

AVC : après la phase aigüe...

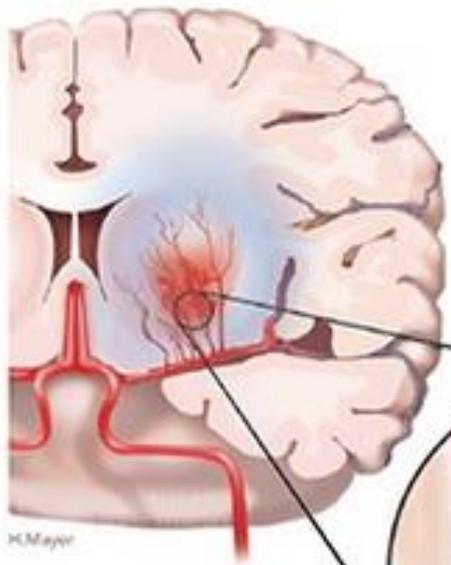
Isabelle LOPES-PEREIRA, Ruthie CHANTRE
Infirmières en Pratique avancée (IPA)
Mention pathologies chroniques stabilisées
Septembre 2025



OBJECTIFS DU COURS

- Repérer les risques et complications post AVC
- Mettre en place les actions adaptées au patient

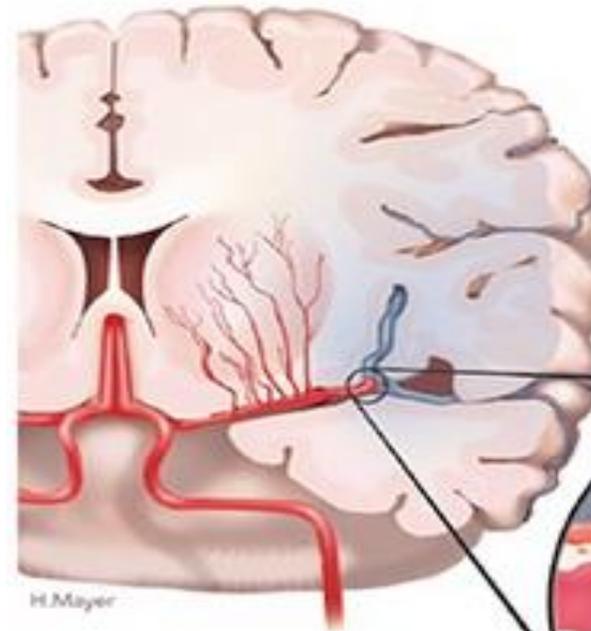
Rappel



AVC hémorragique
Rupture de vaisseaux
sanguins affaiblis ou malades

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

Infiltration de sang
dans les tissus
cérébraux

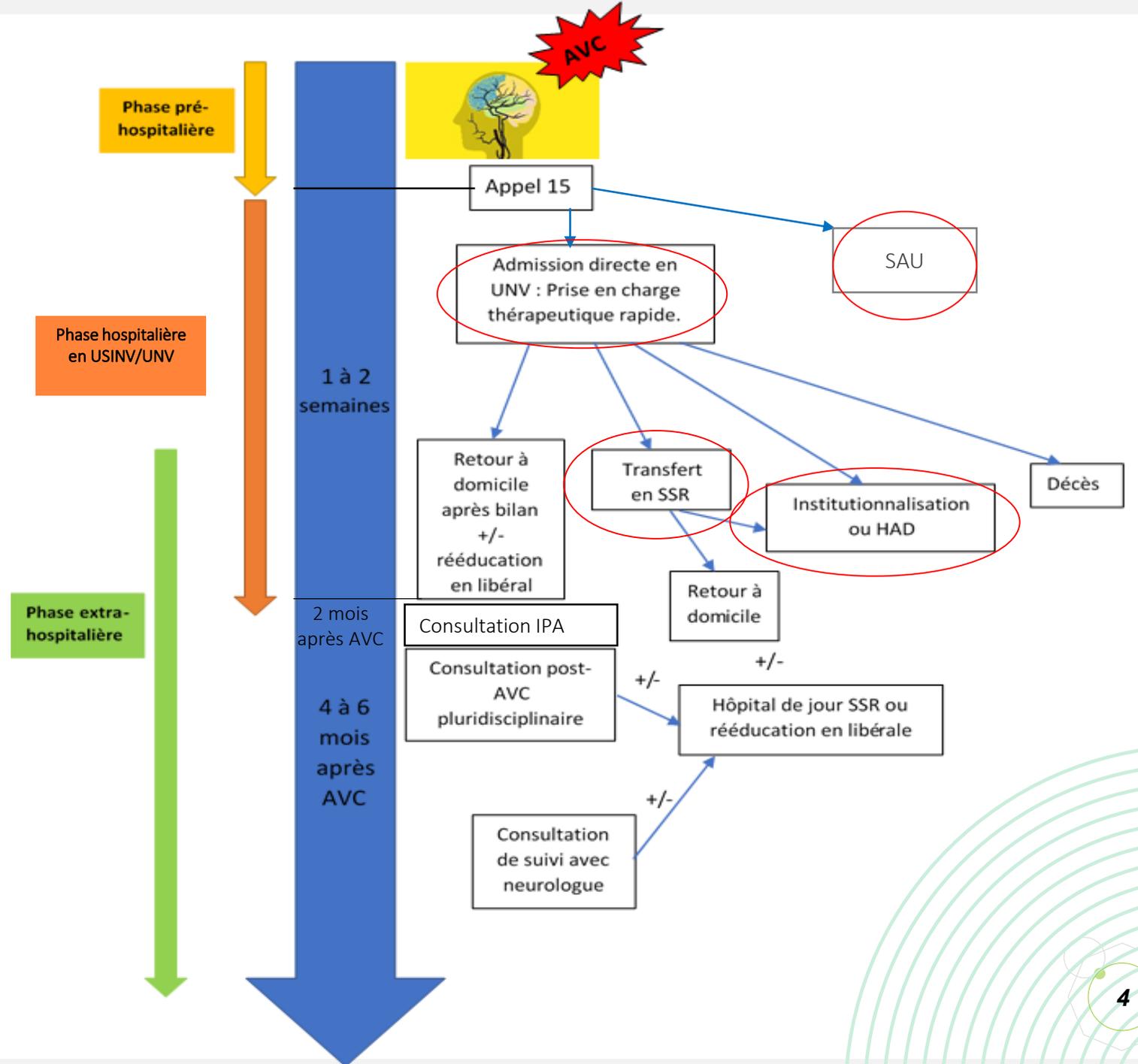


AVC ischémique
Le caillot arrête le
flux sanguin dans une
partie du cerveau.

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

Pourquoi sommes-nous tous concernés par l'AVC ?

Organisation du parcours du patient à Lyon – hôpital neurologique (Filière AVC)





Que faire en
cas de
suspicion
d'AVC
pendant
mon poste ?

CONSIDÉRER TOUT DÉFICIT NEUROLOGIQUE BRUTAL,
TRANSITOIRE OU PROLONGÉ, COMME UNE **URGENCE ABSOLUE**

Rechercher les circonstances de **survenue** (brutale, présence d'un témoin...)

Noter l'**heure** exacte du début des symptômes ou l'heure à laquelle le patient a été vu sans déficit pour la dernière fois

Evaluer les **signes de gravité** (la conscience, la respiration), l'importance du déficit

Prévenir le **médecin du service ou appeler le 15** (demande d'avis neurologique)

Prendre les constantes **TA aux deux bras, pouls, SaO2, température et glycémie capillaire**,
pose VVP gros calibre éventuellement

Imagerie cérébrale et transfert en unité neuro-vasculaire

Récupération post AVC / P. Langhorne et al. Lancet 2014

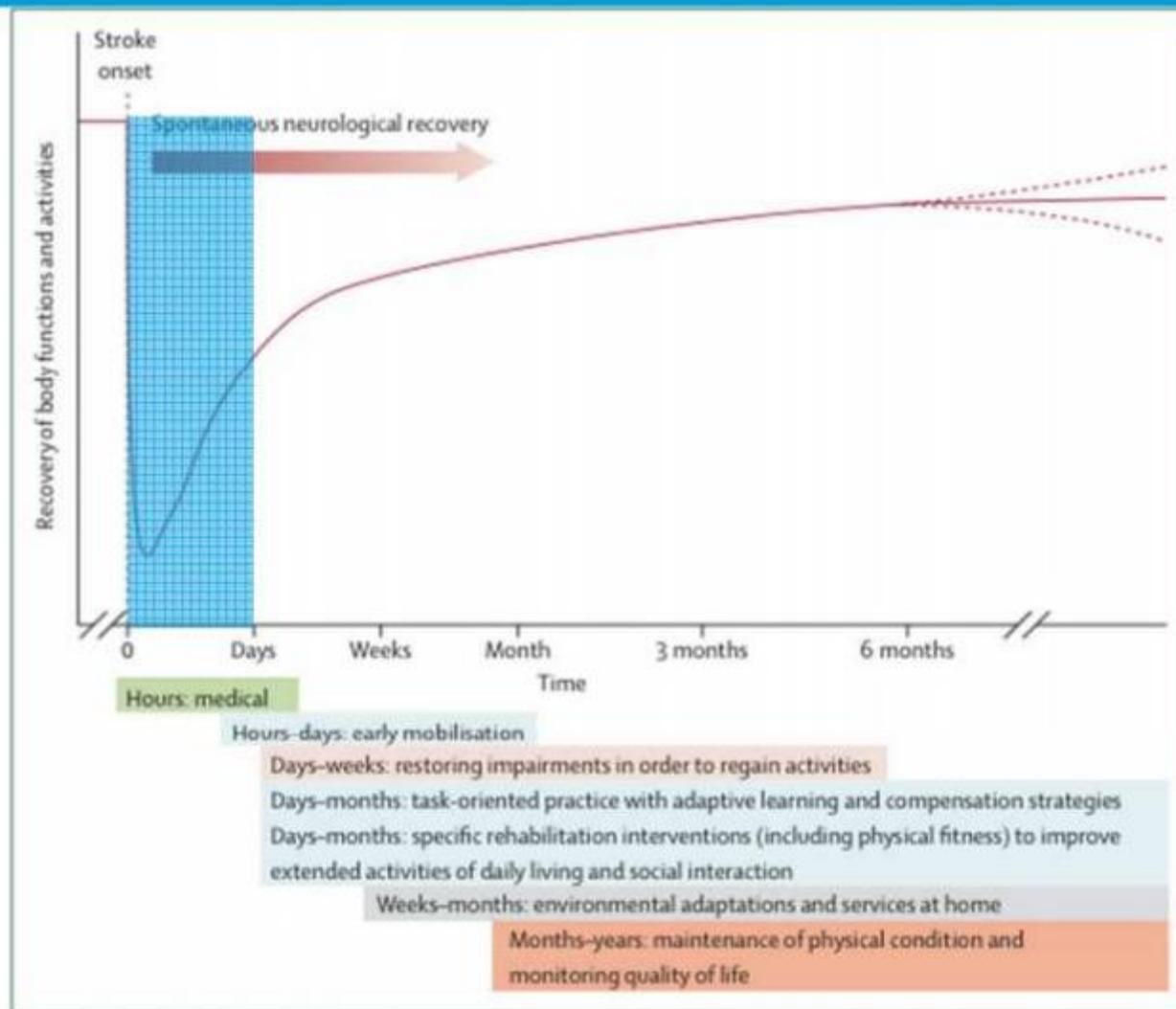


Figure 2: Hypothetical pattern of recovery after stroke with timing of intervention strategies
Colour coding of the intervention strategies matches the coding in figure 1.

**Quelles
peuvent être les
séquelles après
un A.V.C.?**

A/ Difficulté d'attention

B/ Difficulté pour marcher

C/ Fatigue

D/ Troubles de la sexualité

E/ Autres ?

Réponses : A B C D E



Altération
du schéma
corporel

Risque
d'héminégligence

Risque de
troubles de
l'élimination

Risque
infectieux

Incapacité à
effectuer les
actes de la vie
quotidienne

Perturbation de
la dynamique
familiale

Risque de
récidive d'AVC
et
d'aggravation
neurologique

Troubles
attentionnels,
troubles
mnésiques

Fatigue

Altération de la
communication

Risque de
douleur

Difficultés
sociales et
professionnelles

Risque de
troubles du
comportement

Risque de
troubles de
la déglutition

Risque
thromboembolique

Risque
d'escarre

Risque de
dépression,
de repli sur
soi

Perte
d'espoir

Risque de
complications
orthopédiques,
de positions
vicieuses

Risque de
décompensation
cardiaque

Risque de
dénutrition et
déshydratation

Vingt et un essais (3994 participants) ont comparé les soins en unité d'AVC aux soins dispensés dans les services généraux. **Les soins en unité d'AVC ont montré une réduction des probabilités de décès ou de dépendance.**

Les résultats étaient indépendants de l'âge, du sexe, de la gravité initiale de l'AVC ou du type d'AVC.

Risque de récurrence d'AVC et d'aggravation neurologique

- Savoir reconnaître les signes cliniques d'AVC.

Quels peuvent être les signes évocateurs d'un A.V.C.?

A/ Faiblesse musculaire d'une jambe et/ou d'un bras

B/ Incapacité à formuler une phrase cohérente

C/ Douleur dans la poitrine

D/ Sensation de vertige avec perte d'équilibre

E/ Trouble visuel

Réponses : A B D E



Clinique: BE FAST

B

E

F

A

S

T



B: BALANCE
(équilibre)

Trouble de l'équilibre, céphalée, vertiges

E: EYES (yeux)

Perte de la vision ou trouble visuel

F: FACE (visage)

Demander à la personne de sourire

A: ARM (Bras)

Demander à la personne de lever les membres

S: SPEECH
(Parole)

Demander de parler (nom, lieu, date...)

T: TIME
(Temps)

Score NIHSS

Item	Intitulé	cotation	score
1a	vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice	
1b	orientation (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de bonne réponse	
1c	commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué	
2	oculomotricité	0 oculomotricité normale 1 ophthalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophthalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard	
3	champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie latérale homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (la=3)	
4	paralysie faciale	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale	
5	motricité membre supérieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrocluse)	Dt G
6	motricité membre inférieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrocluse)	Dt G
7	ataxie	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus	
8	sensibilité	0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minime à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie	
9	langage	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme ; aphasie totale	
10	dysarthrie	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible	
11	extinction, négligence	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle	
		TOTAL	

AVC Hémisphère gauche	AVC Hémisphère droit	AVC Fosse postérieure
<p>Déficit moteur controlatéral (côté droit) du visage, du bras et/ou de la jambe</p> <p>Déficit sensitif controlatéral (côté droit) dans le bras et/ou la jambe</p> <p>Aphasie, alexie, agraphie</p> <p>Perte de vision dans le champ visuel droit</p> <p>Déviaton du regard vers la gauche</p> <p>Comportement lent et prudent</p>	<p>Déficit moteur controlatéral (côté gauche) du visage, du bras et/ou de la jambe</p> <p>Déficit sensitif controlatérale (côté gauche) dans le bras et/ou la jambe</p> <p>Inattention ou Négligence hémispatale (côté gauche)</p> <p>Déficit ou négligence dans le champ visuel gauche</p> <p>Déviaton du regard vers la droite</p> <p>Impulsivité ou surestimation des habiletés (risque de blessure)</p>	<p>Hémianopsie latérale homonyme</p> <p>Diplopie</p> <p>Ataxie</p> <p>Vertiges</p> <p>Nausées</p> <p>Vomissements</p> <p>Faiblesse</p> <p>Dysarthrie</p> <p>Dysphagie</p> <p>Perte sensorielle</p> <p>Déficits moteurs bilatéraux</p> <p>Coma</p>

Risque de récurrence d'AVC et d'aggravation neurologique

- ❑ Savoir reconnaître les signes cliniques d'AVC.
 - ❑ Traitements adaptés de prévention et éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

Quels peuvent être les facteurs de risque d'un A.V.C. ?

A/ Les antécédents familiaux

B/ Le tabac

C/ Le cholestérol

D/ Le diabète

E/ Le surpoids ou l'obésité

Réponses : A B C D E

2 types de facteurs de risques (FDR) :

- Non modifiables
- Modifiables

Risque de récurrence d'AVC et d'aggravation neurologique

- ❑ Savoir reconnaître les signes cliniques d'AVC.
 - ❑ Traitements adaptés de prévention et éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
 - ❑ Modification des habitudes de vie.
- 

Que puis-je faire pour diminuer les risques de récidive?

A/ Prendre tous les jours mon traitement et effectuer un suivi médical régulier

B/ Avoir une tension contrôlée

C/ Arrêter de boire de l'alcool

D/ Ne manger que des fruits et légumes

E/ Avoir une activité physique régulière

Réponses : A B C E

- Prise des traitements
 - Contrôle des FDR
 - Mesures hygiéno-diététique
- 

Risque de décompensation cardiaque au décours de la PEC aigüe

- 10% des décès.
- Favorisé par le terrain du patient +++
 - FA sous jacente mal tolérée par le patient
 - HTA : cardiopathie sous jacente ?
 - **Valvulopathies** (Rétrécissement aortique..)
- Attention au remplissage ! (débit de perfusion : utiliser des pompes à perfusion si nécessaire)
- Connaitre les signes de décompensation cardiaque

Risque de complications orthopédiques, de positions vicieuses 1

Lors de l'hémiplégie :

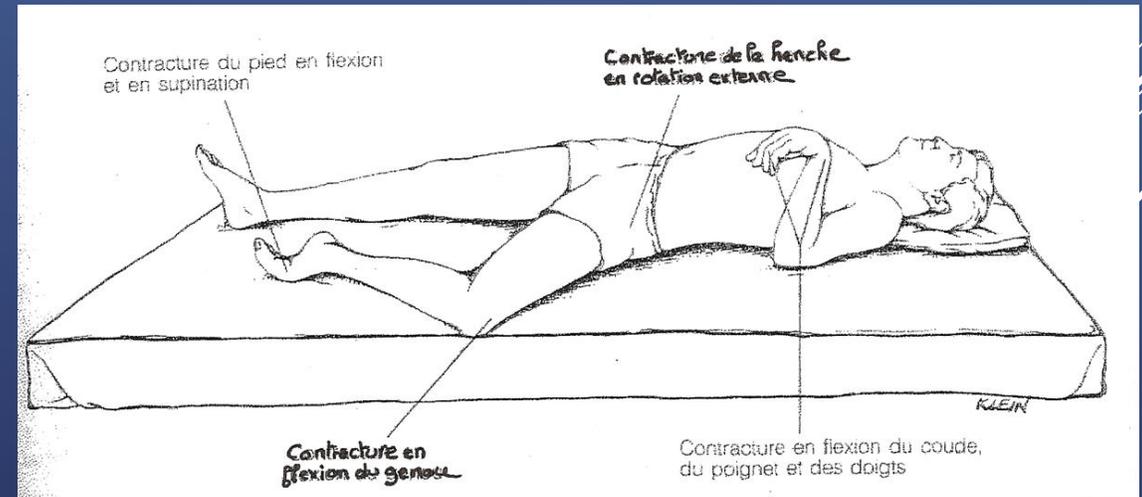
La **jambe** se place spontanément
en **rotation externe**

Le **genou** est presque toujours en
flexion

Le **pied** se place en **flexion**
plantaire

Le **bras** reste **près du corps**

Si spasticité, les doigts se ferment
pour former un poing.



Risque de complications orthopédiques, de positions vicieuses 2

La spasticité est caractérisée par une augmentation du réflexe tonique d'étirement des muscles.

Cliniquement :

- Augmentation proprement dite du réflexe d'étirement : c'est l'exagération des réflexes ostéotendineux.
- Hypertonie musculaire , ceci après une période flasque en début d'AVC.



Risque de complications orthopédiques, de positions vicieuses 4

La **kinésithérapie quotidienne**, exerçant des mobilisations passives, prudentes, est l'élément majeur de prévention, et ce dès les premiers jours suivant l'AVC.

Les postures, par la bonne installation, en sont le complément indispensable.

Risque de complications orthopédiques, de positions vicieuses 5

- ❖ Mobiliser avec précaution le membre déficitaire.
- ❖ Ne pas tirer sur le bras du patient.
- ❖ Soutenir l'articulation.
- ❖ Se servir d'un drap pour remonter le patient.
- ❖ Eviter de piquer et perfuser le côté plégique
- ❖ Penser à bien sécher les articulations du côté plégique pour éviter la macération.

Risque de complications orthopédiques, de positions vicieuses 6



Orthèses membre
supérieur



Orthèse membre
inférieur

Risque de douleur

- **La douleur est un mécanisme de défense de l'organisme qui permet de donner l'alerte par rapport à une situation anormale**

- **La douleur aigüe**

C'est un signal d'alarme qui permet de rechercher la cause, elle a un rôle protecteur.

Elle est récente, transitoire et finit par céder rapidement. Par contre, elle est souvent intense.

- **La douleur chronique**

Dès que la douleur subsiste (>6 mois) elle devient chronique .

Elle va retentir sur l'appétit, le sommeil, la vie quotidienne.

Risque de douleur

Douleur par excès de nociception :

Stimulation excessive des récepteurs périphériques liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques



Douleur intense

Ces douleurs sont continues ou intermittentes et varient en intensité. Le seul moyen de stopper ces douleurs est de diminuer ou d'arrêter la transmission des messages allant vers les centres supra-spinaux.

Risque de douleur

Douleur neurogène ou neuropathiques :

Douleurs ne résultant pas de lésions tissulaires mais d'atteintes des nerfs.

Les douleurs sont permanentes sous forme de brûlures ou décharges électriques, pouvant être paroxystiques.

Traitement médical par certains antidépresseurs ou antiépileptiques.

Risque de douleur

Syndrome douloureux régional complexe :

Dans les trois premiers mois après un AVC, 70% des patients hémiplésiques se plaignent d'une épaule douloureuse.

La paralysie de nombreux muscles composant l'épaule est à l'origine d'une grande instabilité de celle-ci et d'une grande amplitude articulaire.

Ce phénomène va être à l'origine d'une subluxation de la tête humérale en bas et en avant.

Risque de douleur

Importance d'évaluer la douleur **régulièrement** et le plus **finement** possible.

TILT : Type, intensité, localisation, temporalité

Différents outils :

- Auto évaluation : ENS, EVS, EVA, questionnaire DN4 (Douleur neuropathique)
- Hétéro évaluation : Algoplus, Doloplus...

Questions complémentaires

- Comment décrivez-vous cette douleur ?
- Est-ce que quelque chose la déclenche ?

Héminégligence et altération du schéma corporel 1

Le patient semble négliger tout ce qui lui est présenté du côté controlatéral (opposé) à la lésion.

Dans la majorité des cas, l'atteinte concerne **l'hémisphère droit** qui a un rôle prédominant dans l'appréhension de l'espace, le patient se comporte alors comme si la moitié gauche avait cessé d'exister.

La présence de l'héminégligence **ralentit la récupération fonctionnelle**.

Elle est **handicapante** et peut être **dangereuse** (chutes, blessures).



<https://www.chu-nantes.fr/apres-un-avc-la-negligen-ce-spatiale-unilaterale-conseils-aux-familles>

Héminégligence et altération du schéma corporel 2

- Importance primordiale de l'environnement et du comportement de chaque soignant dans la rééducation : **attirer l'attention du patient vers la gauche** (tv, radio, heure, photos) tout **en assurant sa sécurité** (sonnette, lunettes, urinal à droite)
- Importance d'expliquer et de rendre l'entourage acteur de la rééducation.

Risque de troubles de l'élimination

- ❑ **Constipation** liée à l'alitement et à la diminution de l'activité physique.
=> Surveillance clinique et suivi noté dans le dossier du patient, régime alimentaire riches en fibres, bonne hydratation, installation aux WC, laxatifs et lavements sur P.M.
- ❑ **Incontinence urinaire et/ou fécale**
=> Surveillance des résidus post mictionnels (mictions par regorgement), surveillance clinique (palpation du bas ventre). Pose de SAD sur P.M.

Risque infectieux

- Pneumopathies d'inhalation.
- Infections urinaires.
- Infections sur VVP ou autre matériel...



Respect des protocoles d'hygiène,
ablation rapide et précoce des dispositifs invasifs,
surveillance clinique et des paramètres vitaux dont la température,
bilan infectieux si nécessaire et traitement médicamenteux adapté.



Altération de la communication 1

3 grands tableaux d'aphasie (= Trouble acquis de l'expression et de la compréhension du langage oral ou écrit) :

- ❑ Aphasie de Broca :

 - Expression très réduite

 - Compréhension globalement préservée

- ❑ Aphasie de Wernicke :

 - Logorrhée, jargon

 - Compréhension sévèrement atteinte

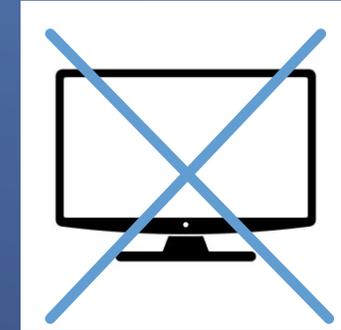
 - Anosognosie

- ❑ Aphasie globale : Atteinte sévère de toutes les modalités

Impacte sur la vie sociale, familiale, professionnelle et sur le moral.

Altération de la communication 2

Faciliter la compréhension



□ **Environnement** favorable à la compréhension :

- ▶ Supprimer les bruits de fond

- ▶ Mettre les appareils auditifs, les lunettes, les appareils dentaires (sauf si PF)

□ **Posture favorable** à la communication :

- ▶ Attirer son regard, lui parler en face

- ▶ Laisser le temps de comprendre (lenteur fréquente)

- ▶ Observer les réactions (mimiques, gestes)

Altération de la communication 3

□ Adapter sa communication verbale :

- ▶ Questions courtes, fermées (réponse en Oui/Non)
- ▶ Phrases simples/concrètes
- ▶ Éviter les questions négatives
- ▶ Parler plus lentement, faire des pauses
- ▶ Être redondant, reformuler

□ Adapter sa communication non verbale :

- ▶ Intonation
- ▶ Mimiques
- ▶ Gestes
- ▶ Si besoin : montrer des images, écrire quelques mots clés, dessiner
- ▶ S'appuyer sur le contexte (calendrier...)

Altération de la communication 4

Quand le patient **veut exprimer** quelque chose :

Encourager toutes les tentatives de communication (verbales ou non-verbales)

Ne pas faire dire à tout prix, ni faire répéter

Poser une seule question à la fois

Suggérer le mot si vous l'avez deviné

Risque de troubles de la déglutition

La déglutition met en jeu :
6 paires crâniennes
4 paires de nerfs cervicaux
et **plus de 30 paires de muscles.**

Le contrôle neurologique comporte plusieurs étages, utilise des afférences et des efférences périphériques, véhiculées par les nerfs V, VII, IX, X, XI, XII et les premières racines spinales. Le **tronc cérébral** contient les noyaux d'où partent et aboutissent les nerfs crâniens qui peuvent être sensitifs, moteurs ou mixtes.

Contrôle Cortical = initie, module la déglutition. Contrôle **bilatéral** avec prédominance d'un hémisphère chez l'individu.

Risque de troubles de la déglutition

- L'alimentation est primordiale dans la prise en charge de l'AVC afin d'éviter les complications liées à la **dénutrition** (formation d'escarres)
- Si l'état de vigilance le permet, le patient doit bénéficier d'une **évaluation de la déglutition** au cours des 48 premières heures.
- Les orthophonistes et les kinésithérapeutes dépistent (en collaboration avec IDE et ASD) et rééduquent les troubles de la déglutition.

Risque de troubles de la déglutition

La fausse route :

Accident dû à l'inhalation dans les voies aériennes de liquide ou de particules alimentaires normalement destinés à l'œsophage.

Signes principaux :

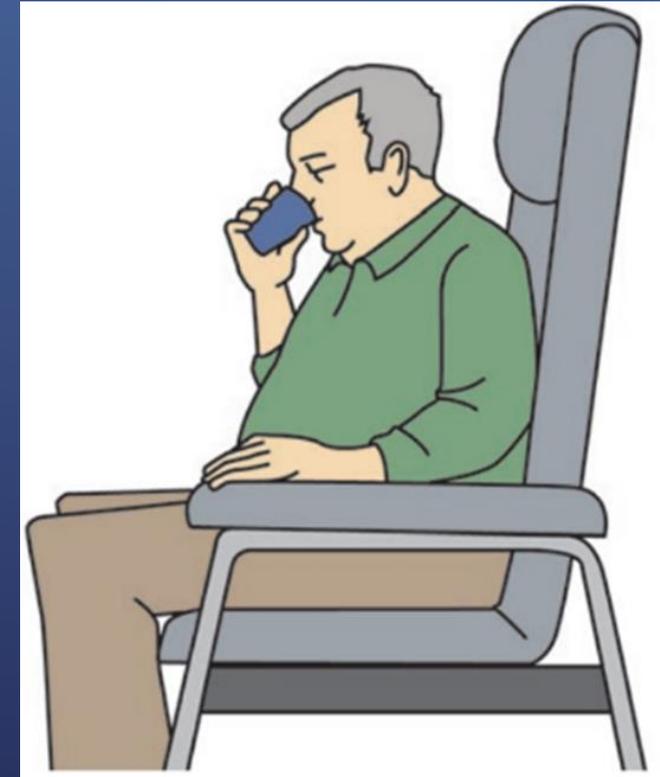
- Toux directe ou 1 minute après la déglutition
- Gêne respiratoire
- Voix mouillée ou rauque

/!\ Fausse routes silencieuses : pas de toux, mais apparition d'un encombrement et hyperthermie.

Risque de troubles de la déglutition

CONSEILS :

- **Installation confortable** sur une chaise, au lit, au fauteuil, dos bien calé et la tête droite.
- **Texture adaptée** aux capacités du patient.
- Repas dans le **calme**, sans distractions (TV...)
- Pas la tête penchée en arrière, mais **tête en avant**, en inclinant le **menton sur la poitrine**.
- Eviter des repas trop longs (fatigabilité). Si besoin, de fractionner l'alimentation en 5 à 6 prises avec des collations au cours de la journée.
- Attendre **30 minutes** avant le coucher après les repas
- La personne qui aide à prendre le repas, doit être **assise au même niveau que le patient** pour lui éviter de lever la tête.



Risque de troubles de la déglutition



Risque de troubles de la déglutition 7

BOISSONS A PRIVILEGIER (selon évaluation des troubles) :

Les boissons à températures franches : fraîches ou chaudes

Les boissons aromatisées au sirop

L'eau gazeuse

Les boissons gazeuses (limonade, sodas...)

Les boissons épaisses (nectars de fruits, smoothies...)

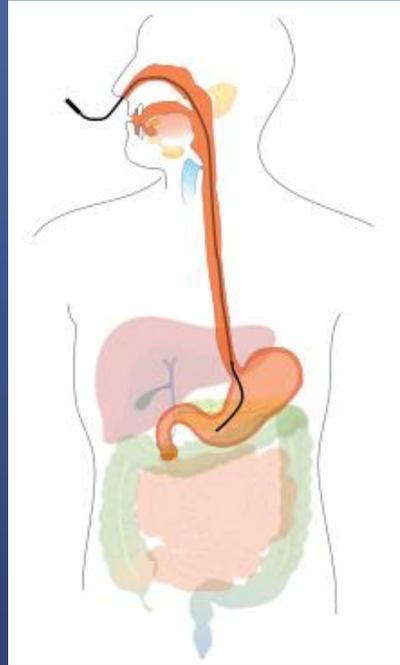
Les boissons épaissies à l'aide de poudre épaississante disponibles en pharmacie

L'eau gélifiée

Risque de troubles de la déglutition

Sonde Naso Gastrique (SNG) :

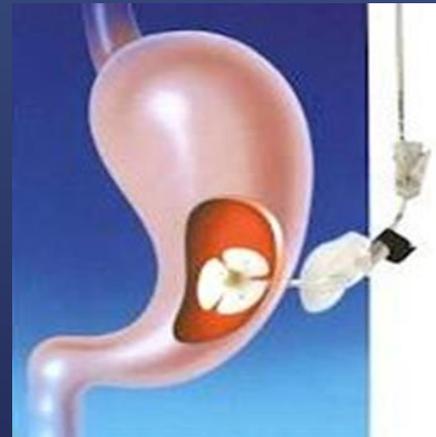
- Limite les risques liés à la dysphagie
- De courte durée
- Gênante, facile à arracher
- Irritation œsophagienne



Patient TOUJOURS en position demi-assise lors de l'utilisation de la sonde.

GPE : gastrostomie percutanée endoscopique ou GPR : gastrostomie par voie radiologique

- Pronostic de déglutition péjoratif
- Dysphagie sévère de longue durée
- Nécessité d'informer (consentement éclairé)



Risque de dénutrition et de déshydratation

Objectif : maintenir un apport hydrique et nutritionnel permettant de satisfaire les besoins énergétiques du patient

- Fiche de boisson et d'alimentation
- Solliciter le patient à boire ou eau gélifiée
- Proposer de petites quantités + suppléments nutritionnels
- Surveillance du poids régulière
- Vérifier l'aspect cutané
- Diurèse, aspect des urines
- Iono sg, albuminémie, pré albuminémie.

Risque de dénutrition et de déshydratation 2

- Bonne installation du patient.
 - Bonne installation du soignant si aide nécessaire.
 - Choix d'une texture adaptée, température des aliments.
 - Tenir compte des goûts du patient.
 - Soigner la présentation du plateau repas.
 - Tenir compte de la fatigue du patient
 - Tenir compte du rythme du patient
 - Utiliser des aides techniques
 - Valoriser et encourager le patient
 - Hygiène buccodentaire , entretien de l'appareil
- 

Incapacité à effectuer les actes de la vie quotidienne

Objectifs : Favoriser le retour à l'autonomie, maintenir un bon état cutané, restaurer l'image corporelle du patient

- **Aide à la toilette** : solliciter le patient pour qu'il participe activement à sa toilette en tenant compte de ses possibilités (pas de mises en échec répétées !)
Veiller à bien sécher la peau,
hygiène buccodentaire
- L'**habiller** avec des vêtements confortables (si possible personnels)
- **Aide au repas** : Installation confortable et adaptée (tapis anti dérapants...)

Incapacité à effectuer les actes de la vie quotidienne

- **Aide aux mobilisations** : Transferts en utilisant les techniques de manutentions afin de protéger le patient et les soignants.

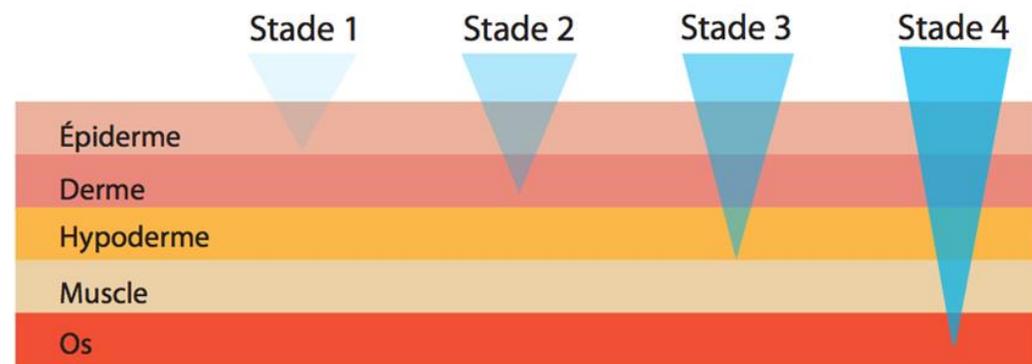


Risque d'escarre

Facteurs de risque :

- Alitement,
- Stress vécu par l'organisme lors de l'AVC,
- Dénutrition/déshydratation,
- Troubles de la sensibilité et/ou de la motricité,
- Infection,
- Age avancé...

STADE	LOCALISATION	ÉTAT CUTANÉ	DESCRIPTION	
1	Épiderme	Érythème	Rougeur persistante malgré la suppression de la compression	
2	Derme	Phlyctène fermée/ouverte	Phlyctène avec ou sans abrasion de l'épiderme et du derme	
3	Tissus mous	Escarre superficielle	Atteinte du tissu sous-cutané	
4	Muscles, tendons jusqu'à l'os	Escarre profonde	Ulcération tendino-musculaire voire osseuse	



Risque d'escarre 2

Evaluer le risque

Observer

Effleurage

Supports anti
escarres

Hygiène
cutanée

Lever d'appui
régulier

Techniques de
manutention
adaptées

Apports
nutritionnels et
hydriques
suffisants

Risque thromboembolique

Lié à l'alitement, aux troubles de la motricité et/ou de la sensibilité.

La diminution de la perception de la douleur par le patient du fait de troubles sensitifs ou de la difficulté à exprimer la douleur sont des éléments importants dont l'équipe paramédicale doit tenir compte.

Risque thromboembolique

Actions :

Surveillance (mollets, dissociation pouls/température, saturation en oxygène...)

Compression pneumatique intermittente ou HBPM selon P.M.



Les handicaps « invisibles »

- La fatigue et la fatigabilité
- Les modifications de l'humeur et du comportement : irritabilité, impulsivité, apathie, perte d'initiative, désinhibition...
- Les troubles du langage
- Les troubles dysexécutifs (difficultés d'organisation, de planification...), attentionnels (concentration), et les troubles mnésiques.

Fatigue, lenteur et troubles de l'humeur sont les séquelles « invisibles » les plus fréquentes.

La rééducation cognitive avec neuropsychologue et/ou orthophoniste peut être faite en libéral après le retour à domicile, ou en HDJ.

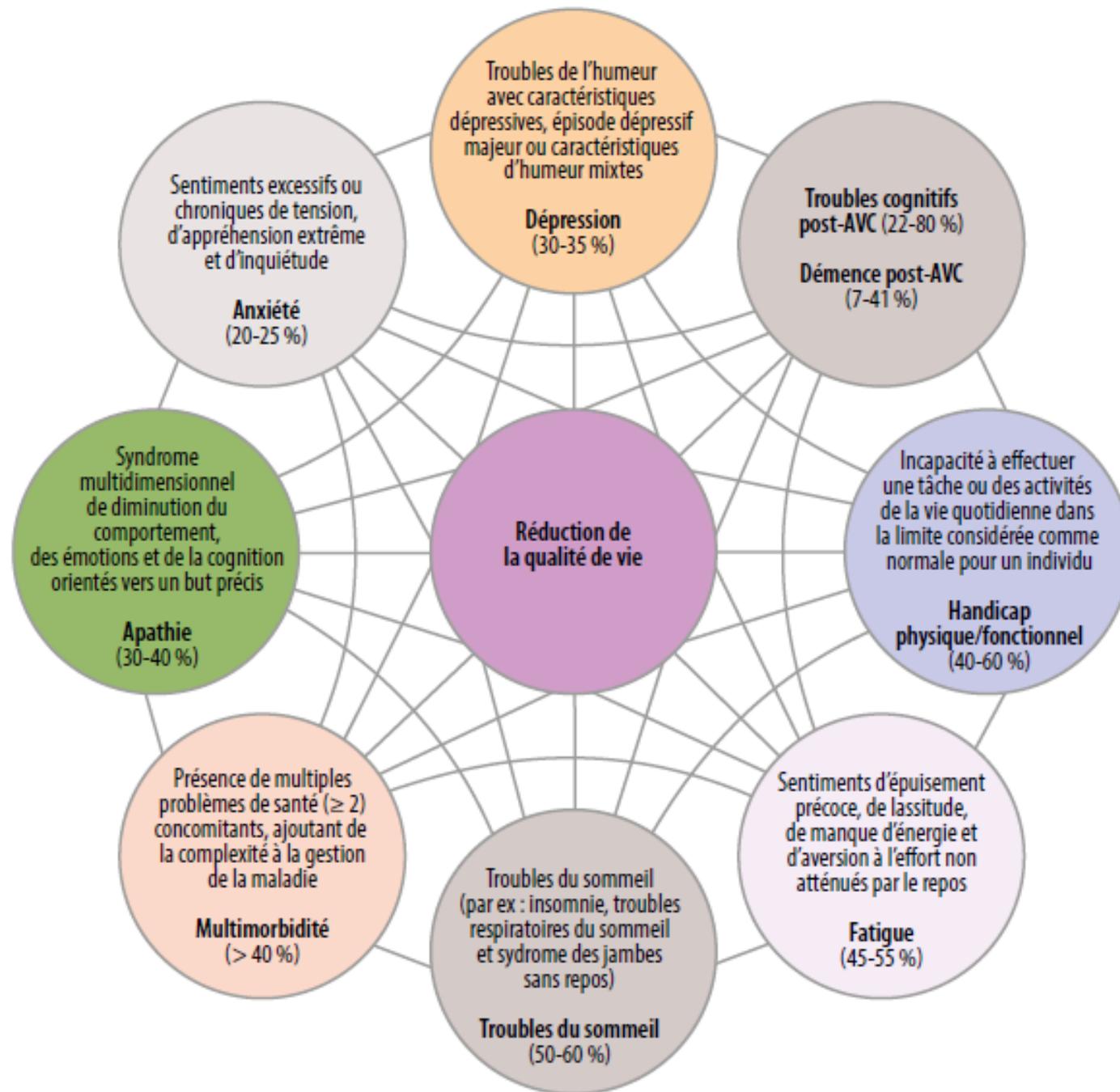




Figure 2. L'identification du handicap invisible post-AVC concerne tous les professionnels gravitant autour du patient.

Risque de dépression

Influence négativement la qualité de vie et le processus de rétablissement.

Similarité avec certaines séquelles post-AVC telles que la fatigue, les troubles de la concentration, la perte d'appétit et les troubles du sommeil.

Conseils aux patients :

- Accompagnement psychologique et/ou médical
- Associations de patient
- Techniques de respiration pour favoriser l'apaisement
- Se fixer des projets à court et à moyen terme.
- Pratiquer une activité physique quotidienne.

Perturbation de la dynamique familiale

Difficultés sociales et professionnelles

Impacts sur le système familial : bouleversement.
Parfois modification de l'habitation nécessaire.
Reprise de l'activité professionnelle variable.

- ❑ Préparation du retour à domicile indispensable en équipe pluridisciplinaire : Assistantes sociales, médecins, cadre, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues...
- ❑ Rendez-vous organisés avec les proches et l'équipe pour les inclure dans le projet de soins.
- ❑ Importance de l'ETP tout au long du parcours du patient.
(Programme A Vos Côtés)

La reprise de la conduite automobile après un AVC

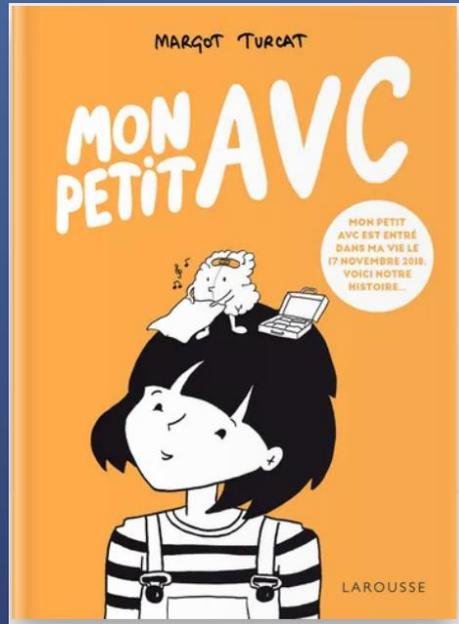
A la suite d'un AVC, afin de sécuriser la reprise de la conduite pour vous et les autres usagers de la route, la législation française stipule qu'une **consultation** doit être réalisée auprès d'un **médecin agréé par la préfecture** :

« Le titulaire d'un permis de conduire atteint de l'une des affections médicales mentionnées dans l'annexe I ou dans l'annexe II, selon le permis dont il est titulaire, sollicite, dès qu'il a connaissance de cette affection, l'avis d'un médecin agréé. » (**Arrêté du 28 mars 2022**)

Le médecin agréé déclare, à la suite de la consultation, une compatibilité (temporaire ou définitive) ou une incompatibilité à la conduite.



CONCLUSION



<https://www.youtube.com/watch?v=WweBr7M290E>

Handicap invisible

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/65607/download?inline>

Programme ETP A Vos Côtés

<https://www.chu-lyon.fr/etp-a-vos-cotes-programme-education-therapeutique-apres-avc>