



**PRISE EN CHARGE INITIALE
DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS
D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL**

- ASPECTS PARAMÉDICAUX -

JUIN 2002

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en septembre 2002 . Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) - Service des Relations institutionnelles et communication
– 2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine cedex -Tél. : 01 55 93 70 00 - Fax : 01 55 93 74 00

© 2003. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

L'élaboration de recommandations professionnelles sur le thème de «la prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC) » a été demandée à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé par la Société française neuro-vasculaire, la Fédération de neurologie (regroupant le Collège des enseignants de neurologie, l'Association des neurologues libéraux de langue française et le Collège des praticiens de neurologie des hôpitaux généraux), l'Association pour la promotion de l'expertise et de la recherche en soins infirmiers, l'Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie et l'Association nationale des kinésithérapeutes salariés.

En raison de son volume, le thème a été traité en 4 parties complémentaires, avec la collaboration de groupes de travail différents. Il s'agit :

- d'une évaluation de l'imagerie au cours de la phase aiguë de l'AVC, définissant les stratégies diagnostiques ;
- de recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge médicale initiale des patients adultes atteints d'AVC ;
- d'une évaluation de la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients adultes atteints d'AVC ;
- de recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge paramédicale initiale des patients adultes atteints d'AVC, objet du présent document.

La méthode utilisée a été celle décrite dans le guide d'élaboration des « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France en 1999 », publié par l'ANAES.

L'ensemble du travail a été coordonné par M. Michel GEDDA, chef de projet, avec l'aide de M^{lle} Marie-Laure TURLET, assistante, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été réalisée par M^{me} Nathalie DUNIA, documentaliste, avec l'aide de M^{me} Sylvie LASCOLS, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service documentation.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé tient à remercier les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique qui ont collaboré à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON, responsable du service des évaluations économiques, Anaes, Saint-Denis La Plaine

M^{me} Stéphanie BARRÉ, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine

M. Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles, Anaes, Saint-Denis La Plaine

M. Michel GEDDA, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine

M. Vincent BONVOISIN, masseur-kinésithérapeute, Evreux

M. Michel GUATTERIE, cadre de santé, masseur-kinésithérapeute, Bordeaux

M. Franck MEDINA, orthophoniste, Nîmes

D^r Jean SENGLER, médecine physique et de réadaptation, Mulhouse

D^r Denise STRUBEL, gériatre, Nîmes

GROUPE DE TRAVAIL

M^{me} le Dr France WOIMANT, neurologue, Paris - présidente du groupe de travail

M^{lle} Christine BOUSQUET, infirmière, Mirandol - chargée de projet

M^{me} Marie-José GAILLARD, orthophoniste, Rouen - chargée de projet

M^{me} Catherine LAMY, masseur-kinésithérapeute, Castres - chargée de projet

M. Michel GEDDA, chef de projet, ANAES, Paris

M^{me} Marie-Laure BERTHAUD, infirmière, Limoges

M. Jean-Pierre BLETON, masseur-kinésithérapeute, Paris

M. le P^r Benoît DE WAZIÈRES, gériatre, Nîmes

M^{me} le D^r Joëlle DIEN, neurologue, Saint-Brieuc

M. le P^r Pierre DUDOGNON, médecine physique et réadaptation, Limoges

M^{me} Isabelle DUFOUR-ÉVRARD, masseur-kinésithérapeute, Roubaix

M^{me} Patricia GUIOT, aide-soignante, Grenoble

M. Cédric MABIRE, infirmier, Toulouse

M. Patrick PÉRIGNON, orthophoniste, Châlons-en-Champagne

M^{me} Delphine PREZEAU, infirmière, Fontenay-le-Comte

M^{me} Séverine VENANT, infirmière, Lille

GROUPE DE LECTURE

M. Serge ABATE, masseur-kinésithérapeute, Cerbère

M. Henri ABOIRON, masseur-kinésithérapeute, Brie-Comte-Robert

M. Alain AGNIEL, neuropsychologue, Toulouse

M. le D^r Jean-Pierre AQUINO, interniste, Versailles

M^{me} Marie-Christine BALLEET, infirmière, Limoges

M^{me} le D^r Brigitte BARROIS, médecine physique et réadaptation, Gonesse

M^{me} Josiane BERTHOMIER, infirmière, Limoges

M^{me} Sylvie BONNIN, infirmière, Limoges

M^{me} Christiane BOUILLET, infirmière, Paris

M^{me} Élisabeth BOURDERIAT, infirmière, Grenoble

M. le P^r Gilles BRASSIER, neurochirurgien, Rennes

M^{me} Martine BRUN, aide-soignante, Limoges

M^{me} Gisèle BUS, diététicienne, Nice

M^{me} Marie CAMPAN, orthophoniste, Bordeaux

M^{me} Myriam CAPARROS, orthophoniste, Lyon

M^{me} Marie-Claude CHAUVIN DE RANGOT, masseur-kinésithérapeute, Tarbes

M. le D^r Dominique CHOMARD, médecine physique et réadaptation, Le Bignon-du-Maine
M^{me} Annick CLÉMENCE, infirmière, Paris
M^{me} Erika CORTES, infirmière, Paris
M^{me} Le D^r Anne COUSTES-DURIEUX, neurologue, Clermont-Ferrand
M. Didier D'ERCEVILLE, ergothérapeute, Saint-Saturnin
M^{me} Bénédicte DARRIGRAND, orthophoniste, Libourne
M. le D^r Jean-Christophe DAVIET, médecine physique et réadaptation, Limoges
M. le D^r Thomas DE BROUCKER, neurologue, Saint-Denis
M^{me} le D^r Nathalie DUMARCET, AFSSAPS, Saint-Denis
M. le D^r Emmanuel ELLIE, neurologue, Bayonne
M. le P^r Jean ÉMILE, neurologue, Angers
M^{me} Nathalie FRESTEL-LECOINTRE, orthophoniste, Caen
M. Michel GUATTERIE, masseur-kinésithérapeute, Bordeaux
M^{me} Evelyne HUOT-MARCHAND, infirmière, Besançon
M^{me} Mireille KERLAN, orthophoniste, Vesoul
M. Maurice LAFOURCADE, ergothérapeute, Olette
M^{me} Jany LAMBERT, orthophoniste, Caen
M^{me} Martine LESNY, infirmière, Nancy
M. le P^r Didier LEYS, neurologue, Lille
M. Jacques LHÉRÉTÉ, masseur-kinésithérapeute, Le Chesnay
M^{me} le D^r Pierrette LHEZ, sciences de l'éducation, Bordeaux - Conseil scientifique de l'ANAES
M. Jean-Pierre LISSANDRE, orthophoniste, Limoges
M. Jean-Jacques LORFEUVRE, masseur-kinésithérapeute, Aulnay-sous-Bois

M. Jean-Marie LOUCHET, masseur-kinésithérapeute, Nantes
M. le D^r Laurent MAGY, neurologue, Limoges
M^{me} le D^r Michèle MANE, médecine physique et réadaptation, Compiègne
M. le P^r Jean-Louis MAS, neurologue, Paris
M^{me} Claire MATTER, infirmière, Mulhouse
M^{me} Louissette MONIER, diététicienne, Blois
M. le P^r Thierry MOULIN, neurologue, Besançon
M. le D^r Hervé OUTIN, réanimateur médical, neurologue, Poissy
M. Frédéric PARPEIX, masseur-kinésithérapeute, Limoges
M^{me} Anne PEILLON, orthophoniste, Lyon
M. le P^r Jacques PELISSIER, médecine physique et réadaptation, Nîmes
M^{me} Danièle PERRIER-PALISSON, orthophoniste, Tours
M^{me} Brigitte PERRIN, ergothérapeute, Mulhouse
M. le D^r Jean-Marc PHILIPPE, urgentiste, Aurillac
M. le D^r Pierre PRINCE, neurologue, Montpellier
M. Yves PRUDENT, ergothérapeute, Saint-Sébastien-de-Morsent
M^{me} le D^r Suzel RAVAUX, radiologue, Roanne
M. le D^r Gilles RODIER, neurologue, Mulhouse
M^{me} Martine SKIPWITH DE WILDE, orthophoniste, Orléans
M. Philippe STEVENIN, masseur-kinésithérapeute, Paris - Conseil scientifique de l'ANAES
M^{me} le D^r Denise STRUBEL, gériatre, neurologue, Nîmes
M^{me} Astrig TOPOUZKHANIAN, orthophoniste, Lyon
M^{me} le D^r Thi Mai TRAN, orthophoniste, docteur en linguistique, Lille
M^{me} Rolande VERGNES, infirmière, Bordeaux
M. le D^r Jean-Michel VERRET, neurologue, Le Mans

RECOMMANDATIONS

I. PRÉAMBULE

I.1. Phase aiguë ou initiale

Dans le cadre des présentes recommandations, on entend par *phase aiguë* la période des premiers 15 jours environ post-AVC chez un patient hospitalisé en service de court séjour.

I.2. Limites du travail

Définie ainsi, la phase ici traitée ne recouvre les aspects rééducatifs et relatifs au retour à domicile que dans la mesure où ils s'intègrent dans les actions des premières heures, dans la prévention des complications et dans la préparation d'une phase de réadaptation plus intense. Le groupe de travail propose que ces aspects fassent l'objet de recommandations ultérieures, établies par d'autres groupes de travail à la pluridisciplinarité étendue, partant d'une recherche documentaire spécifique.

Pour des raisons pratiques, ce travail est orienté vers les professionnels paramédicaux intervenant couramment lors de cette phase : infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes. Au cours de l'analyse scientifique de la littérature et des réunions du groupe de travail, le rôle des psychologues, ergothérapeutes, diététiciens, assistants de service social et personnels de brancardage est rapidement apparu fondamental. Dans la mesure où les questions auxquelles répondait ce travail s'adressaient prioritairement aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes, le groupe de travail n'a pu développer son investigation en direction des autres professions. Il ne s'agit pas pour autant d'en occulter l'importance.

I.3. Cibles professionnelles

Ces recommandations s'adressent aux infirmiers, aides soignants, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et à tous les autres professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'AVC en phase aiguë, soit lors des quinze premiers jours en court séjour. Compte tenu du peu de littérature concernant cette phase aiguë, ces recommandations reposent essentiellement sur des propositions du groupe de travail.

II. STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

Une prise en charge précoce et appropriée est indispensable pour diminuer la mortalité, réduire la dépendance et favoriser la reprise de l'autonomie. Il est impératif que l'action paramédicale soit coordonnée et pluridisciplinaire.

Le groupe de travail recommande :

- la reconnaissance de chaque acteur de l'équipe paramédicale et pluridisciplinaire et de la dynamique qui s'y crée. Cette équipe se compose d'infirmiers, d'aides-soignants, de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes ;
- la stabilité de cette équipe ;

- la permanence d'un nombre suffisant de personnel soignant en adéquation avec la dépendance des patients et la charge de travail qui en résulte ;
- la présence impérative d'infirmiers et d'aides-soignants 24 heures sur 24 ;
- l'intervention d'un masseur-kinésithérapeute et d'un orthophoniste au moins 5 jours sur 7 ;
- l'astreinte du masseur-kinésithérapeute lors des week-ends et jours fériés pour les urgences respiratoires ;
- la formation continue de l'équipe.

Le groupe de travail souligne également le rôle important des autres intervenants tels que psychologues, diététiciens, assistants de service social, ergothérapeutes et personnels de brancardage. Il est recommandé que soit élargie la notion de l'équipe pluridisciplinaire afin de reconnaître l'importance de chaque professionnel dans la prise en charge paramédicale de l'AVC.

III. ÉVALUATION ET SURVEILLANCE AU COURS DES PREMIÈRES HEURES

Dès l'accueil du patient, l'infirmier doit se consacrer en priorité aux mesures d'urgence et à l'évaluation des fonctions vitales. L'aide-soignant collabore à la réalisation des soins infirmiers sous la responsabilité de l'infirmier.

Le résultat des évaluations est consigné dans le dossier de soins. Les éléments de surveillance sont retranscrits sur la feuille de traitement et de surveillance.

III.1. Mesures d'urgence

L'infirmier et l'aide-soignant préparent la chambre avant l'arrivée du patient. Le lit est équipé d'un support adapté d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre. Le matériel d'urgence nécessaire, comprenant l'équipement d'aspiration, un masque à oxygène et une sonde nasale, les moniteurs de surveillance cardiaque et tensionnel et un oxymètre de pouls, est rassemblé.

Les premiers gestes d'urgence sont :

- apprécier le niveau de vigilance : conscient, somnolent, obnubilé, réactif aux stimuli sonores, à la douleur, coma ;
- apprécier l'état de coloration cutanée et rechercher une cyanose ;
- détecter l'existence de clonies ou de crises comitiales ;
- noter :
 - le rythme et la fréquence cardiaques ;
 - le rythme et la fréquence respiratoires ;
 - la pression artérielle ;
 - la saturation en oxygène ;
 - la température corporelle.

En cas de troubles de la vigilance :

- assurer la liberté des voies aériennes en enlevant les appareils dentaires éventuels et tout corps étranger, et en aspirant les mucosités et sécrétions (grade C) ;
- surveiller en continu la saturation en oxygène ;
- assurer si nécessaire (en cas de désaturation) l'oxygénation à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale ;

- installer le patient, buste incliné à 30° ;
- en cas de vomissements, placer le patient en position latérale de sécurité.

Chez le patient vigilant, en attendant l'examen médical, le patient est laissé strictement à jeun et au repos strict en décubitus, quelle que soit l'importance de la lésion.

Le groupe de travail recommande la mise en sécurité à l'aide de barrières de lit et l'observation directe du patient à risque.

III.2. Sévérité de l'AVC

L'ensemble des membres de l'équipe participe à la surveillance de la vigilance et du déficit neurologique, et signale les modifications de l'état du patient.

Dès l'accueil aux urgences, il est recommandé de quantifier l'atteinte neurologique par des échelles permettant d'établir un score neurologique initial.

Les troubles de la conscience sont établis en score par l'infirmier à l'aide d'un examen neurologique standardisé. Le déficit est au mieux mesuré par l'échelle *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) et reporté dans le dossier de soins.

L'utilisation de l'échelle NIHSS exige une formation spécifique.

L'infirmier évalue et surveille l'état de conscience (ouverture des yeux, réponse verbale et réponse motrice) à l'aide de l'échelle de Glasgow. Chez le patient obnubilé ou comateux, il observe également l'état des pupilles afin de détecter une modification de leur taille. Toute amélioration ou aggravation de l'état de conscience est signalée au médecin.

L'infirmier surveille l'état du patient toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à stabilité neurologique, notamment en le sollicitant pour ouvrir les yeux, bouger un membre et répondre à des questions. Les passages à intervalles réguliers dans la chambre, de jour comme de nuit, permettent une surveillance rapprochée de façon à dépister et à signaler au médecin une amélioration ou une aggravation de l'état neurologique.

III.3. État respiratoire

L'ensemble des membres de l'équipe participe à la surveillance et signale les modifications de l'état du patient.

L'infirmier surveille les signes d'encombrement pulmonaire et l'apparition d'une éventuelle cyanose, mesure la fréquence respiratoire et le rythme cardiaque. Il vérifie également la capacité du patient à tousser et à évacuer les sécrétions. En raison des risques d'embolie pulmonaire, l'équipe soignante recherche des signes de dyspnée et toute douleur thoracique.

Le matériel d'aspiration est installé dans la chambre à proximité du patient.

Le masseur-kinésithérapeute complète l'évaluation de l'état respiratoire. Une kinésithérapie respiratoire est mise en place pour prévenir et traiter l'encombrement.

III.4. Surveillance des paramètres vitaux

Une surveillance continue du rythme cardiaque est réalisée par l'infirmier en installant un cardioscope et en notant le rythme cardiaque et la pression artérielle sur la fiche de surveillance. Le contrôle régulier du rythme cardiaque permet de déceler une arythmie, une bradycardie ou une tachycardie. Toute hypertension ou hypotension doit être signalée au médecin.

La température et la glycémie capillaire sont également surveillées sur prescription médicale. Toute hyperthermie ou altération de l'équilibre glycémique est signalée au médecin.

La surveillance de la diurèse alerte sur l'hydratation du patient, la présence d'un globe vésical ou une polyurie. L'infirmier met en œuvre un calendrier mictionnel relevant les volumes horaires de chaque miction. Afin de dépister précocement une rétention d'urines, la surveillance de la diurèse peut être aidée d'un échographe vésical portable (« *bladderscan* »). Le sondage urinaire n'est à accomplir que sur prescription médicale en respectant les soins d'asepsie propres à cet acte.

La constipation nécessite un interrogatoire sur les habitudes alimentaires et un suivi régulier de la reprise du transit.

III.5. Comorbidités

Dès l'admission du patient, on recherche les pathologies et comorbidités susceptibles d'entraîner des complications et de mettre en jeu le pronostic vital. Lors de l'interrogatoire du patient et de son entourage, il est important que l'infirmier note :

- les antécédents vasculaires, en particulier cardiaques et cérébraux ;
- l'existence d'une pathologie pulmonaire préexistante à l'AVC ;
- les antécédents de dépression ;
- les autres pathologies associées ;
- la dénutrition ou l'obésité ;
- l'existence de troubles digestifs ;
- l'état de dépendance pré-AVC à l'aide de l'échelle de Rankin modifiée.

III.6. Contexte humain et matériel

Le groupe de travail rappelle l'importance d'identifier rapidement l'environnement humain et matériel et le statut socio-économique du patient.

Dès l'entrée du patient dans le service, l'infirmier se renseigne sur la situation familiale, professionnelle et sociale du patient. Il prévient l'assistant de service social afin d'entamer rapidement une réflexion et une projection sur le devenir du patient, en concertation avec son entourage.

L'environnement matériel conditionne le retour à domicile ; l'infirmier relève également les éléments essentiels pour préparer la sortie du patient et organiser au mieux son retour à domicile (type d'habitation, situation à l'étage, accès à un ascenseur, etc.).

IV. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES COMPLICATIONS IMMÉDIATES

L'AVC peut entraîner de nombreuses complications que l'ensemble de l'équipe doit anticiper très rapidement et tout au long de la prise en charge. L'équipe s'implique en particulier dans la prévention et le traitement des :

- troubles de la déglutition ;
- complications infectieuses ;
- thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires ;
- complications cutanées ;
- complications orthopédiques ;
- troubles psycho-affectifs.

IV.1. Positionnement et installation du patient

Le positionnement adéquat du patient prévient les complications.

Au lit, le patient est installé en décubitus dorsal, un oreiller placé sous la tête pour la surélever à 30° et empêcher l'inflexion latérale du cou.

Le membre supérieur est posé sur un coussin, le bras en rotation neutre, en abduction à 60°, 30° d'antépulsion, le coude fléchi à 40°. La main en semi-pronation est posée sur une mousse, les doigts écartés en extension, le pouce en abduction. Cette position facilite le drainage du membre supérieur et évite l'apparition de l'œdème. Le membre inférieur est placé en rotation neutre, la hanche et le genou sont positionnés en rectitude, la cheville est maintenue à angle droit.

Le fauteuil de repos est équipé d'une tablette permettant de positionner le membre supérieur vers l'avant, l'épaule en antépulsion, le coude fléchi et la main à plat restant dans le champ de vision.

Une attention particulière concernant l'articulation gléno-humérale de l'hémiplégique est essentielle.

IV.2. Troubles de la déglutition

Si l'état de vigilance le permet, le patient doit bénéficier d'une évaluation de la déglutition (grade B) au cours des premières 24 heures, avant la première alimentation.

L'évaluation de la déglutition est réalisée au lit du patient par un soignant entraîné, à l'aide d'un test simple validé (grade B). Un matériel d'aspiration doit être disponible dans la chambre du patient pendant cet examen.

Les membres de l'équipe responsables de cette évaluation doivent recevoir une formation appropriée (grade C).

En présence de troubles de la déglutition empêchant une alimentation orale sécurisée, une sonde nasogastrique peut être prescrite. La pose doit être réalisée par le médecin ou l'infirmier, patient à jeun installé en position assise. Il est recommandé d'utiliser des sondes nasogastriques de petit diamètre afin d'éviter les traumatismes et d'en améliorer la tolérance. Le groupe de travail rappelle la nécessité de vérifier systématiquement l'emplacement de la sonde nasogastrique avant de débiter l'alimentation et de surélever le buste du patient à 30°.

Tout patient présentant des troubles de la déglutition à ce premier test doit être ensuite examiné, sur prescription médicale, par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute formé, pour approfondir l'évaluation.

La réalimentation du patient ayant des troubles de la déglutition fait appel à un personnel formé. Des précautions spécifiques sont nécessaires, notamment sur la consistance de l'alimentation et des liquides à adopter (grade A). En collaboration avec l'infirmier, le diététicien évalue le statut nutritionnel, veille à son maintien et détermine les besoins spécifiques au patient en fonction de ses préférences alimentaires et de la consistance appropriée à son alimentation.

L'infirmier met en route une fiche de surveillance alimentaire afin de coordonner les actions et le suivi alimentaire avec l'aide-soignant.

L'infirmier assure les soins du patient en assistance nutritive entérale, participe à sa surveillance clinique, à son éducation et à celle de son entourage.

IV.3. Complications infectieuses

L'ensemble du personnel doit être attentif aux complications infectieuses pulmonaires qui surviennent le plus souvent chez les patients ayant des troubles de la vigilance ou de la déglutition.

Compte tenu du risque infectieux, les indications d'une sonde urinaire sont limitées à l'aggravation de l'état neurologique, à la présence de troubles urodynamiques, en particulier des rétentions aiguës d'urines.

Afin de prévenir les infections associées à l'utilisation de la voie veineuse, les techniques d'entretien et la surveillance du cathéter requièrent une hygiène rigoureuse des mains et une préparation locale stricte. Les patients porteurs de matériel intraveineux sont examinés au minimum une fois par jour pour rechercher les signes de complication en rapport avec la perfusion. L'infirmier doit changer le site d'insertion du cathéter veineux périphérique toutes les 72 heures et l'ensemble des tubulures de perfusion systématiquement toutes les 48 heures.

IV.4. Thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires

L'ensemble des membres de l'équipe participe à la surveillance des membres inférieurs en veillant au risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire.

La diminution de la perception de la douleur par le patient du fait des troubles sensitifs, la difficulté à exprimer la douleur du fait de l'aphasie, la présence de troubles trophiques au niveau du membre inférieur sont des éléments importants dont l'équipe paramédicale doit tenir compte.

La prévention des complications veineuses repose sur la mobilisation et le lever précoces et l'administration d'anticoagulants à doses préventives sur prescription médicale.

Le masseur-kinésithérapeute débute dès que possible la mobilisation passive ou active des membres inférieurs, associée au massage circulatoire.

Les bas de contention sont posés dès l'admission, sur prescription médicale, en cas de déficit du membre inférieur. Il est recommandé d'être vigilant sur le choix de leur taille et sur la technique de mise en place. Il est préconisé qu'ils soient portés 24 heures sur 24. Lorsque le lever n'est pas autorisé, les bas sont retirés pour la toilette, puis remis.

IV.5. Dénutrition

Tout patient doit bénéficier d'une évaluation de son état nutritionnel par un soignant entraîné, à l'aide de l'index de masse corporelle, dans les 48 heures qui suivent son admission (grade B).

Tout patient atteint d'AVC doit être pesé au moins une fois par semaine. L'infirmier inscrit le poids et l'index de masse corporelle dans son dossier.

L'infirmier et l'aide-soignant surveillent également une éventuelle détérioration du statut nutritionnel et une déshydratation. Une perte de poids régulière ainsi que l'altération de l'intégrité cutanée doivent être signalées au médecin.

En aucun cas, le patient présentant des troubles de déglutition ne doit être laissé seul à l'heure des repas ; les repas sont pris en présence de l'infirmier et il est impératif d'avoir un matériel d'aspiration près du lit.

Il est important de poser le plateau dans le champ visuel intact du patient, de s'assurer de la mise en place des prothèses dentaires et de vérifier que l'utilisation des couverts est possible.

IV.6. Complications cutanées

Le risque de développer des escarres doit être pris en compte dès l'admission (grade C). Les troubles trophiques nécessitent une surveillance quotidienne par l'ensemble de l'équipe.

Il est recommandé que l'infirmier utilise l'échelle de Braden dès le contact initial avec le patient (grade B).

L'ensemble de l'équipe, concernée par les mesures générales de prévention, s'implique aussi en faveur d'une propreté minutieuse du lit, de manière à éviter les macérations et la présence de débris de nourriture.

Assurer le confort du patient à travers les soins d'hygiène est la priorité de l'infirmier et de l'aide-soignant. Il est recommandé de surveiller fréquemment l'état cutané, les points d'appui et les zones à risque d'escarres (grade C). Le massage et la friction de ces zones ainsi que l'application de glaçons et d'air chaud sont déconseillés car ils diminuent le débit micro-circulatoire moyen.

La surveillance de l'état cutané s'accompagne de l'utilisation de matériels adaptés au patient, notamment d'un support d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre équipant le lit. Il est recommandé d'utiliser le matelas à pression d'air.

Afin d'éviter les phénomènes de cisaillement et de frottement, la prévention des ulcérations cutanées exige des changements de position fréquents. Si l'état du patient le permet et si la position en décubitus latéral est bien tolérée, les changements de position au

lit sont réalisés toutes les 2 à 3 heures. La mobilisation passive ou active de l'ensemble des articulations est préconisée.

Une installation rapide au fauteuil est préconisée selon l'état hémodynamique et neurologique.

IV.7. Complications orthopédiques

La lutte contre les complications orthopédiques est capitale dans la prise en charge du patient déficitaire.

Une attention particulière est portée sur l'épaule hémiplegique. La prévention passe par l'éducation et la coordination de l'équipe et des intervenants extérieurs pour une manutention et un positionnement adaptés.

Chaque membre de l'équipe doit être convaincu de son rôle d'information et une éducation est également apportée aux proches du patient sur les techniques de positionnement au lit, au fauteuil, les mobilisations articulaires et les précautions à prendre lors des transferts.

IV.8. Douleurs

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de détecter et d'évaluer toute douleur du patient afin de prévenir rapidement le médecin.

L'ensemble de l'équipe paramédicale détecte tout changement de comportement et est à l'écoute du patient afin de l'aider à exprimer des plaintes qu'il peut difficilement formuler.

Chez le patient incapable de communiquer et la personne âgée, l'analyse de la douleur avec l'échelle Doloplus-2[®] ou ECPA est préconisée.

Le soutien psychologique du malade et de sa famille, en particulier en cas de trouble de la communication, est un élément important du traitement de la douleur.

IV.9. Troubles psycho-affectifs

Il est impératif que l'ensemble de l'équipe observe et signale au médecin les troubles affectifs, émotionnels et comportementaux accompagnant l'AVC.

Un tableau d'apathie, de manque d'intérêt, de pleurs, d'irritabilité, de perte d'appétit ou un comportement régressif évoque une dépression. Toute euphorie, insomnie ou tendance à l'hyperactivité est à signaler au médecin.

L'écoute du patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est fondamentale. Une attitude valorisante mettant le patient en situation d'acteur est préconisée.

V. RÉÉDUCATION PRÉCOCE

V.1. Fonctions motrices

Tout patient ayant des troubles de la motricité et/ou de la sensibilité doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute. L'évaluation initiale de la motricité est réalisée à l'aide de l'index moteur de Demeurisse.

Une mobilisation passive ou active de l'ensemble des articulations est débutée rapidement.

Le groupe de travail insiste sur le rôle de la mobilisation de l'épaule et de son positionnement, dans la lutte contre l'apparition du syndrome épaule-main.

Le patient hémiparétique doit être encouragé au plus tôt à s'automobiliser à l'aide du membre sain et à utiliser ses membres vers des objectifs fonctionnels pour récupérer en force et en contrôle.

Des exercices actifs sont institués dès que la coopération du patient est suffisante.

Le groupe de travail recommande l'utilisation de l'index de Barthel, de la mesure d'indépendance fonctionnelle et de l'échelle de Rankin modifiée pour évaluer le degré de dépendance du patient.

Pour le patient déficitaire, le « premier lever », est effectué en présence du masseur-kinésithérapeute dès que la vigilance et l'état hémodynamique le permettent. Il se fera sous surveillance tensionnelle et sera court, de 15 à 20 minutes, pour éviter une fatigue qui perturbera le lever du lendemain. La première mise au fauteuil est précédée d'un test assis au bord du lit. L'installation du patient hémiparétique au fauteuil respecte un positionnement d'innocuité.

V.2. Déglutition

Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier très rapidement d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier.

V.3. Fonctions sphinctériennes

L'infirmier surveille la fréquence des mictions, la quantité et un éventuel résidu post-mictionnel (grade C). Il met en route un programme de réapprentissage de la propreté associant la planification de la prise de liquides et des heures pour uriner.

Afin de stimuler l'autonomie sphinctérienne, le bassin est proposé à heures fixes. Dès que le lever est autorisé et afin de limiter l'exposition de la peau à l'humidité, la mise sur les toilettes à fréquence régulière est préconisée, en respectant l'intimité du patient.

En présence de constipation, un apport suffisant en liquides et en aliments riches en fibres doit être, dès que l'état du patient le permet, maintenu.

V.4. Fonctions supérieures

L'équipe pluridisciplinaire doit être informée et attentive à d'éventuels troubles cognitifs, à l'anosognosie en particulier, afin d'adapter son approche du patient et les soins. Il est recommandé de pratiquer un examen neuropsychologique complet, évaluant les différents troubles cognitifs dès que l'état neurologique du patient le permet.

On apprécie l'importance de l'héminégligence dès les premiers jours. Tout patient présentant une héminégligence doit bénéficier de mesures de sécurité et d'une rééducation spécifique (grade A) et interdisciplinaire précoce.

Les troubles attentionnels et l'héminégligence doivent être pris en charge par l'ensemble de l'équipe. Pendant les soins infirmiers ou lors de la toilette ou des repas, l'attention du patient doit être portée vers son côté héminégligent. Le membre supérieur hémiplégique fait l'objet d'une surveillance particulière.

L'implication du patient et de son entourage est indispensable.

Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste (grade B) :

- un bilan initial du langage, et en particulier de la compréhension, doit être effectué le plus précocement possible ;
- une évaluation plus complète à l'aide d'outils standardisés doit être menée dans les 15 jours suivant l'hospitalisation si l'état du patient le permet ;
- toute personne aphasique bénéficie d'une rééducation orthophonique, quelle que soit la sévérité des troubles (grade A). L'équipe et l'entourage du patient doivent être informés par l'orthophoniste des moyens de communication appropriés à mettre en œuvre (grade A) ;
- tout patient dysarthrique sans aphasie associée doit accéder à des moyens alternatifs de communication si ses possibilités cognitives sont suffisantes (grade C).

Dès l'entrée du patient, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire identifie les éventuels troubles des praxies gestuelles.

V.5. Synthèse des aides techniques et à la prévention

Il est recommandé que le service accueillant le patient atteint d'AVC en phase aiguë dispose notamment du matériel suivant :

- lit à hauteur variable avec des barrières de sécurité et une potence ;
- lève-malade avec pesée intégrée ;
- matelas à pression d'air ;
- fauteuil de confort à hauteur variable, muni d'accoudoirs amovibles, d'un repose-pieds à hauteur variable, d'une assise et d'un dossier inclinable avec une tablette intégrée, large, stable et à rebord ;
- échographe vésical portable (« *bladderscan* ») ;
- appareils de monitoring cardiaque et tensionnel ;
- oxymètre de pouls ;
- matériel d'aspiration ;
- écharpe de soutien ;
- barre d'appui dans les couloirs pour faciliter la déambulation ;
- sonnette d'appel des 2 côtés du lit ;

- chariot douche ;
- fauteuil roulant ;
- verre à découpe nasale.

Il est recommandé que l'orthophoniste puisse disposer dans l'unité du matériel suivant :

- tableau avec des lettres magnétiques ;
- ardoise magique ;
- carnet de communication.

V.6. Coordination

Une coordination appropriée implique :

- l'utilisation de protocoles de coordination spécifiques à la prise en charge du patient atteint d'AVC ;
- des réunions d'équipe au minimum hebdomadaires, mais dont la fréquence est à évaluer dans chaque service en fonction de la durée moyenne de séjour ;
- un dossier du patient où sont notés les antécédents, le contexte social, l'histoire de la maladie, l'état neurologique du patient à l'entrée et son état général.

V.7. Information et éducation du patient et de ses proches

Dès son admission, chaque professionnel participe, dans les limites de ses compétences, à l'information du patient et de ses proches, et assure un soutien sous la forme d'une écoute attentive.

L'infirmier délivre une information au patient et à l'entourage sur les traitements antithrombotiques vasculaire antiplaquettaires et anticoagulants (vasculaire) et sur la prise en charge des facteurs de risque vasculaire (tabac, obésité, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, etc.).

Il est important de développer des programmes éducatifs à l'usage du personnel, du patient et de l'entourage. L'implication du patient et de ses proches est un principe essentiel ; elle passe par une éducation personnalisée et ciblée.

Le groupe de travail recommande la diffusion de supports d'information spécifiques au cours de l'hospitalisation.

V.8. Formation continue

L'actualisation des connaissances théoriques et pratiques en pathologie neuro-vasculaire de l'ensemble de l'équipe doit être assurée de façon régulière. La formation continue s'appuie sur la formation interne, les échanges interservices, la participation à des congrès.

Un plan d'intégration est recommandé afin que tout personnel nouvellement affecté dans le service puisse bénéficier d'un apport de connaissances spécifiques à l'AVC et à sa prise en charge.

Tableau 1. Attitudes pratiques vis-à-vis des troubles de la sensibilité (accord professionnel).

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none"> • Encourager le patient à utiliser le membre supérieur et/ou inférieur non affecté : <ul style="list-style-type: none"> - pour déterminer la température des aliments, de l'eau pour la toilette ; - pour déterminer la localisation et la texture des objets. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre au patient à vérifier le positionnement des membres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tirer sur le bras hémiparétique. • Laisser pendre un bras ou une jambe déficitaire.
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir les chutes en installant, sur prescription médicale, des barrières de lit et une contention au fauteuil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser le patient dans un environnement inconnu et susceptible d'être dangereux.
<ul style="list-style-type: none"> • Le lève-pèse-malade électronique représente aussi une mise en sécurité du patient pour son transfert et peut être une aide pour le personnel soignant. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre au patient à modifier sa position à intervalles réguliers sans attendre la sensation d'inconfort. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Le lever est précoce selon la prescription médicale. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer un examen quotidien et rigoureux de l'état cutané et évaluer le risque d'escarre. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Les soins d'hygiène corporelle sont rigoureux avec lavage, rinçage et séchage soigneux afin d'éviter la macération dans les plis. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à la propreté du couchage (absence de miettes), draps bien tirés et vêtements sans faux plis. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Le matelas est de bonne qualité : ferme et confortable à la fois. Si besoin, on utilise un support d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Le fauteuil utilisé est à hauteur variable et à accoudoirs amovibles pour faciliter les transferts. Le dossier à inclinaison variable facilite le confort. 	<ul style="list-style-type: none"> • Installer le patient dans un fauteuil inadéquat : trop bas, trop profond ou trop mou.
<ul style="list-style-type: none"> • Le fauteuil peut être équipé en supplément d'un coussin de siège favorisant le confort du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Installer des « bouées » favorisant l'apparition d'escarres sacrées.

Tableau 1 (suite). Attitudes pratiques vis-à-vis des troubles de la sensibilité (accord professionnel).

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none">· La tablette adaptable au fauteuil est large. Sa fonction est double :<ul style="list-style-type: none">- dissuasive en cas de conduite téméraire/mobilité ;- confortable pour le positionnement des membres supérieurs et la possibilité de mettre les objets nécessaires à la portée du patient (verre d'eau, lunettes, sonnette d'appel). • Le plus rapidement possible habiller le patient avec ses vêtements personnels. • Veiller à ce que le patient dispose de chaussures souples, adaptées à son pied et sans talons, pour faciliter la marche. Des chaussures montantes à Velcro lui permettent de les mettre sans aide extérieure. • Informer l'entourage du patient des dangers liés à l'environnement et à l'altération de la sensibilité. • Faire participer les proches aux soins si le patient et l'entourage le souhaitent.	<ul style="list-style-type: none">• Mettre des chaussures à lacets.• Faire marcher un patient avec des chaussures inadaptées (mules).

Tableau 2. Attitudes pratiques vis-à-vis des troubles de l'élimination urinaire et fécale (accord professionnel).

À faire	À éviter
ÉLIMINATION URINAIRE :	
<ul style="list-style-type: none">• Établir une diurèse, voire un calendrier mictionnel avec les volumes horaires et noter le bilan des entrées et sorties sur la feuille de surveillance.• Noter tout changement de comportement, notamment une agitation, qui peut traduire une douleur abdominale chez un patient ayant des troubles de la communication.• Proposer régulièrement un moyen pour uriner (bassin, urinal) de façon systématique lorsqu'il s'agit d'incontinence partielle ou de troubles de la communication, afin d'avoir une mesure fiable de la diurèse, d'éviter que le patient ne se souille et de reprogrammer la vessie à un fonctionnement normal.• Préférer les toilettes ou le fauteuil garde-robe au bassin lorsque le lever est autorisé afin que la vessie se vide mieux et éviter ainsi les infections urinaires favorisées par les résidus post-mictionnels.• En cas d'incontinence urinaire, utiliser le moyen adapté (change complet, étui pénien, protection) qui permet de conserver un bon état cutané et améliore l'image que le patient a de lui-même et qu'il donne à autrui.• Veiller à une hydratation correcte.	<ul style="list-style-type: none">• Mettre systématiquement un change complet pour ne pas générer une dépendance difficilement réversible.
ÉLIMINATION FÉCALE :	
<ul style="list-style-type: none">• Noter le transit intestinal pour dépister précocement une constipation.• En cas de constipation et en accord avec le diététicien, introduire des éléments riches en fibres et des compotes de pruneaux.• Veiller à une hydratation suffisante.• Encourager la mobilité du patient, surtout s'il est âgé.• Favoriser l'intimité en ayant recours à du matériel comme un paravent dans des chambres à plusieurs lits ou un fauteuil garde-robe mobile.	

Tableau 3. Attitudes pratiques vis-à-vis des soins de la vie quotidienne (accord professionnel).

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les capacités à réaliser les soins personnels de façon indépendante. • Habiller le plus rapidement possible le patient avec ses vêtements personnels. • Fournir assistance jusqu'à ce que le patient soit capable d'assurer les soins. • Stimuler le patient à regarder du côté négligé à tout moment de la journée. • Encourager à faire, toujours selon les capacités, et enseigner ce concept à l'entourage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire systématiquement tout à la place du patient, le risque étant notamment chez le sujet âgé la perte d'autonomie.
<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser les progrès et s'inscrire dans une démarche résolument évolutive. • Établir une "routine" sécurisante (toilette, repas) en respectant des horaires réguliers. • Favoriser la participation aux soins des proches si cela est souhaité et possible tout en tenant compte des capacités de l'entourage. • Les soins sont prescrits par écrit et planifiés ; ils tiennent compte des habitudes de vie des patients à domicile. • Les écrits permettent la continuité des soins ; ils sont complétés par les résultats des évaluations réalisées et la description des réactions du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdire aux proches de participer aux soins ou restreindre leur implication en limitant les horaires de visite. • Doucher un patient contre sa volonté si ce soin ne fait pas partie de ses habitudes de vie.

Tableau 4. Attitudes pratiques vis-à-vis des troubles de l'alimentation (accord professionnel).

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'un matériel d'aspiration dans la chambre. • En collaboration avec le diététicien, prendre en compte les habitudes alimentaires du patient dans le choix des menus, le fractionnement éventuel des repas (collation). • Surveiller quantitativement et qualitativement la nutrition et l'hydratation. • Adapter la consistance de l'alimentation en cas de troubles de la déglutition (mixé, haché). • Évaluer l'autonomie du patient et l'assister en cas de nécessité. • Installer correctement le patient, prévoir une grande bavette et le placer dans des conditions de concentration optimales au moment des repas. • S'assurer que la première bouchée est bien avalée avant d'en donner une deuxième. • Utiliser des aides matérielles : tapis anti-dérapant, papier mouillé sous le plat pour éviter qu'il ne bouge, verre à découpe nasale. • Mettre les appareils dentaires si nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter la télévision pendant le repas.
<ul style="list-style-type: none"> • Respecter et faire respecter le régime prescrit. • Détecter les troubles du comportement alimentaire (perte d'appétit liée à un état dépressif). • Inciter le patient à faire et l'encourager. • Éduquer l'entourage et si possible solliciter sa participation au soin. • Rester de préférence aux côtés du patient pour l'obliger à utiliser la totalité de son champ visuel et veiller qu'il soit bien assis. • Peser le patient une fois par semaine. • Veiller aux soins buccaux et de narines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire à sa place. • Se positionner du côté sain.

Tableau 5. Attitudes pratiques vis-à-vis des complications orthopédiques (accord professionnel).

À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre au personnel la manutention des patients : par exemple se servir du drap pour remonter le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tirer sur le bras du patient.
PENDANT LA PHASE D'ALITEMENT :	
<ul style="list-style-type: none"> • Installer le patient en décubitus dorsal le tronc incliné à 30°. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Placer le membre supérieur atteint posé sur un coussin. Il est placé en légère abduction, le coude est fléchi, l'avant-bras en déclive, la main est positionnée en ouverture des doigts, le pouce en opposition. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser pendre le membre supérieur atteint. • Placer une balle de mousse dans la main pour éviter le renforcement de la spasticité.
<ul style="list-style-type: none"> • Placer le membre inférieur atteint dans une gouttière, hanche et genou en légère flexion. Un coussin placé sur le bord externe de la jambe évite la rotation externe du membre inférieur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser le membre inférieur en flexion rotation externe et le pied en position varus équin.
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à positionner le pied en rectitude. Placer un arceau pour éviter que le poids du drap accentue l'équin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser le poids des couvertures agir sur la déformation du pied.
<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des changements de position toutes les trois heures, lorsque le patient ne peut les réaliser seul. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser le membre inférieur et le membre supérieur atteints immobiles.
LORS DES TRANSFERTS :	
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre une écharpe pour éviter les traumatismes de l'épaule atteinte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tirer sur le bras hémiparétique.
AU FAUTEUIL :	
<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la rectitude du tronc, sinon corriger la position à l'aide de coussins. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Positionner le membre supérieur sur l'accoudoir avec un blocage pour empêcher la chute du bras. Celui-ci peut reposer sur une tablette. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser pendre le bras.
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une écharpe dans le cas d'atteinte du bras. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conserver le bras dans le champ visuel. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Placer le membre inférieur sur un repose-pieds, de façon à positionner les genoux et les chevilles à 90°. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser le membre inférieur en rotation externe.
<ul style="list-style-type: none"> • Placer les pieds sur le cale-pied ou au sol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser les pieds sans appuis.
<ul style="list-style-type: none"> • Porter le poids du corps plutôt vers l'avant pour éviter la rétroimpulsion. 	

Tableau 6. Attitudes pratiques relatives à l'anosognosie, aux troubles attentionnels et à l'héminégligence (accord professionnel).

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none"> • Encourager le patient à utiliser le membre supérieur et/ou inférieur non atteint pour : <ul style="list-style-type: none"> - déterminer la température des aliments, de l'eau pour la toilette, etc. - déterminer la localisation et la texture des objets. • Apprendre au patient à vérifier le positionnement des membres, l'ajustement des orthèses ou prothèses, des vêtements et le faire si nécessaire. • Toujours aborder le patient du côté héminégligent, ce qui peut déterminer son installation en chambre à plusieurs lits. • Installer le matériel du côté sain, en particulier sonnette et urinal. • Au moment des repas, demander au patient ce qu'il voit sur son plateau. • L'encourager à regarder du côté héminégligent à tout moment de la journée. • Informer la famille de l'héminégligence et l'encourager à se placer dans le champ visuel atteint. • Placer la télévision, des photos des proches du côté héminégligent. • Informer la famille de l'anosognosie et éviter les situations dangereuses pour le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser le patient dans un environnement inconnu et susceptible d'être dangereux par manque d'information. • Se positionner du côté sain afin d'inciter le patient à être attentif à ce qui se passe dans son champ visuel atteint. • Poser le plateau devant le patient et s'en aller. • Laisser sans surveillance un patient anosognosique. • Laisser le bras hémiplégique coincé sous le tronc ou pendre hors du lit et du fauteuil. • Laisser la main se prendre dans les rayons de la roue du fauteuil roulant.

Tableau 7. Attitudes pratiques vis-à-vis des troubles de la communication (accord professionnel).

À faire	À éviter
SI LE PATIENT EST APHASIQUE :	
<ul style="list-style-type: none"> • Établir une relation de confiance avec le patient. • Supprimer les facteurs extérieurs qui gênent ou influencent la communication (bruit, douleur). • Écouter attentivement le patient. • Solliciter l'aide des proches afin de mieux comprendre le patient. • Donner des moyens de communication correspondant aux besoins et aux capacités (carnet de communication, bloc-notes, crayon feutre, ardoise "magique", avec un code couleur si besoin) en collaboration avec l'orthophoniste. • Le personnel soignant dans son expression doit être attentif à : <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un langage simple ; - faire des phrases courtes ; - employer un ton de voix normal; - parler en sachant que le patient même avec d'importants troubles de compréhension comprend les aspects non verbaux du langage (colère, agacement, etc.). • Faire preuve de patience et répéter aussi souvent que nécessaire. • Utiliser des gestes pour soutenir et accompagner la parole lorsque le patient présente des troubles de compréhension. • Établir un contact visuel et par le toucher avant chaque soin afin d'entrer en contact avec le patient. • Parler au patient même s'il ne peut répondre et commenter chaque soin en nommant les objets utilisés. • Chercher des substituts à la communication orale et écrite avec le patient : clignement des yeux, pression de la main, gestes, mimiques. • Proposer au patient des pictogrammes ou des dessins pour le choix des menus. • Vérifier la pose des prothèses dentaires, auditives ou le port des lunettes si le patient ne peut en faire la demande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parler à plusieurs au chevet du patient sans tenir compte de sa présence. • Assaillir de questions un patient qui ne comprend pas ou qui ne peut pas répondre. • Donner un moyen de communication inadapté aux possibilités du patient (communication écrite en cas d'agraphie). • Hausser le ton si le patient n'a pas de troubles auditifs. • Laisser le malade dans le silence, ce qui aggrave l'isolement du patient aphasique. • Faire semblant d'avoir compris un patient qui jargonne, ce qui le conforterait dans son anosognosie. • Le faire répéter sans l'avis de l'orthophoniste surtout en présence d'une stéréotypie qui risquerait de se fixer définitivement. • Considérer qu'il ne comprend pas.

Tableau 7 (suite). Attitudes pratiques vis-à-vis des troubles de la communication (accord professionnel).

À faire	À éviter
SI LE PATIENT EST DYSARTHRIQUE :	
<ul style="list-style-type: none">• Lui fournir une ardoise magique ou un tableau magnétique avec des lettres mobiles si la dysarthrie est associée à une hémiplégie (sans aphasie).• L'encourager à articuler lentement en détachant chaque syllabe.	

Tableau 8. Attitudes pratiques relatives à l'apraxie (accord professionnel).

À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none">• Guider le patient lors de la toilette, de l'habillage et des repas.• L'aider à mettre lunettes, prothèses dentaires et auditives.• Vérifier que le patient est à même de se coucher.• Informer la famille et l'encourager à guider le patient.	<ul style="list-style-type: none">• Laisser un patient se raser seul sans s'être préalablement assuré de l'absence d'apraxie.• Laisser le patient apraxique seul au moment de la toilette, de l'habillage et des repas.• Laisser un patient se coucher en travers de son lit.• Faire systématiquement à la place du patient.

FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

On entend par *phase initiale* la période des 15 jours environ post-AVC en hospitalisation de court séjour.

Une prise en charge précoce et appropriée de toute personne atteinte d'AVC est indispensable pour diminuer la mortalité, réduire la dépendance et favoriser la reprise de l'autonomie. L'équipe paramédicale comprend infirmiers et aides-soignants 24 heures sur 24, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes au moins 5 jours sur 7, psychologues, diététiciens, assistants de service social, ergothérapeutes et personnels de brancardage.

L'organisation implique l'utilisation de protocoles de coordination spécifiques à la prise en charge du patient atteint d'AVC, des réunions d'équipe au minimum hebdomadaires et le suivi du dossier du patient.

L'actualisation des connaissances théoriques et pratiques de l'équipe doit être assurée régulièrement.

ÉVALUATION ET SURVEILLANCE AU COURS DES PREMIÈRES HEURES

Dès l'accueil du patient, l'infirmier se consacre en priorité aux mesures d'urgence et à l'évaluation des fonctions vitales. Le résultat des évaluations est consigné dans le dossier de soins.

1. Mesures d'urgence

La chambre est préparée avant l'arrivée du patient. Le matériel d'urgence nécessaire est rassemblé.

Les premiers gestes d'urgence sont :

- apprécier le niveau de vigilance ;
- apprécier l'état de coloration cutanée et rechercher une cyanose ;
- détecter l'existence de clonies ou de crises comitiales ;
- noter :
 - le rythme et la fréquence cardiaques ;
 - le rythme et la fréquence respiratoires ;
 - la pression artérielle ;
 - la saturation en oxygène ;
 - la température corporelle.

En cas de troubles de la vigilance :

- assurer la liberté des voies aériennes en enlevant les appareils dentaires éventuels et tout corps étranger, et en aspirant les mucosités et sécrétions (grade C) ;
- surveiller en continu la saturation en oxygène ;
- assurer si nécessaire (en cas de désaturation) l'oxygénation à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale ;
- installer le patient, buste incliné à 30° ;
- en cas de vomissements, placer le patient en position latérale de sécurité.

En attendant l'examen médical, le patient vigilant est laissé strictement à jeun et au repos strict en décubitus.

2. Sévérité de l'AVC

Le déficit est mesuré par l'échelle *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) ; l'état de conscience à l'aide de l'échelle de Glasgow. L'infirmier surveille l'état du patient toutes les heures ou toutes les deux heures.

3. État respiratoire

L'infirmier surveille les signes d'encombrement pulmonaire, l'apparition d'une éventuelle cyanose et tout signe de dyspnée. Il vérifie la capacité du patient à tousser et à évacuer les sécrétions. Le masseur-kinésithérapeute complète l'évaluation et met en place un traitement pour prévenir et traiter l'encombrement.

4. Surveillance des paramètres vitaux

Le rythme cardiaque, la température, la diurèse et la glycémie capillaire sont surveillés.

5. Comorbidités

Dès l'admission du patient, l'infirmier note :

- les antécédents vasculaires, en particulier cardiaques et cérébraux ;
- l'existence d'une pathologie pulmonaire préexistante à l'AVC ;
- les antécédents de dépression ;
- les autres pathologies associées ;
- la dénutrition ou l'obésité ;
- l'existence de troubles digestifs ;
- l'état de dépendance pré-AVC à l'aide de l'échelle de Rankin modifiée.

6. Contexte humain et matériel

Dès l'entrée du patient dans le service, l'infirmier se renseigne sur sa situation familiale, professionnelle et sociale. Il prévient l'assistant de service social afin d'entamer une projection sur le devenir du patient.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES COMPLICATIONS IMMÉDIATES

1. Positionnement et installation du patient

Au lit, le patient est installé en décubitus dorsal, un oreiller placé sous la tête pour la surélever à 30°. Le membre supérieur est posé sur un coussin, le bras en rotation neutre, en abduction à 60°, 30° d'antéflexion, coude fléchi à 40°. La main en semi-pronation est posée sur une mousse, les doigts écartés en extension, le pouce en abduction. Le membre inférieur est placé en rotation neutre, la hanche et le genou sont en rectitude, la cheville à angle droit.

Le fauteuil de repos est équipé d'une tablette permettant de positionner l'épaule en antéflexion, le coude fléchi et la main à plat. Une attention particulière de l'articulation gléno-humérale de l'hémiplégique est essentielle.

2. Troubles de la déglutition

Si l'état de vigilance le permet, le patient doit bénéficier d'une évaluation de la déglutition au cours des premières 24 heures, avant la première alimentation. Tout trouble de déglutition a un bilan par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute.

3. Thromboses veineuses périphériques et embolies pulmonaires

La prévention des complications circulatoires repose sur le lever précoce dès qu'il est possible et, sur prescription médicale, sur le traitement anticoagulant ou le port de bas de contention. Le kinésithérapeute débute précocement la mobilisation des membres inférieurs associée au massage circulatoire.

4. Dénutrition

Tout patient doit bénéficier d'une évaluation de son état nutritionnel à l'aide de l'index de masse corporelle.

5. Complications cutanées

La surveillance de l'état cutané s'accompagne de l'utilisation de matériels adaptés. La prévention des ulcérations cutanées exige des changements de position. La mobilisation de l'ensemble des articulations est préconisée.

6. Complications orthopédiques

Une attention particulière est portée sur l'épaule hémiplegique. La prévention passe par l'éducation et la coordination de l'équipe et des intervenants extérieurs pour une manutention et un positionnement adaptés.

7. Douleurs

L'équipe détecte tout changement de comportement et aide le patient à exprimer ses plaintes. Chez le patient incapable de communiquer, la douleur est analysée avec l'échelle Doloplus-2[®] ou ECPA.

8. Troubles psycho-affectifs

Tout manque d'intérêt, apathie, pleur, irritabilité, perte d'appétit ou comportement régressif, euphorie, insomnie ou tendance à l'hyperactivité est à signaler au médecin. L'écoute du patient et de son entourage est fondamentale. Une attitude valorisante mettant le patient en situation d'acteur est préconisée.

RÉÉDUCATION PRÉCOCE

1. Fonctions motrices

Tout patient ayant des troubles de motricité et/ou de sensibilité doit bénéficier d'une prise en charge kinésithérapique. L'évaluation initiale de la motricité est réalisée à l'aide de l'index moteur de Demeurisse.

Une mobilisation passive ou active est débutée rapidement. Le patient hémiplegique doit être encouragé au plus tôt à s'automobiliser vers des objectifs fonctionnels. Des exercices actifs sont institués rapidement. On utilise l'index de Barthel, la mesure d'indépendance fonctionnelle et l'échelle de Rankin modifiée pour évaluer la dépendance.

2. Déglutition

Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier très rapidement d'une rééducation.

3. Fonctions sphinctériennes

L'infirmier surveille la fréquence des mictions, la quantité et un éventuel résidu post-mictionnel. Il met en route un programme de ré-apprentissage de la propreté.

4. Fonctions supérieures

L'équipe doit être attentive à d'éventuels troubles cognitifs, l'anosognosie et l'héminégligence en particulier. Un examen neuropsychologique complet est pratiqué dès que l'état neurologique le permet.