps durant les soins personnels
- Faire la différence entre la droite et la gauche
- Utiliser les deux mains pour des activités qui exigent les deux mains

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Renforcer ou nommer les parties du corps durant les activités de soins personnels. Par exemple, dites : « Vous êtes en train de laver votre bras gauche maintenant ».**
- **Touchez le membre dont vous parlez et offrez un apport sensoriel. Par exemple, si vous demandez à la personne de bouger son pied gauche pendant un transfert, touchez son pied gauche avec votre pied.**
- **Renforcer les stratégies recommandées par l'ergothérapeute dans le plan de soins durant vos interactions avec cette personne.**

DISCRIMINATION DROITE-GAUCHE

Une personne qui éprouve des problèmes de discrimination droite-gauche est incapable de faire la différence entre la droite et la gauche sur son corps ou en relation avec d'autres objets ou son environnement. Cette situation peut entraîner des problèmes comme dans les activités suivantes :

- S'habiller, car la personne ne peut pas mettre en correspondance la jambe droite d'un pantalon et la jambe droite de son corps
- Se déplacer, car elle ne peut pas réagir à la demande « tournez à gauche » ou « tournez à droite »
- Obéir à des directives, car elle éprouve de la difficulté à réagir lorsque vous lui demandez de tourner la tête plus à gauche pour compenser une déficience du champ visuel (il est possible qu'elle ne sache pas de quel côté tourner la tête).

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Suivez les suggestions faites par l'ergothérapeute pour aider la personne à se réorienter vers la droite et vers la gauche.**
- **Marquez les objets avec du ruban adhésif ou une inscription pour indiquer la différence entre la droite et la gauche.**
- **En donnant des instructions, n'utilisez pas les mots « droite » ou « gauche ». Indiquez plutôt avec le doigt la partie du corps dont vous parlez, ou désignez un objet en précisant l'endroit où il se trouve, c'est-à-dire en disant : « la porte de la salle de bains est juste avant la porte de la chambre à coucher », au lieu de : « la porte de la salle de bains est à votre droite ».**

Exemple de cas

M^me^ Sinclair a des problèmes liés au schéma corporel. Jana, sa dispensatrice de soins, est souvent frustrée parce que M^me^ Sinclair ne coopère pas durant son bain. Lorsque Jana lui demande de rapprocher d'elle une certaine partie du corps afin qu'elle puisse la laver, M^me^ Sinclair ne répond pas, ou elle offre une partie différente du corps. Lorsque Janet demande à M^me^ Sinclair de laver elle-même son visage, elle essaie plutôt de laver ses cheveux. Jana apprend que, si elle désigne une partie du corps par son nom et la touche en même temps, M^me^ Sinclair bouge la partie appropriée pour qu'elle soit lavée. Jana offre aussi de l'aide « main sur la main » en guidant la débarbouillette vers le visage de M^me^ Sinclair afin qu'elle le lave, tout en insistant verbalement qu'il s'agit de son visage.

MESSAGES CLÉS SUR LE SCHÉMA CORPOREL



- Après un AVC, une personne peut présenter des **problèmes de schéma** corporel, associés aux déficiences des divers systèmes sensoriels.
- **Utilisez des stratégies** pour renforcer les parties et les fonctions du corps durant les activités et les interactions quotidiennes.



4.4 Apraxis



CONTENU DE LA SECTION

- Définir l'apraxie
- Apraxie idéomotrice
- Apraxie idéatoire
- Apraxie de l'habillage

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'apraxie peut survenir chez une personne victime d'un AVC et entraîner de la difficulté à exécuter des mouvements intentionnels. Cela peut être une expérience très frustrante. Vous pouvez aider la victime d'un AVC en utilisant différentes stratégies suggérées par un ergothérapeute afin de surmonter les difficultés. Vous pouvez aussi offrir des rappels sur la façon d'aborder une tâche, et donner constamment de fréquents encouragements. Il est très important de ne pas effectuer vous-même les tâches. Il faut plutôt faire preuve de patience et aider la personne à relever le défi avec votre aide.

APRAXIE

L'**apraxie** est la difficulté d'exécuter des mouvements intentionnels même si la personne ayant survécu à un AVC a la capacité physique nécessaire pour effectuer la tâche. Cette incapacité se produit parce que les messages qu'envoie le cerveau aux muscles ne sont pas traités correctement. L'apraxie peut aussi toucher les muscles responsables de la capacité de parler.

L'apraxie va dans certains cas influencer la façon dont le mouvement est planifié des deux côtés du corps et non seulement du côté touché ou plus faible. La personne victime d'un AVC pourrait avoir des difficultés à effectuer des activités de la vie quotidienne comme se brosser les cheveux, manger ou s'habiller en utilisant le membre non touché.

Il existe différents types d'apraxie que vous pouvez observer chez une personne victime d'un AVC :

APRAXIE IDÉOMOTRICE

L'**apraxie idéomotrice** est l'incapacité d'imiter des gestes ou d'exécuter une tâche motrice intentionnelle sur commande, même si la personne comprend l'idée ou le concept.

Par exemple, vous pourriez dire à quelqu'un : « Pourriez-vous me passer la bouteille de shampoing s'il vous plaît? ». Même si la personne a la capacité physique de le faire, elle ne pourra pas réaliser cette tâche. Il est possible qu'elle regarde la bouteille de shampoing, et comprenne qu'il s'agit de shampoing et à quoi il sert, mais elle pourrait ne pas savoir comment atteindre l'article et vous le passer. Ou vous pourriez montrer à quelqu'un comment mettre les freins sur le fauteuil roulant, et cette personne pourrait être incapable de reproduire ce que vous faites.

APRAXIE IDÉATOIRE

L'**apraxie idéatoire** est la perte de l'idée et des connaissances nécessaires pour exécuter une tâche. La personne a perdu la « conceptualisation » de l'exécution d'une tâche, plutôt que la capacité de la commencer et de la terminer. Elle peut utiliser un objet incorrectement, tel qu'une brosse à dents pour brosser ses cheveux, ou un couteau pour déguster sa soupe. Ou elle pourrait prendre un rasoir et ne pas savoir quoi faire avec cet article, et le tourner dans ses mains de façon répétitive en essayant de comprendre son utilisation.

APRAXIE DE L'HABILLAGE

L'apraxie de l'habillage est observée chez une personne qui a de la difficulté à s'habiller, même si elle est physiquement capable de le faire. Elle fait des erreurs en orientant ses vêtements et pourrait les mettre le devant vers l'arrière, le bas vers le haut ou retournés à l'envers. Elle pourrait essayer de mettre les deux jambes dans une jambe de pantalon, ou son bras dans la mauvaise manche ou le col d'une chemise. Lorsqu'elle remarque que le vêtement n'est pas bien mis, elle a de la difficulté à trouver l'erreur et comment la corriger.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Communiquez avec l'ergothérapeute au sujet des meilleures stratégies à utiliser. Celles-ci peuvent inclure des repères physiques ou verbaux, ou des démonstrations.**
- **Vous devrez utiliser différentes stratégies selon le type d'apraxie, étant donné que les repères pour un type pourraient ne pas fonctionner dans le cas d'un autre type.**

Dans le cas de l'apraxie idéatoire et de l'apraxie idéomotrice

- Utilisez des instructions courtes et simples pour limiter la confusion et diviser la tâche en étapes simples.
- Encouragez la répétition et la pratique, et reprenez les mêmes étapes chaque fois que la tâche est exécutée.
- Exécuter les activités dans un environnement aussi normal que possible (c.-à-d. se brosser les dents dans la salle de bains devant le lavabo après avoir mangé, et non à côté du lit au milieu de la journée).
- Encouragez la personne à fermer les yeux et à se faire une image du mouvement ou de la tâche.
- Au lieu de dire à la personne quoi faire, aidez à bouger ses membres au moyen des mouvements nécessaires en offrant de l'aide « main sur la main » qui vous permet de guider la personne avec votre main sur la sienne, mais non d'exécuter la tâche pour elle. Les occasions permettant de se servir de cette stratégie comprennent les suivants :
  - Mettre les freins sur un fauteuil roulant
  - Couper des aliments avec un couteau et une fourchette
  - Se brosser les dents
- Évitez de donner des ordres tels que : « brossez-vous les dents », « mettez les freins », ou « boutonnez-vous ». Dites plutôt : « voici votre brosse à cheveux » et donnez-la à la personne, « verrouillez votre fauteuil roulant avant de vous lever », ou « vous n'avez pas encore boutonné votre chemise ».



Aide « main sur la main »

Exemple de cas

Initialement, M. Black essayait d'utiliser sa brosse à dents pour peigner ses cheveux. Chaque jour, la personne chargée de ses soins guidait sa main lorsqu'il utilisait sa brosse à dents pour se brosser les dents. Après quelques semaines, M. Black a été capable de prendre sa brosse à dents et de l'utiliser correctement sans aide.

Pour l'apraxie de l'habillage

- Indiquez à la personne comment utiliser les étiquettes pour orienter correctement ses vêtements vers le devant et vers l'arrière.
- Pour boutonner une chemise, encouragez la personne à trouver le bouton du bas et à l'apparier avec le trou du bas, puis à continuer à apparier le reste des boutons à partir de là.
- Encouragez le port d'un chandail (pull-over) si la chemise à boutons est trop difficile à mettre.
- Procédez chaque fois à l'habillage avec la même technique recommandée. La pratique et la répétition sont importantes.

Exemple de cas

M^me^ Wong n'arrivait pas à comprendre comment mettre ses pantalons, les enfilant souvent à l'envers. Chaque jour, Jessica, sa dispensatrice de soins, la faisait asseoir dans un fauteuil pour s'habiller et plaçait son pantalon sur ses genoux. Jessica l'encourageait à trouver d'abord l'étiquette et à orienter son pantalon de façon à ce l'étiquette soit devant elle sur ses genoux, puis lui conseillait : « mettez votre jambe droite d'abord », et ensuite : « mettez votre jambe gauche ». Après plusieurs semaines de pratique à l'aide de cette technique, M^me^ Wong a été capable de mettre son pantalon elle-même.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Les patients chez qui l'on soupçonne des déficiences perceptuelles (déficience visuelle-spatiale, agnosies, troubles liés au schéma corporel et apraxies) doivent être évalués à l'aide d'outils validés.

Le traitement de la négligence peut inclure des techniques de balayage visuel, l'alerte phasique, les repères, l'imagerie, la réalité virtuelle, l'activation hémisphérique (membre) et la rotation du tronc.

Les techniques de correction pourraient inclure les prismes, le port d'un cache-œil, la stimulation magnétique transcrânienne et la vibration du muscle du cou.

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

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

MESSAGES CLÉS SUR L'APRAXIE

- L'**apraxie peut survenir** chez une personne victime d'un AVC et entraîner de la difficulté à exécuter des mouvements intentionnels.
- **Travaillez avec l'équipe de soins de l'AVC** afin d'élaborer différentes stratégies pour aider à traiter les problèmes précis qu'éprouve la victime d'un AVC.
- **Faites preuve de clarté et de précision** lorsque vous offrez des rappels sur la façon d'aborder une tâche.
- **Encouragez et rassurez** la personne qui éprouve des problèmes d'apraxie





4.5 Sensation



CONTENU DE LA SECTION

- Définir la sensation
- Toucher
- Température (chaud et froid)
- Position des articulations
- Risques

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

La sensation d'une personne victime d'un AVC pourrait être limitée ou absente dans la partie du corps touchée par l'AVC. Cette situation crée des problèmes de sécurité. Vous pourriez être la première personne à remarquer la perte de sensation. Vous pouvez aider la victime d'un AVC qui présente des changements sensoriels en surveillant la position du côté touché et en vous assurant de le positionner correctement; en vous assurant d'éviter les dangers dans l'environnement de la personne atteinte (tels qu'être trop près d'un poêle brûlant); et en offrant des repères verbaux comme rappels de ce qui se passe du côté touché.

DÉFINIR LA SENSATION

La sensation est la capacité de ressentir le toucher, la température et la douleur, et de savoir où se trouvent son corps et les parties de son corps dans l'espace. Les nerfs véhiculent la sensation des parties du corps vers le cerveau qui interprète alors ce que nous ressentons. Notre cerveau indique alors à nos muscles et à nos organes comment réagir de façon appropriée. Un AVC peut causer une défaillance dans le cerveau où les sensations sont interprétées.

La sensation d'une personne victime d'un AVC pourrait être limitée ou absente dans la partie du corps touchée par l'AVC. Les défis sensoriels après un AVC peuvent être légers ou graves, et inclure la perte totale d'un type précis de sensation. Il se peut qu'une personne présentant une perte sensorielle ne soit pas consciente que son soulier est trop serré, qu'une ampoule ou une plaie de pression se développe, ou que son bras pend sur le côté du fauteuil roulant. La sensation peut s'améliorer avec le temps, mais pas dans tous les cas.

Les déficiences sensorielles communes qui pourraient résulter d'un AVC comprennent des problèmes liés à ce qui suit :

- Toucher (capacité de ressentir le toucher)
- Température (capacité de distinguer le chaud du froid)
- Position des articulations (savoir où se trouve une partie du corps dans l'espace)
- Douleur (sensation modifiée de la douleur)

TOUCHER

Une personne peut perdre la capacité de ressentir une pression légère ou plus forte. Elle peut être incapable d'avoir une sensation lorsqu'un objet touche son corps ou sa peau comme une couverture ou un vêtement. Elle peut avoir de la difficulté à déplacer des objets avec ses mains, comme un bouton ou une chemise, ou elle peut sembler gauche ou échapper quelque chose. Certaines personnes indiquent qu'elles ont l'impression de porter des gants épais tout le temps.

Parfois une personne perd la capacité de reconnaître un objet par le toucher seulement (c'est-à-dire sans regarder cet objet). D'autres pourraient être hypersensibles au toucher. Par exemple, une personne peut se plaindre d'une sensation de picotements ou d'un fort élancement lorsqu'elle touche un objet, ou elle peut être inconfortable avec un vêtement sur sa peau.

TEMPÉRATURE (CHAUD ET FROID)

Il est possible qu'une personne victime d'un AVC puisse avoir de la difficulté à ressentir la différence entre le chaud et le froid, ou être incapable de reconnaître la température qu'elle ressent. Par exemple, elle est incapable de vous dire si l'eau du bain est chaude ou froide. Parfois, la sensation de chaud et de froid est seulement réduite, de sorte que de l'eau très chaude ne semble que tiède.

POSITION DES ARTICULATIONS

Après avoir subi un AVC, il est possible qu'une personne perde la capacité de ressentir la position de ses articulations dans l'espace. Elle ne sait pas où se trouvent les parties de son corps sans les regarder. À moins de regarder l'articulation qu'elle bouge, il lui est impossible de dire si elle balance sa jambe en marchant ou si son bras a permis d'atteindre et de saisir une tasse sur la table. Elle pourrait avoir une jambe en position arrière durant un transfert, ne pas saisir l'ambulateur correctement, ou ne pas savoir que son bras pend sur le côté du fauteuil roulant.

Lorsque vous travaillez avec cette personne, n'oubliez pas que les problèmes de sensation pourraient représenter un risque de blessure. Si une personne n'a aucune sensation, elle est moins susceptible d'être consciente d'une blessure, ou de s'éloigner d'une situation dangereuse.

Risques potentiels

- Brûlures causées par de l'eau bouillante, un produit renversé, un brûleur ou un fer à friser
- Coupures causées par un couteau ou un rasoir
- Ampoules ou plaies de pression
- Chutes résultant de déplacements ou de transferts
- Membres blessés (tordus ou qui pendent)

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Soyez au courant des problèmes sensoriels que pourrait éprouver une personne.**
- **Prenez les mesures nécessaires pour que la personne que vous soignez demeure en sécurité durant la période des soins personnels et les activités de la vie quotidienne.**
- **Offrez des repères verbaux ou touchez le membre pertinent en donnant des instructions pour les transferts ou les mouvements (c.-à-d., « Votre genou droit est plié », ou « Votre jambe gauche n'a pas bougé encore », ou « Votre main est tombée de l'ambulateur ».**
- **Suivez les recommandations de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute dans le plan de soins afin d'accroître la prise de conscience sensorielle.**

Exemple de cas

Depuis qu'elle a subi un AVC, M^{me} Columbo a de la difficulté à ressentir le toucher ainsi que la température et, récemment, une brûlure a été observée sur sa main. Elle éprouve des problèmes en boutonnant une blouse. De plus, elle échappe fréquemment sa brosse à dents en se brossant les dents, car elle ne la sent pas dans sa main. L'ergothérapeute lui a suggéré des activités de thérapie pour l'aider à améliorer sa sensation.

Linh, sa dispensatrice de soins, prend toutes les précautions nécessaires pour s'assurer que la soupe de M^me^ Columbo a refroidi avant qu'elle la consomme, et verse du café tiède dans une tasse dont le contenu est difficile à renverser avant de donner la boisson à sa patiente. Durant l'habillage, elle encourage Mme Columbo à regarder ce qu'elle fait, lui recommandant de porter son regard vers le bas en boutonnant son vêtement. Linh encourage aussi Mme Columbo à regarder dans le miroir en se brossant les dents.

MESSAGES CLÉS SUR LA SENSATION



- La **sensation d'une personne victime d'un AVC pourrait être limitée ou absente** dans la partie du corps touchée par l'AVC.
- La **personne victime d'un AVC pourrait perdre la capacité** de ressentir des sensations relativement au toucher, à la douleur, à la température et à la conscience de la position d'un bras ou d'une jambe.
- La **sécurité est un problème important** dans les cas de perte de sensation.
- De **fréquents repères verbaux** et la gestion de l'environnement sont des composantes importantes des soins quotidiens.



4.6 Douleur



CONTENU DE LA SECTION

- Définition de la douleur
- Types communs de douleur après un AVC
- Repérer la douleur

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

La douleur après un AVC est très courante et peut devenir chronique. Vous pourriez être la première personne à observer des signes de douleur. Plusieurs types de douleur différents peuvent se manifester après un AVC, et il existe diverses techniques pour soulager cette douleur. Ces mesures auront parfois une grande incidence sur la qualité de vie de la personne victime d'un AVC. Vous pouvez aider à soulager la douleur en adoptant les stratégies précisées dans le plan de soins. Si vous remarquez une nouvelle douleur, ou si la douleur existante semble s'aggraver, avertissez l'équipe de soins immédiatement de façon à ce qu'elle puisse être évaluée et prise en charge. Déterminer le type de douleur permet de recourir au traitement approprié.

DÉFINITION DE LA DOULEUR

La douleur est une sensation corporelle qui cause de l'inconfort et peut avoir un effet négatif sur l'humeur et le rétablissement. Elle est généralement décrite par la longueur de la période durant laquelle on l'a ressentie (durée), et sa cause (source).

Une douleur peut être aiguë ou chronique. La douleur aiguë est généralement de courte durée et est causée par un événement, comme une blessure. La douleur chronique peut être le résultat de l'AVC initial et de son impact sur le corps, ou il peut exister une cause continue qui est persistante. Cependant, il est possible qu'il n'y ait aucune cause apparente. Une douleur chronique dure généralement plus de trois à six mois.

La douleur peut être décrite de nombreuses façons : aiguë, sourde, courbaturé, brûlante, lancinante, picotante, piquante, coupante, perçante, vive semblable à un coup de couteau, engourdissante, ou encore comme un choc soudain. Chez certaines personnes, la douleur peut être provoquée par un toucher léger.

Ce qu'il faut savoir sur la douleur :

- La douleur peut être présente même dans les parties du corps où la mobilité et les sensations sont restreintes.
- Les personnes atteintes de démence et d'atteinte cognitive ressentent de la douleur.
- Une personne est capable de ressentir de la douleur même si elle n'est pas consciente.
- Parmi les personnes âgées victimes d'un AVC qui résident dans des établissements de soins de longue durée :
  - Une personne sur deux ressent une douleur fréquente et continue.
  - Une personne sur quatre ressent de la douleur quotidiennement.
  - Sept personnes sur dix ne sont pas traitées pour leur douleur.

LA DOULEUR NON TRAITÉE

- Elle peut causer de l'anxiété, des troubles du sommeil, des problèmes de mémoire, une réduction de l'appétit, une mauvaise posture et même la dépression.
- Elle nuit aux activités quotidiennes comme aller à la salle de bains, s'habiller et faire sa toilette.
- Elle réduit la capacité de bouger et de participer à des activités.
- Elle augmente le niveau d'irritabilité et rend les gens plus susceptibles de refuser des soins.
- Elle peut mener à l'isolement des personnes, surtout lorsque la douleur est chronique.

En cas de douleur, **la prévention est la clé**.

TYPES COMMUNS DE DOULEUR APRÈS UN AVC

La douleur après un AVC peut se manifester sous différentes formes, incluant :

- **Douleur neuropathique périphérique :** type de sensibilité nerveuse qui cause des douleurs musculaires, des crampes douloureuses et d'autres symptômes;
- **Subluxation de l'épaule :** faible tonus et faiblesse musculaire dans les muscles de l'épaule, qui causent ce qui semble être une dislocation de l'articulation de l'épaule. L'épaule et le bras ne sont plus alignés dans la bonne position;
- **Spasticité :** muscles raides et rigides qui causent souvent de la douleur à l'épaule hémiplégique;
- **Syndrome épaule-main :** complication de l'AVC;
- **Douleur centrale post-AVC, ou douleur de syndrome thalamique**;
- **Maux de tête**.

DOULEUR LIÉE À L'ÉPAULE HÉMIPLÉGIQUE ET À LA SUBLUXATION DE L'ÉPAULE

Les personnes victimes d'un AVC éprouvent souvent de la douleur au côté touché par l'AVC. La douleur peut commencer dans les jours, les semaines ou les mois qui suivent un AVC.

Il est possible que les muscles affectés ne puissent plus maintenir le bras au sein de l'articulation de l'épaule dans la bonne position. Cette situation peut causer de la douleur et des problèmes de motricité, tels que la subluxation de l'épaule. C'est à ce moment-là que l'articulation de l'épaule est partiellement disloquée. Un positionnement de soutien et une manipulation correcte précoces peuvent aider à prévenir la douleur à l'épaule.

Il est important de parvenir à cerner et traiter rapidement les douleurs à l'épaule. Le traitement est plus difficile à administrer après que la douleur s'est installée et est devenue chronique.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Le traitement de la douleur à l'épaule hémiplégique, associée aux limites de l'amplitude de mouvement, inclut des techniques de mobilisation et d'étirements effectués doucement, et comprend habituellement une augmentation de la rotation externe et de l'abduction.

Justification : **L'incidence de la douleur à l'épaule après un AVC est élevée. Jusqu'à 72 % des personnes victimes d'un AVC disent avoir éprouvé au moins un épisode de douleur à l'épaule durant l'année qui suit l'AVC. La douleur à l'épaule peut empêcher la personne de participer à des activités de réadaptation, et mener à un rétablissement fonctionnel réduit. Elle peut aussi masquer l'amélioration du mouvement et de la fonction. La douleur à l'épaule hémiplégique peut contribuer à la dépression et à l'insomnie, et réduire la qualité de vie.**

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Recherchez les symptômes qui indiquent que la personne soignée souffre.**
- **Tenez compte de la douleur de cette personne.**
- **Signalez la douleur observée à votre équipe afin qu'une évaluation puisse être effectuée.**
- **Manipulez et déplacez l'épaule et le bras touchés avec précaution durant toutes les activités de soins afin de prévenir un étirement douloureux des muscles et des ligaments.**
- **Apportez un soutien au bras quand le patient marche, se tient debout ou s'assoit*.**

SPASTICITÉ

La spasticité résulte d'un tonus musculaire anormalement élevé provoqué par un AVC. Elle peut mener à des muscles raides et rigides, une amplitude de mouvement réduite, ainsi que de la douleur dans les membres et les articulations.

Le médecin et les thérapeutes peuvent aider à prendre en charge la spasticité. Le médecin peut recommander des injections de toxine botulinique (Botox^{MC}) ou de relaxants musculaires pour réduire la spasticité, et un thérapeute peut suggérer des étirements, des exercices, ou des attelles pour maintenir le muscle à une longueur optimale.

* Veuillez consulter la section 6.2 pour obtenir des renseignements détaillés concernant la manipulation et le positionnement appropriés de l'épaule touchée.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Si vous remarquez une augmentation de la raideur ou de la douleur articulaires, signalez cette situation à un membre de l'équipe.**
- **Manipulez et positionnez le membre touché avec précaution et selon le plan de soins.**
- **Ne forcez pas les mouvements du membre.**
- **Consultez les lignes directrices sur le positionnement qui pourraient être recommandées pour une personne en particulier.**
- **Utilisez correctement les attelles prescrites pendant le temps nécessaire*.**

SYNDROME ÉPAULE-MAIN

Occasionnellement, une personne éprouvant des douleurs dans l'épaule peut présenter une main et un poignet raides, enflés, décolorés et extrêmement douloureux, ce qui peut mener à un diagnostic de syndrome épaule-main, ou dystrophie sympathique réflexe. La personne peut avoir une amplitude de mouvement très limitée dans l'épaule et la main, ainsi qu'une utilisation réduite du bras.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Recherchez les symptômes qui indiquent que la personne soignée souffre.**
- **Tenez compte de la douleur de cette personne.**
- **Employez les mesures de positionnement recommandées pour protéger le bras et la main touchés.**
- **Aidez la personne à faire les exercices prescrits.**
- **Manipulez toujours l'épaule, la main et le bras touchés avec précaution pour prévenir un étirement douloureux des muscles et des ligaments.**
- **Apportez un soutien au bras, à l'épaule et à la main quand la personne soignée marche, se tient debout ou s'assoit.**
- **Signalez toute augmentation de la douleur, de la tuméfaction ou de la décoloration de l'épaule, du bras, de la main et du poignet.**

* Veuillez consulter la section 6.2 pour obtenir des renseignements détaillés concernant la manipulation et le positionnement appropriés de l'épaule touchée.

DOULEUR CENTRALE POST-AVC

Jusqu'à 10 % des gens qui ont subi un AVC peuvent présenter des syndromes de douleur chronique. Un type de douleur qui est souvent sous-traité ou fait l'objet d'un diagnostic incorrect est le **syndrome de la douleur centrale post-AVC, ou douleur du syndrome thalamique**. Il est différent des autres types de douleur et a tendance à être plus difficile à traiter. Il peut survenir lorsqu'un AVC touche le thalamus ou le lobe pariétal, deux parties du cerveau qui traitent les stimuli sensoriels comme la chaleur, le froid et le toucher. Conséquemment, les neurones sensoriels (cellules du cerveau) dans ces zones cérébrales ont des ratés. Ainsi, le cerveau n'interprète plus correctement l'information et enregistre toute sensation comme de la douleur. Cet état peut mener à une douleur chronique et parfois invalidante.

La douleur est quelquefois décrite comme une sensation de brûlure, de picotements, ou même de coup de couteau, qui peut être intolérable. Elle peut être ressentie partout dans le corps ou concentrée dans une partie précise, comme les mains ou les pieds. La douleur peut être intermittente ou continue.

AUTRES PROBLÈMES TOUCHANT L'ÉPAULE OU LE BRAS

D'autres problèmes liés au bras et à l'épaule à l'origine de la douleur peuvent être préexistants à l'AVC, ou s'être manifestés par la suite à cause de blessures. Ceux-ci comprennent :

- **La lésion de la coiffe des rotateurs :** les muscles qui entourent l'épaule sont endommagés.
- **La tendinite :** l'inflammation d'un tendon.
- **La bursite :** la bourse séreuse est une petite poche remplie de liquide qui permet de réduire la friction et aide ainsi les tendons autour d'une articulation à glisser facilement. La bursite est l'inflammation d'une bourse séreuse parfois causée par le pincement de la bourse de l'épaule.
- **La fracture du bras :** elle peut résulter d'une chute ou de l'ostéoporose.

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de la douleur éprouvée par une personne, ou si vous avez des doutes sur la meilleure stratégie de soins, communiquez avec un spécialiste de l'équipe (physiothérapeute, ergothérapeute ou physiatre).

AUTRES DOULEURS CORPORELLES OU DOULEURS RÉSULTANT DE MALADIES ANTÉRIEURES

Le survivant de l'AVC peut ressentir des douleurs dans le dos, les hanches, les genoux ou les pieds. Il est possible que cette douleur soit nouvelle depuis l'AVC en raison d'un changement de position ou d'une mauvaise position dans le lit ou dans un fauteuil roulant. Il est également possible que la douleur soit apparue à la suite d'un changement de la démarche. Ces douleurs peuvent également être la conséquence de problèmes préexistants comme l'ostéoarthrite, des douleurs chroniques au bas du dos, la fibromyalgie ou autre.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Surveillez les signes qui peuvent indiquer que la personne souffre.**
- **Reconnaissez la douleur de la personne.**
- **Posez des questions pour mieux comprendre le type de douleur et l'intensité.**
- **Signalez toute nouvelle expérience de la douleur à l'équipe de soins de santé.**

REPÉRER LA DOULEUR

La douleur est subjective. La personne qui éprouve de la douleur est la seule qui peut en indiquer la gravité.

Il est possible que les personnes âgées ne signalent pas toujours leur douleur, car :

- elles croient que la douleur est un simple symptôme de vieillissement;
- elles ne veulent pas être un fardeau pour leur entourage;
- elles ont des problèmes qui les empêchent de bien communiquer.

Les gens peuvent exprimer leur douleur de diverses façons, qui ne sont pas toujours verbales. Surveillez le langage corporel et les mouvements, surtout si la capacité de communiquer est déficiente. Si la personne qui éprouve de la douleur ne peut vous le dire, demandez à un membre de la famille de vous montrer comment cette personne exprime sa souffrance. Plusieurs moyens peuvent être employés pour indiquer qu'elle souffre, y compris :

Verbalement :

- en vous disant : « Ça fait mal! Aïe! Arrêtez! »;
- à l'aide de mots décrivant la douleur : brûlure, démangeaison, élancements;
- à l'aide de sons : gémissements, grincements, grognements, cris, halètements, soupirs.

Physiquement :

- en frottant ou massant l'endroit qui fait mal;
- en tenant ou protégeant une partie du corps, surtout quand elle bouge;
- en bougeant souvent, en ne pouvant pas rester en place, en se balançant;
- en éprouvant des problèmes intestinaux ou vésicaux.

Par l'expression du visage :

- moue;
- grimaces;
- crispation.

En changeant de comportement :

- une personne tranquille, alors qu'habituellement, elle ne reste pas en place, ou le contraire;
- en montrant de la colère ou de l'irritabilité;
- une modification de l'appétit.



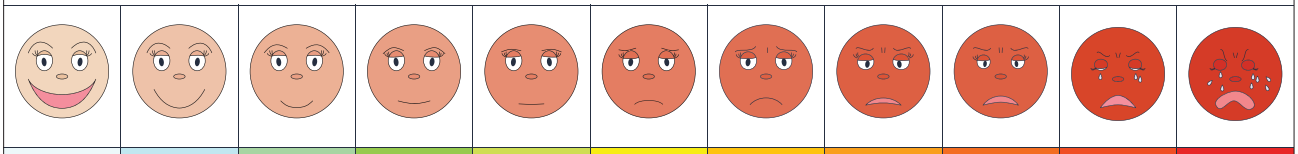
LES ÉCHELLES DE DOULEUR

L'échelle de douleur est une façon de mesurer l'intensité de la douleur qu'éprouve une personne. Il existe différents types d'échelle de douleur, y compris :

- Une gradation, où « 0 » représente aucune douleur, et « 10 » la pire douleur possible.
- Des images de visage représentant « aucune douleur » à « pire douleur possible ». Ce type d'échelle pourrait être utile dans le cas d'une personne incapable de communiquer verbalement.

Communiquez avec votre équipe pour savoir si vous devriez vous servir d'une échelle pour détecter ou surveiller la douleur. Vous vous servez d'une échelle de douleur en demandant à la personne de vous dire (ou d'indiquer avec son doigt) sur l'échelle le chiffre ou la description qui correspond à la douleur qu'elle ressent.

OUTIL D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune douleur	Très faible	Incommodante	Supportable	Pénible	Très pénible	Intense	Très intense	Très aiguë	Atrocement indescriptable	Inimaginable, indescriptible
AUCUNE DOULEUR	DOULEUR FAIBLE			DOULEUR MOYENNE			DOULEUR AIGUË			
Tout est parfaitement normal.	Persistante, ennuyante, mais n'empêche pas de s'adonner à la plupart des activités de la vie quotidienne. Le patient est capable de s'adapter à la douleur psychologiquement et avec des médicaments ou des dispositifs tels que des coussins.			Interfère grandement avec les activités de la vie quotidienne. Exige des changements de mode de vie, mais le patient reste indépendant. Le patient ne peut s'adapter à la douleur.			Invalidante; impossibilité d'accomplir les activités de la vie quotidienne. Incapacité d'effectuer des activités normales. Le patient ne peut fonctionner seul.			

CHAPITRE 4

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER

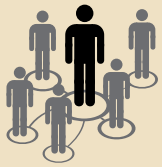


Votre connaissance de la personne victime d'un AVC est un outil important pour cerner et évaluer la douleur. Lorsque vous lui parlez de la douleur :

- **Posez des questions avec une réponse par oui ou par non.**
- **Employez des mots simples pour aider la personne à cerner le problème.**
- **Indiquez avec le doigt des parties du corps qui pourraient être douloureuses, et cherchez à savoir ce qu'il en est.**
- **Demandez à la personne soignée si elle ressent de la douleur pendant ou après des mouvements.**
- **Faites preuve de patience. Les survivants d'un AVC prendront parfois plus de temps que les autres à vous expliquer ce qu'ils ressentent.**
- **Utilisez une échelle de douleur si cette démarche est recommandée par l'équipe. Ce n'est pas parce que la douleur est traitée qu'elle disparaît complètement.**
- **Examinez la douleur et sa prise en charge avec l'équipe pour vous assurer que les stratégies et les médicaments utilisés sont adéquats.**

MESSAGES CLÉS SUR LA DOULEUR

- La **douleur après un AVC** est très courante et peut devenir chronique.
- **Il existe différents types** de douleur qu'une personne peut ressentir.
- **La douleur se manifeste souvent dans l'épaule touchée**, et peut aussi être observée dans d'autres parties du corps. Tenez compte de la douleur, rassurez la personne soignée et faites preuve d'empathie à l'égard de cette dernière.



- **Surveillez l'intensité de la douleur**, et les activités qui contribuent à l'augmenter, ainsi que l'effet des stratégies pour soulager la douleur.
- **Communiquez avec les autres membres** de l'équipe de soins de l'AVC au sujet de l'expérience de la douleur.



CHAPITRE 5
Fonction mentale et réactions émotionnelles

La fonction mentale et les réactions émotionnelles sont importantes à considérer après un AVC. Elles sont liées au mode d'interprétation, de traitement et de réaction du cerveau. Ce phénomène peut inclure la conscience, l'énergie et la motivation, ainsi que des fonctions précises telles que la mémoire, le langage, le fonctionnement cognitif et intellectuel, les capacités interpersonnelles, le sommeil, la mémoire, l'attention et les émotions (OMS, CIF, 2001).

Cette section ciblera trois zones qui sont les plus pertinentes à l'égard des soins offerts à des personnes victimes d'un AVC vivant dans la collectivité :

CONTENU DU CHAPITRE

5.1 Changements comportementaux
5.2 Humeur et dépression
5.3 Cognition



5.1 Changements comportementaux



CONTENU DE LA SECTION

- Les répercussions d'un AVC sur le comportement
- L'isolement social
- La colère et l'agressivité
- L'apathie
- Le jugement social

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Les dommages subis par les cellules cérébrales ou leur perte découlant d'un AVC entraînent parfois un changement de comportement chez la personne. Celle-ci pourrait avoir de la difficulté à maîtriser ses émotions, et réagir ou se comporter d'une manière qui est différente de sa personnalité avant l'AVC. Vous pouvez l'aider, ainsi que les membres de sa famille, à comprendre pourquoi ces changements surviennent et la soutenir dans ses efforts pour s'y adapter.

LES RÉPERCUSSIONS D'UN AVC SUR LE COMPORTEMENT

Même si certaines personnes victimes d'un AVC présentent peu de changements dans leur comportement, voire aucun, d'autres peuvent en connaître d'assez importants. Les dommages au cerveau peuvent réduire la maîtrise des émotions et modifier la façon dont les gens se comportent ainsi que leurs relations avec d'autres personnes. L'importance des changements dépend de :

- l'emplacement de l'AVC dans le cerveau;
- la gravité de l'AVC;
- le temps écoulé depuis l'AVC;
- la personnalité, les capacités cognitives et le comportement de la personne avant l'AVC;
- le fait que la personne est atteinte ou non d'un problème de santé mentale clinique, tel que la dépression ou l'anxiété.

Certains changements dans le comportement sont causés par des dommages subis à l'intérieur de zones du cerveau qui commandent les capacités cognitives, perceptuelles ou autres. D'autres pourraient être associés à la frustration que la personne ressent en raison de son incapacité à communiquer ou à fonctionner comme elle le faisait auparavant. Dans certains cas, la personne victime d'un AVC n'est pas consciente des changements dans sa personnalité ou son comportement, même si ses proches peuvent le remarquer.

Les changements dans le comportement ne sont pas toujours les mêmes. Les survivants d'un AVC auront parfois de bons jours, parfois de mauvais jours, ou même les deux dans une seule journée.

N'oubliez jamais que ces changements découlent de l'AVC. Certains des effets possibles comprennent ce qui suit :

- Le comportement ne correspond pas toujours à ce que la personne ressent. Elle va ainsi rire en écoutant une histoire tragique.
- Parfois, la personne vivant avec les séquelles d'un AVC ne se rend pas compte de l'effet de son comportement sur les gens qui l'entourent. Par exemple, il se peut qu'elle n'ait pas conscience que ses paroles ou ses agissements blessent ou perturbent un membre de la famille.
- Elle a des sautes d'humeur extrêmes, passant de la colère au rire en une minute.

- Elle ne s'intéresse plus à ses anciennes activités. Ainsi, une personne qui lisait beaucoup va cesser de lire.
- Elle semble têtue, égoïste ou exigeante envers les autres.

Pratiquez les techniques décrites ici et faites preuve de patience, de bon sens et d'une approche de résolution de problèmes peu importe le comportement observé. La personne cherche à s'adapter, et cela prend du temps et de la patience.

LA COLÈRE ET L'AGRESSIVITÉ

La colère et l'agressivité peuvent être causées des dommages causés par l'AVC à une zone dans le cerveau. Il est important de se rappeler que les personnes victimes d'un AVC ont parfois de la difficulté à maîtriser ces sentiments. Apprendre à vivre avec les changements provoqués par l'AVC peut aussi être frustrant et difficile. Cela peut mener à de la **colère** et, occasionnellement, à de l'**agressivité**. Il se peut aussi que la personne ne réussisse pas à gérer sa colère, ce qui l'empêche d'aller de l'avant.

Parfois, la maîtrise des accès de colère est plus difficile à cause des déficits liés à l'AVC lui-même. Par exemple, une personne peut être incapable de suivre des instructions, de confier ses opinions ou ses sentiments, ou de comprendre le point de vue des autres.

La colère est une réaction humaine normale à la perception d'une menace ou d'une irritation. Dans de telles situations, il faut cerner les causes de la colère. Elles pourraient être le résultat :

- d'une frustration découlant du fait que la personne sait ce qu'elle veut dire, mais est incapable de parler, ou qu'elle est bousculée dans l'exercice d'une tâche;
- de la honte suivant un incident comme l'incontinence;
- de la perte d'indépendance ou d'autonomie, lorsque d'autres font des choses pour elle plutôt que de l'aider à être autonome;
- d'un sentiment d'impuissance ou de désespoir, parfois à cause d'une douleur qui n'est pas prise en charge.

S'il semble que la colère et l'agressivité ne peuvent plus être maîtrisées, ou qu'elles causent de la détresse chez la personne soignée ou ses proches, examinez la situation avec l'équipe et demandez-vous s'il ne serait pas nécessaire de diriger cette personne vers des services extérieurs, tels que le travail social ou le soutien psychologique.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Cherchez les causes (« déclencheurs »)**
  - **Lorsque vous connaissez les causes de la colère, vous pouvez aider à trouver des solutions. Lorsque vous avez découvert les déclencheurs, évitez-les dans la mesure du possible. Par exemple, si vous savez qu'une personne devient agitée et colérique dans les foules, apprenez à éviter de tels environnements.**
  - **Si la colère est causée par la douleur, aidez à en déterminer la nature de façon à pouvoir la soulager.**

- **Prévenez les sautes d'humeur**
  - La constance peut aider à prévenir les sautes d'humeur. Soyez au courant des routines quotidiennes et des préférences de la personne soignée et respectez-les chaque fois que c'est possible. Le traitement de l'information ou la résolution de problèmes lorsqu'il y a beaucoup de nouvelles données, particulièrement en l'absence de routine, sont des déclencheurs communs.
  - Expliquez ce que vous êtes en train de faire afin que la personne soignée soit préparée pour la suite des choses.
  - Approchez-la du côté qui n'est pas touché par l'AVC. Le contraire peut l'alarmer et peut-être provoquer un accès de colère.
  - Renforcez le sentiment de réussite de la personne en faisant alterner les tâches faciles et plus difficiles.
  - Offrez votre aide, au besoin, pendant les activités qui mettent la personne en colère.
  - Parlez-lui, ainsi qu'à ses proches, pour essayer de déterminer les déclencheurs et les comprendre.

- **Quand la personne soignée se met en colère :**
  - Si vous pouvez le faire discrètement, détournez son attention de la situation ou de l'activité qui a déclenché l'accès de colère.
  - Attirez son attention sur autre chose, telle que son activité préférée.
  - Utilisez toujours une approche calme.
  - Demeurez en sécurité. Si la personne devient violente, donnez-lui de l'espace et demandez de l'aide à d'autres, au besoin.



L'ISOLEMENT SOCIAL

Il est possible qu'un AVC amène de nombreux changements, soit physiques, émotionnels et cognitifs, auxquels il peut être difficile de s'adapter. Lorsque ces changements ont un effet négatif sur la façon dont une personne se voit (**image de soi**), ou sur ce qu'elle pense d'elle-même ou de sa valeur personnelle (**estime de soi**), cette personne est à risque de dépression. Cela pourrait entraîner une perte de confiance en soi et de raison d'être, et causer de la tristesse et du désespoir. Parfois, les gens composent avec ce genre de situation en s'isolant et en évitant les activités sociales et leurs proches.

L'isolement social peut survenir en raison d'autres changements associés à l'AVC, tels que l'impossibilité de sortir de la maison en toute sécurité (en raison de l'escalier, par exemple), de conduire ou d'avoir accès à un moyen de transport.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER

Aider quelqu'un qui a été victime d'un AVC à reprendre ses activités quotidiennes est la chose la plus importante que vous puissiez faire.



- **Renseignez-vous sur les champs d'intérêt et les antécédents sociaux de la personne.**
  - **Discutez avec elle, ainsi que les aidants naturels, afin d'en savoir plus sur sa vie et ses souvenirs. Quelles étaient ses intérêts avant de subir un AVC? Quelles activités aimait-elle faire?**
  - **Aidez-la à trouver des manières de surmonter les obstacles et de reprendre ses activités préférées ou de découvrir de nouvelles activités. Collaborez avec l'équipe afin d'aider la personne et sa famille à reprendre leurs activités préférées.**
  - **Encouragez-la à communiquer avec sa communauté religieuse et à y prendre part, ou à reprendre toute autre activité qu'elle aimait pratiquer auparavant.**
  - **Parlez avec l'équipe de soins de santé pour qu'elle l'oriente vers un ergothérapeute qui peut l'aider à reprendre ses activités préférées.**
  - **Rappelez-vous que les proches et les aidants naturels peuvent également se sentir isolés en raison de leurs tâches. Informez-vous sur leurs intérêts et passe-temps, et encouragez-les à poursuivre leurs activités sociales.**
- **Favorisez l'autonomie afin d'aider à développer une image de soi et une estime de soi positives.**
  - **Encouragez la victime d'un AVC à participer à ses soins autant que possible.**
  - **Faites-la participer à toutes les discussions et décisions portant sur les soins personnels.**
  - **Disposez ses effets personnels de manière à ce qu'elle y ait facilement accès afin de favoriser son indépendance.**

* Veuillez consulter les sections 5.2 et 6.6 pour plus de renseignements.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Il faut donner aux personnes victimes d'un AVC l'occasion de décrire leurs activités de loisir avant l'AVC, et évaluer leurs besoins en réadaptation afin de reprendre ces activités. La participation à des activités de loisir doit être encouragée. Ces personnes devraient obtenir de l'information au sujet des activités dans leur collectivité ou devraient être dirigées vers des organismes pertinents. Le recours aux groupes de soutien doit être encouragé*.

Exemple de cas

M^me^ Rosen a fait un AVC il y a 18 mois. Depuis, son côté droit est affaibli et la moitié droite de son visage s'affaisse. Elle se préoccupe énormément de son apparence et de la manière dont elle s'exprime et, par conséquent, elle hésite à faire des sorties. La personne chargée de ses soins de santé l'encourage à faire des sorties, d'abord pour aller dans des endroits tranquilles qu'elle connaît bien. Petit à petit, M^me^ Rosen est plus à l'aise et en mesure de participer à nouveau aux activités dans sa collectivité.

APATHIE

Il se peut qu'une personne qui a eu des lésions au côté droit du cerveau tombe dans l'apathie ou manifeste un manque d'intérêt pour ses activités quotidiennes ou les activités de loisir. De plus, elle peut refuser d'effectuer une tâche ou de participer à une activité. Également, si elle essaie de mener à bien une tâche et échoue, elle pourrait ne plus vouloir essayer.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Informez-vous à propos de ses intérêts et facilitez le plus possible sa participation à ces activités.**
- **Renforcez et appuyez tout intérêt envers ses activités. Encouragez-la et félicitez-la.**
- **Si la personne ne parvient pas à s'acquitter d'une tâche, encouragez-la à essayer de nouveau.**
- **N'essayez pas de culpabiliser la personne qui refuse et ne la forcez pas non plus. Dans une telle situation, vous devriez plutôt essayer à nouveau plus tard.**

Exemple de cas

Harry a fait un AVC il y a un an. Ses problèmes de mobilité étaient minimes, mais il a complètement cessé de s'intéresser à ses anciens passe-temps, puisqu'il ne peut pas en faire autant qu'avant en raison de ses difficultés à se concentrer et ses pertes de mémoire. Kelly, sa dispensatrice de soins de santé, l'a aidé à recommencer à s'intéresser à ses activités en l'encourageant à participer à des activités sociales. Pour réduire les risques qu'il se fâche, elle l'encourage à participer à des activités qui ne présentent pas de difficultés pour lui. Par exemple, Harry était un joueur de bridge passionné avant son AVC, maintenant, Kelly et Harry jouent à la Dame de Pique, un jeu plus facile.

* Veuillez consulter la section 6.6 pour plus de renseignements.

LE JUGEMENT SOCIAL

Le jugement social, c'est dire et faire ce qui est convenable dans une situation donnée. Les changements psychologiques et cognitifs causés par un AVC peuvent entraîner une altération du jugement social, des comportements irrationnels, ou des comportements inhabituels. En voici des exemples :

- Une personne timide qui veut soudainement devenir le centre de l'attention.
- Une personne bavarde qui cesse de parler.
- Une personne facile à vivre qui fait preuve d'une grande rigidité et qui est inflexible.
- Une personne méticuleuse et exigeante qui fait preuve de négligence en matière de toilette et d'apparence.
- Une personne qui tout à coup ne comprend pas ou interprète mal les indices sociaux ou la communication non verbale, alors qu'elle n'avait jamais eu ce type de problème auparavant.
- Une personne qui était très calculatrice qui prend maintenant des décisions impulsives.

Parfois, la personne victime d'un AVC ne se rend pas compte que la manière dont elle répond est inappropriée ou que ces changements peuvent être le résultat de modifications au cerveau liées à l'AVC. De plus, la famille et les amis tirent parfois de mauvaises conclusions quand ils voient un comportement si différent de celui qu'ils connaissaient.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Reconnaître les limites**
  - **Évitez les situations dans lesquelles la victime d'un AVC doit prendre des décisions trop difficiles pour ses capacités actuelles.**
  - **Donnez-lui le temps et le choix.**
  - **Faites preuve de patience.**
- **Donnez des conseils et des repères :**
  - **Immédiatement après l'action, indiquez discrètement et de manière diplomatique pourquoi le comportement était inapproprié. Adoptez un ton doux et soyez clair, plutôt que de critiquer.**
  - **Offrez des solutions de rechange ou demandez à la personne d'en trouver.**
  - **Renforcez les comportements appropriés avec des encouragements et des félicitations.**
  - **Rappelez à la personne victime d'un AVC et à ses proches que la fatigue peut amplifier les changements de comportement. Encouragez-la à se reposer adéquatement.**

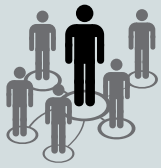
RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Les personnes qui sont atteintes de troubles cognitifs et présentent des changements d'humeur (p. ex., dépression, anxiété), ou d'autres changements de comportement lors du dépistage, doivent être orientées vers un professionnel de la santé mentale et pris en charge par ce dernier.

Justification : On sait que des changements émotionnels et de comportement peuvent survenir après un AVC, des comportements particuliers étant liés à l'hémisphère touché et le site de l'AVC. Des troubles comme l'apathie, l'anxiété, le rire ou les pleurs instables, et d'autres comportements comme la désinhibition, le déni, l'indifférence, la tristesse évidente, et l'agressivité, peuvent survenir après un AVC.

MESSAGES CLÉS SUR LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT

- Les **dommages subis par les cellules cérébrales ou leur perte** découlant d'un AVC entraînent parfois un changement de comportement chez une personne.
- Les **changements de comportement** ne sont pas toujours uniformes. Une personne aura parfois de bons jours, parfois de mauvais jours, ou même de bons et de mauvais moments pendant une seule journée.



- Parfois, les **gens composent avec ce genre de situation** en s'isolant et en évitant les activités sociales et leurs proches.
- **Discutez avec la personne** et ses proches à propos des changements de comportement potentiels afin qu'ils sachent que ces changements font partie intégrante des conséquences d'un AVC.
- **Encouragez la personne** à participer le plus possible à ses propres soins et à s'adonner à des activités enrichissantes.



5.2 Humeur et dépression



CONTENU DE LA SECTION

- La labilité émotionnelle
- Dépression

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

En plus des difficultés émotionnelles et physiques éprouvées à la suite d'un AVC, il est possible que ce dernier ait également une influence sur l'humeur (santé mentale). La dépression est très fréquente chez les victimes d'un AVC. Cela rend la convalescence encore plus difficile pour ces personnes et leurs proches. Vos observations peuvent aider à déterminer si une personne souffre de dépression, et votre appui peut l'aider à y faire face et à surmonter les effets de l'AVC.

LES EFFETS DE L'AVC SUR LES SENTIMENTS ET LA VIE SOCIALE

L'AVC touche la santé mentale des gens, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, ainsi que leurs relations. Après un AVC, de nombreuses personnes ressentent de la peur, de l'anxiété, de la frustration, de la colère et de la tristesse, en plus de regretter leurs pertes de capacités. Ces sentiments sont tout à fait normaux. Ces personnes ont souvent l'impression d'être prises dans un tourbillon d'émotions contradictoires – en colère un instant et triste l'instant suivant.

Certaines perturbations et certains changements de personnalité découlent également des effets physiques des lésions cérébrales. Ces changements ne sont pas forcément les signes d'une dépression. Une évaluation médicale est normalement nécessaire afin de déterminer si une personne souffre de dépression ou s'il a simplement une réaction normale aux bouleversements causés par un AVC.

PREMIÈRES RÉACTIONS

Les pertes et les changements entraînés par l'AVC sont associés à un processus de deuil. La surprise est souvent la première émotion ressentie à la suite d'un AVC. Une personne aura peut-être du mal à ne pas se demander « Pourquoi cela m'est-il arrivé? Comment cela est-il arrivé? Qu'aurais-je pu faire pour prévenir tout ça? »

Elle risque de se demander si elle survivra et pourrait s'inquiéter de subir un autre AVC. Elle pourrait également se demander comment sera sa vie à partir de maintenant et comment ses proches feront face à la situation. Elle pourrait aussi avoir des inquiétudes quant à sa capacité à reprendre ses activités auxquelles elle s'adonnait avant de subir un AVC, par exemple travailler, conduire un véhicule et prendre part à des activités sociales ou de loisir. L'anxiété est une réaction tout à fait normale face à ces inquiétudes et ces changements. Elle diminue généralement lorsque la personne apprend à accepter la situation et à s'y adapter. Votre appui peut les aider durant ce processus.

AU FIL DU TEMPS

Au fil du temps, une personne pourrait ressentir :

- De la frustration en raison des limites physiques, des pertes de mémoire et des difficultés d'élocution et de communication;
- De la fatigue causée par les effets de l'AVC et les efforts accrus nécessaires pour accomplir les tâches routinières;
- De la honte en raison de son apparence et de la manière dont elle s'exprime;
- De la tristesse liée à l'image qu'elle a d'elle-même et l'image qu'elle pense projeter aux autres, ainsi qu'à l'impression qu'elle a d'être un fardeau pour ses proches.

Ces difficultés entraînent souvent un retrait social, de l'isolement et, dans certains cas, de la dépression ou de l'anxiété.

LA LABILITÉ ÉMOTIONNELLE

La **labilité émotionnelle**, parfois connue sous le nom d'incontinence émotionnelle, est un manque de maîtrise des émotions. Il se peut que vous remarquiez certaines réactions émotionnelles excessives, par exemple des pleurs incontrôlables, ou des réponses qui ne correspondent pas à ce que vous vous attendez, par exemple rire après avoir appris une mauvaise nouvelle.

La labilité émotionnelle est pénible pour tout le monde. Cela peut également être embarrassant pour une personne et ses proches. Il faudra peut-être un certain temps à cette personne et à son entourage pour s'adapter à ces changements. De plus, une mauvaise interprétation des réactions émotionnelles peut occasionner des difficultés de communication.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Demandez à la personne soignée si ce qu'elle exprime reflète vraiment ce qu'elle ressent.**
- **Ne lui demandez pas de cesser ce comportement, puisque cela pourrait exacerber sa frustration.**
- **Essayez de la distraire. Interpellez-la ou posez-lui une question qui n'a rien à voir avec la situation afin de l'aider à maîtriser ses émotions et à reprendre ses activités.**
- **Encouragez-la à ralentir et à prendre de grandes respirations.**
- **Rassurez la personne victime d'un AVC et ses proches en leur expliquant que la perte de la maîtrise des émotions n'est pas rare après un AVC.**

Exemple de cas

Depuis son AVC, M. Buraka a de la difficulté à maîtriser ses émotions. Le soir, il n'arrive pas à regarder les nouvelles sans éclater en sanglots. Cela le bouleverse, ainsi que son entourage. Carmela, sa dispensatrice de soins de santé, lui change souvent les idées en lui demandant s'il voudrait une collation ou en lui disant que son émission préférée va bientôt commencer. Parfois, ces paroles suffisent pour le faire arrêter de pleurer.

DÉPRESSION

Il est normal de ressentir de la tristesse et d'avoir un sentiment de perte après un AVC. Cependant, entre un tiers et la moitié des victimes d'un AVC tombent en dépression clinique durant l'année suivant leur AVC. Même si la dépression est plus susceptible de se manifester de trois à quatre mois après l'AVC, le temps que la nouvelle réalité se fasse sentir, elle peut survenir à tout moment et même des années plus tard.

La **dépression** se manifeste par un sentiment de tristesse, une perte d'intérêt et un désespoir chroniques et disproportionnés qui empêchent la personne atteinte de fonctionner. Une personne qui vit avec la dépression peut ressentir un manque d'énergie important. Cela peut ralentir la guérison physique et psychologique et cette personne pourrait perdre tout intérêt pour la réadaptation et cesser de prendre soin d'elle-même.

Mais la dépression se soigne. Plus elle est traitée rapidement, meilleurs sont les résultats.

S'AGIT-IL D'UN COUP DE CAFARD OU D'UNE DÉPRESSION CLINIQUE?

Seul un médecin est habilité à diagnostiquer une dépression clinique. Votre capacité à déterminer ce que ressent une personne victime d'un AVC, et à communiquer ces renseignements à l'équipe joue un rôle important dans le dépistage précoce de la dépression.

Un simple sentiment de tristesse, ou un coup de cafard	**Dépression clinique**
Nous vivons tous à l'occasion des moments de tristesse.	De 10 % à 15 % des gens souffrent de dépression clinique. De 30 % à 50 % des victimes d'un AVC souffrent de dépression.
Début défini. Les gens sont capables de dire pour quelle raison ou à quel moment la tristesse a commencé.	Début graduel. Les gens sont incapables de dire pour quelle raison ou à quel moment la tristesse a commencé.
Le sentiment de tristesse est une réaction émotionnelle à un événement.	La dépression est une maladie résultant de changements chimiques au cerveau.
Le sentiment de tristesse disparaît sans traitement.	La dépression clinique ne disparaît pas sans traitement.
Ces sentiments durent quelques jours ou quelques semaines.	La dépression clinique peut durer des mois, voire des années.

LES SIGNES DE LA DÉPRESSION

La dépression a des effets autant physiques qu'émotionnels. Les signes les plus courants incluent :

Physiques

- Changement dans les habitudes de sommeil : dormir plus ou moins qu'à l'habitude ou avoir un sommeil agité;
- Changements dans les habitudes alimentaires : manger plus ou moins qu'à l'habitude, perte ou gain de poids;

- Manque d'énergie;
- Facilement fatigué;
- Douleurs et maux inexpliqués;
- Tendance à pleurer.

Comportementaux

- Manque d'intérêt;
- Perte d'intérêt pour les choses qu'on appréciait auparavant;
- Négativité : avoir l'impression que tout est morne et sombre;
- Focalisation : être centré sur soi-même;
- Dégoût envers soi-même;
- Difficulté à communiquer avec les autres, évitement des gens ainsi que des activités auparavant plaisantes.

Émotionnels

- Sentiment de découragement, d'inutilité et de culpabilité;
- Tristesse et désespoir;
- Anxiété ou nervosité;
- Irritabilité ou colère;
- Pensées de mort et de suicide;
- Difficulté à surmonter les petits obstacles de la vie, sentiment d'être facilement dépassé.

Fonctions mentales

- Difficulté à se concentrer;
- Difficulté à prendre des décisions;
- Confusion, impression de vivre dans un brouillard;
- Difficulté à se rappeler les choses, particulièrement les événements récents.

Faites attention à ces symptômes et notez les habitudes. Faites part de vos observations aux membres de votre équipe si vous remarquez que ces symptômes se manifestent de manière constante au fil du temps.

Certains de ces symptômes peuvent également être causés par un AVC sans que la personne atteinte souffre de dépression. Par exemple, un AVC peut entraîner de la fatigue chez une personne sans que celle-ci souffre de dépression. Ces symptômes peuvent être des indicateurs de dépression, mais ne sont pas la preuve d'une dépression.

RECONNAÎTRE LA DÉPRESSION

Il n'est pas toujours facile de reconnaître la dépression. Moins de la moitié des survivants d'un AVC qui souffrent de dépression obtiennent un diagnostic. Bien souvent, les gens ne savent pas qu'ils sont dépressifs. De plus, la maladie mentale, y compris la dépression, fait l'objet de préjugés dans la société. Les idées préconçues à propos de la dépression la présentent comme un signe de faiblesse ou un défaut de caractère, ou mentionnent que les traitements offerts nécessitent des médicaments qui entraînent trop d'effets secondaires, provoquent une dépendance ou sont susceptibles de changer la personnalité d'une personne.



En outre, les professionnels de la santé ne se rendent pas toujours compte que leurs patients ayant subi un AVC souffrent de dépression. En effet, il est facile de mettre les signes et les symptômes de dépression sur le compte des effets de l'AVC ou du vieillissement. Par ailleurs, il est parfois difficile de diagnostiquer la dépression chez une personne qui a des troubles cognitifs ou de communication.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Nouez une relation avec la personne soignée**
  - Lorsque vous commencez à connaître quelqu'un, vous êtes mieux placé pour observer les changements d'habitudes et d'humeurs pouvant indiquer une dépression plutôt qu'une déprime passagère.
  - Demandez à cette personne comment elle se sent et écoutez attentivement sa réponse. Cela vous aidera à créer un rapport. Vous pourrez aussi découvrir plus facilement toute autre cause qui pourrait expliquer un état dépressif, par exemple, la douleur.
  - Communiquez toujours en faisant preuve de compassion et d'empathie. Faites preuve de tolérance et ne jugez pas.

- **Offrez votre appui**
  - Rappelez à la personne soignée et à ses proches que la dépression est une maladie. Cela pourrait aider à diminuer les préjugés possibles vis-à-vis de la maladie mentale et des traitements qui y sont associés.
  - Renseignez-vous sur les ressources disponibles et indiquez-les à la personne soignée et à ses proches.
  - Aidez la personne soignée à planifier et à structurer sa journée. La routine aide parfois les gens à s'adapter.
  - Demeurez optimiste : Rappelez à la personne que de l'aide est offerte et que la dépression peut être guérie.
  - Demandez-lui si vous pouvez faire part de vos inquiétudes à un membre de votre équipe qui pourrait apporter son aide.

- **Encouragez la personne soignée à demeurer active et à participer aux activités autant que possible**
  - Renseignez-vous sur les activités qu'elle préfère et aidez-la à y avoir accès.
  - Encouragez les amis et la famille à passer du temps avec elle en jouant à des jeux de société ou des jeux de cartes, le cas échéant.
  - Proposez des activités qui pourraient l'aider à se détendre. Parfois, écouter de la musique, regarder la télévision, lire ou méditer peut aider à oublier les sentiments de tristesse.

- **Encouragez la personne soignée à parler de ses émotions**
  - **Aidez-la à pouvoir exprimer facilement son chagrin ou sa tristesse au sujet de l'AVC et de ce qu'elle a perdu. Vous pouvez jouer un rôle de soutien important, surtout si ce genre de conversation est difficile pour les proches.**
  - **Donnez-lui un espoir réaliste concernant l'avenir. Rappelez-lui que l'état de la plupart des gens ayant subi un AVC s'améliore continuellement au fil des semaines, des mois et même des années.**
  - **Respectez son besoin d'intimité si nécessaire, mais faites part de l'information pertinente à propos de ses sentiments aux membres de l'équipe appropriés.**

DÉPISTAGE PRÉCOCE

Votre objectif est de reconnaître les signes de tristesse et de désespoir afin d'aider la personne soignée à s'en sortir avant de sombrer dans la dépression.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Encouragez doucement la personne victime d'un AVC à être aussi autonome que possible. Aidez-la seulement si la tâche qu'elle est en train d'accomplir devient trop difficile ou trop fatigante.**
- **Soyez toujours attentif aux signes de dépression.**
- **Soyez positif. Lorsque vous remarquez des améliorations ou si vous voyez que la personne soignée va mieux, dites-lui. Effectuez un suivi de ses réussites et rappelez-lui souvent.**
- **Si jamais vous avez des raisons de croire qu'une personne pense à se faire du mal ou à mettre fin à sa vie, demandez de l'aide immédiatement.**

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Toutes les personnes victimes d'un AVC doivent être considérées comme des personnes à risque élevé de dépression après un AVC, laquelle peut survenir à n'importe quelle étape du rétablissement. Ces personnes et les membres de leur famille doivent être informés et éduqués sur l'impact possible de l'AVC sur leur humeur et celle des aidants naturels. Ils doivent avoir la possibilité de s'exprimer au sujet de l'impact de l'AVC sur leur vie à toutes les étapes de soins. Les besoins psychosociaux et de soutien des victimes d'un AVC et des aidants naturels doivent être évalués dans le cadre d'une gestion de l'AVC continue.

* Consulter la section 6.6 pour plus d'idées et de suggestions afin d'aider les personnes atteintes à demeurer actives et à prendre part à des activités enrichissantes.

MESSAGES CLÉS SUR L'HUMEUR ET LA DÉPRESSION

- Après un AVC, de **nombreuses personnes ressentent de la peur**, de l'anxiété, de la frustration, de la colère et de la tristesse, en plus de regretter leurs pertes de capacités. Ces personnes ont souvent l'impression d'être prises dans un tourbillon d'émotions contradictoires – en colère, puis triste l'instant d'après.
- **Une personne qui vit avec la dépression** peut ressentir un manque d'énergie important. Cela peut ralentir la guérison physique et psychologique et cette personne pourrait perdre tout intérêt pour la réadaptation et cesser de prendre soin d'elle-même.



- **Rassurez la personne victime d'un AVC** et ses proches en leur expliquant que la perte de la maîtrise des émotions n'est pas rare après un AVC.
- **Encouragez doucement cette personne** à être aussi autonome que possible.
- **Faites part des changements d'humeur** aux autres membres de l'équipe de soins de l'AVC.



5.3 Cognition



CONTENU DE LA SECTION

- Définition de la cognition
- Attention
- Orientation
- Mémoire
- Connaissance de soi
- Jugement
- Impulsivité
- Séquences
- Résolution de problèmes

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Lorsque vous comprenez la manière dont un AVC peut influencer la capacité d'une personne à penser, à se souvenir et à organiser l'information, vous êtes plus en mesure de l'aider à assurer sa sécurité et à devenir plus autonome. Une personne victime d'un AVC peut avoir besoin d'aide pour effectuer des tâches, se rappeler les directives ou prendre des décisions sûres. Au fur et à mesure que ses capacités s'améliorent, cette personne se sent plus autonome, sûre d'elle et motivée, ce qui peut contribuer à diminuer la frustration autant chez elle que chez les membres de sa famille, les amis et les aidants naturels.

DÉFINITION DE LA COGNITION

La cognition désigne la façon dont nous connaissons les choses et comment nous pensons. La cognition comprend de nombreux aspects.

- Attention : La capacité de se concentrer.
- Orientation : La conscience du temps, du lieu et de sa propre identité.
- Mémoire : Avoir la capacité de retenir des événements, de l'information et des compétences.
- Connaissance de soi : Connaître et comprendre ses capacités et ses limites.
- Jugement : Faire de bons choix et prendre de bonnes décisions.
- Impulsivité : Faire quelque chose trop rapidement sans y avoir pensé ou sans l'avoir planifié.
- Séquences : La capacité d'organiser les choses ou d'accomplir des actions dans le bon ordre.
- Résolution de problèmes : Reconnaître un problème et trouver une solution.

Lorsqu'une personne a de la difficulté à effectuer des tâches reliées à la cognition, on dit qu'elle a des problèmes cognitifs ou des troubles cognitifs. Contrairement aux déficiences physiques, les problèmes liés à la cognition sont souvent subtils et difficiles à remarquer. Cependant, ces derniers ont une influence importante sur le fonctionnement de la personne atteinte et sur son degré d'autonomie. Les compétences cognitives peuvent s'améliorer dans une certaine mesure au fil du temps, mais certains problèmes peuvent demeurer et nécessiter des stratégies pour favoriser la sécurité de la victime d'un AVC.

La famille et les amis d'une personne victime d'un AVC peuvent souvent surestimer les capacités de cette dernière, ce qui peut entraîner de la colère et de la frustration. Ils croiront ainsi dans certains cas que cette personne fait exprès, n'est pas motivée ou est entêtée. Cela veut probablement dire qu'ils ont des attentes trop élevées. Il est important d'aider la famille à créer un milieu positif.

Les difficultés cognitives reliées à l'AVC ne sont pas les mêmes que celles causées par la démence. Même si certaines victimes d'un AVC peuvent également souffrir de démence, il est important de pouvoir comprendre les différences entre les deux problèmes afin d'offrir les soins adéquats. Par exemple, un AVC peut causer des pertes de mémoire à court terme, mais cela ne veut pas dire que la victime souffre aussi de démence.

ATTENTION

Les victimes d'un AVC peuvent avoir une capacité d'**attention** limitée. Elles peuvent avoir de la difficulté à se concentrer et sont facilement distraites. Cela limite leur capacité à se concentrer sur une tâche et, par conséquent, elles risquent d'avoir besoin de plus de temps pour exécuter la tâche.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Réduisez les distractions telles que la télévision, la radio et les conversations non pertinentes.**
- **Donnez des instructions courtes et simples, étape par étape. Assurez-vous que la personne soignée comprend les directives avant de continuer.**
- **Aidez-la à se concentrer sur une seule chose à la fois en ramenant doucement son attention sur la tâche qu'elle est en train d'effectuer.**
- **Établissez un contact visuel lorsque vous parlez. Cela l'aidera à se concentrer sur ce que vous dites et à suivre vos instructions.**
- **Ralentissez afin que la personne ne ressente pas de pression et ait plus de temps pour penser.**
- **Souvenez-vous qu'une personne victime d'un AVC n'agit pas de cette manière volontairement.**

ORIENTATION

L'orientation est la capacité à avoir conscience du temps, du lieu, des autres personnes et de sa propre identité. Les personnes victimes d'un AVC peuvent perdre le sens de l'orientation en lien avec l'un ou plusieurs de ces aspects. Par exemple, une personne pourrait penser qu'elle est en 1975 plutôt que l'année actuelle, ou que c'est l'automne plutôt que l'été, ou qu'elle est à l'école plutôt qu'à la maison. Ou bien encore, elle ne sait plus quelle est sa date d'anniversaire ou son âge.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Corrigez la personne doucement, sans qu'elle se sente ridicule.**
- **Mentionnez la date à votre arrivée. « Bonjour Madame Smith, aujourd'hui, nous sommes le mercredi 13 octobre. »**
- **Accrochez un calendrier pour aider la personne soignée à se souvenir de la date et du jour. Faites une croix sur chaque jour.**
- **Affichez des renseignements personnels (adresse, numéro de téléphone), ainsi que des photos de famille sur un babillard où elle pourra les voir facilement.**
- **Maintenez un horaire de repas et d'activités régulier, afin de minimiser la confusion.**

MÉMOIRE

La mémoire est ce qui permet de retenir des événements, de l'information et des compétences, mais aussi de les utiliser au besoin. Les problèmes de mémoire rendent difficiles les apprentissages et l'utilisation de nouvelles informations ou compétences.

Il existe différents types de mémoires. La mémoire à court terme désigne les souvenirs immédiats, tels que le nom de quelqu'un que l'on vient tout juste de rencontrer. La mémoire récente pourrait englober ce que l'on a mangé au déjeuner la veille, ou l'endroit que l'on a visité la fin de semaine dernière. La mémoire à long terme comprend les souvenirs d'enfance et du début de l'âge adulte. Parfois, les gens ont de la difficulté à se souvenir des instructions vocales. Par conséquent, l'utilisation d'autres types de repères peut s'avérer nécessaire.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Encouragez la personne victime d'un AVC à utiliser des aide-mémoire tels qu'un agenda quotidien (papier ou électronique), un calendrier et des feuillets autoadhésifs.**
- **Répétez les renseignements pour aider la personne à s'en souvenir.**
- **Rangez toujours les articles au même endroit. Apposez des étiquettes sur les tiroirs et les armoires afin d'en décrire le contenu.**
- **Donnez des renseignements clairs et concis afin d'aider la personne à se souvenir des points importants.**
- **Présentez la nouvelle information étape par étape, afin que la personne puisse se concentrer sur un point en particulier avant de poursuivre.**
- **Utilisez des signes ou des images comme repères pour la mémoire. Placez des étiquettes sur les portes et des photos de famille sur le babillard.**

Exemple de cas

M^me^ Wright éprouve des problèmes de mémoire à la suite de son AVC. Elle devient contrariée lorsqu'elle n'arrive pas à se souvenir où sont rangés les objets familiers, ou bien ce qu'elle a fait la journée précédente. Fiona, sa dispensatrice de soins de santé, l'aide en notant les activités de la journée dans un journal. Lorsque M^me^ Wright ne se souvient pas si quelque chose s'est produit, elle n'a qu'à consulter son journal. Fiona range toujours les objets au même endroit, afin d'aider M^me^ Wright à les retrouver. Elle a également placé des étiquettes sur les armoires pour que M^me^ Wright retrouve les objets plus facilement.

CONNAISSANCE DE SOI

La connaissance de soi signifie reconnaître et comprendre ses capacités et ses limites. Un manque de connaissance de soi poussera parfois une personne qui a survécu à un AVC à agir de façon risquée ou impulsive. Ainsi, si une personne a une faiblesse à la jambe, elle pourrait partir marcher toute seule même s'il est dangereux de le faire.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Rendez l'environnement aussi sécuritaire que possible.**
- **Mettez des dispositifs d'aide à la mobilité et d'autres appareils et accessoires fonctionnels à proximité.**
- **Rappelez gentiment à la personne soignée ses limites physiques. Soyez honnête à propos de ces limites, sans être négatif.**
- **Offrez suffisamment de supervision pour assurer sa sécurité.**
- **Affichez de petits rappels comme « utilisez votre canne » ou « ne cuisinez pas/n'utilisez pas la cuisinière ».**

Exemple de cas

M. D'Angelo a souffert d'un AVC il y a trois ans, mais il pense toujours qu'il est encore en mesure de passer de son fauteuil roulant à la toilette par lui-même de manière sécuritaire. Cependant, il a des problèmes d'équilibre et sa mobilité est limitée du côté gauche, ce qui entraîne un risque élevé de chute. Lorsqu'il a été placé sous la responsabilité de John, son dispensateur de soins de santé, ce dernier a abordé la question avec l'épouse et l'ergothérapeute de M. D'Angelo. Ensemble, ils ont élaboré des stratégies afin d'assurer la sécurité de M. D'Angelo. Ils l'ont encouragé à demander de l'aide pour passer de son fauteuil roulant au lit, ou à la toilette. Ils se sont également assuré qu'il avait accès à des dispositifs d'aide à la mobilité et à des barres d'appui et qu'il les utilisait correctement, afin de prévenir les blessures.

JUGEMENT

Le jugement signifie prendre les bonnes décisions et faire les bons choix en connaissant ses propres capacités. Le jugement d'une personne victime d'un AVC peut être affaibli. Par conséquent, celle-ci peut faire des choix imprudents, comme tenter d'entrer dans la baignoire par elle-même ou de cuisiner un repas alors qu'elle ne devrait pas utiliser la cuisinière seule.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Faites part à l'équipe de vos inquiétudes sur la sécurité de la personne soignée.**
- **Ensemble, développez des stratégies afin de l'aider à être aussi autonome que possible, tout en veillant à sa sécurité.**
- **Assurez-vous qu'elle ne se retrouve pas dans des situations difficiles où elle ne serait pas en mesure de décider si une action est prudente ou non.**
- **Rendez l'environnement aussi sécuritaire que possible. Si la personne utilise un fauteuil roulant, veillez à ce que les freins soient toujours engagés avant que celle-ci se lève et s'assoie. Éliminez les obstacles et les tapis qui ne sont pas fixés au sol, susceptibles de présenter un risque de chute. Si la personne utilise un ambulateur, gardez-le à portée de main et assurez-vous que les freins soient engagés jusqu'à ce que la personne soit prête à se déplacer.**

IMPULSIVITÉ

L'impulsivité consiste à agir rapidement sans bien y réfléchir. Les problèmes de connaissance de soi et de jugement qui découlent d'un AVC provoquent souvent de l'impulsivité. La victime d'un AVC obéit parfois à des pulsions soudaines et risque de se blesser. Par exemple, une personne qui a besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer pourrait essayer de se lever rapidement sans bloquer les freins.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Encouragez la personne soignée à ralentir.**
- **Donnez des directives claires et précises.**
- **Divisez les tâches en petites étapes. Cela permet à la personne de se concentrer sur une partie de la tâche à la fois.**
- **Veillez à ce qu'elle termine une étape avant d'en commencer une autre. Par exemple, dites-lui : « Avalez cette bouchée pour commencer. Ensuite, vous pourrez prendre une autre bouchée. »**
- **Rendez l'environnement aussi sécuritaire que possible. Mettez des dispositifs d'aide à la marche et d'autres appareils et accessoires fonctionnels à proximité.**

SÉQUENCES

Faire des séquences, c'est être capable d'organiser les choses ou d'exécuter des actions dans le bon ordre. Certaines personnes victimes d'un AVC sont incapables d'amorcer une tâche, car elles ne savent pas par où commencer. Il arrive aussi qu'elles fassent les choses dans le désordre. Par exemple, elles peuvent oublier qu'il faut mettre les sous-vêtements avant les pantalons, et les chaussettes avant les souliers.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Donnez des directives claires étape par étape afin d'aider la personne à comprendre la tâche.**
- **Planifiez les tâches ensemble. Encouragez la personne à réfléchir et expliquez la prochaine étape si nécessaire.**
- **Donnez-lui le temps de s'exercer à exécuter la tâche, même si cela est long ou semble difficile pour elle.**
- **Rappelez-lui d'exécuter la tâche de la même manière à chaque fois. Par exemple, la séquence requise pour mettre un chandail est la suivante :**
  1. **Mettre le bras touché dans une manche;**
  2. **Mettre le bras non touché dans l'autre manche;**
  3. **Enfiler le chandail par-dessus la tête;**
  4. **Tirer l'arrière du chandail vers le bas.**

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

La résolution de problèmes est la capacité de reconnaître un problème et de trouver une bonne solution. Certaines personnes ont du mal à résoudre des problèmes en raison de difficultés reliées à la connaissance de soi, aux séquences et à la mémoire. Par exemple, une personne pourrait tenter d'extraire du dentifrice d'un tube sans se rendre compte que le tube est encore bouché.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Divisez les tâches en petites étapes.**
- **Concentrez-vous sur une seule étape à la fois afin d'aider la personne à penser à une seule étape du problème avant de passer à la suivante.**
- **Donnez des indications verbales au besoin, mais tentez le plus possible de la laisser trouver elle-même la solution.**
- **Ensemble, essayez de penser à plusieurs manières de régler le problème. Parlez des façons d'aborder le problème.**

Exemple de cas

M^{me} Johansen semble avoir de la difficulté à prendre ses médicaments correctement. La personne chargée de ses soins de santé a donc étiqueté ses emballages-coques avec les bonnes dates. Elle bénéficie ainsi d'un meilleur encadrement et a plus de facilité à prendre ses médicaments de façon appropriée.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Les interventions dans les cas de troubles cognitifs doivent être personnalisées en tenant compte des considérations suivantes :

- **Les objectifs doivent être axés sur le patient et prendre en compte ses valeurs et attentes ainsi que celles de sa famille et des aidants naturels.**
- **Les objectifs et les interventions doivent tenir compte des forces et des faiblesses du profil cognitif et des capacités de communication.**
- **Les personnes qui éprouvent des problèmes de cognition ou de communication pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire (p. ex., l'engagement des membres de la famille) pour optimiser leur participation à l'établissement d'objectifs ou à la réadaptation.**
- **Les interventions doivent être personnalisées en se fondant sur les meilleures données probantes disponibles, et avoir pour objectif à long terme de faciliter la reprise des activités souhaitées et la participation (p. ex., soins personnels, gestion financière et domestique, loisirs, conduite d'un véhicule, retour au travail).**
- **Gravité des déficiences : Si le niveau de déficit a atteint le niveau de démence modérée, il est raisonnable que les interventions soient davantage axées sur la formation et le soutien de l'aidant naturel en plus, ou en remplacement de la réadaptation cognitive du patient.**

MESSAGES CLÉS SUR LA COGNITION

- Lorsqu'une personne a de la difficulté à effectuer des tâches reliées à la cognition, on dit qu'elle a des **problèmes cognitifs ou des troubles cognitifs**. Contrairement aux déficiences physiques, les problèmes liés à la cognition sont souvent subtils et difficiles à remarquer.
- Les **difficultés cognitives** peuvent comprendre les problèmes d'attention, la conscience du lieu et du temps, les problèmes de mémoire à court ou à long terme, ainsi que la résolution de problèmes.



- En tant que dispensateur de soins de santé, vous êtes la personne la mieux placée au sein de l'équipe pour **remarquer ces comportements** ou ces difficultés, puisque vous côtoyez la personne atteinte régulièrement.
- **Faites part des changements** reliés aux habiletés cognitives aux autres membres de l'équipe et suivez le plan et les stratégies de soins visant à soutenir la personne atteinte de troubles cognitifs.



CHAPITRE 6
Activités et participation

L'activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation réelle (OMS, CIF, 2001).

CONTENU DU CHAPITRE

6.1 Communication
6.2 Positionnement
6.3 Transferts
6.4 Motricité
6.5 Activités de la vie quotidienne
6.6 Activités sociales et de loisir
6.7 Aidants, famille et amis



6.1 Communication



CONTENU DE LA SECTION

- Incidence de l'AVC sur la communication
- Dysarthrie
- Aphasie
- Troubles cognitifs de la communication
- Problèmes courants après un AVC qui ont une incidence sur la communication
- Stratégies de communication efficace

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'AVC réduit souvent la capacité d'une personne à communiquer et à établir des liens avec les autres. Il peut être difficile de déterminer ce qu'une personne victime d'un AVC comprend ou ce qu'il tente de dire. Lorsque l'on comprend les difficultés de communication auxquelles elle fait face et que l'on apprend des stratégies et des techniques pour l'aider à communiquer, on peut mieux répondre à ses besoins et l'aider à entretenir des liens avec son entourage.

INCIDENCE DE L'AVC SUR LA COMMUNICATION

La communication constitue l'échange d'idées au moyen de la parole, du langage, des gestes ou de l'écriture. Il s'agit d'un besoin humain fondamental. La communication aide à entretenir des relations avec les autres et constitue le fondement des sentiments d'estime de soi et de bien-être. Une communication claire permet de combler nos besoins.

Un AVC peut causer des déficiences de la communication. L'emplacement et la gravité de l'AVC déterminent le type et la portée de la déficience.

Les déficiences de la communication les plus fréquentes incluent :

- **Dysarthrie :** Troubles de l'élocution, difficultés dans la production des sons du langage.
- **Aphasie :** Difficultés à comprendre ou à utiliser le langage.
- **Troubles cognitifs de la communication :** Difficultés à former et à organiser les pensées, difficulté à communiquer clairement.

De plus, la faiblesse musculaire peut modifier les expressions faciales ou empêcher la victime d'un AVC de se tourner face à la personne qui parle, ou rendre sa voix inintelligible.

Les déficiences de la communication peuvent souvent limiter les relations qu'une victime d'un AVC entretient avec les autres, ce qui peut entraîner l'isolement et la dépression.

Communiquer avec une personne qui a survécu à un AVC nécessite :

- La conviction qu'il est toujours possible de parvenir à établir un contact;
- De la créativité pour exprimer vos sentiments et votre message;
- La compréhension des effets d'un AVC sur la communication;
- De la patience pour ralentir, écouter, surveiller et attendre une réponse;
- Des compétences et de la pratique pour faire passer votre message et pour comprendre ce qu'une personne atteinte tente de dire.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Tous les dispensateurs de soins de santé qui s'occupent de personnes victimes d'un AVC dans le continuum des soins devraient suivre une formation sur l'aphasie, y compris l'impact de l'aphasie; les méthodes de soutien à la communication telles que *Supported Conversation for Adults with Aphasia* (SCA™); et d'autres troubles de la communication causés par un AVC, comme la dysarthrie, et l'apraxie liée aux troubles cognitifs du langage et de la communication.

COMMUNICATION NON VERBALE

Vous est-il déjà arrivé de comprendre les sentiments d'une personne sans qu'elle ait à parler? Comment a-t-elle véhiculé son message?

Que nous nous en rendions compte ou non, presque tout ce que nous faisons (ou ne faisons pas) envoie un message aux autres. Nous devons interpréter aussi bien les messages exprimés par la parole (verbaux) que les messages transmis sans l'aide de la parole (non verbaux). Même si nous associons la communication à la parole, il est important de se rappeler que cette dernière n'est qu'une seule forme de communication parmi tant d'autres. En fait, on estime que 70 % de la communication est non verbale.

Nous communiquons de nombreuses manières sans utiliser les mots. Notre posture, nos mouvements, nos expressions faciales et le ton de notre voix font tous partie de la communication non verbale. Un sourcil levé, un haussement d'épaules, des bras croisés ou un froncement de sourcils peut venir contredire la signification des mots que nous prononçons. Nous avons surtout tendance à croire le message non verbal plus que le message verbal.

Par exemple, si quelqu'un dit qu'il n'est pas fâché, mais qu'il fronce les sourcils et utilise un ton de voix saccadé et sévère, qu'allez-vous croire le plus entre ses mots ou l'expression et le ton de sa voix?

LES PARTENARIATS DE COMMUNICATION

Toute communication demande la participation d'au moins deux partenaires, qui envoient et reçoivent tous les deux des messages. Pour une communication efficace, chacun doit comprendre le message envoyé par l'autre.



Les gens qui communiquent ensemble fréquemment établissent des partenariats de communication; ils apprennent à lire leurs expressions faciales et leur langage corporel respectifs. Cela rend la communication plus facile et plus efficace.

Quelqu'un qui a eu un AVC pourrait ne pas être en mesure d'être un partenaire de communication du même niveau. Vous aurez peut-être à vous engager un peu plus dans une conversation que vous ne le feriez habituellement.

LES ATTITUDES DES AUTRES

Les gens pourraient penser qu'une personne qui a eu un AVC n'est pas intelligente, car elle ne peut pas communiquer aussi bien. Il arrive qu'ils traitent la personne de manière impolie ou n'en fassent aucun cas, en pensant qu'elle ne peut pas penser ou parler d'elle-même. Par exemple, le personnel des magasins ou des restaurants ont tendance à ne faire aucun cas des gens en fauteuil roulant et à s'adresser plutôt aux personnes qui les accompagnent.

Comme on peut s'y attendre, ces situations sont frustrantes et offensantes pour la personne qui a subi un AVC. Celle-ci pourrait perdre confiance en elle-même et arrêter de participer à des activités sociales ou de faire des sorties. De même, cela peut pousser son entourage à penser qu'elle ne peut pas ou ne veut pas communiquer.

Le survivant d'un AVC mérite d'être respecté. Ses valeurs, ses champs d'intérêt, ses préoccupations, ses opinions, ses points forts et ses points faibles sont le reflet de toute une vie.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



Vous êtes probablement le partenaire de communication le plus fréquent de la personne soignée. Établissez un bon partenariat de communication par les moyens suivants :

- **Créer des occasions de communiquer;**
- **Être prêt à mettre le temps et l'effort requis pour surmonter les problèmes de communication;**
- **Envoyer des messages clairs et simples;**
- **Montrer que l'on veut comprendre ce que la personne essaie de dire;**
- **Respecter le message qu'elle communique;**
- **Être persuadé qu'elle comprend ce que l'on dit;**
- **Démontrer que l'on comprend les difficultés qu'elle rencontre.**

Quand la communication échoue ou n'est pas facile :

- **Gardez espoir que le message finira par être compris.**
- **Soyez patient et persévérez.**
- **Soyez créatif. Il existe plus d'une façon de faire passer votre message. Essayez de dessiner, d'écrire, de mimer ou d'utiliser des mots différents.**
- **Dites à l'autre personne que vous ne comprenez pas quelque chose.**
- **Admettez que vous êtes frustré.**
- **Soyez honnête à propos du problème. En ne tenant pas compte du problème, vous donnez l'impression à l'autre personne que vous ne la respectez pas.**
- **Ne faites pas semblant de comprendre lorsque ce n'est pas le cas.**
- **Ne changez pas de sujet pour éviter de résoudre le problème.**

DYSARTHRIE

Les gens qui souffrent de **dysarthrie** ont de la difficulté à parler clairement. Il s'agit d'un problème moteur causé par la faiblesse ou le manque de coordination des muscles de la bouche, de la gorge et de la poitrine.

La dysarthrie peut affaiblir la voix ou rendre l'élocution difficile, comme si la personne était ivre. L'entourage de la personne ne se rend pas toujours compte que seule la parole est atteinte et qu'elle peut toujours :

- Comprendre le langage parlé;
- Communiquer à l'aide d'ordinateurs ou d'autres appareils;
- Lire et écrire;
- Penser, planifier, prendre des décisions et raisonner.

Les gens qui connaissent peu la dysarthrie peuvent mal évaluer les capacités mentales de la personne, faire des suppositions erronées quant à ses désirs et l'exclure du processus de décision en supposant qu'elle est incapable de comprendre, de penser et de raisonner.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Communiquez dans un endroit calme.**
- **Demandez à la personne soignée de parler plus fort et plus lentement. Expliquez-lui que c'est la meilleure façon de rendre la conversation plus facile à comprendre.**
- **Parlez lentement afin de l'encourager à faire de même, mais utilisez un ton neutre. Parler exceptionnellement fort ou exagérer l'intonation peut mener la personne à penser que vous remettez en doute son intelligence.**
- **Répétez ce que vous comprenez. Demandez à la personne d'expliquer tout ce que vous ne comprenez pas.**
- **Prenez des notes pendant qu'elle parle, particulièrement si la dysarthrie est sévère. Les notes manuscrites peuvent vous aider mutuellement à mieux suivre le fil de la conversation.**
- **Mettez du papier et un stylo, un tableau blanc et des marqueurs, ou un tableau de communication avec des images, des mots ou des phrases à la disposition de la personne soignée. Il est peut-être plus facile pour elle d'écrire que de parler. Elle n'a qu'à garder ces dispositifs d'aide à la communication près d'elle en tout temps.**
- **Pensez à utiliser un ordinateur, une tablette ou un téléimprimeur (aussi connu sous le nom d'ATS, il s'agit d'un appareil utilisé par les personnes atteintes d'une déficience auditive qui leur permet de taper plutôt que de parler au téléphone).**
- **Utilisez un tableau alphabétique pour communiquer des idées plus complexes. Écrivez sur papier les mots qu'une personne épelle.**
- **Veillez à ce que la personne soignée soit bien reposée lorsque vous tentez de communiquer à propos de questions importantes. La fatigue rend la communication plus difficile ou même impossible.**

APHASIE

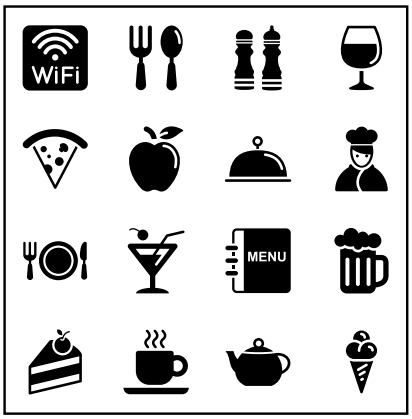


TABLEAU DE COMMUNICATION

L'**aphasie** est la perte du langage, y compris des sons, des sens et des règles permettant de combiner les mots pour en faire des phrases. Pour la plupart d'entre nous, le côté gauche du cerveau est le côté du langage. Des AVC dans l'hémisphère gauche du cerveau vont parfois endommager des zones du cerveau qui commandent la compréhension et la production de mots et de phrases, causant ainsi l'aphasie. L'aphasie a une incidence sur la capacité de parler, de lire, d'écrire ou de comprendre le langage.

L'**aphasie fluente** est un type d'aphasie qui se manifeste par un discours ininterrompu parfois insensé, qui peut contenir des mots inventés ou des phrases sans véritable contenu. Les personnes atteintes ne se rendent souvent pas compte que leur discours est incompréhensible. Dites à la personne atteinte que vous avez du mal à la comprendre. Mettez l'accent sur les stratégies non verbales telles que les images et les mots imprimés.

Bien des gens pensent qu'il existe un lien entre les capacités de communication et les capacités mentales. Ceux-ci peuvent mal évaluer les capacités mentales d'une personne souffrant d'aphasie, alors que cette dernière peut en fait penser, planifier, prendre des décisions et raisonner adéquatement. Celle-ci peut également prononcer clairement certains mots, ainsi que comprendre les expressions faciales, les gestes et la communication non verbale.

Ne l'oubliez pas : les gens qui sont atteints d'aphasie sont des adultes intelligents qui en savent bien plus que ce qu'ils ont la capacité de dire.



CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER

- **Préparez le terrain**
  - **Parlez face à face dans une pièce tranquille.**
  - **Donnez de petites quantités d'information à la fois.**
  - **Dites à la personne soignée que vous savez qu'elle sait ce qu'elle veut dire.**
  - **Présentez clairement chaque sujet. Par exemple, dites : « Je veux vous parler de votre famille. »**
- **Soyez patient**
  - **Parlez lentement et donnez à la personne le temps de répondre.**
  - **Lorsqu'elle a de la difficulté à trouver un mot, n'intervenez pas trop rapidement. Dites le mot si elle semble se frustrer.**
  - **Laissez-la s'exprimer elle-même de son mieux.**
- **Donnez des choix concrets et évitez les questions ouvertes**
  - **Posez des questions auxquelles la personne peut répondre par oui ou par non. Par exemple : « Avez-vous faim? » ou « Êtes-vous malade? », plutôt que de poser une question générale comme « Qu'est-ce qui ne va pas? »**
  - **Demandez « Voulez-vous une pomme ou une orange? » au lieu de « Que voulez-vous manger? »**

- **Divisez les longues questions en plusieurs petites questions simples**
  - **Au lieu de « Voulez-vous déjeuner et manger des œufs, ou bien des rôties avec de la confiture? » posez chaque question séparément et attendez la réponse (oui ou non) avant de poser la prochaine.**
  - **Si les réponses semblent incohérentes, expliquez à la personne ce que vous avez compris. Ensuite, dites-lui que vous allez répéter certaines questions afin de vous assurer que vous avez bien compris ce qu'elle désire.**
- **Utilisez des images et des objets**
  - **Utilisez des images, des objets et des gestes pour montrer ce que vous voulez dire.**
  - **Utilisez des cartes, des calendriers, des horaires et des horloges lorsque vous parlez de lieux et de moments.**
  - **Tout en parlant, écrivez les mots clés en gros caractères d'imprimerie clairs sur du papier.**
  - **Demandez à la personne de vous montrer ce qu'elle veut dire par des gestes, des dessins ou des lettres moulées. Au début, elle pourrait refuser, surtout si l'AVC a touché la main qu'elle utilise pour écrire. Dites-lui que vous savez qu'il est difficile d'utiliser son autre main, mais que cela peut valoir la peine pour l'aider à communiquer.**
  - **Pensez à utiliser des outils technologiques, par exemple une tablette, pour l'aider à communiquer.**
  - **Demandez aux membres de la famille d'apporter des photos ou d'autre matériel. Cela peut contribuer à amorcer des conversations ou à constituer un livre d'histoire racontant la vie de la personne. Cette dernière peut alors utiliser ce livre comme aide-mémoire ou comme outil pour entrer en relation avec de nouvelles personnes.**
- **Incluez toujours la personne victime d'un AVC**
  - **Ne sous-estimez jamais sa capacité à comprendre la conversation qui se déroule autour d'elle, surtout lorsqu'elle en est le sujet.**

Attendez-vous à ce que ses capacités de communication varient. Certaines stratégies peuvent être efficaces une journée et ne pas fonctionner la suivante. Utilisez différentes approches.

PAROLES INCOHÉRENTES OU DÉPLACÉES

Parfois, une personne victime d'un AVC peut utiliser des mots qu'elle n'avait pas l'intention d'employer. Ces mots peuvent avoir un lien avec ce qu'elle tentait de dire, par exemple : frère plutôt que sœur, dessus plutôt que dessous, ou bien oui plutôt que non (et inversement).

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Posez votre question d'une autre façon.**
- **Si vous pensez savoir ce qu'elle voulait dire, écrivez le message et demandez-lui si c'est exact.**
- **Si vous n'êtes pas certain du message, ne faites pas semblant d'avoir compris. Expliquez que vous n'avez pas encore compris et demandez-lui de le répéter.**
- **Demandez si vous pouvez poser des questions pour vous aider à comprendre.**
- **Dans le cas d'une personne qui a tendance à dire oui plutôt que non, ou inversement, établissez ensemble un code non verbal, par exemple un pouce en l'air pour dire oui et un pouce vers le bas pour dire non. Vous pouvez également lui demander de pointer les mots Oui ou Non sur des cartes. Portez également attention au ton de sa voix. S'il dit oui et qu'il semble fâché ou frustré, demandez-lui s'il veut plutôt dire non.**

LES JURONS ET LA COLÈRE

Parfois, les personnes qui ont survécu à un AVC utilisent des jurons et semblent très fâchées lorsqu'elles éprouvent de la frustration. Elles ne sont probablement pas volontairement impolies. Les jurons sont reliés aux centres de l'émotion dans le cerveau. Ces liens resteront parfois très forts même si d'autres zones du langage sont atteintes. Cela devient donc difficile de réprimer ce genre de paroles, même si la personne n'a jamais utilisé ces mots auparavant.

La personne peut utiliser des jurons et sembler fâchée lorsqu'elle ressent une émotion forte sans qu'il s'agisse nécessairement de frustration. Reconnaissez les émotions et ne tenez pas compte du langage utilisé.

TROUBLES COGNITIFS DE LA COMMUNICATION

Un AVC dans l'hémisphère droit peut rendre difficile l'organisation de la pensée, la concentration, l'interprétation du langage non verbal comme les expressions faciales, ainsi que la compréhension de l'humour, du sarcasme, des allusions et des blagues. Ces difficultés sont des troubles cognitifs de la communication.

Un AVC très grave ou plusieurs AVC peuvent avoir le même effet.

Dans ces cas, les autres pourraient surestimer les capacités de communication de la personne atteinte, puisqu'elle peut parler clairement et former des phrases complètes, comprendre la communication directe et concrète, raconter des blagues qu'elle connaît et en rire, écrire quelques mots et des phrases, et parfois lire. Cependant, cette personne peut présenter plusieurs défis pour ses partenaires de communication, car elle :

- Peut parfois bien parler, mais la conversation saute du coq à l'âne ou s'éloigne du sujet;
- N'apporte pas d'information pertinente à propos du sujet;
- Apporte trop ou pas assez d'information;
- Établit rarement un contact visuel, surtout avec des personnes situées à sa gauche;
- A parfois des problèmes de concentration;
- A parfois des problèmes à comprendre ou à se souvenir de ce qu'elle a lu;
- A de la difficulté à voir les lettres et les mots à sa gauche.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- Revenez constamment au sujet principal de la conversation
  - Faites en sorte de regarder la personne droit dans les yeux.
  - Posez des questions précises pour obtenir plus de renseignements.
  - Rappelez-lui le sujet de la conversation.
  - Avertissez-la quand vous partez.
- Restez à la droite de la personne atteinte
  - Approchez-vous toujours d'elle par la droite.
  - Captez son attention avant de vous déplacer à gauche, ou restez à sa droite si nécessaire.
- Soyez direct
  - Dites exactement ce que vous voulez dire, même si cela semble impoli de prime abord.
  - Évitez l'humour, les sarcasmes, les sous-entendus et d'autres façons indirectes de communiquer.
- Aidez la personne atteinte à se souvenir de la conversation
  - Donnez-lui un résumé simple et imprimé de ce que vous avez discuté.
  - Utilisez des mots sur papier ou des images si elle a la capacité de voir ou de comprendre ce matériel et de s'en souvenir.
  - Assurez-vous que l'information imprimée est concise et directe, et employez des caractères clairs et de grand format.
- Agissez ainsi lorsque la personne atteinte vous semble impolie
  - Souvenez-vous qu'elle ne fait pas exprès d'être impolie.
  - Dites-lui comment ce comportement vous fait sentir et ce que vous préféreriez.
  - Suggérez-lui des manières différentes de communiquer.

PROBLÈMES COURANTS APRÈS UN AVC QUI ONT UNE INCIDENCE SUR LA COMMUNICATION

Défi	Solutions possibles
Les déficiences physiques empêchent la personne atteinte de sortir ou de parler aux autres.	• Demandez-lui où elle veut aller. • Aidez-la à utiliser des dispositifs d'aide à la mobilité. • Replacez sa chaise. • Veillez à ce qu'elle puisse atteindre le téléphone ou la sonnette d'appel.
La personne ne peut pas se tenir debout. Il est donc difficile de maintenir un contact visuel.	• Accroupissez-vous ou asseyez-vous afin d'être à la hauteur de ses yeux. Ne vous penchez pas par-dessus cette personne. • Mettez-vous à une distance adéquate. Si vous êtes trop loin, elle risque d'avoir de la difficulté à vous voir ou à vous entendre. • Établissez un contact visuel avant d'amorcer une conversation.
La personne a besoin d'aide pour déplacer son fauteuil roulant.	• Demandez-lui où elle veut aller et comment elle souhaite déplacer son fauteuil. • Dites-lui ce que vous prévoyez faire avant de déplacer le fauteuil roulant.
La personne ne peut pas modifier son expression faciale pour exprimer ses émotions.	• Demandez-lui de vous dire comment elle se sent.
La personne a une déficience auditive.	• Parlez face à face dans une pièce calme et assurez-vous que votre visage est bien éclairé. • Si elle utilise des appareils auditifs, veillez à ce qu'ils fonctionnent. • Si vous utilisez des appareils d'amplification auditive, tenez le microphone près de vous afin qu'elle puisse distinguer votre voix des autres sons ambiants. • Ne parlez pas d'une voix trop forte. Parler fort risque de causer une distorsion de la parole et de surcharger l'aide auditive, ce qui peut être douloureux. De plus, l'entourage pourrait entendre des informations confidentielles par hasard. • Demandez à la personne si elle peut vous entendre. Placez-vous là où vous serez entendu facilement. Il se peut que vous deviez essayer différents endroits. • Posez des questions pour savoir si la personne reçoit vos messages adéquatement.
La personne ne peut pas répondre rapidement.	• Donnez-lui plus de temps (environ cinq secondes) pour lui permettre de commencer à parler ou pour répondre à quelque chose que vous lui avez dit. • Créez des occasions de communication. Par exemple, faites des commentaires sur les photos ou les objets personnels. Cela démontre un intérêt et une volonté d'écouter. • Si vous ne pouvez pas attendre la réponse, demandez-lui si elle veut que vous demandiez à ses proches qui sont présents.

La personne a une déficience visuelle.	• Demandez-lui si elle peut voir votre visage. • Invitez-la à porter ses lunettes si elle en a besoin. • Veillez à ce qu'elle porte le bon type de lunettes pour la tâche qu'elle est en train d'accomplir (lunettes pour lire ou pour voir au loin). • Assurez-vous que l'éclairage n'est ni trop fort ni trop faible. • Si la personne souffre d'une perte du champ visuel, déplacez-vous, et déplacez tous les objets nécessaires, de façon à être dans ce qui lui reste de champ de vision. • Si elle a perdu la moitié gauche de son champ de vision, placez toutes les photos ou documents écrits du côté droit de la table ou inversement. • Demandez à l'ergothérapeute comment aborder la perte de champ visuel, l'inattention spatiale et visuelle, ainsi que la négligence corporelle.

Pour d'autres outils, rendez-vous au www.pratiquesoptimalesAVC.ca, section Réadaptation en vue d'améliorer la communication.

STRATÉGIES DE COMMUNICATION EFFICACE

Peu importe le type de déficience de la communication dont souffre la personne victime d'un AVC, l'utilisation des stratégies suivantes peut faciliter le processus autant pour elle que pour vous-même.

Lorsque vous établissez un partenariat de communication avec une personne qui a survécu à un AVC, rappelez-vous toujours qu'il est aussi important de connaître la personne en tant qu'individu que de connaître les bonnes stratégies de communication.

Évaluez : Observez attentivement pour évaluer à quel point la personne comprend. Sous-estimer ses capacités peut lui occasionner de la frustration et de la colère, tandis que surestimer ses capacités pourrait vous laisser penser qu'elle fait exprès de ne pas collaborer.

Préparez l'environnement : Éliminez les distractions afin que vous puissiez tous les deux vous concentrer sur le message. Par exemple, éteignez la télévision ou la radio.

Captez l'attention de la personne : Approchez-la lentement et de face. Au besoin, touchez doucement sa main ou son bras pour attirer son attention. Présentez-vous. Portez un grand insigne nominatif facile à lire. Demandez-lui comment elle préfère que l'on s'adresse à elle (par exemple, par Monsieur ou Madame, son prénom ou son surnom).

Établissez le contact visuel : Faites face à la personne si possible. Maintenir un contact visuel l'aide à savoir qui parle et pourrait l'aider à se concentrer sur ce que vous dites.

Traitez les questions privées en privé : Demandez la permission à la personne soignée avant de parler d'une question privée avec des membres de sa famille ou des amis. Elle va parfois vous faire part de renseignements qu'elle n'est pas prête à faire connaître à sa famille. Incluez toujours cette personne dans la conversation.

Dites-lui que si l'information porte sur sa santé et son bien-être ou qu'elle peut aider l'équipe de soins de l'AVC, vous devrez en faire part aux autres membres de l'équipe le cas échéant, afin que vous puissiez continuer de lui offrir les meilleurs soins possibles.

Transmettez un message à la fois : Évitez de rendre les choses trop compliquées. Si vous communiquez trop de pensées, d'idées et de questions en même temps, vous risquez de submerger la personne. Limitez les choix afin qu'elle ne se sente pas dépassée.

Soyez attentif : L'expression faciale et le langage corporel d'une personne peuvent vous aider à savoir si elle vous a compris.

Répétez les renseignements importants : Si vous n'êtes pas certain que votre message a été compris, répétez-le en utilisant les mêmes mots.

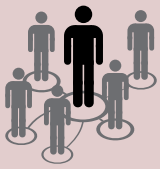


Prenez votre temps : Donnez à la personne le temps de répondre. Ne l'interrompez pas, car cela risque de décourager la communication ultérieure. Restez patient et calme. Ne vous attendez pas à ce que la communication soit rapide, même si le sujet est simple.

Demandez de l'aide : Un orthophoniste peut vous aider à déterminer les troubles de communication et de la parole d'une personne et peut faire des recommandations à propos des meilleures méthodes à employer pour communiquer avec cette dernière.

LES MESSAGES CLÉS SUR LA COMMUNICATION

- La **communication constitue l'échange d'idées** au moyen de la parole, du langage, des gestes ou de l'écriture. Il s'agit d'un besoin humain fondamental.
- **Un AVC peut causer des déficiences de la communication.** L'emplacement et la gravité de l'AVC déterminent le type et la portée de la déficience.
- Être prêt à mettre **le temps et l'effort** requis pour surmonter les problèmes de communication
- **Demandez à la personne** de vous montrer ce qu'elle veut dire par des gestes, des dessins ou des lettres moulées.
- **Employez les stratégies** mises au point par les membres de l'équipe de soins de l'AVC afin d'établir des modèles de communication efficaces.
- Lorsque vous établissez un partenariat de communication avec une personne victime d'un AVC, rappelez-vous toujours qu'il est aussi important de **connaître la personne en tant qu'individu** que de connaître les bonnes stratégies de communication.



6.2 Positionnement



CONTENU DE LA SECTION

- Traitement de l'épaule touchée
- Traitement de la main touchée
- Traitement du pied touché
- Positionnement

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'AVC influence fréquemment la capacité d'une personne à se mouvoir et à positionner son corps, plus particulièrement le bras et la jambe atteints. Une position adéquate peut aider à réduire les complications telles que les contractures et la douleur, et à favoriser l'autonomie, la sécurité et le confort de la personne victime d'un AVC.

TRAITEMENT DE L'ÉPAULE ATTEINTE

L'articulation de l'épaule est une articulation sphéroïde qui peut bouger dans plusieurs directions. Bien que l'articulation de l'épaule permette une grande variété de mouvement, elle n'est pas aussi stable que les autres articulations et est donc à risque de complications telles qu'une subluxation ou de la douleur causée par un coincement (ou un pincement des tissus mous de l'articulation). Les autres articulations sont dotées de puissants ligaments qui permettent de les garder en place. Cependant, l'épaule n'est pas soutenue par les ligaments; elle est principalement soutenue par les muscles. Des muscles ayant gardé des séquelles d'un AVC n'auront souvent plus la capacité de tenir l'articulation en place. Lorsque l'articulation n'est pas bien alignée, le mouvement est touché et la personne peut ressentir de la douleur.

Une épaule atteinte risque d'être blessée plus facilement qu'une épaule non atteinte. Assurez-vous que vous connaissez les techniques adaptées à la manipulation d'une épaule atteinte par les séquelles d'un AVC. Un physiothérapeute ou un ergothérapeute pourrait vous enseigner des exercices sécuritaires et des manières de positionner et de bouger l'épaule atteinte.

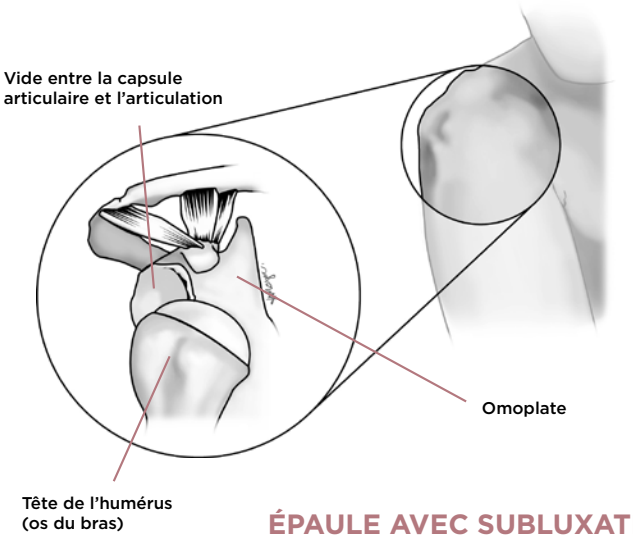
Ne faites jamais faire d'exercices à une épaule atteinte à moins que ceux-ci ne soient prescrits par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute. Des mouvements inadéquats risquent d'entraîner d'autres dommages tissulaires et d'autres pertes de fonctions

L'ÉPAULE À FAIBLE TONUS MUSCULAIRE

Un membre avec peu de tonus musculaire semble lourd et mou. Les effets d'un AVC se traduisent parfois par une réduction de la force et du tonus des muscles soutenant l'articulation de l'épaule. Par conséquent, la gravité peut tirer la tête de l'humérus (l'os long reliant l'épaule au coude) vers le bas, provoquant un étirement excessif des muscles affaiblis.

L'épaule risque alors de sortir de son alignement. Il peut même s'en suivre une luxation partielle (subluxation) de l'épaule. Une épaule avec une subluxation a un vide visible entre la capsule articulaire et l'articulation.

Une subluxation permet aux muscles et aux ligaments de l'épaule de s'étirer encore plus. L'étirement excessif des muscles peut causer une douleur sourde constante, souvent comparée à une rage de dents. Parfois, une mauvaise manipulation du bras atteint peut entraîner une forte douleur.



ÉPAULE AVEC SUBLUXATION

SUPPORTS POUR BRAS

Le port d'une écharpe est souvent prescrit pour supporter un bras flasque (peu de tonus musculaire) lorsque la personne est debout, lorsqu'elle marche ou lors d'un transfert. Les écharpes ne sont pas faites pour être portées en permanence, puisqu'elles peuvent contribuer à réduire le mouvement du bras, augmenter la spasticité et causer de la douleur au bras atteint. Elles empêchent aussi le balancement du bras pendant la marche, ce qui affecte l'équilibre et augmente le risque de chutes. Il existe plusieurs types d'écharpes. Assurez-vous que vous savez comment mettre et enlever l'écharpe adéquatement, et que celle-ci est portée selon le plan de soins.

Les appuie-bras sont des repose-bras modifiés sur les fauteuils roulants qui permettent de soutenir le bras à faible tonus. Ces dispositifs peuvent pivoter afin de supporter le bras dans une position naturelle. Il est important de surveiller l'utilisation des appuie-bras. Il n'est généralement pas recommandé d'attacher le bras à l'appuie-bras en raison des risques de coincement des tissus mous de l'épaule. Cependant, un bras non attaché est à risque de blessure s'il « tombe » de l'appuie-bras. Il est important d'observer la personne soignée attentivement et de communiquer avec le thérapeute approprié.

Le plateau à genoux supporte le bras atteint lorsque la personne est dans son fauteuil roulant. De plus, comme il est facile de voir le bras atteint, la personne victime d'un AVC peut manipuler et bouger la main atteinte avec son autre main. Le thérapeute veillera à ce que les repose-bras du fauteuil roulant et le plateau à genoux soient à la bonne hauteur.

La cale pour le bras est parfois employée pour supporter le bras atteint et réduire la tuméfaction. Placer une cale pour le bras sur un plateau à genoux permet de positionner le poignet plus haut que le coude dans une position neutre. Veillez à ce que la cale pour le bras soit positionnée conformément aux indications du thérapeute.

Le gant de contention est utilisé pour réduire la tuméfaction de la main atteinte. La prise de mesures pour les gants de compression doit être effectuée par un professionnel. Le port des gants de compression doit être surveillé régulièrement et ceux-ci doivent être portés conformément au plan de soins. L'état de la peau doit être régulièrement surveillé.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- Apprenez les techniques et les stratégies de mouvement et de positionnement mentionnées dans le plan de soins de la personne victime d'un AVC. Ces techniques et stratégies peuvent prévenir les blessures et une perte supplémentaire de fonctions. Si vous n'êtes pas certain de connaître la bonne manière de déplacer ou de positionner un bras atteint, demandez à un membre de l'équipe de soins de l'AVC de vous la montrer.
- Suivez les diagrammes de positionnement du plan de soins.
- Manipulez toujours l'épaule avec précaution afin de prévenir un étirement douloureux des muscles et des ligaments.
- Soutenez le bras atteint et manipulez-le doucement.
  - Lorsque la personne est assise, utilisez un oreiller, un plateau à genoux ou l'appuie-bras du fauteuil roulant, si cela est indiqué dans le plan de soins.
  - Soutenez le bras atteint lorsque vous déplacez la personne soignée.
  - Ne tirez pas sur le bras lorsque vous l'aidez à se coucher dans son lit, à marcher ou à se déplacer. Tirer sur le bras risque de causer de la douleur et des dommages à l'épaule.
  - Veillez à suivre le plan de soins attentivement. Si le port d'une écharpe ou l'utilisation de tout autre support pour le bras (positionnement) est recommandé, assurez-vous de l'utiliser correctement.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Les stratégies de protection des articulations devraient être employées durant les stades précoces et de flaccidité du rétablissement, afin de prévenir ou réduire la douleur à l'épaule. Ces stratégies comprennent le positionnement adéquat du bras au repos, la protection et le support du bras lors de l'utilisation du fauteuil roulant grâce à un plateau ou à un appuie-bras. L'utilisation des écharpes demeure controversée au-delà du stade de flaccidité, puisque les inconvénients l'emportent sur les avantages.

L'ÉPAULE AVEC UN FORT TONUS MUSCULAIRE

Un bras spastique ou avec fort tonus musculaire semble raide ou tendu. La spasticité peut faire en sorte que le haut du bras soit tiré vers la poitrine. Le mouvement de l'épaule est donc douloureux et difficile.



CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Supportez et alignez le bras adéquatement afin de réduire le déséquilibre musculaire et la douleur.**
- **Utilisez des oreillers et des serviettes pour améliorer le positionnement du bras dans le lit.**
- **Soutenez le bras à l'aide d'un oreiller, d'un plateau à genoux ou un appuie-bras pour fauteuil roulant lorsque la personne est assise.**
- **Signalez toute douleur dans les articulations ou les tissus au physiothérapeute ou à l'ergothérapeute pour qu'il y ait un suivi.**
- **Ne faites jamais faire d'exercices à une épaule atteinte à moins que ceux-ci ne soient prescrits par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute et qu'ils fassent partie du plan de soins.**

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Il est possible de prévenir ou de traiter la spasticité et les contractures à l'aide de positionnement antispastique, d'exercices d'amplitude du mouvement, et d'étirements.

TRAITEMENT DE LA MAIN ATTEINTE

Le manque de sensations et de mobilité à la suite d'un AVC fait en sorte qu'une main dont le tonus musculaire est faible devient sujette à des problèmes de positionnement et à des tuméfactions, ce qui peut entraîner de la douleur, de la raideur aux articulations et des problèmes cutanés.

Il est important que la personne dont la main est spastique ou hypertonique (contractée) fasse des mouvements légers et lents. Il ne faut jamais ouvrir la main de force. Tenter d'ouvrir une main contractée à l'aide de mouvements rapides peut accroître la raideur musculaire.

Le port d'une **attelle pour le poignet et la main** pourrait être prescrit par l'ergothérapeute. L'attelle est employée pour placer le poignet et la main dans une position neutre et prévenir les flexions excessives.

Pour détendre et ouvrir une main spastique (contractée)

- Positionnez la personne avec la ceinture scapulaire vers l'avant.
- Soutenez la main au niveau du poignet et de l'avant-bras.
- Pliez le poignet vers l'avant ou vers le bas avant d'ouvrir la main.
- Ouvrez doucement la main. Parfois, déplier doucement le pouce atteint aide à détendre les autres doigts.
- Évitez de tirer sur l'épaule.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Pensez toujours à la main touchée. Suivez les instructions du thérapeute pour favoriser la mobilité de la main et traiter la douleur et la tuméfaction. Signalez tout changement dans la douleur, la tuméfaction ou le fonctionnement à l'équipe.**
- **Afin de réduire la tuméfaction, soutenez le bras avec un plateau à genoux ou un appuie-bras lorsque la personne est assise. Placez le bras, avec la main dont les doigts sont ouverts, en face de la personne. N'employez une attelle que si son usage a été prescrit.**
- **Utilisez une cale en mousse, des oreillers ou tout autre support pour le bras pour lever la main et soutenir le poignet, si leur usage a été prescrit.**
- **Encouragez la personne à utiliser sa main non atteinte pour ouvrir doucement les doigts de la main atteinte et pour la placer sur la surface d'appui.**
- **Utilisez les attelles pour les mains seulement si elles ont été prescrites par le thérapeute.**



TRAITEMENT DU PIED ATTEINT

Une personne victime d'un AVC a moins de mobilité et de sensibilité dans le pied du côté atteint. Une mobilité réduite et une perte de sensation peuvent causer de la douleur, des raideurs, de la tuméfaction et des dommages à la peau.

Réduisez la tuméfaction en couchant la personne et en surélevant ses jambes au niveau de la poitrine avec un oreiller plutôt que de lever les repose-pieds du fauteuil roulant. La circulation sanguine dans les pieds et les jambes peut être diminuée par une flexion des hanches excessive en position assise. Élever les jambes de la personne lorsqu'elle est dans son fauteuil roulant est mauvais pour la peau en raison d'une répartition inégale du poids. Utilisez plutôt le positionnement dans le lit.





CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Examinez la personne soignée pour vérifier s'il y a un problème lié au membre atteint. Signalez toute inquiétude à l'équipe.**
- **Aidez la personne à suivre les recommandations du médecin pour réduire la tuméfaction, par exemple, porter les bas de contention prescrits.**
- **Lorsque c'est possible et recommandé, intégrez la station debout dans la routine de la personne soignée. Par exemple, demandez-lui de se tenir debout devant le comptoir de la cuisine ou l'évier de la salle de bain avec son poids réparti également sur les deux jambes, avec les articulations des jambes alignées et les talons bien posés sur le sol, afin d'éviter les raideurs et les déformations du pied.**
- **Le cas échéant, faites-lui faire des exercices du pied et de la cheville. Gardez les articulations de la jambe bien alignées et les talons au sol.**



POSITIONNEMENT

Si une personne victime d'un AVC ne peut pas se retourner seule dans son lit, vous devrez la déplacer souvent afin de réduire le risque de plaies de pression. Souvenez-vous de toujours suivre le plan de soin et les politiques établis par votre lieu de travail.

Les objectifs du positionnement sont de :

- Préserver un alignement normal du corps et des articulations (positionnement adéquat);
- Favoriser les modèles de tonus musculaire normal et changer les modèles de tonus musculaire anormal associés à l'hémiplégie (paralysie d'un côté du corps);
- Stimuler la prise de conscience du côté atteint;
- Favoriser un rétablissement fonctionnel optimal;
- Gérer la douleur;
- Réduire l'œdème (tuméfaction), s'il y a lieu.

COUCHER UNE PERSONNE SUR LE DOS

Pour positionner une personne victime d'un AVC confortablement sur le dos, suivez les étapes suivantes :

1. Dites à la personne ce que vous allez faire.
2. Veillez à ce que sa tête soit dans une position neutre et non inclinée vers l'avant ou l'arrière.
3. Placez un petit oreiller sous l'omoplate du côté atteint.
4 Placez la main atteinte sur un oreiller au-dessus du niveau du cœur.
5. Placez un petit oreiller sous la hanche et les genoux du côté atteint.
6. Demandez à la personne si elle est bien installée.
7. Soutenez sa tête, ainsi que son bras et sa hanche atteints, avec des oreillers.



Créées et fournies par www.creativelink.tv.

COUCHER UNE PERSONNE SUR LE CÔTÉ ATTEINT

Bon nombre de personnes se sentent plus confortables couchées sur le côté.



1. Dites à la personne ce que vous allez faire, afin qu'elle soit prête et qu'elle ne sursaute pas.
2. Tournez-la sur le côté atteint. Utilisez une couverture tournante ou bien faites-vous aider par quelqu'un d'autre.
3. Placez un oreiller sous sa tête. Assurez-vous que son cou est légèrement incliné et dans une position confortable.
4. Placez la jambe atteinte pour qu'elle soit droite et légèrement pliée derrière le tronc.
5. Positionnez l'épaule atteinte légèrement vers l'avant afin que l'omoplate repose à plat et que le bras soit légèrement décalé vers l'avant par rapport au tronc. Ne tirez pas sur le bras, la main ou l'épaule du côté atteint.
6. Placez un oreiller sous le haut du bras devant son abdomen afin qu'elle ne bascule pas vers l'avant.
7. Placez la jambe non atteinte vers l'avant sur un ou deux oreillers avec la hanche et le genou pliés.
8. Placez un oreiller entre les jambes de la personne afin de réduire la friction et augmenter son confort.
9. Placez un oreiller dans son dos et assurez-vous qu'elle ne repose pas directement sur l'os iliaque.
10. Demandez à la personne si elle est bien installée.

POSITIONNER LA PERSONNE SUR LE CÔTÉ NON ATTEINT

Positionner une personne sur le côté non atteint est la même chose que de la positionner sur le côté atteint. Les gens souffrant de nombreuses déficiences du côté atteint sont susceptibles de se sentir coincés lorsqu'ils sont couchés sur le côté et pourraient vouloir se tourner sur le dos.



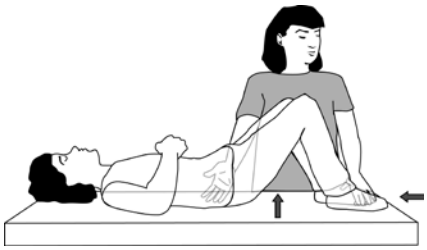
1. Demandez à la personne de plier les genoux avant de rouler afin de faciliter le mouvement.
2. Demandez-lui de faire attention au bras atteint. Une personne victime d'un AVC a souvent tendance à « oublier » le côté atteint lorsqu'elle se tourne du côté non atteint. Positionnez l'épaule atteinte vers l'avant et soutenez le bras à l'aide d'un oreiller.
3. Placez un oreiller dans son dos et assurez-vous qu'elle ne repose pas directement sur l'os iliaque.
4. Demandez à la personne de tourner la tête dans la direction vers laquelle elle désire se tourner. Cela est beaucoup plus facile lorsque la personne lève et tourne la tête dans la direction vers laquelle elle désire se tourner.
5. Demandez à la personne si elle est bien installée.

Créées et fournies par www.creativelink.tv.

DÉPLACEMENT DANS LE LIT

Le soulèvement du bassin à l'aide des deux pieds posés sur le matelas permet à la personne victime d'un AVC de soulever ses hanches lorsqu'elle est dans son lit. Le mouvement facilite les soins personnels ou le déplacement vers le bord du lit.

1. Demandez à la personne de se coucher sur le dos et de plier les jambes aux hanches et aux genoux. Elle pourrait avoir besoin d'aide pour plier la jambe atteinte.
2. Demandez-lui de placer ses pieds à plat sur le lit. Vous devriez retenir ses pieds pour éviter qu'elle ne glisse.
3 Dites-lui de soulever ses hanches du lit en s'assurant que le poids est réparti sur ses pieds.
4. Rappelez-lui de ne pas pousser trop fort lorsqu'elle change de position, afin de ne pas glisser vers la tête du lit.



S'ASSEOIR

Suivez les étapes suivantes afin d'aider une personne à mobilité réduite à s'asseoir à partir d'une position allongée. Demandez à la personne de :

1. Plier les deux genoux;
2. Soulever et tourner la tête pour regarder dans la direction dans laquelle elle va rouler;
3. Rouler complètement sur un côté, sans oublier de déplacer soigneusement le bras atteint;
4. Ramener les deux genoux vers la poitrine;
5. Glisser les deux pieds par-dessus le bord du lit;
6. Se soulever avec un ou deux bras, et regarder vers le haut en se soulevant;
7 S'asseoir droit.

PASSER DE LA POSITION ASSISE À LA POSITION DEBOUT

Demandez à la personne de :

1. Glisser ses hanches vers l'avant jusqu'au bord du lit ou de la chaise;
2. S'asseoir droit;
3. Positionner ses pieds écartés de la largeur des épaules avec les talons légèrement derrière les genoux;
4. S'assurer que ses deux talons touchent au sol;
5. Se plier vers l'avant au niveau des hanches et regarder vers le haut;
6. Pencher les épaules vers l'avant en ligne avec les genoux. Le tronc et la nuque doivent demeurer étendus alors que les hanches plient;
7. Pousser avec les deux jambes en gardant le poids réparti également;
8. Se mettre debout droit.

POSITION ASSISE ADÉQUATE

Lorsqu'une personne victime d'un AVC est en position assise, ses hanches devraient toujours être vers l'arrière et centrées sur la chaise ou le fauteuil roulant. Les hanches glissent souvent vers l'avant sur une chaise, entraînant une posture affaissée.

Fiez-vous toujours à la règle des 90 degrés selon laquelle les hanches, les genoux et les chevilles d'une personne en position assise doivent être pliés à 90 degrés. Cette position est plus confortable, favorise le rétablissement moteur et sensoriel et garantit une meilleure répartition du poids sous les cuisses et les fesses.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Rappelez régulièrement à la personne de replacer ses hanches vers l'arrière de la chaise. Aidez-la si elle en a besoin.**
- **Si vous avez des problèmes pour faire asseoir une personne dans un fauteuil roulant dans la bonne position, faites-le savoir à l'équipe. Il est possible qu'il soit nécessaire de réévaluer le fauteuil roulant, le coussin ou le dossier (le cas échéant).**
- **Soutenez le bras atteint avec un plateau à genoux si nécessaire. Si vous n'avez pas accès à un plateau à genoux, essayez d'utiliser un oreiller.**
- **justez les repose-pieds du fauteuil roulant afin de bien soutenir le pied tout en vous assurant que les articulations des hanches, des genoux et des chevilles sont bien pliées à 90 degrés pour une répartition adéquate du poids.**

MESSAGES CLÉS SUR LE POSITIONNEMENT



- ❑ L'AVC influence fréquemment **la capacité d'une personne à se mouvoir** et à positionner son corps, plus particulièrement le bras et la jambe atteints.
- ❑ Une **position adéquate** peut aider à réduire les complications telles que les contractures et la douleur, et à favoriser l'autonomie, la sécurité et le confort de la personne victime d'un AVC.
- ❑ **Apprenez les techniques et les stratégies** de mouvement et de positionnement mentionnées dans le plan de soins de la personne victime d'un AVC. Ces techniques et stratégies peuvent prévenir les blessures et une perte supplémentaire de fonctions.

6.3 Transferts



CONTENU DE LA SECTION

- Utilisation d'un fauteuil roulant
- Lignes directrices de transfert sécuritaire
- Assistance à la mobilité (transferts, repositionnement)

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

L'AVC a souvent tendance à affecter la capacité d'une personne à bouger certaines parties de son corps et à passer facilement et de façon sécuritaire d'une position à une autre. Cela peut être frustrant et contraignant, et peut contribuer au sentiment d'isolement social. Il existe de nombreuses techniques pour aider une personne victime d'un AVC à améliorer sa capacité à bouger seule, et pour assurer sa sécurité. Grâce à un positionnement adéquat dans le fauteuil roulant et à l'utilisation de l'équipement recommandé, vous pouvez aider à assurer la sécurité, le confort et l'autonomie de cette personne.

En outre, l'emploi des techniques de transfert et de repositionnement sécuritaires et appropriées, ainsi que l'usage de l'équipement adéquat pour aider une personne à se déplacer et à changer de position augmente sa sécurité, sa confiance et son autonomie.

UTILISATION D'UN FAUTEUIL ROULANT

La plupart des gens qui ont survécu à un AVC ont de la difficulté à se mouvoir et certains auront peut-être besoin d'un fauteuil roulant pour une partie de la journée ou toute la journée. L'ergothérapeute ou le physiothérapeute décidera quel type de fauteuil roulant est nécessaire et si un appui spécialisé pour le dos, un coussin de redistribution de la pression, ou d'autres accessoires sont requis.

La plupart des gens apprendront à utiliser leur fauteuil roulant lors de leur séjour dans une unité de soins actifs ou de réadaptation. Vous devrez dans certains cas leur rappeler comment utiliser au mieux leur fauteuil roulant. Voici quelques-uns des problèmes qu'ils peuvent rencontrer :

- Glisser vers l'avant du siège, entraînant ainsi une mauvaise posture assise.
- Foncer dans des obstacles du côté atteint s'ils ont une déficience du champ visuel, un trouble d'inattention spatiale et visuelle ou de négligence corporelle.
- Laisser le bras atteint pendre sur le côté du fauteuil roulant parce qu'ils ne sont pas conscients de son existence ou parce qu'ils ne peuvent ni voir ni sentir comment leur bras est positionné.
- Se pencher excessivement d'un côté.
- Se plaindre de l'inconfort ressenti lorsqu'ils sont assis dans le fauteuil roulant.
- Oublier d'engager les freins avant de se lever ou de s'asseoir.
- Éprouver de la difficulté ou être incapable de placer correctement le fauteuil lorsqu'ils effectuent un transfert vers une autre surface, par exemple le lit ou la toilette (le fauteuil est soit trop loin, soit dans le mauvais angle).
- Glisser vers l'avant du siège afin de pouvoir déplacer facilement le fauteuil en utilisant la jambe non atteinte.



* Consultez les sections 4.1 et 4.2 pour plus de renseignements.

Toutes ces questions devraient être soulevées auprès de l'équipe et l'ergothérapeute pourrait avoir à réévaluer les besoins liés au fauteuil roulant ou à la position assise. L'usage d'un fauteuil roulant à assise abaissée pourrait être recommandé. Ce type de fauteuil a une assise plus basse qu'un fauteuil normal et permet à une personne d'atteindre le plancher avec ses pieds sans glisser vers l'avant du siège.

AIDE À LA MOBILITÉ (Y COMPRIS LES TRANSFERTS ET LE REPOSITIONNEMENT)

Consignes de sécurité : Les techniques sécuritaires, les lignes directrices et les attentes professionnelles peuvent varier d'un endroit à l'autre ou selon le milieu (établissement de soins ou collectivité). Tenez-vous au courant des pratiques sécuritaires et les techniques de transfert établies par votre employeur et utilisez-les en tout temps. Assistez aux séances de formation qui vous sont offertes et participez aux cours de perfectionnement pour que vous puissiez être au courant des modifications devant être apportées. En outre, assurez-vous de toujours utiliser l'équipement recommandé. Pensez sécurité en tout temps.

Un transfert est le déplacement d'une personne d'un endroit à un autre (donc du lit à une chaise, du fauteuil roulant à la toilette ou au siège d'une voiture). Le **repositionnement** comprend les activités telles qu'aider une personne à bouger dans son lit, ou à modifier sa position dans un fauteuil roulant.

Si vous n'êtes pas certain de la capacité d'une personne à effectuer son transfert ou à se repositionner par elle-même, consultez les membres de votre équipe. Un ergothérapeute ou un physiothérapeute peuvent vous aider. Un transfert ou un repositionnement non sécuritaire peut entraîner des blessures et de la douleur autant à la personne soignée qu'à vous-même.

Lorsque vous effectuez un transfert ou un repositionnement, rappelez-vous de :

- **Consulter le plan de soins** et utiliser les techniques et l'équipement recommandés par l'équipe pour chaque personne.
- **Utilisez la bonne mécanique corporelle** durant l'exécution de la tâche en :
  - Maintenant une bonne posture debout;
  - Activant les muscles du tronc afin de protéger votre dos;
  - Vous tenant debout sur une surface stable afin d'avoir un meilleur équilibre et un meilleur contrôle;
  - Déplaçant votre poids afin d'utiliser majoritairement vos jambes;
  - Réduisant la distance entre la personne dont vous effectuez le transfert et vous-même. En étant proche de la personne, vous n'aurez pas à vous étirer et cela réduira la force que vous devrez déployer.
- **Communiquer clairement avec la personne** afin qu'elle sache à quoi s'attendre.
  - Vous pouvez dire « Un, deux, trois, go! » ou « Prêt, on ne bouge plus, on se lève! »;
  - Donnez des directives claires, concises et simples;
  - Communiquez de manière posée et respectueuse.
- **Préparer l'environnement** afin que rien ne se trouve dans votre chemin et que vous soyez prêt pour effectuer le transfert.
  - Déplacez la table de chevet ou tout autre accessoire encombrant;
  - Placez le fauteuil roulant au bon endroit selon le type de transfert;
  - Engagez les freins du fauteuil roulant (et les freins du lit, le cas échéant);
  - Ajustez ou enlevez les repose-pieds du fauteuil roulant;
  - Le cas échéant, gardez un appareil d'aide à la marche à portée de main;
  - S'il y a lieu, abaissez les ridelles de lit.
- **Utiliser l'équipement recommandé.**
  - N'utilisez une ceinture de transfert que lorsque son usage est recommandé;
  - Ne levez jamais une personne en tirant sur ses vêtements ou sur son bras.

- **Ne jamais tirer sur le bras atteint ou le saisir, ou tirer ou saisir la personne sous les épaules.** Cela peut causer de la douleur à l'épaule, des blessures ou des complications à long terme.
  - Utilisez une écharpe pour le bras durant le transfert si son usage est recommandé.

TRANSFERTS

La capacité d'une personne à effectuer un transfert ou à se repositionner peut varier énormément et dépend de la gravité de l'AVC et de l'importance du rétablissement. Par conséquent, différents moyens et types d'équipement peuvent être recommandés selon les besoins de cette personne. Suivez toujours le plan de soins.

L'équipement employé pour les transferts et le repositionnement comprend :

- Les ceintures de transfert;
- Les planches de transfert (dispositifs glissants);
- Les ridelles de lit;
- Les barres-trapèzes;
- Les fauteuils roulants;
- Les écharpes pour le bras;
- Les barres d'appui murales ou les poteaux verticaux sol-plancher;
- Les dispositifs mécaniques de levage;
- Les verticaliseurs;
- Les lève-patients sur rail au plafond.



Parmi les types de transferts, on compte :

- Le transfert à un intervenant;
- Le transfert à deux intervenants;
- Un dispositif de levage mécanique : transfert à un ou deux intervenants.

L'ergothérapeute ou le physiothérapeute évaluera chaque personne et déterminera les exigences en matière de technique et d'équipement adéquats. Voici certains facteurs dont il faut tenir compte durant l'évaluation et qui serviront à prendre une décision.

- La capacité d'une personne à se mouvoir;
- L'équilibre;
- La faiblesse d'une seule ou des deux jambes;
- L'inattention visuelle ou l'héminégligence;
- Les capacités cognitives (la personne est-elle impulsive?);
- La douleur;
- Les autres problèmes médicaux;
- La confiance ou la crainte;
- Le comportement de la personne;
- La capacité de la personne à suivre des instructions ou des consignes comportant une ou deux étapes;
- Le poids et la grandeur de la personne;
- Les capacités fonctionnelles;
- L'utilisation automatique du côté atteint;
- L'équipement disponible;
- Le fait que l'environnement soit spacieux ou encombré;
- Le fait que le plancher est dur ou recouvert d'un tapis épais;
- Le soutien offert par la famille, les aidants naturels ou le personnel.

Si vous n'êtes pas certain de pouvoir effectuer un transfert en toute sécurité, demandez de l'aide.

MÉTHODE POUR UN TRANSFERT À UN INTERVENANT (PAR EXEMPLE, DU LIT AU FAUTEUIL ROULANT)

1. La personne concernée doit être en mesure de porter du poids à l'aide de ses bras et de ses jambes.
2. Elle doit avoir fait l'objet d'une évaluation pour déterminer s'il y a une contre-indication à l'utilisation de la ceinture de transfert.
3. Veillez à ce que la personne porte des chaussures adéquates offrant un bon soutien et une bonne adhérence.
4. Placez le fauteuil roulant près du lit (parallèle ou légèrement en biais), engagez les freins et ajustez ou enlevez les repose-pieds. Vérifiez le plan de soins pour savoir si la personne devrait être transférée vers la gauche ou vers la droite. Vous devriez pouvoir passer entre le fauteuil roulant et le lit.
5. S'il y a lieu, mettez la ceinture de transfert juste au-dessus de l'os iliaque, au niveau de la taille.
6. Aidez la personne à se mettre dans la position de départ : déplacez ses hanches vers l'avant afin que ses pieds reposent à plat sur le sol et que ses genoux soient au-dessus de ses orteils.
7. Si elle est dans une chaise, tenez-vous sur le côté.
8. Si elle est dans son lit, tenez-vous debout face à elle, légèrement sur le côté du lit. Placez-vous en position de marche vers l'avant. Pliez vos genoux afin de vous mettre à une hauteur semblable à celle de la personne que vous aidez.
9. Adoptez une posture large et pointez légèrement un pied dans la direction dans laquelle vous aidez la personne à se déplacer.
10. a) Si la personne porte une ceinture de transfert, agrippez la sangle de la ceinture dans son dos avec la main se trouvant la plus près d'elle. Utilisez votre autre bras pour soutenir son avant-bras. Ne mettez pas vos mains à l'intérieur des sangles.

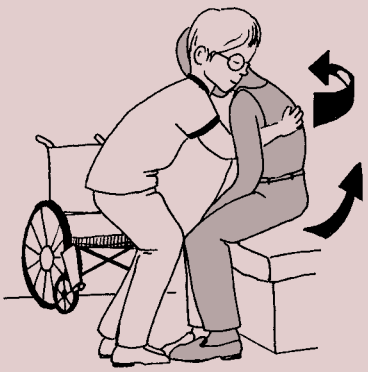
    b) Si la personne ne porte pas de ceinture de transfert, soutenez le bas de son dos avec une main. Utilisez votre autre main pour soutenir son bras atteint ou le haut ou le bas du dos.
11. La personne doit placer ses mains sur la surface sur laquelle elle est assise (p. ex., sur le lit ou sur les repose-bras) afin de vous aider à la soulever.
12. Demandez-lui de se pencher vers l'avant, par-dessus ses genoux.
13. Au compte de trois, aidez la personne à se mettre debout en transférant votre poids du pied arrière au pied avant.
14. Lorsque la personne est debout, redressez vos hanches et vos genoux, mais gardez un appui large.
15. Veillez à ce que la personne se tienne brièvement debout pour prendre son équilibre.



Tenez-vous debout face à la personne ayant survécu à un AVC et soutenez ses omoplates.



Soutenez la personne ayant survécu en-dessous des bras et levez-la doucement pour la mettre sur ses pieds.



Faites lentement pivoter la personne vers la destination en la soutenant aux hanches.

16. Elle peut maintenant utiliser sa marchette ou sa canne, s'il y a lieu.
17. Elle doit faire de petits pas pour se rendre à la surface vers laquelle elle désire effectuer un transfert.
18. Assurez-vous qu'elle peut sentir la surface (lit, chaise, ou chaise d'aisance) derrière ses jambes.
19. Tenez-vous debout, en position de marche (large) face à la personne et transférez votre poids de votre jambe avant à votre jambe arrière pendant que vous aidez la personne à s'asseoir.
20. Replacez les repose-pieds du fauteuil roulant et enlevez la ceinture de transfert.
21. Si la personne n'est pas en mesure d'effectuer le transfert sans assistance minimale, rassoyez-la et effectuez un transfert à deux intervenants ou utilisez un dispositif de levage mécanique.
22. Une réévaluation de la part de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute peut être nécessaire.

TRANSFERT À DEUX INTERVENANTS

REMARQUE : Certains établissements ne permettent pas les transferts à deux intervenants. Si c'est le cas de l'établissement où vous travaillez, l'utilisation d'un dispositif de levage mécanique peut être une excellente option pour les personnes qui ont besoin de plus d'assistance. Consultez la politique de votre employeur à ce sujet et respectez-la.

Le transfert à deux intervenants est utilisé, par exemple, lorsque les capacités physiques ou le comportement d'une personne sont imprévisibles, lorsqu'elle a besoin de soutien des deux côtés afin de garder son équilibre, a de la difficulté à suivre des consignes ou a besoin de soutien supplémentaire pour passer de la position assise à debout et vice-versa.

Ce type de transfert requiert deux intervenants (habituellement deux professionnels de la santé). Ceux-ci doivent se tenir debout de chaque côté de la personne à transférer.

MÉTHODE POUR UN TRANSFERT À DEUX INTERVENANTS (PAR EXEMPLE, DU LIT AU FAUTEUIL ROULANT)

1. Abaissez le lit pour que les pieds de la personne à transférer touchent le plancher.
2. Verrouillez les freins du lit si le lit a des roulettes.
3. Placez le fauteuil roulant près du lit (parallèle ou légèrement en biais) en laissant assez d'espace pour que l'un des intervenants puisse se tenir debout à côté de la personne.
4. Veillez à ce que les freins du fauteuil roulant soient engagés.
5. Ajustez ou enlevez les repose-pieds du fauteuil roulant et l'appuie-bras du côté le plus proche du lit.
6. Aidez la personne à se déplacer vers le bord du lit pour mettre les pieds à plat sur le sol et les genoux au-dessus de ses orteils.
7. S'il y a lieu, mettez la ceinture de transfert, en la plaçant juste au-dessus de l'os iliaque, au niveau de la taille.
8. Tenez-vous tous les deux de chaque côté de la personne en vous faisant face.
9. Pliez vos genoux afin de vous mettre à une hauteur semblable à celle de la personne qui est encore assise.
10. Contractez vos muscles abdominaux afin de soutenir et de protéger votre dos.
11. Adoptez une posture large et pointez un pied dans la direction dans laquelle vous vous déplacez.
12. Agrippez les sangles de la ceinture de transfert, mais n'y glissez pas vos mains.

13. Demandez à la personne de se pencher vers l'avant et, au compte de trois, de se soulever du lit avec les deux bras et de pousser autant que possible sur ses deux jambes. Soutenez le bras atteint avec une écharpe si nécessaire ou si prescrit.
14. Pendant que vous aidez la personne à se mettre debout, transférez votre poids de la jambe la plus près du lit à la jambe la plus éloignée.
15. Tenez-vous bien droit pendant que la personne se lève et gardez un appui large.
16. Veillez à ce que les pieds de la personne soient placés adéquatement.
17. Permettez à la personne de se tenir brièvement debout pour prendre son équilibre.
18. Elle peut maintenant utiliser sa marchette ou sa canne, si cela est recommandé. Gardez l'aide à la mobilité à portée de main.
19. Faites faire de petits pas à la personne pour qu'elle se retourne et recule vers le fauteuil roulant.
20. Vérifiez si elle a suffisamment reculé en vous assurant que le derrière de ses jambes touche le siège du fauteuil roulant.
21. Faites-lui tendre les bras vers l'arrière pour qu'elle puisse mettre les mains sur les repose-bras si possible.
22. Toujours en vous tenant de chaque côté de la personne et en conservant un appui large, demandez-lui de pousser ses fesses vers le fauteuil et, au compte de trois, de s'asseoir doucement sur le siège.
23. Lorsque le transfert est terminé, remettez les repose-pieds et les repose-bras du fauteuil roulant en place.
24. Enlevez la ceinture de transfert et l'écharpe si vous les avez utilisées.
25. Veillez à ce que la personne soit assise confortablement et en sécurité.

Il s'agit d'une méthode de transfert. Dans tous les cas, suivez les directives élaborées par votre établissement ou votre programme communautaire. Faites toujours part à l'équipe des difficultés que vous ou la personne victime d'un AVC rencontrez, pour assurer votre sécurité et celle de la personne à transférer.



Placez vos pieds de chaque côté du pied non atteint afin de soutenir la jambe.



REPOSITIONNEMENT

Suivez les directives élaborées par votre employeur et par le plan de soins lorsque vous repositionnez une personne dans son lit, son fauteuil roulant ou sur toute autre surface. Cette tâche peut être différente d'une personne à l'autre. Le repositionnement requiert souvent de l'équipement tel que des planches pour réduire la friction ou un dispositif de levage mécanique, et peut nécessiter un ou deux employés ou plus.

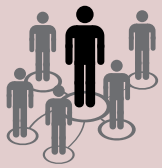
Encore une fois, suivez toujours le plan de soins et faites toujours part à l'équipe des difficultés que vous ou la personne à repositionner rencontrez.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Le patient, sa famille et les aidants naturels devraient recevoir de la formation leur permettant de mobiliser et de transférer le patient de manière sécuritaire. Cette formation devrait inclure quoi faire et comment se relever à la suite d'une chute.

MESSAGES CLÉS SUR LES TRANSFERTS

- L'AVC a souvent tendance à affecter la **capacité d'une personne à bouger** certaines parties de son corps et à passer facilement et de façon sécuritaire d'une position à une autre.
- **Demeurer au même endroit** trop longtemps exerce une pression sur la peau de cette personne et augmente le risque de complications.
- L'**emploi des techniques de transfert et de repositionnement sécuritaires et appropriées**, ainsi que l'usage de l'équipement adéquat pour aider une personne à se déplacer et à changer de position augmente sa sécurité, sa confiance et son autonomie.
- **Consulter le plan de soins** et utiliser les techniques et l'équipement recommandés par l'équipe pour chaque personne.



6.4 Motricité



CONTENU DE LA SECTION

- Marche
- Appareils fonctionnels et dispositifs d'aide à la marche (démarche)
- Marches
- Mouvements et exercices

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Un AVC peut affecter la capacité d'une personne à garder son équilibre, à utiliser sa jambe atteinte et à marcher sur une longue distance. Cette personne peut même avoir besoin d'assistance et de dispositifs d'aide à la marche pour se déplacer sur de courtes distances. Les difficultés redoubleront si la personne souffre de troubles cognitifs tels qu'un jugement altéré ou un comportement impulsif, ou si elle souffre de déficiences de perception visuelle telles que l'héminégligence visuelle. Consultez toujours le plan de soins, puisqu'il mentionne si une personne est en mesure de marcher et quel type d'assistance et d'appareils fonctionnels sont requis pour assurer sa sécurité.

MARCHE

Réapprendre à marcher de manière sécuritaire est généralement très important pour les personnes ayant survécu à un AVC. Soulignez l'importance de la sécurité afin d'éviter les chutes et les blessures; la personne doit ralentir et être consciente de la position de son pied. Si elle souffre d'héminégligence ou de troubles visuels, rappelez-lui de tourner sa tête du côté atteint afin de ne pas heurter d'objets.

En plus de la capacité à marcher de façon sécuritaire, il est important de penser à la qualité de la marche. Lorsque le cerveau se « reprogramme », la quantité et le type d'entraînement jouent un grand rôle dans la qualité du mouvement et l'ampleur du rétablissement fonctionnel.

Un physiothérapeute peut vous donner des indications particulières sur la manière d'aider une personne à marcher. Dans tous les cas, souvenez-vous des principes généraux qui suivent.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Veillez à ce que la personne porte des chaussures adéquates offrant un bon soutien et une bonne adhérence. Les pantoufles offrent un soutien minimal et peuvent provoquer des chutes et des blessures.**
- **Utilisez tous les appareils et les dispositifs d'aide recommandés par le plan de soins, par exemple, une ceinture de transfert, ou tout appareil fonctionnel comme une orthèse ou une aide à la marche.**
- **Règle générale, tenez-vous debout du côté atteint de la personne. Il y a cependant des exceptions. Le thérapeute vous dira si vous devez vous tenir ailleurs lorsque vous aidez une personne à marcher.**
- **Si la personne commence à perdre l'équilibre en marchant, demandez-lui de s'arrêter et de reprendre son équilibre avant de continuer.**

- Rappelez à la personne l'importance d'une bonne posture. Demandez-lui de se tenir droite, de regarder devant elle et de résister à l'envie de regarder ses pieds.
- Si nécessaire, donnez-lui des indications verbales ou manuelles en plaçant vos mains sur sa poitrine ou son épaule en appliquant une légère pression pour l'aider à se tenir bien droit.
- Assurez-vous que la hanche, le genou et la cheville du côté atteint demeurent alignés, pour aider la jambe à bien supporter le poids de la personne à chaque pas.
- Rappelez à la personne de répartir le poids également sur les deux pieds. Parfois, se balancer des deux côtés, comme si elle dansait lentement, peut l'aider à bien répartir son poids.
- Assurez-vous que la personne est en équilibre avant de commencer à bouger.

Faire un pas en avant avec la jambe atteinte

- Si la personne utilise une aide à la marche, demandez-lui de la mettre à une distance adéquate et de faire un pas en avant. Si elle a de la difficulté à amener la jambe vers l'avant, comme si elle était collée au plancher, veillez à ce qu'elle transfère son poids sur la jambe portante.
- Pendant qu'elle fait un pas devant avec la jambe en mouvement, rappelez-lui d'attaquer avec le talon en premier lorsqu'elle dépose son pied sur le sol en avant d'elle. Cela aide le pied à décoller du sol et favorise une meilleure flexion de la hanche, du genou et de la cheville.
- Autant que possible, dissuadez-la de :
  - Glisser le pied atteint par terre;
  - Déposer le pied à plat (encouragez l'attaque du talon);
  - Déposer les deux pieds trop près l'un de l'autre (cela crée un appui trop étroit);
  - Élever la hanche lorsqu'elle marche;
  - Balancer la jambe vers l'extérieur;
  - Regarder ses pieds;
  - Affaisser sa colonne. Veillez à ce qu'elle se tienne droite.

Faire un pas en avant avec la jambe non atteinte

La principale difficulté est que la jambe atteinte (plus faible) doit supporter le poids du corps pendant que la jambe non atteinte (forte) va vers l'avant. Cela est souvent difficile en raison de problèmes de force musculaire et d'équilibre dans la jambe et le tronc.

Encouragez la personne à :

- Concentrer sa force dans la jambe atteinte (« Appuyez-vous fermement sur cette jambe! »);
- Prendre son temps, ne pas se presser;
- Tenter d'égaliser le temps d'appui entre la jambe atteinte et la jambe valide (régulariser la cadence entre les pas);
- Éviter de trop s'appuyer sur l'aide à la marche.

Les personnes qui ont survécu à un AVC tendent à n'utiliser que leurs forces pour faire une activité. Ce phénomène se nomme la « compensation » (pour un côté ou un muscle plus faible). Cependant, n'utiliser que les mouvements ou les groupes musculaires plus forts n'aidera pas une personne à retrouver le mouvement approprié à la suite d'un AVC. Vous aurez peut-être à lui rappeler que la seule manière de devenir plus forte est d'éliminer les faiblesses.

Ce processus est épuisant, frustrant et nécessite un travail considérable, mais est nécessaire pour rétablir un mouvement normal et efficace. Défaire un modèle de mouvement inadéquat prend beaucoup plus de temps que d'apprendre le mouvement adéquat. Votre rôle de facilitateur est donc d'une très grande importance. Collaborez avec le physiothérapeute afin d'apprendre comment aider adéquatement une personne victime d'un AVC à se tenir debout, à marcher et à passer d'une position à une autre.

APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS

Un physiothérapeute peut recommander et prescrire des appareils d'assistance pour aider une personne victime d'un AVC à être plus autonome et en sécurité pendant ses déplacements. Parlez au physiothérapeute ou à un autre membre de l'équipe si vous avez des questions sur la façon de vous servir d'un appareil d'assistance recommandé.



Voici quelques appareils d'assistance classiques :

- Une **orthèse tibiale** s'insère dans le soulier sous la plante du pied. Elle remonte à l'arrière du mollet et s'attache avec une bande Velcro[MD] sous le genou. Ce genre de soutien tient la cheville droite et réduit la chute du pied. L'orthèse tibiale est souvent faite sur mesure pour obtenir le meilleur ajustement.
- Un **appareil orthopédique de soutien du pied** est un appareil qui aide à réduire le pied tombant. Il se fixe sur une chaussure lacée et aide le patient à lever le devant du pied, à lever le pied en marchant et à réduire le risque de trébucher.
- Une **chevillère** aide à soutenir une cheville faible et maintient l'articulation dans une posture adéquate lors du support du poids ou de la marche.

Vérifiez régulièrement :

- Les signes de rougeur, d'irritation cutanée ou de bris de l'appareil;
- Les changements dans la tuméfaction de la jambe, du pied ou de la cheville;
- Les plaintes d'inconfort attribuable au port de l'appareil.

Signalez tout changement de ce type au membre compétent de l'équipe, dès que possible. Il faudra peut-être modifier ou remplacer l'orthèse, surtout s'il y a eu des changements à la musculature de la personne soignée, si elle a pris ou perdu du poids, ou en cas de tuméfaction.

Le fait de mettre et de retirer ces appareils peut poser un défi supplémentaire pour une personne victime d'un AVC. L'ergothérapeute peut recommander des façons de faciliter cette tâche.

Le physiothérapeute est en mesure de choisir la bonne aide à la marche et de s'assurer que cette aide est à la bonne hauteur.

Parmi les dispositifs d'aide à la marche (démarche), notons :

- Différents types de canne (p. ex., une canne droite ou à un seul point, une canne quadripode);
- Marchette à deux ou à quatre roues;
- Déambulateur à roulettes.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Un entraînement axé sur la tâche et sur l'objectif qui est progressivement adapté devrait être assuré pour améliorer l'exécution de certaines tâches visant les membres inférieurs, comme la distance et la vitesse de marche, et le passage de la position assise à la position debout. Un entraînement axé sur la démarche (avec ou sans support corporel) peut être proposé pour améliorer la vitesse et la distance de la marche lorsqu'un entraînement au sol n'est ni possible ni approprié.

MARCHES

Les escaliers peuvent être difficiles à affronter pour quiconque a souffert d'un AVC. Ne faites jamais emprunter l'escalier à une personne qui n'a pas subi une évaluation adéquate, habituellement par un physiothérapeute, et suivez toujours les instructions du plan de soins. Avant d'aider quelqu'un à emprunter les escaliers, assurez-vous que cette personne n'a besoin que d'une aide minimale.

Discutez toujours avec le physiothérapeute si vous n'êtes pas à l'aise à l'idée d'aider une personne à emprunter les escaliers ou si vous n'êtes pas certain de la capacité de cette personne à le faire. Arrêtez si vous estimez que votre sécurité ou celle d'une personne victime d'un AVC n'est pas assurée.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



Il est fréquent que les gens se dépêchent, qu'ils ne posent que partiellement le pied sur la marche, ou qu'ils continuent, même hors d'équilibre. En préparant une personne avant de commencer, vous améliorerez sa sécurité ainsi que la vôtre.

- **Comme pour tout exercice, mais particulièrement dans le cas des escaliers, rappelez à la personne victime d'un AVC qu'elle devrait faire attention et prendre son temps.**
- **Demandez à cette personne de mettre le pied au complet sur la marche, et ne la laissez pas continuer tant qu'elle ne le fait pas correctement.**
- **Arrêtez, immobilisez-vous et faites une pause au besoin, pour qu'elle puisse reprendre son souffle et « reprendre à zéro ».**

Habituellement, on demande aux personnes victimes d'un AVC de commencer par la jambe non atteinte (forte) en montant l'escalier, et avec la jambe atteinte (plus faible) en descendant. Toute règle ayant ses exceptions, vérifiez toujours le plan de soins pour déterminer le meilleur moyen de gérer les escaliers.



Monter les escaliers

- Aidez la personne en la suivant, à l'aide d'une ceinture de transfert si son utilisation est recommandée.
- Demandez à cette personne de se servir de la rampe, dans la mesure du possible. Un accessoire de démarche peut aussi être recommandé.
- Demandez à la personne de commencer par la jambe non atteinte (forte) pour monter la marche.
- Demandez-lui ensuite de monter sur la même marche avec la jambe atteinte (plus faible). Il s'agit ici d'avoir les deux pieds au même niveau.
- Lorsqu'il est sécuritaire pour une personne de le faire, le thérapeute peut recommander qu'elle se serve d'une méthode d'un pied par marche, aussi appelée méthode « du miroir ».

Descendre les escaliers

- Aidez la personne en la précédant, à l'aide d'une ceinture de transfert si son utilisation est recommandée.
- Utilisez la rampe lorsque c'est possible.
- Demandez à la personne de commencer par la jambe atteinte pour descendre la marche.
- Demandez-lui de continuer avec la jambe non atteinte sur la même marche que la jambe non atteinte (au même niveau) ou sur la marche suivante (en miroir) selon les directives du thérapeute.



RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Le patient, sa famille et l'aidant naturel devraient recevoir une formation sur les dispositifs d'aide convenables à la démarche, les chaussures, l'utilisation du fauteuil roulant (p. ex., direction du transfert, usage de la ceinture de transfert, appareils de soutien des bras, repose-pieds et freins), compte tenu de l'environnement de soins de santé et de l'environnement communautaire.

MOUVEMENTS ET EXERCICES

Un physiothérapeute et un ergothérapeute recommanderont peut-être qu'une personne victime d'un AVC accomplisse certaines activités et certains exercices pour favoriser l'autonomie, le mouvement, la force et le rétablissement général. Vous serez peut-être appelé à aider la personne à accomplir ces activités et exercices. Le cas échéant, suivez le plan et demandez des précisions au besoin. De plus, rapportez tout problème relatif aux tâches à la personne compétente dans l'équipe.

Tenez compte de ce qui suit lorsque vous aidez une personne à effectuer son programme de réadaptation :

- **Trouvez un bon équilibre entre le repos et l'activité** afin d'éviter les frustrations et d'éviter les blessures. N'épuisez pas la personne et ne lui en demandez pas trop si elle est fatiguée.
- Certaines personnes feront de plus gros progrès que d'autres.
- **Regardez l'ensemble, prévoyez des étapes courtes et simples.** Demandez-vous si un mouvement semble naturel. Sinon, tentez de déterminer pourquoi. Discutez de vos doutes avec vos coéquipiers.
- **Demeurez calme et ne vous pressez pas.** En vous déplaçant lentement et doucement, vous aiderez la personne à mieux participer et vous lui donnerez le temps de réfléchir.
- **Expliquez ce que vous faites et assurez-vous que la personne comprend avant de le faire.** Servez-vous d'instructions simples et concises, et faites la démonstration de ce que vous demandez, au besoin.
- **Encouragez cette personne à participer** aussi souvent que possible. Donnez-lui le temps dont elle a besoin et ne donnez que l'aide nécessaire.
- **Donnez le même effort qu'elle.** Il est plus facile de le faire lorsque vous connaissez ses capacités et ses limites, ce qui lui permet de prendre son rythme en faisant des activités simples pendant une courte période. Conseillez-la au besoin.
- **Utilisez de bonnes mécaniques corporelles.**
- **Demandez toujours de l'aide si vous en avez besoin.**

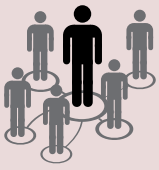


RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Les stratégies de gestion de la fatigue après un AVC peuvent varier, et elles ne s'excluent pas mutuellement en raison de la nature multifactorielle possible de la fatigue après un AVC. En plus de l'information offerte à la personne atteinte et aux aidants naturels concernant la fatigue post-AVC, les stratégies peuvent inclure l'optimisation du fonctionnement quotidien pour les activités prioritaires (p. ex., routine quotidienne et tâches modifiées qui prévoient les besoins en énergie et qui offrent un équilibre d'activité et de repos); la participation à la planification des horaires d'exercices de plus en plus exigeants appropriés au niveau de tolérance pour améliorer le reconditionnement et la tolérance physique; et la communication du niveau d'énergie et de repos aux proches, aux aidants naturels, aux employeurs et aux groupes sociaux.

MESSAGES CLÉS SUR LA MOBILITÉ

- **Soulignez l'importance de la sécurité** afin d'éviter les chutes et les blessures après un AVC : la personne doit ralentir et être consciente de la position de son pied.
- **Utilisez tous les appareils et les dispositifs d'aide** recommandés par le plan de soins, par exemple, une ceinture de transfert, ou tout appareil fonctionnel comme une orthèse ou une aide à la marche.
- Rappelez à la personne l'**importance d'une bonne posture**. Demandez-lui de se tenir droite, de regarder devant elle et de résister à l'envie de regarder ses pieds.
- **Suivez le plan d'entraînement** de la personne et surveillez-la ou aidez-la à effectuer les exercices si nécessaire.
- **Signalez tout changement** lié à la mobilité à l'équipe de soins de l'AVC





6.5 Activités de la vie quotidienne



CONTENU DE LA SECTION

- Les activités de la vie quotidienne – Sept étapes vers la réussite
- L'utilisation de la salle de bains
- Le bain
- La toilette
- L'habillement
- Les activités instrumentales de la vie quotidienne

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Le fait d'être capable d'exécuter une routine et des activités importantes de façon autonome augmente l'estime de soi et crée un sentiment d'accomplissement. L'une de vos fonctions les plus importantes est d'aider une personne victime d'un AVC à s'acquitter de tâches quotidiennes comme utiliser la salle de bains, prendre son bain, faire sa toilette et s'habiller de la manière la plus autonome et sécuritaire possible. Cela améliore ses capacités physiques, cognitives, visuelles et perceptives, en plus d'avoir un effet positif sur son humeur. Regagner de l'autonomie et de la confiance en toute sécurité est d'une grande importance pour recommencer à prendre soin de soi-même, à travailler et à participer à des activités sociales et de loisir.

LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Les activités de la vie quotidienne comme prendre son bain, brosser ses dents, s'habiller ou se raser sont des choses que nous faisons sans vraiment y penser. Un AVC peut tout changer.

De nombreux facteurs peuvent affecter la capacité d'une personne à effectuer des activités de la vie quotidienne, par exemple :

- L'incapacité de bouger un côté du corps;
- La réduction de la capacité de préhension et de la motricité fine permettant d'atteindre et de tenir des objets;
- La perte de sensation du côté atteint;
- L'héminégligence ou la conscience réduite d'un côté du corps;
- La difficulté à planifier et à suivre des étapes;
- La capacité réduite d'attention et autres troubles cognitifs;
- Une vision réduite;
- Une planification motrice réduite (apraxie).

Peu importe la tâche que cette personne tente d'effectuer, laissez-la toujours faire au mieux de ses capacités, même si cela lui prend plus de temps. Votre défi est de veiller à ce que la tâche ne soit ni trop difficile, ni trop fatigante, ni trop décourageante, tout en veillant à la sécurité de la personne. Les sept étapes suivantes vous aideront à relever ce défi.

SEPT ÉTAPES POUR RÉUSSIR

1. Préparer le terrain

Pour réussir, vous devez commencer par vous assurer que la personne est prête pour l'activité. Examinez les étapes et les attentes ensemble et parvenez à un accord. Avant de commencer, dites à cette personne ce que vous attendez d'elle et comment vous allez l'aider. Limitez les bruits et les distractions. Donnez-lui le temps nécessaire pour encourager son autonomie. Soyez conscient de ses capacités et laissez-la diriger.

2. Préparer les outils

En prenant le temps de vous préparer, vous serez en mesure de mettre la personne dans une position sécuritaire et d'effectuer rapidement la tâche. Rassemblez les outils et les accessoires nécessaires à l'avance. Placez le nécessaire à un endroit pratique auquel la personne peut accéder facilement.

Disposez les articles dans l'ordre, selon vos besoins. Ainsi, si vous placez des vêtements, faites-le dans un ordre qui permettra à la personne de les enfiler l'un après l'autre. Si cette personne est atteinte d'héminégligence, vous pouvez :

- Disposer les articles du côté atteint pour favoriser la prise de conscience;
- Désigner du doigt les articles du côté atteint, si nécessaire.
- Si la personne est atteinte de grave héminégligence et si cette approche est trop difficile, placez les articles du côté qui n'est pas atteint.

3. Se placer correctement

Veillez à ce que la personne et vous-même soyez correctement positionnés selon les recommandations du plan de soins, et intégrez les méthodes de déplacement sécuritaires en tout temps afin d'éviter les blessures, autant pour vous que pour la personne que vous aidez. Lorsque c'est possible, placez-vous du côté atteint pour favoriser la conscience de ce côté. Mettez-vous dans une position idéale pour soutenir le membre atteint et aider la personne si elle perd l'équilibre. Consultez le plan de soins, puisque certaines situations peuvent nécessiter un positionnement différent.

Soutenez le bras atteint comme indiqué dans le plan de soins. Encouragez la personne à vous aider, afin d'améliorer sa conscience du côté atteint.

4. Encourager l'utilisation du membre atteint

Utiliser le membre atteint améliore la conscience sensorielle et favorise le rétablissement moteur et l'utilisation fonctionnelle de ce membre, ce qui entraîne une plus grande autonomie. N'apportez pas plus d'aide que nécessaire.

Les mouvements possibles et le niveau de sensation du bras atteint détermineront l'importance de l'aide que la personne peut vous apporter par rapport à celle que vous devrez lui offrir. Si la mobilité du bras atteint est très limitée, la personne pourra l'utiliser pour stabiliser des objets durant l'exécution d'une tâche.

5. Donner des indications et orienter

Une capacité d'attention limitée ou l'incapacité de planifier une tâche ou de s'en souvenir peut rendre l'exécution des tâches quotidiennes très difficile pour une personne victime d'un AVC. Pour aider cette personne, vous pouvez lui donner des instructions et des indications. L'aide « main sur la main » peut être recommandée pour certains types de déficiences comme l'apraxie. Un thérapeute pourra vous indiquer si une telle méthode convient.

Vous pouvez également suivre le même processus utilisé pour aborder les autres types de déficiences :

- Subdivisez la tâche en petites étapes.
- Donnez des instructions claires et simples.
- Guidez la personne verbalement à chaque étape.
- Si elle éprouve des difficultés de communication, montrez-lui comment effectuer la tâche.
- Abordez la tâche de la même manière et utilisez les mêmes indications chaque fois, afin que la personne puisse la maîtriser.
- Encouragez-la à chaque étape de l'activité et aidez-la à réussir en n'effectuant pour elle que les étapes qu'elle n'est pas en mesure d'effectuer seule.

6. Utiliser des appareils et accessoires fonctionnels

Les dispositifs d'assistance (p. ex., verres, appareil auditif, ou autre équipement d'ordonnance), permettent aux personnes victimes d'un AVC d'être plus autonomes. Un ergothérapeute ou un autre membre de l'équipe peut recommander les dispositifs et appareils fonctionnels les plus appropriés en tenant compte des capacités et de l'environnement d'une personne victime d'un AVC.

Si vous ne savez pas comment utiliser un appareil ou un type d'équipement en particulier, demandez à l'apprendre.

7. Reconnaître et encourager

Réapprendre comment effectuer des tâches quotidiennes peut être difficile et frustrant. Lorsque vous soulignez chaque victoire, vous augmentez l'estime de soi de la personne atteinte et vous l'encouragez à continuer. Par exemple, le fait qu'elle agrippe la barre d'appui pour un transfert pendant un bain est une réussite importante. C'est également le cas si elle parvient à se laver le visage ou à sécher le haut de son corps.

Veillez à ce que le type d'encouragement que vous donnez à la personne atteinte respecte et maintienne sa dignité. Ne la traitez pas comme un enfant.

L'UTILISATION DE LA SALLE DE BAINS



Aller aux toilettes est une activité personnelle et privée. Une personne qui a besoin d'aide pour faire sa toilette risque de trouver le besoin d'aide et la perte d'intimité désagréables. Après avoir évalué l'équilibre, le jugement et la capacité physique de cette personne, l'ergothérapeute décide si on peut la laisser utiliser la salle de bains par elle-même.

Quand vous vous occupez de la toilette d'une personne, faites bien attention à sa dignité et à son intimité. Par exemple, acceptez qu'elle désire fermer la porte de la salle de bains (tant que cela demeure sécuritaire selon le plan de soins), même si vous êtes la seule personne présente.

Planifier

Avant de commencer, consultez le plan de soins afin de savoir si une personne peut utiliser la toilette sans surveillance.

Assurez-vous que tout le matériel nécessaire est au bon endroit avant le transfert sur la toilette ou la chaise d'aisance. Veillez aussi à ce que le papier hygiénique ou les lingettes soient à portée de main.

Assurer une position adéquate

Suivez le plan de soins lorsque vous effectuez le transfert ou le positionnement d'une personne sur la toilette.

- Utilisez la méthode de transfert recommandée dans le plan de soins pour aider une personne à utiliser la toilette.
- Soutenez le bras atteint avec une écharpe si nécessaire.
- Placez ses pieds à plat sur le plancher. Cela l'aide à garder son équilibre et à se sentir plus en sécurité.

Si la personne ne peut pas être transférée sur la toilette de manière sécuritaire, celle-ci pourrait être en mesure d'utiliser une chaise d'aisance (une toilette portable). Les chaises d'aisance peuvent être employées lorsque la toilette n'est pas accessible, ou pour aider une personne à se rendre à la salle de bains, si elles ont des roulettes. Elles peuvent également être utilisées au chevet de la personne soignée si la salle de bain est trop éloignée. Veillez à ce que les freins soient engagés lorsque vous transférez une personne vers la chaise d'aisance ou à partir de celle-ci.

Suivez les directives de positionnement, de mobilité et de transfert établies par votre lieu de travail. La plupart des établissements et des collectivités ont établi des procédures de déplacement sécuritaire des patients et dispensent de la formation afin d'assurer votre sécurité ainsi que celle du patient. Employez des pratiques professionnelles sécuritaires et suivez les formations offertes régulièrement.

Il se peut qu'une personne atteinte de déficiences graves et dont la fonction est restreinte doive aller à la selle et uriner de son lit. Cette solution ne doit être utilisée qu'en dernier recours. Pour ce faire, aidez la personne à se tourner sur le côté atteint et placez le bassin de lit au bon endroit. Assurez-vous de protéger son bras atteint.

Appareils et accessoires fonctionnels

Les barres d'appui murales et les poteaux verticaux sol-plancher aident une personne à se lever et à garder son équilibre lorsque vous l'aidez à faire sa toilette ou à s'habiller. Demandez à cette personne de se lever de son fauteuil roulant ou de s'y asseoir en poussant sur les repose-bras plutôt qu'en tirant sur les barres d'appui ou sur le poteau.

Les sièges de toilette surélevés aident une personne à s'asseoir et à se lever de manière sécuritaire.

Les chaises d'aisance peuvent être stationnaires ou comporter des roulettes, ce qui permet de les déplacer facilement sur de courtes distances, par exemple dans la salle de bains ou par-dessus la toilette.

Les accoudoirs de toilette (barres d'appui pour toilette) fournissent un bon appui pour les bras ainsi qu'une surface rigide sur laquelle pousser lorsqu'une personne se lève et s'assoit lors d'un transfert.

Les supports à papier hygiénique devraient être à portée de main. Rappelez à la personne de ne jamais utiliser un support à papier hygiénique au lieu d'une barre d'appui.

Les produits d'hygiène comme les lingettes permettent de s'occuper des soins personnels facilement après être allés à la toilette.

LE BAIN

L'AVC va souvent transformer ce qui est généralement un plaisir intime en source de désagréments. La crainte de se blesser et la perte de l'intimité peuvent affecter le sens de la dignité d'une personne et empirer son impression de perte. Lorsque vous aidez une personne à prendre son bain, il convient de tenir compte de ces sentiments et de ces craintes, et de faire preuve de patience et d'empathie.

Un ergothérapeute peut déterminer la méthode de transfert la plus sécuritaire et recommander le recours à des appareils pour favoriser l'autonomie et la sécurité. Un banc de transfert pour le bain ou un siège de bain avec des barres d'appui peut être recommandé pour une personne incapable de s'asseoir de façon sécuritaire dans la baignoire ou de se tenir debout dans la douche sans aide.

La sécurité prime! Le risque de chute dans la salle de bains est très élevé surtout lors d'activités comme essayer de rester en équilibre en entrant et en sortant du bain, être debout sur des surfaces mouillées, se déplacer sans chaussures, et bouger dans des lieux étroits. Les surfaces rigides de la salle de bain peuvent causer de graves blessures en cas de chute. Il faut, entre autres, faire attention aux planchers et appareils mouillés et glissants, et éloigner les tapis qui glissent facilement.



Préparer les outils

- Retirez les tapis de la salle de bains, à moins qu'ils soient antidérapants et sécuritaires.
- Vérifiez la température de l'eau.
- Mettez les produits nettoyants, les lingettes, les serviettes et les lotions à portée de main. Servez-vous de tapis de bain de caoutchouc (antidérapant) (ou d'une solution de rechange convenable) pour éviter qu'une personne perde pied lors de l'entrée et de la sortie du bain.
- Préparez et disposez l'équipement recommandé dans la baignoire avant d'aider une personne à y entrer et à en sortir.

Assurer une position adéquate

Suivez cette démarche lors de l'utilisation d'un banc de transfert.

1. Installez la personne sur la partie du banc au-dessus du bord de la baignoire.
2. Aidez-la à déplacer les fesses vers l'arrière du banc, à se retourner et à lever les jambes par-dessus le rebord de la baignoire.
3. Vérifiez qu'elle est bien assise sur le banc.
4. Aidez-la à se laver au besoin.
5. Aidez-la à glisser vers le bord du banc et à lever les jambes par-dessus le bord du bain.
6. Faites-la asseoir sur le bord du banc, en s'assurant que ses pieds sont bien ancrés au sol.
7. Aidez-la à se sécher, au besoin.
8. Assurez-vous que le sol est sec avant que la personne se mette debout ou que vous la remettiez dans son fauteuil roulant.

Appareils et accessoires fonctionnels

Un **banc de transfert** comprend deux pattes dans la baignoire et deux à l'extérieur. Il permet à une personne de s'asseoir sans devoir enjamber le bord du bain. Il peut comporter un trou pour faciliter le nettoyage des fesses.

Les **bancs** et les **planches de bain** permettent aux personnes qui ont une faible tolérance aux activités et à celles qui ont des problèmes d'équilibre de s'asseoir et de se reposer au besoin.

Les **barres d'appui (fixes et à ventouses)** favorisent l'autonomie et la sécurité. Un ergothérapeute est en mesure de recommander le type de barre nécessaire, l'endroit où l'installer et la manière de l'utiliser sans danger. Les barres peuvent servir à entrer dans la baignoire ou pour se tenir un moment sous la douche.

Une **douche-téléphone** et des **outils** comme une brosse à long manche, un gant ou un savon sur une corde favorisent l'autonomie.

Un **tapis de bain** ou un **revêtement antidérapant** réduit le risque de chute dans une baignoire ou sur un plancher de douche glissant.

Les **systèmes de levage hydrauliques** peuvent descendre une personne dans la baignoire plus aisément qu'en passant par un banc de bain, et relever cette personne pour faciliter la sortie de bain.

LA TOILETTE



La toilette comprend les tâches suivantes :

- Se laver le visage;
- Se brosser les dents ou nettoyer son dentier;
- Se raser;
- Se maquiller;
- Se coiffer;
- Se couper les ongles.

Assurer une position adéquate

Si une personne a besoin d'aide pour l'une ou l'autre de ces tâches, faites-la asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant stable et demandez-lui de mettre ses pieds à plat sur le sol. Si le fauteuil roulant est très bas, il pourrait être préférable de se servir d'une autre chaise dans la salle de bains. Un banc troué à roulettes peut également s'avérer être une option intéressante.

Si la personne doit se tenir debout et que son équilibre est précaire, une barre d'appui et une chaise peuvent servir de protection et de soutien.

Soutenez le bras ou la main atteinte sur le comptoir. Ne levez pas le bras plus haut que l'épaule, car vous pourriez causer une douleur à l'épaule. Si le plan de soins le prescrit, aidez la personne à poser le bras atteint dans une attelle si elle est debout, ou sur le plateau ou l'appuie-bras du fauteuil roulant avant d'entreprendre la tâche.

Exemples d'appareils d'assistance qui facilitent les tâches quotidiennes pour les personnes qui ont une fonction manuelle restreinte (comme une mauvaise préhension ou une mauvaise dextérité) :

- Une brosse à dents ou une brosse à dentier sur ventouses;
- Des brosses à dents et des peignes à manche large;
- Des brosses à dents électriques;
- Du savon liquide dans un contenant à pompe;
- Un panneau coupe-ongles, soit un coupe-ongles de format standard fixé solidement à une base avec une ventouse (vérifiez auprès de l'équipe de soins avant de vous en servir).

L'HABILLEMENT

Les vêtements amples sont plus faciles à enfiler que les autres. Les vêtements adaptés permettent à une personne de se vêtir avec plus d'autonomie. En voici quelques exemples :

- Des chaussures à Velcro[MD] ou à lacets élastiques;
- Des soutiens-gorge à fermeture à l'avant;
- Des pantalons, shorts et jupes à bande élastique.

Exemples d'appareils d'aide qui permettent à une personne qui a subi un AVC de s'habiller :

- Une pince à long manche;
- Un manche enfile-vêtement;
- Un tire-bouton ou une tirette pour fermeture à glissière;
- Un tabouret pour les pieds;
- Un enfile-bas et un chausse-pied à long manche.

Préparer les outils

Choisir ses vêtements, c'est exprimer sa personnalité. Essayez de laisser la personne faire ses choix vestimentaires aussi souvent que possible. Offrez des choix adéquats si elle a du mal à exercer son jugement ou à décider.

Si une personne a de la difficulté avec les étapes, disposez les vêtements dans l'ordre où elle devra les mettre.

Assurer une position adéquate

Faites en sorte que la personne s'assoie dans une chaise à dossier avec les pieds à plat sur le sol. Ne la laissez pas s'asseoir sur le bord du lit pour se vêtir, car la surface est instable et il est facile d'en glisser.

Inciter l'utilisation du membre touché

Vêtir le membre atteint en premier. Dévêtir le membre non atteint en premier. L'une des manières les plus faciles d'habiller une personne consiste à mettre votre bras dans le vêtement en passant par l'ouverture convenable (à l'extrémité correspondant au poignet ou à la cheville), de saisir délicatement le bras ou la jambe de cette personne et de remonter le vêtement le long du membre.

Voici quelques stratégies permettant aux personnes victimes d'un AVC de s'habiller de façon plus autonome.

Mettre un t-shirt



1. Posez le t-shirt sur les genoux de la personne, face en bas, encolure au genou. Si la personne le fait seule, dites-lui de se servir de l'étiquette comme repère.
2. Demandez à la personne de commencer par insérer son bras atteint, puis remonter la manche jusqu'à l'épaule. Cela empêche le t-shirt de glisser et réduit l'énergie nécessaire pour monter le bras. Faites attention de ne jamais soulever le bras atteint trop haut, car vous pourriez blesser l'épaule ou lui causer de la douleur.
3. Inclinez la tête vers l'avant, dans l'encolure.
4. Insérez le bras non atteint.

Mettre des chaussettes

1. Croisez la jambe atteinte sur l'autre. Si le geste est trop difficile, essayez de poser une jambe sur un tabouret bas, en laissant les orteils dépasser.
2. Enfilez la chaussette avec une main en utilisant le pouce, l'index et le majeur pour l'ouvrir.
3. Croisez la jambe non atteinte sur l'autre pour enfiler l'autre chaussette.

Enfiler un pantalon

Une table pour aider à tenir l'équilibre tout en enfilant les pantalons peut s'avérer utile.

1. Croisez la jambe atteinte sur l'autre et enfilez une jambe de pantalon le plus loin possible.
2. Décroisez les jambes et mettez l'autre jambe dans le pantalon.
3. Mettez-vous debout partiellement et tirez le pantalon jusqu'à la taille.

LES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Les activités instrumentales de la vie quotidienne sont les tâches quotidiennes plus élaborées, comme les tâches ménagères, la préparation des repas, le magasinage, la gestion des finances et les déplacements.

La capacité d'une personne victime d'un AVC à participer à ces activités peut être réduite. Elle peut obtenir de l'aide de ses proches ou de dispensateurs de soins de santé. Si une personne victime d'un AVC participe à ces tâches, les mêmes facteurs qui affectent sa capacité d'effectuer des activités de la vie quotidienne doivent être pris en compte.

Si vous offrez de l'aide dans ces domaines, n'oubliez pas les sept étapes de la réussite pour permettre l'autonomie et la sécurité de cette personne. Un ergothérapeute ou un autre membre de l'équipe de soins de santé peut offrir des conseils et des recommandations pour favoriser la sécurité et l'autonomie dans l'exécution de ces tâches.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Conservez un équilibre entre le fait de savoir quand aider et quand laisser une personne accomplir sa tâche de façon autonome.**
- **Soyez patient. Accordez un délai suffisant pour chaque étape.**
- **Célébrez les petites victoires et les efforts à chaque tâche.**

MESSAGES CLÉS SUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

- ❑ Le fait d'être **capable d'exécuter une routine et des activités importantes de façon autonome** augmente l'estime de soi et crée un sentiment d'accomplissement, en plus de faire partie intégrante du rétablissement.
- ❑ **Encouragez la personne victime** d'un AVC à être la plus autonome possible et à participer activement aux activités quotidiennes.
- ❑ **Assurez-vous que l'environnement est sécuritaire** pour permettre la participation de cette personne.



- ❑ Les **dispositifs d'assistance** (p. ex., verres, appareil auditif ou autre équipement d'ordonnance), permettent aux personnes victimes d'un AVC d'être plus autonomes. N'utilisez que les appareils approuvés par les membres de l'équipe de soins de l'AVC.

6.6 Activités sociales et de loisir



CONTENU DE LA SECTION

- L'importance des loisirs
- Les loisirs après un AVC
- La détermination et la planification des activités de loisir
- Les appareils et accessoires fonctionnels

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Il faut donner aux personnes victimes d'un AVC l'occasion de décrire leurs activités de loisir avant l'AVC, et évaluer leurs besoins en réadaptation afin de reprendre ces activités. La participation à des activités de loisir doit être encouragée. Les personnes qui éprouvent de la difficulté à participer à des activités de loisir devraient bénéficier d'interventions thérapeutiques ciblées.

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

Les activités sociales et de loisir ajoutent du plaisir et de la satisfaction à la vie. Vous pouvez aider la personne victime d'un AVC à reprendre les activités qu'elle appréciait, ou à en essayer de nouvelles qui répondent à ses champs d'intérêt et à ses capacités. Donner des encouragements et du soutien afin qu'elle se sente assez en confiance pour tenter de nouvelles choses ou pour modifier son approche afin de pouvoir poursuivre ses activités. Vous pouvez collaborer avec la personne victime d'un AVC et avec l'équipe afin d'étudier des programmes et des ressources communautaires ou de trouver des appareils d'assistance.

L'IMPORTANCE DES LOISIRS ET DES ACTIVITÉS SOCIALES

Les loisirs et activités sociales comme l'exercice, le sport, la lecture, le fait de passer du temps avec les enfants, les petits-enfants et les amis, un passe-temps, etc., revigorent le corps et l'esprit. Les loisirs enrichissants donnent un certain sens de positivisme, réaffirment le plaisir de vivre, et améliorent la qualité de vie.

Les loisirs enrichissants jouent un rôle important en ce qu'ils permettent à une personne victime d'un AVC de s'occuper, d'organiser sa journée et de demeurer fonctionnelle. Ces loisirs peuvent répondre aux besoins d'une personne en matière de contacts sociaux, de compétition, de mise en forme, de sentiment d'accomplissement et de contrôle, de stimulation intellectuelle, de créativité et de détente. Pour y arriver, les activités doivent être plus enrichissantes que consommatrices de temps.

Sans activités plaisantes, loisirs ou passe-temps, les journées vont dans bien des cas sembler longues, vides et inutiles.

LES LOISIRS APRÈS UN AVC

Souvent, une personne victime d'un AVC reprend ses activités après quelques modifications ou en se servant d'appareils d'aide. Par exemple, une personne qui appréciait la pêche, mais qui n'a plus l'usage que d'un bras, peut avoir besoin d'équipement spécialisé pour tenir la canne afin de pouvoir se servir de la main valide pour gérer le moulinet. Une personne qui adorait lire, mais qui présente une durée d'attention restreinte pourrait écouter des livres parlés.

Une personne qui aimait jouer aux échecs peut trouver que la dégradation cognitive rend l'activité trop difficile, mais elle pourrait toujours jouer aux dames.

Certaines activités de loisir pourraient correspondre aux champs d'intérêt et habiletés d'une personne qui se rétablit à la suite d'un AVC :

- Des activités physiques : tai-chi, marche, yoga, natation, quilles, curling;
- Des activités de plein air : jardinage, pêche, observation des oiseaux;
- Des activités solitaires : ordinateur, lecture, mots croisés;
- Des divertissements : films, concerts, théâtre, magasinage;
- Des sorties communautaires : excursions de groupe, telles que des sorties avec un groupe du troisième âge;
- Une vie sociale : Fêtes, soupers entre amis, restaurants;
- Du bricolage mécanique : réparation de voitures, construction de modèles réduits;
- Des passe-temps artistiques et créatifs : peinture, couture, travaux à l'aiguille, céramique;
- Des groupes de services : activités de communauté de foi, organismes bénévoles;
- Des groupes et clubs culturels.

LA DÉTERMINATION ET LA PLANIFICATION DES ACTIVITÉS DE LOISIR

Apprendre à connaître la personne peut aider grandement à planifier des activités de loisir. Renseignez-vous sur cette personne en lui demandant :

- Quelles sont vos activités préférées?
- Qu'est-ce que vous aimez de ces activités?
- Avec qui aimez-vous faire des activités?
- Où aimez-vous faire vos activités préférées?
- Quand préférez-vous faire ces activités?

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **En cas de difficultés de communication, vous pourriez lui montrer un collage représentant des activités de loisir appropriées et lui demander d'indiquer celles qui lui plairaient. Signalez ce que vous avez appris à vos coéquipiers, comme le récréothérapeute ou l'ergothérapeute, qui pourront vous proposer des activités, déterminer la façon de modifier une activité, ou recommander des appareils d'assistance. Si vous ne savez pas si une activité est sécuritaire ou appropriée, adressez-vous à l'équipe.**

- **Recherchez les ressources communautaires. Les organismes communautaires proposent une multitude d'activités, dont du théâtre, des festivals, des foires, des centres pour personnes âgées, ou des activités confessionnelles, entre autres. Consultez le journal communautaire, la télévision ou la radio pour vous renseigner sur les prochaines activités. De nombreuses collectivités publient aussi des bulletins pour les aînés, des guides sur les installations de loisir, et des dépliants de centre récréatif, qui peuvent aider à trouver des possibilités.**

LES APPAREILS ET ACCESSOIRES FONCTIONNELS

De nombreux appareils d'assistance permettent aux personnes avec des déficiences (comme une perte de la vue, une mobilité réduite, et l'usage d'une seule main) de participer aux activités de loisir.

Jeux

- Support de cartes à jouer pour jouer d'une seule main;
- Cartes en gros caractères;
- Batteur de cartes à piles;
- Casse-tête à gros morceaux;
- Reposoir pour queue de billard;
- Jeux électroniques.



Lecture

- Support pour livre;
- Livres sonores, livres sur CD;
- Mots croisés, sudoku ou mots cachés à gros caractères;
- Loupe ou verre grossissant;
- Programmes informatiques qui lisent l'information à voix haute.

Ordinateur

- Texte avec de plus gros caractères;
- Loupe informatique;
- Grand écran;
- Clavier modifié;
- Logiciel de reconnaissance vocale;
- Des tablettes électroniques telles qu'un iPad[MD] avec des jeux et des activités.

Artisanat

- Enfile-aiguilles;
- Pince et support pour permettre la broderie, le tricot et le crochet;
- Autres adaptations pour stabiliser les projets si une personne travaille avec une seule main ou une main à mobilité réduite;
- Poignées larges pour les crayons, stylos, pinceaux et autres outils.
- Activités de plein air
- Bicyclette à trois roues;
- Support pour canne à pêche;
- Outils et table de jardinage adaptés.

Accessoires d'activités extérieures

- Tricycle
- Porte canne à pêche
- Outils et table de jardinage adaptés

Sports

- Exercices de réadaptation en piscine ou aquathérapie;
- Flotteurs de piscine et veste de flottaison individuelle;
- Sports pour fauteuil roulant (p. ex., curling assis dans un fauteuil roulant et avec un poussoir pour « lancer » la pierre);
- Rampe ou poussoir pour boule de quille;
- Équipement de golf spécialisé comme une voiturette adaptée pour pouvoir frapper la balle sans en descendre, un gant modifié pour aider à la préhension, ou un appareil pour planter et retirer le té.

MESSAGES CLÉS SUR LES ACTIVITÉS DE LOISIR

- ❑ **Les activités sociales et de loisir** ajoutent du plaisir et de la satisfaction à la vie.
- ❑ Les loisirs enrichissants donnent un certain **sens de positivisme**, réaffirment le plaisir de vivre, et améliorent la qualité de vie.
- ❑ Les personnes victimes d'un AVC **peuvent avoir besoin d'adaptations** pour poursuivre leurs activités de loisir, ou faire l'essai de nouvelles activités.
- ❑ **Plusieurs appareils d'aide** permettent de surmonter les difficultés liées à la participation aux activités de loisir.
- ❑ **Encouragez les personnes victimes** d'un AVC à participer activement, et faites preuve de patience et de compréhension.





6.7 Les aidants naturels, la famille et les amis



CONTENU DE LA SECTION

- Les répercussions de l'AVC sur la famille
- Le stress vécu par les aidants naturels

VOTRE RÔLE EN TANT QUE DISPENSATEUR DE SOINS DE SANTÉ

La première étape du soutien aux aidants naturels et à la famille d'une personne victime d'un AVC est de reconnaître les effets de cet événement sur eux. Vous êtes à même de les aider à s'adapter et à faire face à la situation. Bien souvent, les compétences et les stratégies requises (patience, compréhension et connaissances) sont semblables à celles que vous utiliseriez avec la personne atteinte elle-même.

LES RÉPERCUSSIONS DE L'AVC SUR LA FAMILLE

L'AVC touche toute la famille. La personne victime d'un AVC vit des deuils et a besoin de temps pour s'adapter aux changements entraînés par cet événement. Les membres de la famille subissent ces changements et vivent eux aussi ces deuils, et pourraient connaître de nombreuses émotions en y faisant face. Chaque famille est unique, et chaque membre peut réagir différemment, selon sa personnalité, ainsi que la relation qu'il entretient avec la personne victime d'un AVC.

Les domaines touchés et les exemples de difficultés rencontrées peuvent comprendre ce qui suit :

Finances

- La perte de revenu : La personne victime d'un AVC qui était auparavant le soutien de famille principal ne peut plus travailler.
- Argent et prestations : Il se peut que l'aidant naturel ne soit pas en mesure de gérer les finances de la victime d'un AVC, ou de faire des demandes de prestations à sa place, ou qu'elle se sente dépassée par les événements.
- Un aidant naturel pourrait se sentir coupable de travailler et de laisser l'être cher à la maison.

Rôles et responsabilités

- Les enfants les plus âgés de la famille pourraient devoir prendre des responsabilités vis-à-vis des plus jeunes si l'un des parents a subi un AVC et n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions parentales comme avant.
- Si la victime d'un AVC était la seule à effectuer les tâches ménagères, l'aidant naturel pourrait avoir à apprendre comment effectuer ces tâches à sa place.
- Il se peut qu'un ami ait été désigné dans la procuration et qu'il doive maintenant s'occuper de payer toutes les factures de la personne atteinte.

Exemples de routines

- Une personne allait toujours chercher ses enfants à l'école avant de subir un AVC. Les enfants doivent maintenant s'y rendre en autobus.

- La victime d'un AVC habite maintenant dans un établissement de soins de longue durée et ses proches doivent modifier leurs habitudes afin d'avoir le temps de lui rendre visite chaque jour.
- Un couple pourrait ne plus être en mesure de prendre ses vacances annuelles à l'étranger en raison de la mobilité réduite du membre du couple qui a subi un AVC.

Exemples touchant la santé physique et le bien-être

- Il se peut qu'un aidant naturel perde des heures de sommeil, et devienne fatigué et épuisé, s'il doit se réveiller quelques fois au cours de la nuit pour aider la personne victime d'un AVC à aller à la salle de bains.
- Le fait de devoir aider physiquement la victime d'un AVC à prendre son bain, à utiliser la toilette et à se déplacer, peut causer de la fatigue, surtout si l'aidant naturel est fragile ou blessé.

Exemples touchant la santé mentale et le bien-être

- Les membres de la famille du survivant d'un AVC pourraient être anxieux ou stressés par rapport à ses besoins de santé. Par exemple, ils pourraient s'inquiéter de son alimentation, de sa prise de médicaments, de sa sécurité lorsqu'il se déplace, du risque de chute, etc.
- Les aidants naturels pourraient se sentir coupables de prendre du temps pour eux-mêmes, de souhaiter que cela soit « terminé », ou de penser que les soins qu'ils apportent ne sont pas suffisants.

Les membres de la famille et les aidants naturels peuvent vivre les mêmes émotions que la personne victime d'un AVC : deuil, dépression, colère, crainte de l'avenir, inquiétudes liées aux finances ou à la qualité des soins. Tout comme la victime d'un AVC, ils peuvent aussi avoir l'impression d'être dans des montagnes russes émotionnelles. Pour certains, le deuil est très profond, comme si la personne venait de mourir.



CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



- **Demandez-leur comment ils se sentent par rapport aux changements qui sont survenus.**
- **Offrez de l'information et de l'assistance.**
- **Encouragez-les et faites des commentaires positifs. Les membres de la famille ont besoin de savoir que les autres remarquent et apprécient leurs efforts, et qu'ils reconnaissant qu'ils font de leur mieux.**
- **Avec la permission de la victime d'un AVC et de sa famille, encouragez les proches qui veulent participer aux soins à le faire. Donnez de l'information et du soutien afin qu'ils aient confiance en leur capacité d'aider.**
- **Encouragez les membres de la famille à prendre du temps pour eux-mêmes. Ils doivent trouver le juste équilibre entre les soins pour eux-mêmes et ceux pour la personne atteinte.**
- **Surveillez les signes de stress ou d'autres émotions négatives. Si vous vous inquiétez de l'humeur d'un membre de la famille, avertissez l'un de vos coéquipiers.**

LE STRESS VÉCU PAR LES AIDANTS NATURELS

Les aidants naturels peuvent être des membres de la famille, des amis, des voisins, ou autres. Il y a généralement une personne en particulier qui a la responsabilité de prendre soin du survivant d'un AVC. Il peut s'agir du conjoint, d'un enfant adulte, du frère, de la sœur, d'un ami proche ou d'un voisin.

Prendre soin d'une victime d'un AVC peut être difficile, stressant et consommateur de temps, surtout si l'aidant naturel n'a eu que peu ou pas de formation et ne bénéficie pas d'un grand soutien. Voici quelques exemples d'émotions pouvant être ressenties par les aidants naturels :

Anxiété

- Durée des soins : Pendant combien de temps devra-t-il prendre soin de la victime d'un AVC? Cette inquiétude est souvent présente lorsque l'aidant naturel a des problèmes de santé ou est plus âgé.
- Responsabilité : Certains aidants naturels pensent qu'il est de leur devoir, en tant que conjoint, enfant ou membre de la famille, de prendre soin seules de la personne atteinte. Même si cela est stressant, il le serait encore plus pour elles de ne pas offrir ces soins.

Inquiétude

- Stress lié aux finances : Seront-ils en mesure de subvenir financièrement aux besoins de sa famille?
- Qualité des soins : Offrent-ils les meilleurs soins possible?

Sentiment de peur

- Isolement social : Peut se produire lorsque les offres initiales d'aide et d'appui des amis et des membres de la parenté diminuent.
- Répondre aux attentes : La peur que les autres jugent la qualité des soins qu'ils apportent ou les décisions qu'ils prennent par procuration.

- Dégradation de l'état : Inquiétudes que d'autres problèmes de santé surviennent et rendent les soins de la victime d'un AVC plus difficiles à gérer.

Culpabilité

- Avoir peur de ne pas être en mesure de répondre aux besoins de la victime d'un AVC et s'inquiéter de ce que cette dernière pensera de l'aidant naturel.
- Avoir à prendre des décisions par procuration comme le choix de placer la victime d'un AVC dans un établissement de soins de longue durée ou d'accepter des services (soins de relève à domicile, par exemple) que l'aidant naturel refuse ou pense ne pas avoir besoin.

Frustration

- Voir la personne victime d'un AVC faire face à des difficultés et ne pas intervenir pour lui laisser l'occasion d'échouer afin de favoriser son apprentissage durant le processus de réadaptation.
- Voir la personne faire face à des difficultés émotionnelles en raison de nombreux changements.
- Gérer les attentes liées au rétablissement : Ne pas obtenir d'améliorations ou moins que prévu.

Colère

- Éprouver du ressentiment face aux effets de l'AVC sur leur vie : « Ce n'était pas ce que nous avions planifié pour notre retraite. »
- Manque de reconnaissance en tant qu'aidant naturel : De la part d'une personne victime d'un AVC, d'autres membres de la famille ou proches, du lieu de travail, du gouvernement, etc.

Épuisement

- **Physique :** Offrir des soins physiques et s'occuper d'autres tâches ménagères (cuisiner, faire le ménage, faire les courses, etc.) peut être épuisant. Cela peut être aggravé par le manque de sommeil, par exemple si l'aidant naturel doit se lever la nuit pour aider la victime d'un AVC à aller à la salle de bains.
- **Mental et émotionnel :** Voir une victime d'un AVC confrontée à des difficultés physiques, cognitives, perceptives et émotionnelles peut avoir un effet dévastateur sur le moral des aidants naturels. Les changements de comportement ou de personnalité que peut présenter la victime d'un AVC peuvent également être émotionnellement épuisants à gérer pour les aidants naturels.
- Ces personnes peuvent sembler apathiques ou insensibles en raison de la **fatigue excessive**, ce qui rend la prise de décision et la réflexion difficile.

Confusion

- **Inversion des rôles :** Les aidants naturels ont parfois à assumer des responsabilités que la victime d'un AVC avait auparavant envers eux. Cela demande donc une adaptation et un apprentissage rapides de la part des aidants naturels. Par exemple, un enfant pourrait avoir à prendre soin de son parent et à l'aider pour ses soins personnels. Également, une femme pourrait avoir à gérer les finances du ménage, si son mari s'occupait de payer les factures et qu'il n'est maintenant plus en mesure de le faire. L'inversion des rôles peut augmenter le stress chez les aidants naturels autant que chez la personne malade.
- **Confusion liée à la foi :** Les aidants naturels pourraient se demander pourquoi cela leur arrive à eux ou à la personne malade, ou quel message elles doivent tirer de leurs fonctions comme aidants naturels.

CE QUE VOUS ÊTES EN MESURE DE FAIRE POUR AIDER



Vous pouvez jouer un rôle important dans la détection du stress chez les aidants naturels et leur offrir du soutien dans ces nouvelles fonctions qui peuvent également être inhabituelles.

- **Écoutez l'aidant naturel.** Elle a besoin de parler de ses inquiétudes. Proposez-lui de téléphoner à quelqu'un qui pourrait l'aider à gérer le stress, par exemple un travailleur social ou une personne faisant partie de sa communauté religieuse. Soyez conscient qu'il peut être mal à l'aise de parler du stress et de la fatigue liés aux soins il offre par peur du jugement ou de la critique. Communiquez toujours en faisant preuve de compréhension et d'empathie. Faites preuve de compassion, soyez tolérant et ne jugez pas.
- **Observez l'aidant naturel.** Des pleurs, de la colère, un regard fuyant et un retrait des autres sont des signes de stress. Si vous avez des préoccupations graves, faites part de vos observations à vos coéquipiers.
- **Renseignez-vous sur le réseau de soutien de l'aidant naturel.** Les réseaux de soutien peuvent inclure les membres de la famille, les amis, les voisins, le médecin ou tout autre professionnel de la santé, ainsi que les groupes sociaux ou religieux. Encouragez l'aidant naturel à aller chercher de l'aide au sein de son réseau de soutien.
- **Rassurez-le à propos de la qualité des soins qu'il offre.** Prouvez-lui sa capacité à répondre aux besoins de la victime d'un AVC en matière de soins.
- **Communiquez clairement et systématiquement avec l'aidant naturel.** Demandez-lui directement ce qui peut être fait pour alléger les demandes qui pèsent sur lui. Ne la sermonnez pas sur ce qu'il devrait ou ne devrait pas faire.
- **Encouragez l'aidant naturel.** Tentez de lui donner un sentiment d'espoir réaliste à propos de l'avenir et encouragez-le à croire qu'il sera en mesure de s'adapter à cette nouvelle réalité. Rappelez-lui que l'état de la plupart des gens ayant subi un AVC s'améliore continuellement au fil des mois ou des années.
- **Recommandez des ressources utiles à l'aidant naturel.** Soyez au courant des ressources pratiques. Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral et Prendre en main son rétablissement sont tous deux accessibles auprès de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Vous pouvez également lui suggérer de participer au programme La vie après un AVC ou à tout autre groupe de soutien pertinent. Ces groupes apportent de l'information précieuse à propos de la vie après un AVC et peut permettre à l'aidant naturel de voir qu'il n'est pas le seul à vivre cette épreuve.
- **Signalez vos préoccupations.** Si vous pensez qu'un aidant naturel ne va pas bien et qu'il aurait besoin de plus de soutien, parlez-en à votre gestionnaire de cas ou suggérez à la personne de téléphoner elle-même au gestionnaire de cas ou au travailleur social pour en parler.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRATIQUES OPTIMALES

Il faut, à chaque transition d'un milieu de soins à un autre, effectuer un dépistage portant sur le niveau d'adaptation, le risque de dépression et d'autres questions physiques et psychosociales (comme les séquelles physiques résiduelles, y compris l'aphasie), la gravité de l'AVC, le fonctionnement de la famille, ainsi qu'un dépistage du niveau de détresse ressenti par les aidants naturels ou la famille, selon les besoins individuels.

MESSAGES CLÉS À PROPOS DES AIDANTS NATURELS, DE LA FAMILLE ET DES AMIS

- **L'AVC touche toute la famille.** La personne victime d'un AVC vit des deuils et a besoin de temps pour s'adapter aux changements entraînés par cet événement.
- Les **membres de la famille subissent ces changements** et vivent eux aussi ces deuils, et pourraient connaître de nombreuses émotions en y faisant face.
- Prendre soin d'une victime d'un AVC **peut être difficile**, stressant et consommateur de temps, surtout si l'aidant naturel n'a eu que peu ou pas de formation et ne bénéficie pas d'un grand soutien.



- **Écoutez la famille et les aidants naturels**, et encouragez-les en faisant preuve de compréhension.
- **Signalez tout problème** lié aux aidants naturels à l'équipe de soins de l'AVC.

ANNEXE A
Prise en charge des facteurs de risque de l'AVC



L'information dans ce tableau est fondée sur les Recommandations. Vous y trouverez les facteurs de risque les plus communs et les recommandations pour les éviter.

Les médecins de famille ou autres spécialistes faisant partie de l'équipe devraient soulever la question des facteurs de risque et des recommandations sur les pratiques optimales avec la personne qui a survécu à un AVC et sa famille, le cas échéant, afin de réduire le risque d'un autre AVC ou d'autres problèmes médicaux.

Facteurs de risque d'AVC	Recommandations sur les pratiques optimales en matière de gestion des facteurs de risque
Hypertension artérielle	• Une pression artérielle élevée, c'est-à-dire l'hypertension artérielle, est le principal facteur de risque modifiable de l'AVC. • Les patients devraient connaître les causes de l'hypertension (alimentation riche en sodium) et les manières de diminuer la pression artérielle (exercice physique, médication, réduction du stress). • Les patients devraient être mis au courant des niveaux de pression artérielle visés et devraient avoir accès à des conseils et à des médicaments pour les atteindre, si nécessaire. • L'objectif pour toute personne qui a subi un AVC ou un AIT est de conserver une pression systolique (nombre du haut) inférieure à 140 et une pression diastolique inférieure à 90 (nombre du bas). Ces objectifs pourraient être revus à la baisse si les personnes qui souffrent de diabète, de troubles rénaux ou tout autre problème de santé. • La pression artérielle des patients doit être surveillée régulièrement et les doses de médicaments adaptées en conséquence.
Taux de cholestérol élevé	• Le cholestérol est une forme de gras dans le sang. Il existe deux types de cholestérol : Les lipoprotéines de haute densité (HDL) ou « bon » cholestérol et les lipoprotéines de faible densité (LDL) ou « mauvais » cholestérol. • Un haut taux de cholestérol peut être héréditaire ou causé par une alimentation riche en gras saturé ou les deux. • Un haut taux de LDL indique un risque élevé d'AVC et de crise cardiaque. • On conseille à la plupart des gens de viser un taux de LDL inférieur à 2,0 mmol/litre. • Les personnes qui ont déjà été victimes d'un AVC ou d'un AIT recevront des médicaments hypocholestérolémiants (généralement de la catégorie des statines). • Les dispensateurs de soins de santé devraient informer leurs patients à propos des manières de diminuer l'apport en gras de leur alimentation.
Diabète	• Le diabète est un facteur de risque associé aux maladies cardiovasculaires. Les personnes qui souffrent de diabète sont deux fois plus à risque de subir un AVC par rapport à celles qui n'en souffrent pas. • Le diabète touche les vaisseaux sanguins. Il peut causer de l'hypertension et augmenter le risque de formation de caillots dans les artères qui peuvent se rendre au cerveau et causer un AVC. • Les dispensateurs de soins de santé devraient informer leurs patients à propos de la gestion de leur diabète.

Fibrillation auriculaire	• La fibrillation auriculaire est un trouble caractérisé par un rythme cardiaque irrégulier, l'arythmie. • La fibrillation auriculaire augmente de trois à cinq fois le risque de subir un AVC. Elle augmente le risque de formation de caillots dans les artères qui peuvent se rendre au cerveau et causer un AVC. • Les dispensateurs de soins de santé devraient informer les patients à propos des options de traitement selon les symptômes, l'âge et l'état de santé. • Des médicaments tels que l'acide acétylsalicylique (AAS) ou un anticoagulant plus puissant pourraient être prescrits. • Si un traitement à la warfarine est prescrit, la concentration sanguine devra être vérifiée régulièrement. • Les dispensateurs de soins de santé devraient informer leurs patients à propos des manières de gérer la fibrillation auriculaire.
Surpoids	• Le surpoids peut causer de l'hypertension, un haut taux de cholestérol, le diabète et l'apnée du sommeil, qui sont tous des facteurs de risque d'AVC. • Idéalement, les femmes devraient avoir un tour de taille inférieur à 88 centimètres et les hommes, un tour de taille inférieur à 102 centimètres. Les valeurs cibles pour d'autres groupes ethniques pourraient être différentes (les gens de descendance asiatique, par exemple, ont des valeurs cibles inférieures). • Les dispensateurs de soins de santé devraient collaborer avec les patients afin de déterminer leur poids santé selon leur grandeur, leur composition corporelle, leur âge et leur état de santé.
Alimentation moins saine et consommation excessive de sodium	Une saine alimentation comprend : • Beaucoup de fruits et de légumes frais, des grains entiers (donc pas de pain blanc) et des fibres. • Une quantité limitée de gras saturé. La recommandation en matière d'apport quotidien de sodium de toutes sources correspond à l'apport suffisant (AS). L'apport quotidien recommandé est de : ◆ 1 500 mg/jour pour les personnes âgées de 9 à 50 ans ◆ 1 300 mg/jour pour les personnes âgées de 51 à 70 ans ◆ 1 200 mg/jour pour les personnes de plus de 70 ans L'apport ne devrait pas dépasser 2 300 mg par jour.

Manque d'activité physique	• En plus des activités régulières de la vie quotidienne, effectuez des exercices modérés tels que la marche (idéalement rapide), la course à pied, la bicyclette ou la natation, ou autre exercice dynamique 4 à 7 jours par semaine. • Les personnes qui ont subi un AVC devraient faire au moins 150 minutes d'activité physique modérée à rigoureuse par semaine, par tranche de 10 minutes ou plus. • Les survivants d'un AVC qui sont à risque de chute ou qui ont d'autres problèmes de santé (maladies cardiaques, par exemple), qui les mettent à risque de complications devraient faire l'objet d'une supervision par un professionnel de la santé (physiothérapeute ou réadaptation cardiaque) avant d'entreprendre un programme d'exercice physique.
Tabagisme	• Le tabagisme est la principale cause des maladies cardiaques et des AVC. • Fumer augmente la quantité de plaque dans les vaisseaux sanguins, ce qui peut causer des caillots qui peuvent ensuite se rendre au cerveau. • La nicotine augmente la pression artérielle. • Le monoxyde de carbone réduit la quantité d'oxygène qui se rend au cerveau. • Les traitements d'abandon du tabac qui combinent les consultations et la médication ont le meilleur taux de succès pour aider les gens à arrêter de fumer et à continuer de vivre sans fumée. • Les risques pour la santé diminuent considérablement dans les trois ans suivant l'arrêt du tabagisme.

Consommation d'alcool importante	• Une consommation excessive d'alcool et les beuveries sont des facteurs de risque d'hypertension et d'AVC.
	• L'alcool peut altérer l'effet de certains médicaments.
	• Selon les lignes directrices de consommation modérée d'alcool de 2013, la consommation devrait se limiter à :
	  ◆ Pour les femmes qui ne sont pas enceintes : un maximum de deux consommations par jour et pas plus de 10 consommations par semaine.
	  ◆ Pour les hommes : un maximum de trois consommations par jour et pas plus de 15 consommations par semaine.

Apnée du sommeil	• L'apnée du sommeil est caractérisée par l'arrêt et la reprise de façon répétée de la respiration durant le sommeil. Elle est souvent associée au ronflement et à la fatigue. Moins d'oxygène se rend au cerveau, ce qui peut causer de l'hypertension. • Les gens souffrant d'apnée du sommeil ont plus de risques de subir un AVC. • Les survivants d'un AVC sont plus enclins à souffrir de troubles du sommeil (y compris l'apnée). • Si une personne présente des symptômes d'apnée du sommeil, celle-ci pourrait être orientée vers un spécialiste à des fins d'évaluation, de diagnostic et de traitement.

Stress	• Subir un AVC est stressant autant physiquement qu'émotionnellement. • Le stress impose une charge de travail plus élevée au cœur, augmente la pression artérielle, ainsi que le taux de cholestérol et de glucose dans le sang. Cela peut augmenter le risque de formation de caillots qui peuvent se rendre au cerveau. • Une évaluation effectuée par un spécialiste de la santé mentale et une consultation avec celui-ci pourraient être nécessaires.
Contraceptifs oraux ou traitement hormonal substitutif	• Les femmes en âge de procréer ou en ménopause qui prennent des contraceptifs ou suivent un traitement hormonal substitutif à base d'œstrogènes sont considérées comme à risque accru d'AVC, d'AIT et de crise cardiaque.

Évaluation de risque cardiovasculaire[MC]

Vos antécédents familiaux peuvent doubler votre risque de maladies du cœur et d'AVC. Ne vous laissez pas surprendre. Connaissez votre risque et les mesures que vous pouvez prendre pour y remédier.



Nous avons aidé plus de **800 000 personnes** au pays à maîtriser leurs facteurs de risque afin de vivre pleinement, plus longtemps. Serez-vous l'une d'entre elles?

Obtenez une évaluation du risque personalisée directement dans votre boîte de réception! Il vous suffit de visiter **fmcoeur.ca/risque** dès maintenant.

Cœur+AVC[MC]

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020 | [MC] L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

La vie. Ne passez pas à côté.[MC]

coeuretavc.ca

Cœur+AVC[MC]

© Fondation des maladies du coeur et de l'AVC du Canada, 2015, 2017, 2018.

[MC] La vie. Ne passez pas à côté. et l'icône du cœur et de la / seule ou suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada**.