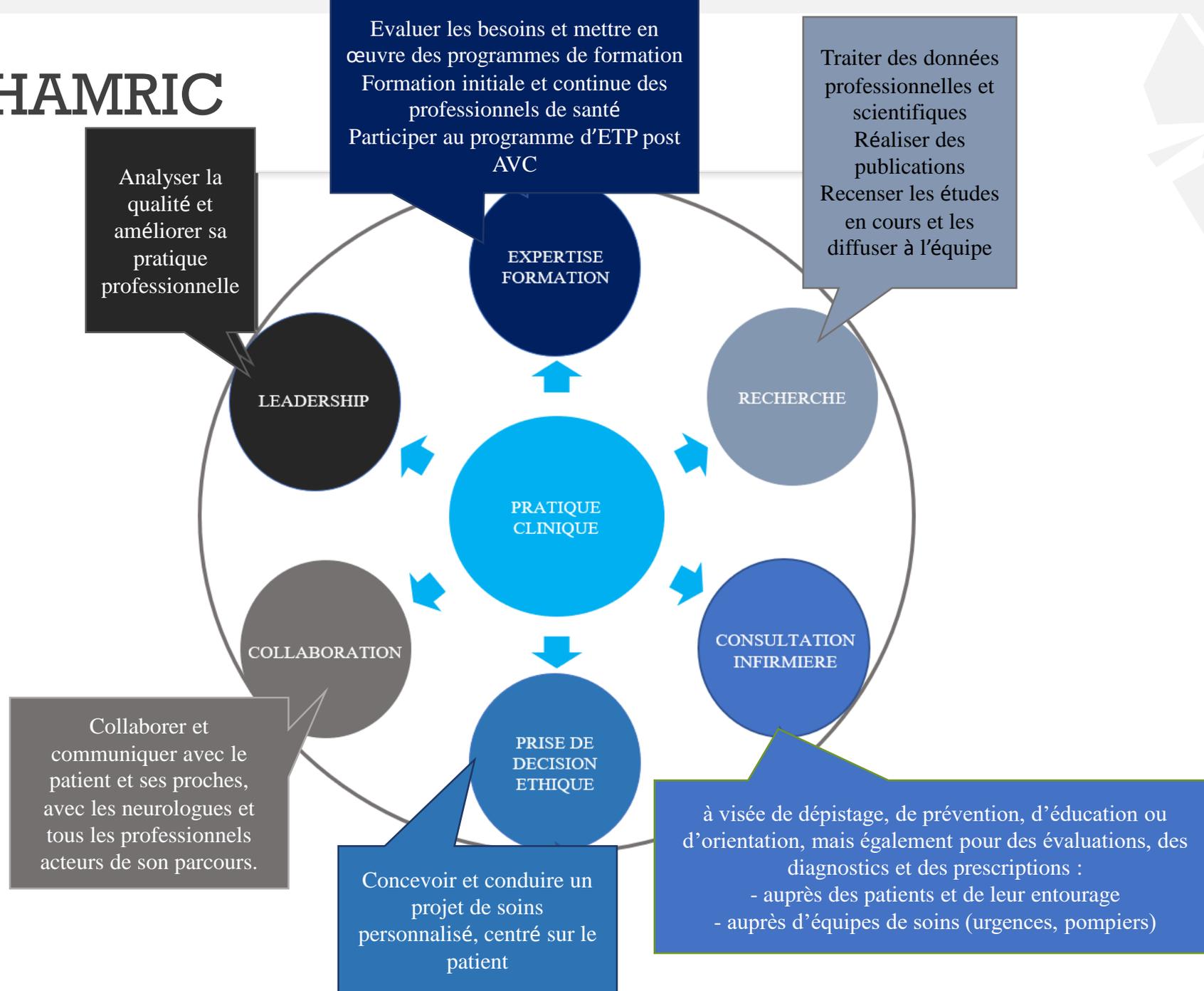


AVC : après la phase aigüe...

Isabelle LOPES PEREIRA
Infirmière en Pratique avancée (IPA)
Mention pathologies chroniques stabilisées

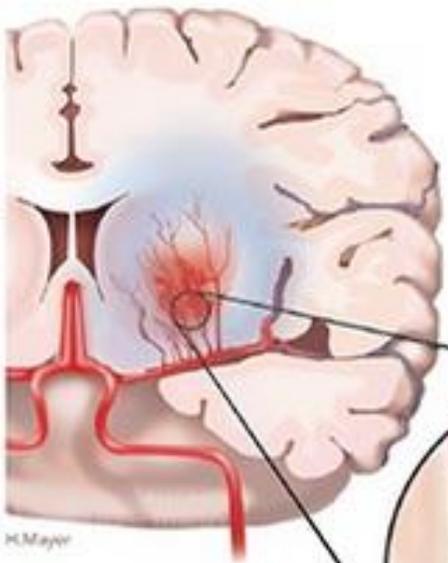
Modèle HAMRIC



OBJECTIFS DU COURS

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

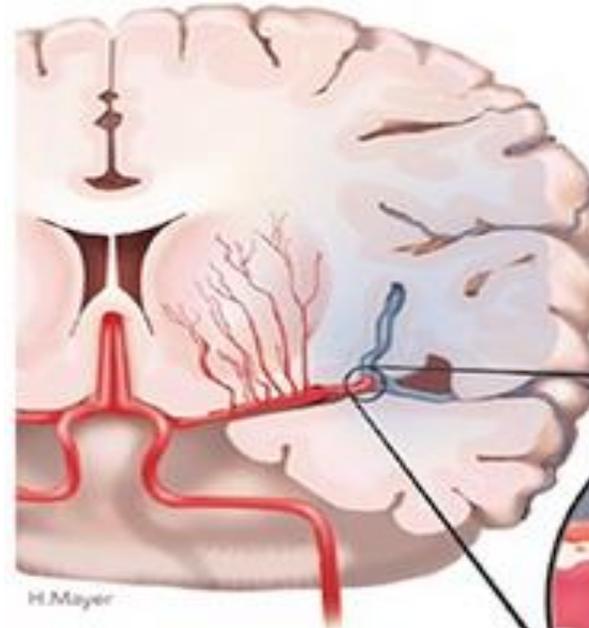
AVC = arrêt **brutale** de la circulation sanguin
au niveau d'une partie du cerveau



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

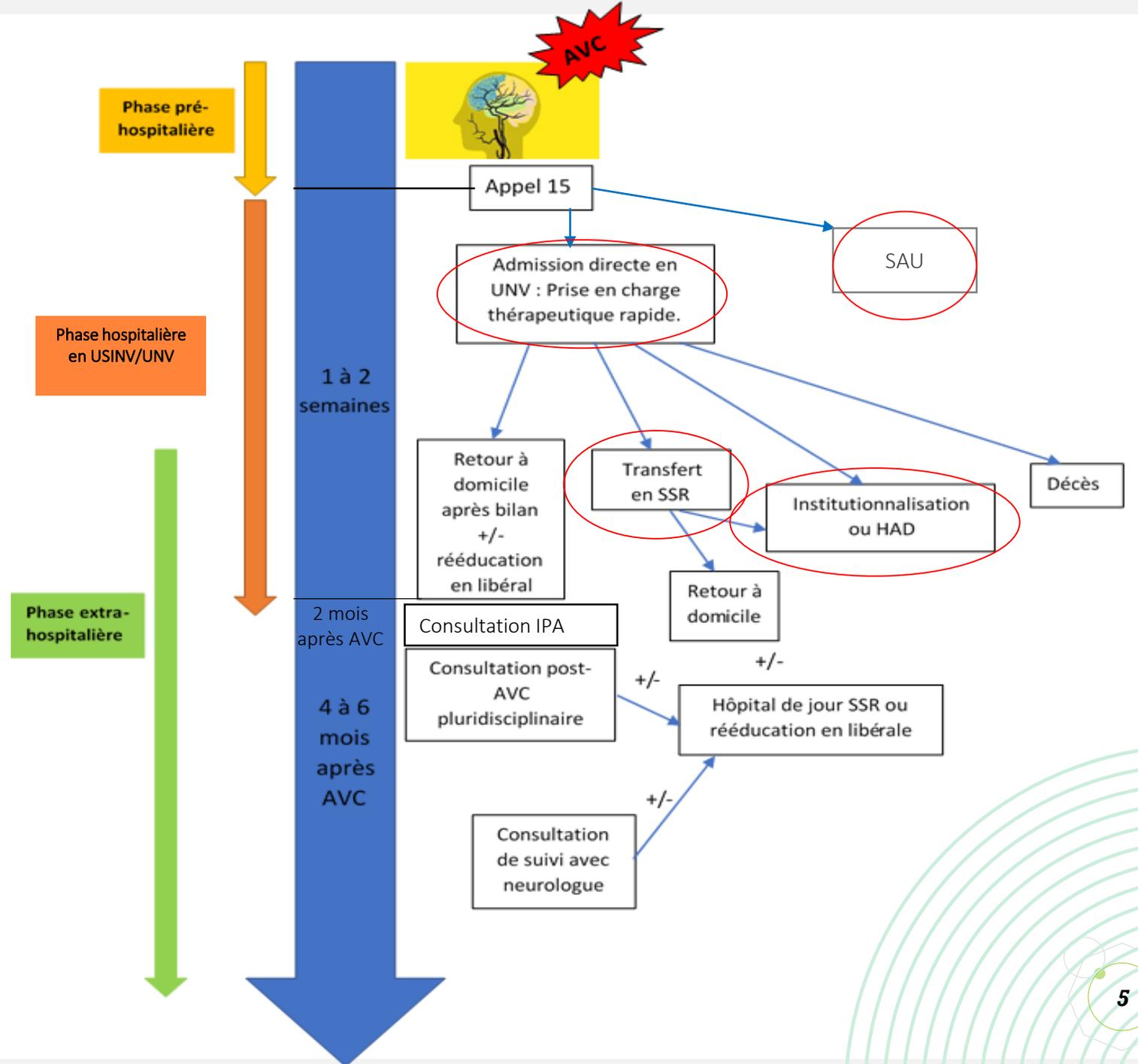


AVC ischémique
Le caillot arrête le
flux sanguin dans une
partie du cerveau.

© 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

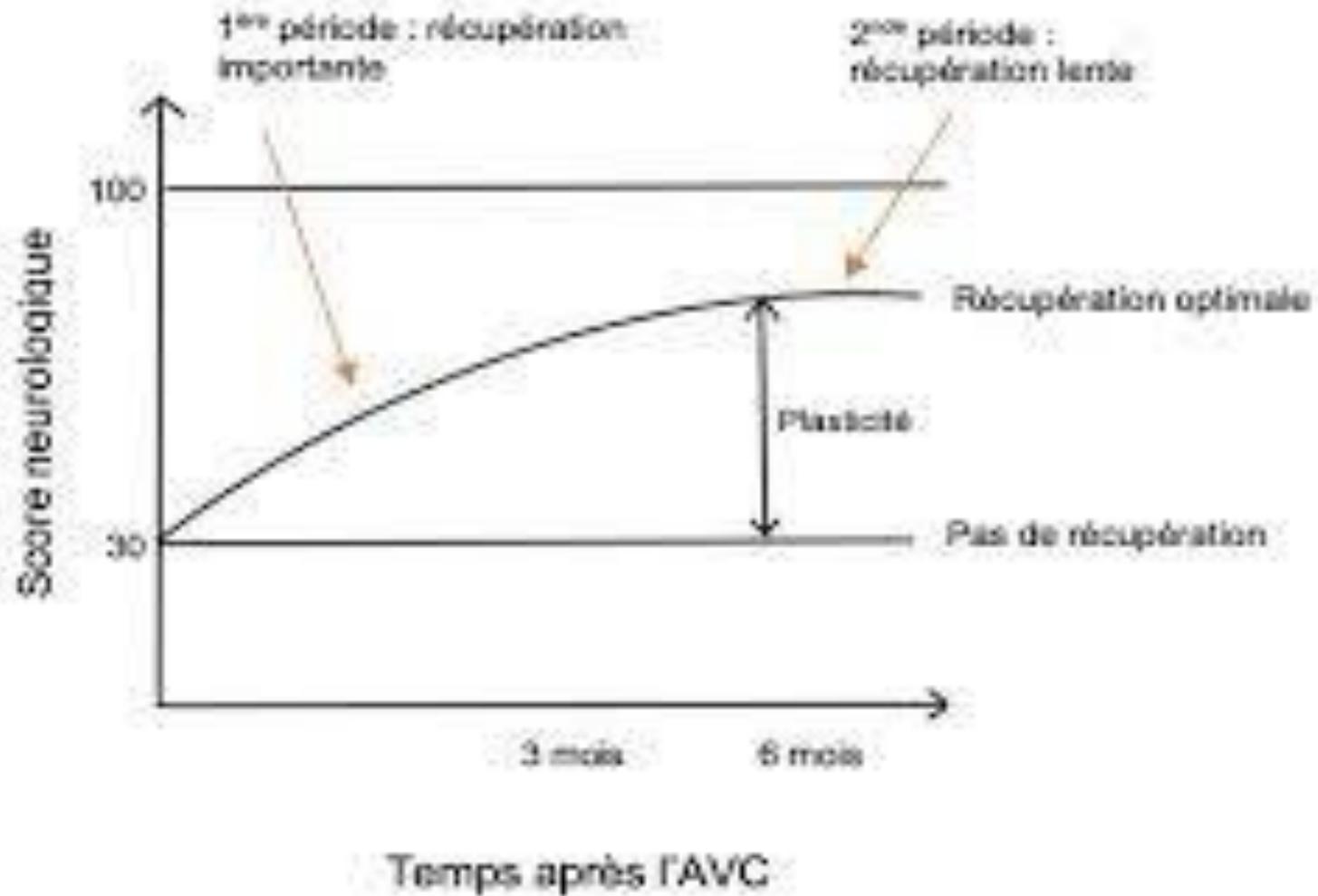
Evaluer les **signes de gravité** (la conscience, la respiration), l'importance du déficit

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

Transfert en unité neuro-vasculaire

CINETIQUE DE RECUPERATION/ PHASE PLATEAU



**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
d'escarre

Risque de
dépression,
de repli sur
soi

Perte
d'espoir

Risque
thromboembolique

Risque de
décompensation
cardiaque

Risque de
dénutrition et
déshydratation

Risque de
complications
orthopédiques,
de positions
vicieuses

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)

NIHSS SIMPLIFIE		scores
Niveau de conscience		
Eveillé	= 0	
Non vigilant mais réveillable par faibles stimulations	= 1	
Non vigilant, nécessite stimulations répétées pour réagir ou est inconscient et nécessite une stimulation forte et douloureuse pour obtenir mouvement stéréotypé	= 2	
Coma, réponse seulement par réflexe moteur	= 3	
Le regard		
Normal	= 0	
Paralysie partielle du regard	= 1	
Déviaton forcée ou paralysie totale du regard	= 2	
Motricité		
Membre supérieur		
Absence de chute dans les 10 secondes	= 0	
Chute dans les 10 secondes, mais n'atteint pas le plan du lit	= 1	
Quelques efforts contre gravité, le membre ne peut tenir la position	= 2	
Absence d'effort contre la gravité, le membre tombe sur le lit	= 3	
Absence de mouvement	= 4	
amputation		
Membre inférieur		
Absence de chute dans les 5 secondes	= 0	
Chute dans les 5 secondes, mais n'atteint pas le plan du lit	= 1	
Quelques efforts contre gravité, la jambe ne peut tenir la position	= 2	
Absence d'effort contre la gravité, la jambe tombe sur le lit	= 3	
Absence de mouvement	= 4	
amputation		
Le langage		
Pas d'aphasie	= 0	
Aphasie discrète à modérée, perte de la fluence ou de la facilité de compréhension	= 1	
Aphasie sévère, toute communication se fait par expression fragmentée	= 2	
Mutisme, aphasie globale, absence de discours utile ou de compréhension auditive	= 3	
TOTAL		

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 quadransopie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie latérale homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (1a=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 diplopie 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, arthrodèse)	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, arthrodèse)	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.
- 
- Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes 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

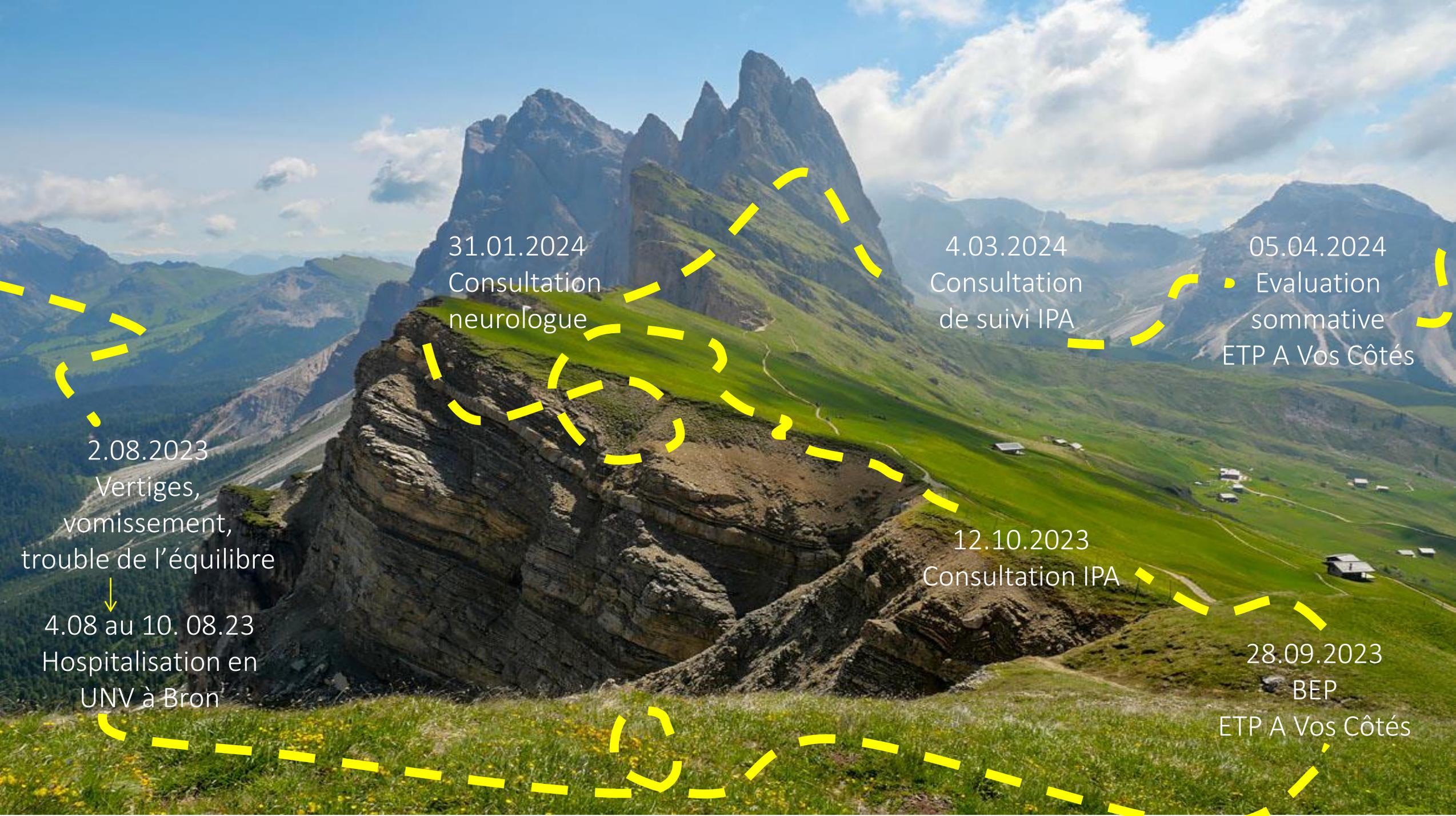
C/ Arrêter de boire de l'alcool

D/ Ne manger que des fruits et légumes

E/ Avoir une activité physique régulière

Réponses : A B E

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



31.01.2024
Consultation
neurologue

4.03.2024
Consultation
de suivi IPA

05.04.2024
Evaluation
sommative
ETP A Vos Côtés

2.08.2023
Vertiges,
vomissement,
trouble de l'équilibre

4.08 au 10. 08.23
Hospitalisation en
UNV à Bron

12.10.2023
Consultation IPA

28.09.2023
BEP
ETP A Vos Côtés

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 :

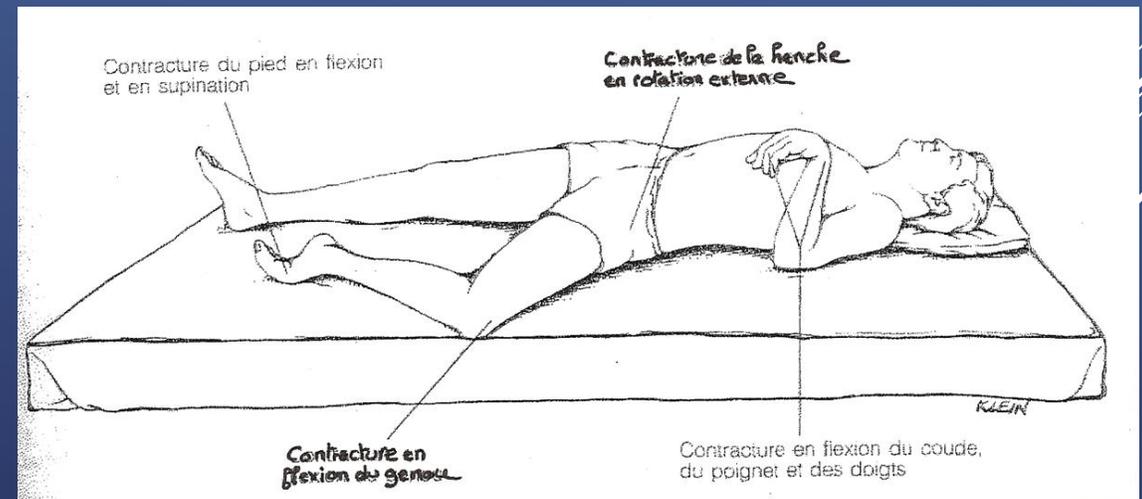
La **jambe** se place spontanément
en **rotation externe**

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 3

L'algodystrophie :

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 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 1

- **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 2

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).

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

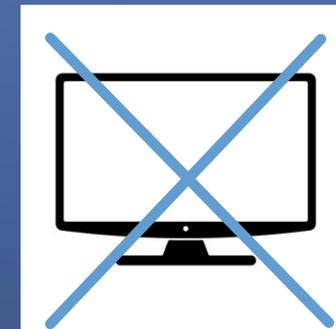
Anosognosie

❑ 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 1

- 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 2

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 route silencieuses: patient ne tousse pas (trouble sensibilité)

Risque de troubles de la déglutition 3

CONSEILS D'INSTALLATION :

- **Confortablement** sur une chaise, au lit, au fauteuil, dos bien calé et la tête droite
- Un **coussin placé dans le dos** et une tablette pour s'accouder peuvent aider
- Repas dans le **calme**, sans distractions (TV...)
- Pas la tête penchée en arrière, mais **tête en avant**, en inclinant le **menton sur la poitrine**
- 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 4



Risque de troubles de la déglutition 5

CONSEILS D'INSTALLATION : Recommander au patient

- D'éviter de prendre plusieurs bouchées / gorgées en une fois.
- D'attendre 5 à 10 secondes entre chaque bouchée
- D'éviter de garder des aliments ou des boissons en bouche.
- De prendre le temps de manger mais d'éviter des repas trop longs (fatigabilité).
- Si besoin, de fractionner l'alimentation en 5 à 6 prises avec des collations au cours de la journée.

Risque de troubles de la déglutition 6

- Prendre une gorgée à la fois.
- Ne pas pencher la tête en arrière pour boire, mais plutôt en avant (stimule fermeture des VA).
- Aides techniques : Paille, verre à découpe nasale, tapis antidérapants, couverts adaptés



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 8

Lors de la reprise de l'alimentation orale, **TOUJOURS** rester vigilant, même si les premières gorgées se passent bien... Les fausses routes peuvent être tardives, silencieuses, niées par le patient trop désireux de boire...

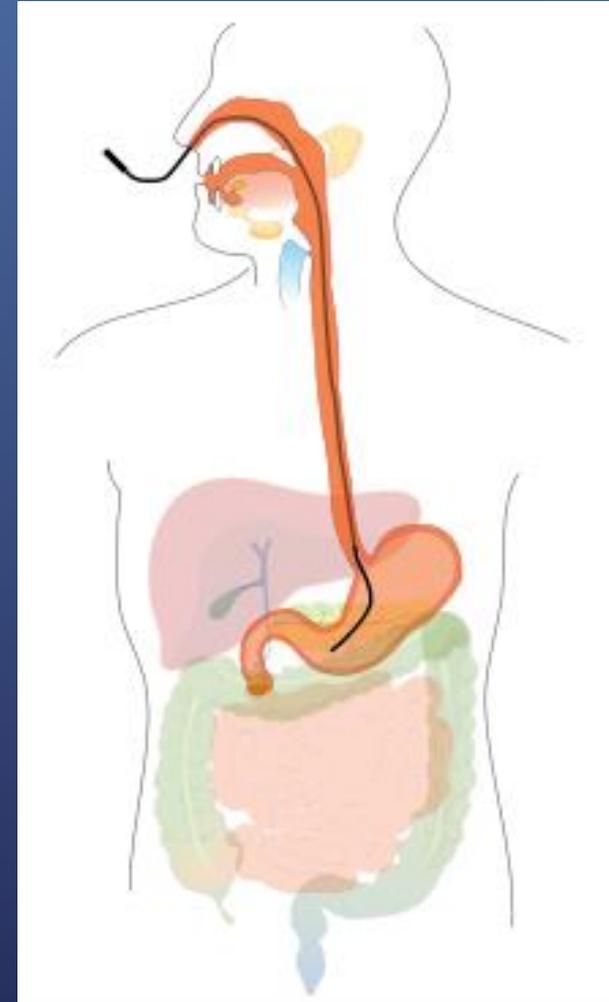


Risque de troubles de la déglutition ?

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.

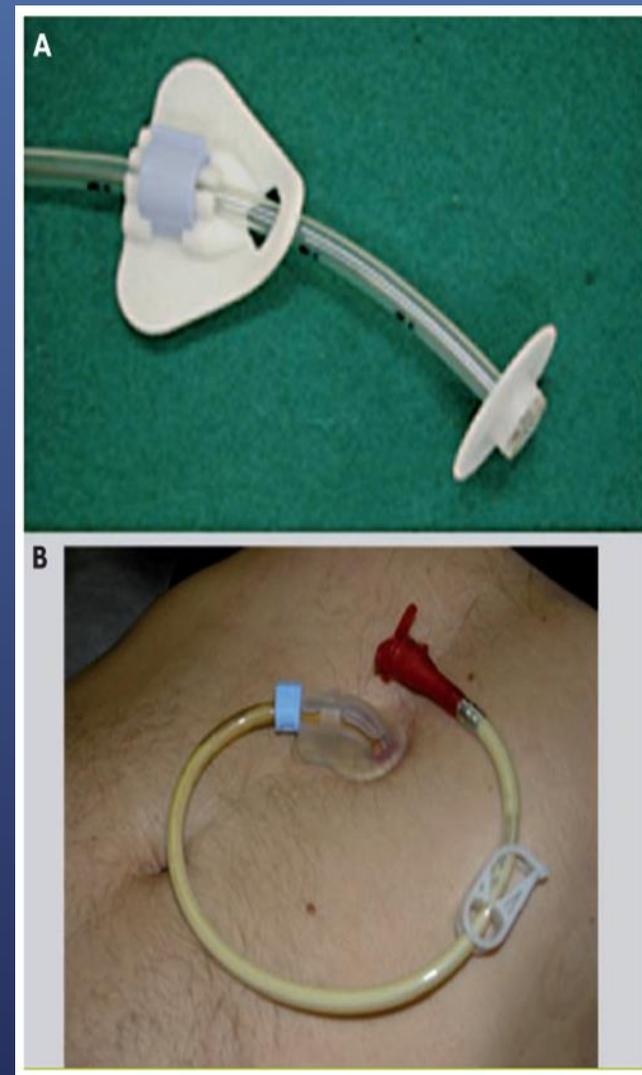


Risque de troubles de la déglutition 10

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 1

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 1

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 2

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



Risque d'escarre 1

Lié à l'alitement,
au stress vécu par l'organisme lors de l'AVC,
à la dénutrition/déshydratation,
aux troubles de la sensibilité et/ou de la motricité,
à une infection,
à l'âge avancé...

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

Risque d'escarre 2

Mesures générales de prévention :

- Evaluation du risque : identifier les facteurs de risques.
Echelle de Waterloo, Braden, Norton...
- Observer de manière régulière l'état cutané et les zones à risque.
- SPE : effleurage (Attention ≠ Massage) sauf si début d'escarre.
- Diminuer la pression en évitant les appuis prolongés (coussins...)
- Support anti escarres : matelas adapté au risque du patient
- Maintenir l'hygiène cutanée et éviter la macération
- Assurer un équilibre nutritionnel : Hydratation, apport protéines.
- Manipulation du patient en évitant les frottements/cisaillements...
- Favoriser la participation du patient et de son entourage

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.

Fatigue

Se manifeste par des difficultés de concentration, par des maux de tête, augmente l'irritabilité et le ralentissement.

La fatigue peut majorer les autres difficultés (impulsivité, difficultés d'attention, de mémoire).

Conseils :

- Essayer d'identifier les facteurs agissant sur la fatigue, les moments de la journée où il a plus ou moins d'énergie.
- Planifier ses activités une journée à l'avance en prenant en compte ce nouveau rythme
- Prévoir des périodes de repos régulièrement dans la journée (pauses calmes, sieste)
- Limiter le nombre d'activités (établir des priorités), inclure des activités qui font plaisir
- Éviter les tâches prolongées et les environnements bruyants, exigeantes en terme de capacités cognitives.
- Pratiquer une activité physique modérée quotidienne, sans dépasser ses limites
- Parler de ses difficultés, de ses ressentis à son entourage et demander de l'aide si besoin

Lenteur

Indépendant de la volonté de la personne.

Peut concerner les fonctions physiques et psychiques.

Conseils :

- Prendre en compte ce ralentissement : commencer les activités plus tôt, partir à l'avance...

Être vigilant à la reprise professionnelle ou de la conduite automobile.

Aménagement du temps de travail.

Pour les aidants

- Respecter le rythme de la personne, sans la brusquer ni faire à sa place.

- Faire preuve de patience autant que possible.

Trouble de l'humeur

Très variables : anxiété, tristesse, difficultés à maîtriser ses émotions, isolement, agitation, irritabilité...

Ils peuvent s'accompagner de symptômes physiques : fatigue, troubles du sommeil (la personne dort trop ou pas assez), diminution ou augmentation de l'appétit....

Conseils :

- Être à l'écoute, rassurer, valider ce qui est ressenti.
- Proposer un avis médical et/ou un soutien psychologique.
- Pratiquer une activité physique régulière à l'extérieur, même modérée, qui diminuera l'anxiété.
- Reprendre des activités adaptées qui procurent du plaisir, appréciées auparavant, ainsi que les relations sociales.

Ressources : Neuropsychologue, Psychologue

Risque de dépression

Influence négativement la qualité de vie et le processus de rétablissement

Sous-diagnostic

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

Ecoute active. Relativiser.

Parler à son entourage et demander de l'aide si besoin.

Accompagnement psychologique

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)

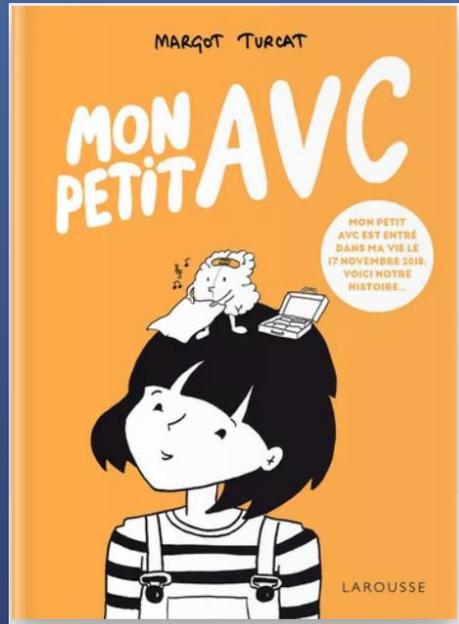
La reprise de la conduite automobile après un AVC

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>