



CONTINUUM DE SERVICES POUR LES PERSONNES À RISQUE DE SUBIR OU AYANT SUBI UN **ACCIDENT** **VASCULAIRE CÉRÉBRAL**

Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

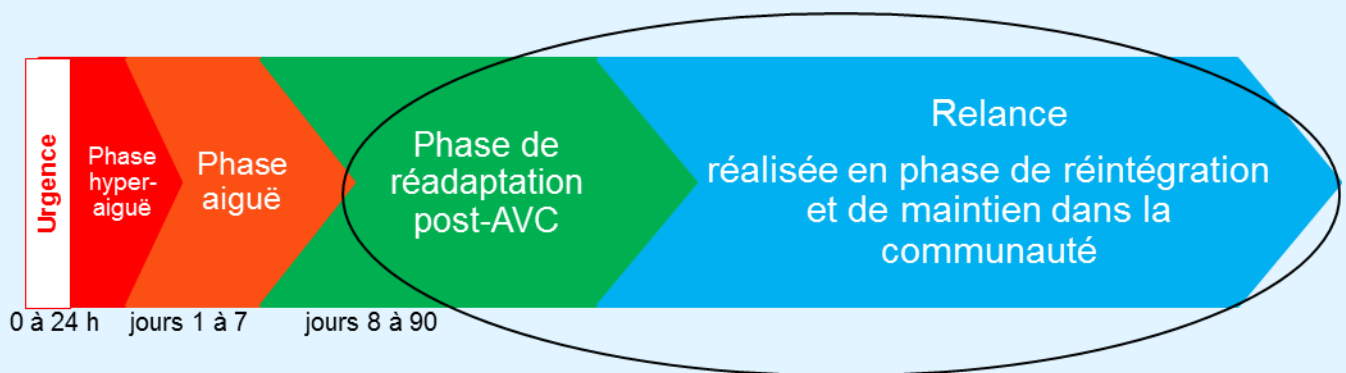
ISBN : 978-2-550-78998-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018

Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)

Phase de réadaptation post-AVC et relance



Continuum de soins et services de l'AVC
Un continuum de soins et de services centré sur la personne

Remerciements

Ce document s'appuie sur les recommandations d'experts cliniques mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour finaliser le choix des outils dont plusieurs sont inspirés du rapport du comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC déposée au MSSS en mai 2013 et acceptée pour diffusion en octobre 2013. Le MSSS tient à remercier les personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette publication, dont principalement les membres du comité de travail piloté par le MSSS :

D^{re} Nicole Beaudoin, physiatre, programme des accidentés vasculaires cérébraux et autres lésions cérébrales acquises, Centre de réadaptation en déficience physique – Institut universitaire, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et Centre de réadaptation Lucie -Bruneau du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

M^{me} Anne Durand, docteure en neurobiologie, physiothérapeute et clinicienne associée à la recherche en phase de réadaptation post-AVC, Direction des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec).

M^{me} Danie Lavoie, physiothérapeute et conseillère aux programmes, Direction des services en déficience et en réadaptation physique, MSSS, et responsable du comité de travail.

M^{me} Franceen Kaizer, diplômée en ergothérapie et chef de programme AVC en phase de réadaptation post-AVC, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (Hôpital juif de réadaptation).

M^{me} Marie-Josée Soucy, neuropsychologue en phase de réadaptation post-AVC, Direction des programmes déficiences, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

M^{me} Nancy Mayo, physiothérapeute, docteure en épidémiologie et biostatistiques, chercheuse et professeure titulaire à l'Université McGill dans les domaines de la physiothérapie, des résultats en santé et en santé des populations;

M^{me} Rosalba Guerrero, physiothérapeute et chef du programme des accidentés vasculaires cérébraux et autres lésions cérébrales acquises, Centre de réadaptation en déficience physique – Institut universitaire, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et Centre de réadaptation Lucie-Bruneau du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;

M^{me} Sophie Quidoz, orthophoniste en phase de réadaptation post-AVC, Direction des programmes en déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

M^{me} Soumiya El Fassi, conseillère cadre en soins infirmiers en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, Direction de soins infirmiers du Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal.

Le présent document a été réalisé à partir d'un canevas fourni au MSSS par M^{me} Leïla Azzaria dans le cadre de la fin de son mandat de professionnelle de recherche au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Table des matières

Introduction	1
Partie 1 : Particularités liées à l'utilisation de la trousse d'outils cliniques (Trousse)	5
Partie 2 : Résumé des outils, de leur fonction et du moment de passation (tableaux 1 et 2).....	9
Partie 3 : Fiches descriptives des outils	15
Fonctions organiques et structures anatomiques.....	17
Niveau de risque de plaies de pression : échelle de Braden [®]	19
Dépression.....	21
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	22
Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9).....	23
<i>Stroke Aphasic Depression Questionnaire</i> : SADQH-10 et SADQ-10	24
<i>Stroke Specific Geriatric Depression Scale (SS-GDS)</i>	25
Fonctions cognitives : <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])</i>	26
Évaluation des troubles neuropsychologiques	27
Négligence spatiale unilatérale	29
Test d'Albert modifié	30
Test des cloches.....	31
Test du peigne et du rasoir	32
Perception visuelle : <i>Motor-Free Visual Perception Test (MVPT)</i>	33
Évaluation de la déglutition	34
Douleur à l'épaule hémiparétique : <i>Chedoke-McMaster Stroke Assessment (CMSA)</i>	35
Sensibilité : Erasmus version modifiée du <i>Nottingham Sensory Assessment</i> révisé (EmNSA).....	36
Spasticité : échelle modifiée de Ashworth	37
Force musculaire : évaluation musculaire manuelle selon la méthode Daniels and Worthingham.	38
Force de préhension : dynamomètre manuel	39
Stade moteur du bras, de la main, de la jambe et du pied : <i>Chedoke McMaster Stroke Assessment – Inventaire des déficiences (CMSA-ID)</i>	40
Activité : Autonomie fonctionnelle, mobilité et équilibre.....	41
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF [®]) : évaluation de l'incapacité	43
<i>Chedoke McMaster Stroke Assessment – Inventaire d'activités (CMSA-IA)</i>	44
Vitesse de marche : naturelle et rapide	45
Capacité de marche fonctionnelle : test de marche de 6 minutes (6MWT).....	46

Équilibre	47
Équilibre : échelle d'équilibre de Berg	48
Équilibre : <i>Mini-BESTest</i>	49
Activité : Fonction du membre supérieur.....	51
Fonction du membre supérieur	53
Fonction bilatérale : <i>Chedoke Arm and Hand Activity Inventory</i> (CAHAI, version 9).....	54
Dextérité grossière : test <i>Box and Block</i>	55
Dextérité fine : test <i>Nine Hole Peg</i> (NHP).....	56
Dextérité fine : test <i>Purdue Pegboard</i>	57
Activité et participation : Communication	59
Évaluation de la communication	61
Participation.....	63
Participation	65
<i>Mayo Portland Adaptability Inventory-4</i> , (MPAI-4), partie C. Participation	66
EuroQol-5D-3L ^{MD} (EQ-5D-3L ^{MD})	67
Autre	69
Liste de contrôle post-AVC.....	71
Bibliographie.....	73
Annexe 1 : Liste d'outils et références pour se les procurer (tableau 3).....	77
Annexe 2 : Définition de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé...	81



Introduction

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue la principale cause d'incapacité chez les adultes, et la troisième cause de décès en importance au Canada. On estime que chaque année, au Canada, 50 000 personnes subissent un AVC, soit environ une personne toutes les dix minutes (www.fmcoeur.qc.ca). Au Québec, une personne est hospitalisée toutes les heures, à la suite d'un AVC (Institut national d'excellence en santé et services sociaux [INESSS], 2011). Des 300 000 Canadiens qui vivent avec les séquelles d'un AVC, 60 % rapportent avoir besoin d'aide et 80 % ont des restrictions dans leurs activités de la vie quotidienne (ASPC, 2009). Les impacts sur la qualité de vie de la personne ayant subi un AVC et sur ses proches sont très importants (www.fmcoeur.qc.ca).

Depuis plusieurs années, des experts, des cliniciens et des chercheurs ont examiné l'organisation des soins et des services offerts aux personnes qui ont subi un AVC afin d'élaborer des pratiques fondées sur les données probantes. En 2013, le MSSS a publié des orientations ministérielles (2013-2018) afin de définir le continuum de services destinés aux personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (MSSS, 2013). En outre, depuis 2006, les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* sont mises à jour afin de guider la pratique clinique et la recherche en matière d'AVC au Canada (www.strokebestpractices.ca).

En 2012, le MSSS a confié à un comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC le mandat de proposer des parcours optimaux de soins et de services en réadaptation au Québec (Richards et coll., 2013). Les travaux de ce comité d'experts font suite aux travaux du comité consultatif ministériel AVC, qui a travaillé en collaboration avec l'INESSS en 2011 et en 2012. Étant donné l'importance du volet réadaptation dans le continuum des soins et des services offerts aux personnes ayant subi un AVC, trois rapports ont été produits à ce moment pour le MSSS (groupe de travail portant sur les trajectoires de réadaptation, 2011a; groupe de travail portant sur la détermination d'outils cliniques à promouvoir, 2011b; INESSS, 2012).

Dans son rapport déposé le 1^{er} mai 2013¹, le comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, alors mandaté par le MSSS, avait fait les recommandations suivantes concernant l'utilisation des outils standardisés pour la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté :

¹ Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC (présidé par C.L. Richards, O.C., Ph. D., pht, F.A.C.S.S). *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC : un continuum centré sur la personne*, 1^{er} mai 2013, 285 p.

- ✓ Utilisation de trousse d'outils uniformisés permettant d'évaluer le patient, au moment opportun, d'éviter la répétition inutile d'efforts et de s'assurer que les évaluations essentielles sont faites.
- ✓ Réduction du nombre d'évaluations au minimum afin que les interventions des professionnels soient concentrées sur la mobilisation rapide de la personne ayant subi un AVC.
- ✓ Pratique de réadaptation (organisation, intervention, moment opportun, évaluation, intensité, durée et approche) fondée sur les données probantes pour favoriser la récupération maximale du patient.
- ✓ Suivi de l'évolution et évaluation de la participation sociale et de la qualité de vie dans toutes ses dimensions.

Des raisons et principes guident le choix des outils d'évaluation uniformisés dans le continuum de réadaptation, et dont les propriétés métrologiques² assurent des mesures objectives des déficiences, des incapacités et de la participation des personnes ayant subi un AVC.


L'utilité des outils se résume de la façon suivante :

- ✓ Permet de mieux communiquer les besoins du patient par l'utilisation d'un langage similaire et d'une terminologie commune.
- ✓ Facilite l'approche collaborative et le travail interdisciplinaire.
- ✓ Encourage l'application des bonnes pratiques.
- ✓ Aide à déterminer le pronostic du patient.
- ✓ Permet de mieux planifier l'orientation de la personne et faciliter son accueil lors de son transfert aux points de transition du continuum de services.
- ✓ Suscite de la confiance dans la prise de décisions.
- ✓ Permet d'établir une structure pour la recherche.
- ✓ Permet d'établir des comparaisons avec des normes internationales.

En 2013, le MSSS a également constitué un comité consultatif clinique composé d'experts cliniques dans le domaine de l'AVC, incluant autant le volet médical que la réadaptation. Ce comité a contribué à l'élaboration des *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC (MSSS, 2017)*³.

² Qui a trait aux côtés théoriques et pratiques de la mesure, et ce, dans tous les domaines de la science et de la technologie (Office québécois de la langue française).

³ MSSS. *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC*. Direction des communications du MSSS, Québec, 2017, 69 p.



Les *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* précisent ce qui est attendu, au regard de l'organisation des services en AVC au Québec, y compris l'utilisation des outils standardisés. Ces paramètres précisent également que les outils standardisés préconisés doivent être implantés et facilement accessibles à tous les intervenants afin de documenter les déficits, les paramètres cliniques particuliers ainsi que les progrès réalisés. L'équipe emploie les outils standardisés recommandés dans la Trousse pour apprécier la progression et la qualité de vie. L'utilisation harmonisée des outils standardisés vise également à faciliter une compréhension commune des besoins des usagers ainsi qu'à favoriser la coordination des soins aux différents points de transition.

Les outils décrits dans cette Trousse sont donc recommandés par le groupe d'experts cliniques mandatés à cette fin par le MSSS, et ce, dans le contexte du déploiement du continuum de soins et de services en AVC au Québec. Au moment de la création de la Trousse, soit entre décembre 2016 et décembre 2017, les experts ont fondé leurs recommandations à partir de données probantes et se sont inspirés de travaux publiés ainsi que des meilleures pratiques ayant cours au Québec et ailleurs dans le monde.

Rappelons que l'approche collaborative visant le partage d'objectifs communs, centrés sur les besoins de l'utilisateur, est préconisée dans cette phase. Le travail en équipe, sous forme d'approche collaborative, favorise l'échange d'informations cliniques uniformisées et évite les répétitions inutiles (inspiré du Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – RUIS Université de Montréal, 2012).

Les outils de la Trousse sont regroupés selon les fonctions obligatoires à être évaluées, tant pour les usagers vus en interne, en externe, qu'à domicile, et organisées en s'inspirant des catégories de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé de 2001 (définitions de la terminologie à l'annexe 2). Pour chaque fonction, la Trousse décrit les outils minimalement recommandés.

En ce qui concerne l'évaluation du risque de chute, comme recommandé en réadaptation fonctionnelle, aucun test spécifique n'a été retenu par le comité d'experts cliniques puisque certains des tests contenus dans cette Trousse peuvent permettre de contribuer à l'évaluation de ce risque comme : le test de vitesse de marche naturelle, le test de Berg et le miniBESTest. Puisque l'utilisation des outils d'évaluation n'est l'objet d'aucune activité réservée, les établissements devront établir leur mode de fonctionnement d'équipe, au regard des disciplines désignées pour chaque outil. Finalement, il revient aux professionnels assignés à l'évaluation d'une fonction spécifique de choisir, parmi les outils proposés, celui qui convient le mieux, en respect du fonctionnement établi pour son établissement.



Partie 1

Particularités liées à l'utilisation de la
trousse d'outils cliniques (Trousse)



Particularités liées à l'utilisation de la Trousse

Les membres de l'équipe de réadaptation devraient connaître et intégrer dans leur cheminement clinique l'ensemble des outils, des procédures et des protocoles, en vue de leur application, les résultats des évaluations devant être documentés dans le dossier de l'utilisateur. L'intention du MSSS est que les outils recommandés soient rendus disponibles aux cliniciens et utilisés par l'ensemble des intervenants de la phase de réadaptation post-AVC pour la réadaptation en unité interne de réadaptation spécialisée, en unité adaptée, en mode externe, à domicile, et incluant également les relances. Précisons qu'il ne s'agit pas d'une trousse d'outils spécifiquement recommandés en recherche.

Il convient de rappeler qu'il est de la responsabilité des établissements de se procurer les outils et de se conformer aux droits d'auteurs quant à leur appropriation et à leur utilisation, des frais pouvant s'appliquer dans certains cas. Le comité de travail a été soucieux de limiter au minimum cette contrainte et formule le souhait que cette liste soit utile à chacun des utilisateurs. Dans ce contexte, spécifions que les tests auxquels des frais de licence s'appliquent seront considérés comme non obligatoires lorsqu'une autre option est indiquée dans la liste.

La Trousse précise donc la fonction de chaque outil recommandé et les sites Internet pour se les procurer, parfois en spécifiant la source de la publication (ex. : StrokEngine). Pour d'autres outils par contre, les sites ne seront pas cités lorsque diverses sources peuvent être utilisées, le comité ne souhaitant pas se prononcer sur un site en particulier pour l'achat en ligne. Les références Internet ont été recensées au meilleur de la connaissance des membres du comité de travail au moment d'élaborer ce document. Il est possible que les sites deviennent inactifs ou inaccessibles au cours du temps, d'autres sites pouvant alors être consultés par les établissements. La fiche descriptive de chaque outil indique, en outre, les particularités utiles pour chacun des outils.

Également, cette Trousse contient les outils d'évaluation recommandés pour la relance, lorsqu'il y a pertinence, selon le jugement de l'équipe, et qui visent à :

- ✓ suivre l'évolution de la condition avec les mêmes outils que ceux de la phase de réadaptation post-AVC;
- ✓ effectuer une évaluation de la qualité de vie;
- ✓ effectuer une évaluation de la participation sociale;
- ✓ effectuer le repérage de problématiques nouvelles ou d'un potentiel de récupération tardif nécessitant un retour en réadaptation.

Soulignons que, pour ce comité de travail, et selon les *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC*, la relance permet le dépistage et les suivis à plus long terme des problématiques résultant de l'AVC. Il s'agit d'une réévaluation planifiée par les services spécialisés de réadaptation, pour les usagers pour lesquels c'est pertinent⁴. Un outil de dépistage des problématiques qui sont susceptibles de se développer à plus long terme à la suite d'un AVC est proposé : la liste de contrôle post-AVC.

Il est également stipulé à la page 32 du guide explicatif de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, L.Q. 2009, c.28 communément appelée *Loi 21*⁵, que, bien que le choix des outils d'évaluation demeure la responsabilité de chaque professionnel eu égard à son champ d'exercice, les éléments suivants doivent être pris en considération :

- ✓ les caractéristiques particulières et parfois uniques des outils;
- ✓ les usagers pour lesquels les outils ont été standardisés;
- ✓ la concordance entre la nature et l'étendue de l'information ainsi que les conclusions que les outils permettent d'obtenir et l'objectif de l'évaluation;
- ✓ le fait que certains outils perdent de leur validité lorsqu'ils sont utilisés, en tout ou en partie, plus d'une fois auprès d'une personne ou dans un délai déterminé;
- ✓ les compétences particulières qui peuvent être requises pour l'administration, la correction, la cotation et l'interprétation de l'outil d'évaluation.

Il peut arriver que certaines disciplines soient spécifiquement attitrées pour une évaluation ou un outil en particulier dans la fiche technique, en lien avec la *Loi 21* ou par la spécification de l'auteur. Pour les outils dont la fiche descriptive indique qu'il est « généralement utilisé » par certaines disciplines, il demeure alors de la prérogative de chaque établissement de déterminer les disciplines responsables de l'utilisation de chacun des outils, selon leur mode de fonctionnement habituel ou souhaité, et de s'assurer de la formation adéquate de son personnel à cet égard. La même prérogative s'appliquera lorsque la fiche technique mentionnera « un membre formé de l'équipe ».

⁴ Précisons que lorsqu'une réévaluation des besoins et de la condition est demandée par des intervenants ou des médecins de la première ligne qui suivent l'usager à plus long terme, il s'agit d'une réévaluation, et non d'une relance.

⁵ Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). *Guide explicatif de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, Direction des communications du MSSS, Québec, 2013.



Partie 2

Résumé des outils, de leur fonction et du moment de passation

Tableau 1 : Outils recommandés pour le dépistage et l'évaluation des personnes en phase de réadaptation post- AVC

Tableau 2 : Outils recommandés pour la relance en phase de réintégration et de maintien dans la communauté

Tableau 1 : Outils recommandés pour le dépistage et l'évaluation des personnes en phase de réadaptation post-AVC : chaque fonction doit être évaluée avec l'un des outils recommandés selon la pertinence clinique

Outil	Prise en charge ⁶	Moment		Fonction	Durée
		Transition ⁷	Fin de la phase post-AVC ⁸		
Fonctions organiques et structures anatomiques					
Niveau de risque de plaies de pression : Échelle de Braden [®]	√			Évaluation	15 min
Dépression :					
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	√	√	√	Dépistage	2 à 5 min
ou					
<i>Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)</i>	√	√	√	Dépistage	2 à 5 min
ou					
<i>Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10 ou SADQ-10, pour les personnes aphasiques)</i>	√	√	√	Dépistage	2 à 5 min
ou					
<i>Stroke-Specific Geriatric Depression Scale (SS-GDS)</i>	√	√	√	Dépistage	environ 10 min
<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])*</i>	Admis ⁹			Dépistage	10 min
Évaluation des troubles neuropsychologiques (outils au choix)	√	(réévaluation optionnelle)	(réévaluation optionnelle)	Évaluation	variable
Négligence spatiale unilatérale : Test des cloches ou Test d'Albert modifié ou Test du peigne et du rasoir	√			Dépistage	5 min
Perception visuelle : <i>Motor-Free Visual Perception test (MVPT)</i>	√			Dépistage ou évaluation	10 à 40 min selon la version
Évaluation de la déglutition (outils au choix)	√	√	√	Évaluation	60 à 120 min
Stade de douleur à l'épaule hémiparétique : <i>Chedoke-McMaster Stroke Assessment (CMSA)</i>	√	√	√	Dépistage ou évaluation	5 min
Sensibilité : Erasmus MC version modifiée du <i>Nottingham Sensory Assessment révisé (EmNSA)</i>	√	(réévaluation optionnelle)	(réévaluation optionnelle)	Dépistage ou évaluation	10 min
Spasticité : Échelle modifiée de Ashworth	√	√	√	Évaluation	10 min
Force musculaire : Évaluation musculaire manuelle selon la méthode Daniels and Worthingham	√	√	√	Évaluation	10 min
Force de préhension : dynamomètre manuel	√	√	√	Évaluation	5 min
Stade moteur du bras, de la main, de la jambe et du pied : <i>Chedoke-McMaster Stroke Assessment – Inventaire des déficiences (CMSA-ID)</i>	√	(réévaluation optionnelle)	(réévaluation optionnelle)	Évaluation	45 à 50 min

⁶ Prise en charge : admis ou inscrit.

⁷ Transition : passage de services internes vers des services externes de réadaptation post-AVC.

⁸ Fin de la phase post-AVC : fin de la phase de réadaptation post-AVC (interne ou externe) impliquant une transition vers la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.

⁹ Outil recommandé pour les usagers admis (interne). Les usagers inscrits (externe) sont évalués avec le MoCA[®] en phase aiguë, en vue du retour à domicile.

* Obligatoire pour le continuum : comme stipulé dans le *Plan de mise en œuvre 2016-2018* et les *Paramètres organisationnels de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* (MSSS, 2017).

Tableau 1 : Outils recommandés pour le dépistage et l'évaluation des personnes en phase de réadaptation post-AVC : chaque fonction doit être évaluée avec l'un des outils recommandés selon la pertinence clinique

Outil	Prise en charge	Moment		Fonction	Durée
		Transition	Fin de la phase post-AVC		
Activité : Autonomie fonctionnelle, mobilité et équilibre					
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF^{®**} : évaluation de l'incapacité	Admis ¹⁰	Fin de l'internat	Fin de l'internat	Évaluation	50 min
Autonomie fonctionnelle : Chedoke-McMaster Stroke Assessment – Inventaire d'activités (CMSA-IA)	Admis	Fin de l'internat	Fin de l'internat	Évaluation	40 à 75 min
Vitesse de marche : naturelle et rapide	√	√	√	Évaluation	5 min
Capacité de marche fonctionnelle : Test de marche de six minutes	√	√	√	Évaluation	15 min
Équilibre :					
Échelle d'équilibre de Berg	√	√	√	Évaluation	15 à 20 min
ou					
Mini-BESTest	√	√	√	Évaluation	10 à 15 min
Activité : Fonction du membre supérieur					
Chedoke Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI, version 9)	√	√	√	Évaluation	15 à 30 min
Dextérité grossière : Test Box and Block	√	√	√	Évaluation	5 min
Dextérité fine : Test Nine Hole Peg ou Test Purdue Pegboard	√	√	√	Évaluation	5 min
Activité et participation : Communication					
Outils au choix (voir tableau 3)	√	(réévaluation optionnelle)	(réévaluation optionnelle)	Évaluation	60 à 180 min
Participation					
Mayo Portland Adaptability Inventory-4, (MPAI-4), partie C, Participation	Inscrits	Début du suivi externe	√	Évaluation	20 min

¹⁰ Admis : Outil recommandé pour les usagers admis (internes) seulement, car les usagers inscrits (externe) auront été évalués avec le SMAF[®] en phase aiguë, en vue du retour à domicile.

^{**} Obligatoire pour le continuum : comme stipulé dans le *Plan de mise en œuvre 2016-2018* et les *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* (MSSS, 2017). Des lignes directrices ministérielles concernant le SMAF[®]—OEMC seront émises bientôt.

Tableau 2 : Outils recommandés pour la relance en phase de réintégration et de maintien dans la communauté

En plus de ces outils, les outils recommandés pour le dépistage ou l'évaluation en phase post-AVC (tableau précédent) pourront être utilisés pour la relance, pour les usagers pour lesquels cela est jugé pertinent par les équipes de la réadaptation spécialisée, minimalement à l'intérieur de six mois post-AVC (*Paramètres organisationnels de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* [MSSS, 2017]).


	Outil	Moment	Fonction	Durée
Relance	Liste de contrôle post-AVC*	Relance	Dépistage	5 min
	Fonctions organiques et structures anatomiques			
	Outils de dépistage de la dépression utilisés en phase de réadaptation post-AVC :			
	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>			
	ou			
	<i>Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)</i>	Relance	Dépistage	Selon l'outil choisi
	ou			
	<i>Stroke Aphasic Depression Questionnaire :</i> (SADQH-10 ou SADQ-10 (pour les personnes aphasiques))			
	ou			
	<i>Stroke-Specific Geriatric Depression Scale (SS-GDS)</i>			
Participation				
<i>Mayo Portland Adaptability Inventory-4, (MPAI-4), partie C Participation</i>	Relance	Évaluation	20 min	
ou				
<i>EuroQuol-5D-3L^{MD}</i>	Relance	Évaluation	5 min	

* Si cet outil est utilisé en relance, lorsque des problèmes sont décelés, les résultats sont transmis aux personnes responsables du suivi à plus long terme : la première ligne et le médecin de famille (GMF).



Partie 3

Fiches descriptives des outils



Fonctions organiques
et
structures anatomiques

Niveau de risque de plaies de pression : échelle de Braden[®]



La prévention et la gestion des lésions continuent d'être une préoccupation pour le système de santé canadien (Wounds Canada, 2017). L'hémiparésie, les changements sensoriels et l'altération du niveau de conscience font que les personnes qui ont subi un AVC sont à risque de développer des plaies de pression (Winstein et coll., 2016).

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2007) spécifie que « dès l'admission du client, et peu importe le milieu de soins, il est important de procéder à une inspection visuelle de la peau afin de détecter tout signe précurseur d'une plaie ou toute plaie déjà présente ».

Il s'avère nécessaire d'évaluer les facteurs de risque à l'aide d'un outil valide telle l'échelle de Braden[®] pour déterminer le niveau de risque de l'usager et ainsi mettre en place les interventions nécessaires en fonction des résultats obtenus.

Description sommaire :

L'échelle d'évaluation du risque de Braden[®] comprend six éléments qui peuvent être classés selon deux types de facteurs de risque :

1. Les facteurs associés à la pression : perception sensorielle, activité et mobilité.
2. Les facteurs associés à la résistance des tissus : humidité, nutrition, friction et cisaillement.

Chaque élément est coté selon une échelle de quatre points, à l'exception de l'élément « friction et cisaillement » qui est coté sur une échelle de trois points.

Le résultat du pointage cumulatif peut s'échelonner de 6 à 23, le résultat le plus bas indiquant un risque plus élevé de plaies de pression.

Fonction

Évaluation du risque de plaies de pression

Moment d'administration

Prise en charge interne, hebdomadairement si le score est ≤ 18 , en présence d'un changement de l'état de santé ou d'un facteur de risque

Durée

15 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : infirmière, infirmière auxiliaire

Références

<https://www.woundscanada.ca/health-care-professionnal/110-supplements>

Agency for Healthcare Research and Quality : <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/index.html>

Lien vers l'outil

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-03W.pdf>

Dépression



Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Eskes et Lanctot, 2015), le tiers des personnes qui subit un épisode significatif de l'AVC souffrirait de dépression post-AVC.

Toute personne ayant subi un AVC devrait être considérée comme étant à haut risque de dépression. Il est reconnu également que la période la plus à risque se situe au cours des six mois après l'AVC, même si des rapports de recherche ont indiqué que des symptômes peuvent apparaître jusqu'à 2 ans après l'AVC.

La dépression peut modifier la capacité du patient à participer à ses soins. Elle est aussi associée à des progrès plus lents de la réadaptation de même qu'à une institutionnalisation prolongée, à une altération des fonctions cognitives, à une réduction de la participation sociale et à un risque accru de mortalité.

Les personnes dont le dépistage décèle un risque de dépression devraient être orientées vers un professionnel de la santé expert en diagnostic et en prise en charge de la dépression.

Quatre outils au choix sont proposés pour le dépistage de la dépression :

- HADS
- QSP-9
- SADQH-10 ou SADQ-10
- SS-GDS

Ces outils sont décrits dans les pages suivantes.

Fonction

Dépistage de la dépression

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC / Relance

Référence

<http://www.strokebestpractices.ca/index.php/cognition-mood/post-stroke-depression/?lang=fr>

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)



Description sommaire

Le HADS a été développé pour fournir aux cliniciens un outil pratique acceptable, fidèle, valide et facile à utiliser pour déceler et quantifier la dépression et l'anxiété. Cette mesure de quatorze éléments a été conçue pour être autoadministrée, mais elle peut être réalisée en personne ou au téléphone pour ceux qui peuvent avoir de la difficulté avec l'autoadministration (StrokEngine).

Le HADS peut être utilisé dans divers contextes (en communauté, en soins de première ligne, en intrahospitalier et en psychiatrie). Il constitue une mesure brève et peut être effectué à répétition, à au moins une semaine d'intervalle, sans compromettre la validité de la cote.

Le HADS ne constitue pas un outil diagnostique complet, mais un moyen de détecter les personnes qui ont besoin d'une évaluation psychiatrique et d'une assistance supplémentaire.

En tant qu'outil de dépistage, il n'inclut pas les symptômes pathologiques sévères de l'anxiété et de la dépression (StrokEngine).

Fonction

Dépistage de la dépression

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC / Relance

Durée

2 à 5 minutes

Professionnel

Un psychiatre, psychologue ou médecin omnipraticien (recommandation des auteurs)

Référence

<http://www.strokengine.ca/fr/assess/hospital-anxiety-and-depression-scale-hads/>

Liens vers l'outil (obtention d'une licence nécessaire)

<https://www.gi-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-hads/>

Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)



Description sommaire

Le QSP-9 est une mesure comprenant neuf questions cotées sur une échelle de 0 à 3, utilisée pour détecter la présence de symptômes dépressifs chez la personne adulte à risque et en apprécier l'intensité (INESSS, 2015). Le QSP-9 peut aussi être soumis à des personnes à la suite d'un accident vasculaire cérébral (StrokEngine).

C'est un questionnaire bref, gratuit, qui est généralement auto-administré. Il peut aussi être réalisé par entrevue en personne ou par téléphone et il peut être rempli par un proche aidant ou un professionnel de l'équipe interdisciplinaire si la personne a besoin d'assistance.

Les neuf questions du QSP-9 sont en lien avec les neuf critères du DSM-V^{TM,12}. Le questionnaire peut être utilisé comme outil de dépistage ou pour mesurer l'évolution clinique de la personne au cours des suivis en centre spécialisé, en première ligne ou au téléphone ainsi que pour examiner la réponse à un traitement pharmacologique ou non pharmacologique. Par ailleurs, selon l'INESSS (2015), cet outil est aussi utilisé dans la perspective de partenariat avec les proches aidants, puisqu'il offre une base de discussion favorisant la compréhension de certains symptômes dépressifs et leur prise en charge.

Le QSP-9 est la version francophone du PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*).

Fonction

Dépistage de la dépression

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC / Relance

Durée

2 à 5 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Références

www.strokengine.ca

http://INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf

Liens vers l'outil

http://INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf

www.strokengine.ca/assess/phq9/

(cliquer français pour version française)

¹² *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5^e éd., Arlington, VA, American Psychiatric Association, p. 355-359.

Stroke Aphasic Depression Questionnaire : SADQH-10 et SADQ-10



Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Eskes et Lanctot, 2015) précisent qu'il faut une solution de rechange aux échelles verbales servant à évaluer l'humeur, qui peut servir à l'évaluation de la personne aphasique. Le SADQ a été conçu à cet effet.

Description sommaire

Pour la personne vivant dans la communauté

Le SADQ-10 est une version abrégée du SADQ-21, développé pour en améliorer la validité. Le SADQ-10 est conçu pour dépister la dépression chez les patients aphasiques qui ont subi un AVC et qui vivent dans la communauté. Le questionnaire est rempli par le proche aidant de la personne aphasique (StrokEngine).

Le SADQ-10 n'est pas disponible en français, mais il est disponible en anglais et dans d'autres langues.

Pour la personne hospitalisée ou admise en réadaptation

Le SADQH-10 est la version abrégée du SADQH, laquelle version a été conçue spécifiquement pour les personnes aphasiques hospitalisées, et dans laquelle quelques modifications ont été apportées dans la formulation des questions et dans les catégories de réponse. Ce questionnaire est rempli par les intervenants. Le SADQH-10 comprend les mêmes questions que le SADQ-10, mais avec les modifications du SADQH (StrokEngine). Il est disponible en français et dans d'autres langues.

Fonction

Dépistage de la dépression pour les personnes aphasiques

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC / Relance

Durée

2 à 5 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Références

www.strokebestpractices.ca/index.php/cognition-mood/post-stroke-depression/?lang=fr

www.strokengine.ca/assess/sadq/

Lien vers l'outil

www.nottingham.ac.uk/medicine/about/rehabilitationageing/publishedassessments.aspx

Stroke Specific Geriatric Depression Scale (SS-GDS)



Description sommaire

Le SS-GDS a été développé spécifiquement pour le dépistage de la dépression chez les personnes ayant subi un AVC (Cinamon et coll., 2011).

Le SS-GDS comprend dix-sept questions provenant du *Geriatric Depression Scale* (GDS). Il a été conçu en utilisant la méthodologie Rasch.

Les dix-sept éléments du SS-GDS, organisés de façon hiérarchique, décrivent les symptômes dépressifs post-AVC liés aux incapacités motrices (1), aux incapacités cognitives (3), à l'émotivité (3), à l'énergie (3), à l'humeur (5) et aux symptômes dépressifs (2).

Comme pour le GDS, les personnes doivent répondre par oui ou par non à chacune des questions (Cinamon et coll., 2011). Ce test est facile à faire passer et ne nécessite pas de formation particulière.

Fonction

Dépistage de la dépression

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC / Relance

Durée

SS-GDS : environ 10 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Référence

https://www.researchgate.net/publication/45390400_Preliminary_evidence_for_the_development_of_a_stroke_specific_geriatric_depression_scale

Lien vers l'outil

<http://www.strokengine.ca>

Fonctions cognitives : *Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])*



Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Eskes et Lanctôt, 2015), les déficits cognitifs d'origine vasculaire touchent jusqu'à 65 % des survivants d'un AVC et sont associés à une moins bonne récupération et à une baisse des fonctions liées aux activités principales et instrumentales de la vie quotidienne. Les patients atteints peuvent avoir besoin d'interventions et d'une réadaptation à long terme continues (Teasell et coll., 2009; Madureira et coll., 2001).

À la fin de l'hospitalisation en phase aiguë, lorsqu'un retour à domicile est envisagé, le MoCA[®] doit être réalisé afin de documenter les besoins de la personne, notamment sur le plan de la sécurité au domicile. Par contre, lorsqu'un transfert est prévu vers les services internes de réadaptation intensive, le MoCA[®] doit être réalisé au moment de la prise en charge en phase de réadaptation post-AVC.

Lorsque le dépistage indique des problèmes sur le plan de l'humeur ou de la cognition, le patient et sa famille doivent idéalement être orientés sans délai vers des experts pour une évaluation exhaustive et une prise en charge appropriée. Les *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* (MSSS, 2017) précisent que les fonctions cognitives font partie des éléments à être évalués en phase de réadaptation post-AVC.

Description sommaire

Le *Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])* a été conçu pour le dépistage des dysfonctions cognitives de légère à sévère. Il est un questionnaire à réponses courtes incluant quelques tâches que doit accomplir la personne. Les éléments évalués sont regroupés en six sous-sections : mémoire à court terme; habiletés visuospatiales; fonctions exécutives; attention, concentration et mémoire de travail; langage; orientation dans le temps et l'espace (Nasreddine et coll. 2005).

Selon le site MoCAtest.org, le MoCA[®] peut être utilisé, reproduit et distribué sans permission par les professionnels de la santé à des fins d'utilisation clinique. Par contre, il est important pour les personnes utilisant le MoCA[®] d'avoir une formation et d'être certifiées (formation offerte sur le site). Les résultats du MoCA[®] doivent être interprétés seulement par des professionnels de la santé ayant une expertise dans le champ cognitif. Des données normatives se trouvent sur le site. Pour avoir accès à ces informations, une inscription est nécessaire (sans frais).

Fonction

Dépistage des troubles cognitifs
(dysfonctions cognitives légères)

Moment d'administration

Prise en charge pour les usagers admis en réadaptation (si non réalisé en phase aiguë), et relance si pertinent

Durée

10 à 15 minutes selon l'état cognitif de la personne

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Références

www.strokebestpractices.ca/index.php/cognition-mod/?lang=fr

www.strokengine.ca/fr/assess/montreal-cognitive-assessment-moca/

Lien vers l'outil

www.mocatest.org

Évaluation des troubles neuropsychologiques



Description sommaire

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Eskes et Lanctot, 2015), les patients présentant des facteurs de risque vasculaires et ceux qui ont subi un AVC ou un AIT diagnostiqué cliniquement devraient tous être considérés comme à haut risque de déficience cognitive vasculaire. Les déficiences cognitives d'origine vasculaire, qui touchent jusqu'à 65 % des survivants d'un AVC, ont des conséquences majeures sur leur capacité à reprendre leurs habitudes de vie de façon sécuritaire, leur participation sociale et leurs rôles sociaux.

L'atteinte des capacités cognitives – pensée abstraite, jugement, mémoire à court terme, compréhension et orientation – a des répercussions négatives sur la récupération post-AVC (Teasell et coll., 2009), augmente la dépendance et est associée à un taux plus élevé de mortalité (Black, 2007). Les personnes ayant subi un AVC peuvent avoir besoin d'interventions et d'une réadaptation à long terme continues (Teasell et coll., 2009; Madureira et coll., 2001).

De plus, les stratégies d'intervention, y compris la réadaptation, devraient être adaptées tant aux déficits cognitifs et aux limitations fonctionnelles qu'aux habiletés cognitives qui sont préservées, déterminées à la suite d'une évaluation en profondeur et élaborées en fonction des besoins et des objectifs de la personne et de ses aidants.

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Eskes et Lanctot, 2015) proposent d'orienter sans délai le patient, lorsqu'il présente un risque de déficit cognitif et lorsqu'un dépistage révèle des problèmes sur le plan de la cognition, vers un expert pour une évaluation plus approfondie de l'état cognitif et une prise en charge appropriée.

(Suite à la page suivante)

Fonction

Permet de statuer sur la présence d'un trouble neuropsychologique, sa nature, sa gravité et son impact

Moment d'administration

Prise en charge / Réévaluation optionnelle lors de la transition et à la fin de la phase post-AVC

Durée

Variable

Professionnel

Neuropsychologue et psychologue autorisés pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques

Référence

www.strokebestpractices.ca/index.php/cognition-mood/?lang=fr

Évaluation des troubles neuropsychologiques



Description sommaire (suite)

L'évaluation des troubles neuropsychologiques est une activité qui couvre l'ensemble des fonctions mentales supérieures dans le but de déterminer s'il y a un dysfonctionnement de l'une ou de plusieurs de ces fonctions. Elle permet donc de statuer sur la présence d'un trouble et sur sa nature. Ce processus d'évaluation permet aussi de déterminer la gravité du déficit ainsi que son impact sur les fonctions et la sécurité dans les activités quotidiennes, et d'orienter les stratégies d'intervention (Lindsay et coll., 2010). Les informations découlant du processus diagnostique permettent donc d'étayer les pronostics et les suites du traitement.

L'évaluation des troubles neuropsychologiques s'effectue à partir d'une gamme étendue de tests normalisés et standardisés en suivant une hiérarchie cognitive. Le choix s'effectue selon le jugement clinique du neuropsychologue basé sur son expertise.

L'impression clinique s'élabore selon un processus complexe où le résultat de chaque test est analysé à la lumière des autres tests et des facteurs contributifs, tout en se basant sur des observations cliniques et des données normatives en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et de l'estimation psychométrique du potentiel intellectuel antérieur à l'AVC.

Afin d'assurer aux usagers la prestation de services les mieux adaptés à leurs conditions sans risquer de leur causer préjudice, l'attestation émise par l'Ordre des psychologues du Québec pour évaluer les troubles neuropsychologiques est exigée.

Négligence spatiale unilatérale



La négligence spatiale unilatérale (NSU) se définit comme l'incapacité à prendre en compte des stimuli venant de l'hémiespace opposé à la lésion cérébrale (StrokEngine). L'incidence de la NSU est estimée à 25 %. Elle est plus fréquente chez les patients dont la lésion cérébrale est du côté droit (EBRSR, Teasell et coll., 2016). La présence de la NSU a un impact négatif sur la récupération fonctionnelle et peut prolonger la réadaptation (EBRSR, Teasell et coll., 2016).

Le dépistage de la NSU peut se faire par différents tests. Avant l'application de ces tests, la présence d'apraxie ou d'hémianopsie doit être éliminée, car ces problèmes peuvent avoir une incidence sur la validité des résultats (StrokEngine).

Trois outils au choix sont proposés pour le dépistage de la négligence spatiale unilatérale :

- Le test d'Albert modifié;
- Le test des cloches;
- Le test du peigne et du rasoir.

Ces outils sont décrits dans les pages suivantes.

Fonction

Dépistage de la négligence spatiale unilatérale

Moment d'administration

Prise en charge

Références

www.strokengine.ca/fr/intervention/unilateral-spatial-neglect/

<http://www.ebrsr.com/evidence-review/13-perceptual-disorders>

Test d'Albert modifié



Description sommaire

Test d'annulation dans lequel l'utilisateur doit rayer des lignes qui sont orientées de façon aléatoire sur une feuille de papier. La version modifiée consiste en 40 lignes noires (25 mm de long, 0,5 ou 1,2 mm d'épaisseur) d'orientation variée et dispersées de manière aléatoire sur une feuille blanche de 297 x 210 mm. Chaque côté de la feuille contient dix-huit lignes divisées en trois colonnes de six lignes. Les colonnes sont numérotées de 1 à 6, de gauche à droite (StrokEngine).

Fonction

Dépistage de la négligence spatiale unilatérale

Moment d'administration

Prise en charge

Durée

5 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute, médecin ou neuropsychologue

Référence

<https://www.strokengine.ca/assess/at/>

Lien vers l'outil

<https://www.strokengine.ca/assess/at/>

Test des cloches



Description sommaire

Test d'annulation avec éléments de distraction permettant une évaluation quantitative et qualitative de la négligence visuelle dans l'espace extrapersonnel (StrokEngine). Le but de ce test est d'évaluer le balayage visuel et de déceler la présence d'un déficit attentionnel ou d'une héminégligence visuelle, le cas échéant.

Le test est composé de sept colonnes (trois à droite, trois à gauche et une médiane), chacune contenant un nombre prédéterminé d'objets cibles. Dans le test des cloches, on trouve 35 cloches parmi 280 autres objets de distraction. La distribution des cloches semble aléatoire, mais il y a en fait cinq cloches dans chacune des sept colonnes. Le nombre de cloches est compté ainsi que le temps nécessaire pour compléter le test. La cote maximale est de 35 (StrokEngine, Cofemer).

Fonction

Dépistage de la négligence spatiale unilatérale

Moment d'administration

Prise en charge

Durée

5 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute, médecin ou neuropsychologue

Références

<https://www.strokengine.ca/fr/assess/test-des-cloches/>

<https://www.strokengine.ca/assess/pdf/bellstest.pdf>

Liens vers l'outil

www.cofemer.fr/UserFiles/File/EHELLES%20ADULTES%20TOME%20_page124.pdf

www.strokengine.ca/assess/pdf/bellstest.pdf

Test du peigne et du rasoir



Description sommaire

Ce test permet le dépistage de la NSU dans l'espace personnel de l'utilisateur en évaluant ses performances dans des activités fonctionnelles, telles que l'utilisation d'un peigne et du rasoir, ou de maquillage. Il existe deux façons de noter les résultats. La méthode reformulée de McIntosh et coll. (2000) est celle qui est recommandée (StrokEngine).

Fonction

Dépistage de la négligence spatiale unilatérale

Moment d'administration

Prise en charge

Durée

5 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute, médecin ou neuropsychologue

Référence

<https://www.strokengine.ca/assess/comb-and-razor-test/>

Lien vers l'outil

<https://www.strokengine.ca/fr/assess/comb-and-razor-test/>

Perception visuelle :

Motor-Free Visual Perception Test (MVPT)



Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), les troubles de la perception visuelle sont une conséquence clinique commune de l'AVC, et on estime qu'environ 21 % des patients auront des problèmes de cet ordre à la suite d'un AVC.

Toutes les personnes victimes d'un AVC devraient subir des évaluations de routine visant à détecter des troubles de la perception visuelle dans le cadre du processus global d'évaluation des besoins en matière de réadaptation.

Des outils validés d'évaluation devraient être utilisés pour les patients chez qui l'on soupçonne des troubles de la perception visuelle, et ces outils devraient être adaptés aux patients avec des limitations communicationnelles, tels que les aphasiques.

Description sommaire

Le *Motor-Free Visual Perception Test (MVPT)* est un outil d'évaluation de la perception visuelle standardisé et largement utilisé. Contrairement aux autres mesures typiques de perception visuelle, cette mesure est destinée à évaluer la perception visuelle, indépendamment des habiletés motrices.

Le MVPT est constitué d'éléments représentant cinq domaines visuels : 1) discrimination visuelle, 2) perception figure-fond, 3) mémoire visuelle, 4) fermeture visuelle et 5) perception spatiale (StrokEngine).

Chaque élément consiste en un stimulus dessiné en noir et blanc, accompagné de quatre options de réponse à choix multiples (A, B, C et D) parmi lesquels un choix correspond à l'exemple (StrokEngine).

Le MVPT peut être utilisé chez les personnes ayant une aphasie d'expression si elles sont en mesure de comprendre les instructions (StrokEngine).

Le MVPT est une mesure courte et simple bien tolérée par les patients. Le test est réalisé par observation directe.

Fonction

Dépistage / Évaluation des troubles de la perception visuelle

Moment d'administration

Prise en charge

Durée

10 à 40 minutes selon la version

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute ou neuropsychologue

Références

www.strokebestpractices.ca/index.php/readaptation/rehabilitation-of-visual-perceptual-deficits/?lang=fr

www.strokengine.ca/fr/assess/motor-free-visual-perception-test-mvpt/

Évaluation de la déglutition



Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), les estimations de l'incidence de la dysphagie associée à l'AVC qui sont publiées fluctuent entre 19 % et 65 % dans la phase aiguë de l'AVC, en fonction du site de la lésion, du temps écoulé et du choix de la technique d'évaluation.

La dysphagie est cliniquement importante parce qu'elle est associée à des taux de mortalité et de complications plus élevés, notamment de pneumonie. Le risque de pneumonie est considéré comme étant trois fois plus grand en présence de dysphagie. La pneumonie découlant d'un AVC est relativement fréquente, soit de 5 % à 26 %, en fonction des critères de diagnostic.

Description sommaire

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et coll., 2016), les résultats anormaux au dépistage initial ou subséquent de la dysphagie devraient donner lieu à une orientation vers les services d'un spécialiste de la dysphagie, de préférence un orthophoniste pour une évaluation plus approfondie et une meilleure prise en charge au chevet du patient de l'aptitude à avaler (niveau de preuve B).

Si un orthophoniste n'est pas disponible, il convient d'orienter les services vers un ergothérapeute, un nutritionniste-diététiste ou un autre clinicien expert en dysphagie (niveau de preuve C).

Un plan de prise en charge personnalisé devrait être élaboré en tenant compte du traitement de la dysphagie, des besoins alimentaires et des plans de nutrition particulière (niveau de preuve B)

Une vidéofluoroscopie de la déglutition ou une évaluation de la déglutition par endoscopie par fibre optique devrait être réalisée pour tous les patients considérés comme à risque de dysphagie pharyngée ou de pauvre protection des voies respiratoires, selon les résultats de l'évaluation clinique (niveau de preuve B).

Fonction

Évaluation de la déglutition

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

60 à 120 minutes

Professionnel

Généralement fait par : ergothérapeute, nutritionniste, orthophoniste

Références

www.strokebestpractices.ca/index.php/stroke-rehabilitation/assessment-and-management-of-dysphagia-and-malnutrition-following-stroke/?lang=fr

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1747493016643553>

Douleur à l'épaule hémiparétique : *Chedoke-McMaster Stroke Assessment* (CMSA)

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015) l'incidence de la douleur à l'épaule après un AVC est très élevée.

Une douleur à l'épaule peut masquer les progrès au regard du mouvement et de la fonction, et même empêcher la participation de l'utilisateur à des activités de réadaptation. La douleur à l'épaule peut contribuer à la dépression et à l'insomnie, et réduire la qualité de vie.

On recommande également que des échelles uniformisées soient utilisées pour évaluer la douleur à l'épaule.

Description sommaire

Le CMSA est un outil axé sur la performance qui est composé de deux inventaires : l'inventaire des déficiences (*Impairment Inventory*) et l'inventaire d'activités (*Activity Inventory*). Le volet concernant la douleur à l'épaule est extrait de l'inventaire des déficiences (chedokeassessment.ca).

La douleur à l'épaule est cotée à l'aide d'une échelle de sept stades, établis selon la gravité de la douleur à l'épaule, au mouvement ou au repos, et selon des indicateurs pronostiques. Le stade 1 correspond à la présence d'une douleur constante et sévère au bras et à l'épaule, ne se limitant pas à l'épaule, et le stade 7 à l'absence de douleur et d'indicateurs pronostiques (Miller et coll., 2008).

Le manuel d'utilisation est requis pour avoir les consignes sur l'application du test ainsi que sur la façon de coter et d'interpréter les résultats.



Fonction

Dépistage / Évaluation de la douleur à l'épaule hémiparétique

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Référence

www.strokebestpractices.ca/index.php/readaptation/prestation-de-soins-de-readaptation-post-avc-en-vue-dune-participation-maximale-aux-roles-habituels-de-la-vie-membre-superieur-et-epaule/management-of-shoulder-pain-following-stroke/?lang=fr

Liens vers l'outil

www.chedokeassessment.ca (nom d'utilisateur et mot de passe requis)

<https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf>

Sensibilité : Erasmus version modifiée du *Nottingham Sensory Assessment* révisé (EmNSA)

Le système somatosensoriel joue un rôle important dans le contrôle moteur. La prévalence des déficits somatosensoriels est élevée après un AVC, et ces déficits sont associés à une récupération fonctionnelle moins favorable (Solk-Hornsveld et coll., 2006).

Description sommaire

Le EmNSA est la version modifiée de la version révisée du *Nottingham Sensory Assessment*. Le EmNSA est un test de dépistage fidèle permettant l'évaluation des déficits somatosensoriels primaires chez des patients ayant un problème neurologique avec atteintes cérébrales (Solk-Hornsveld et coll., 2006).

Dans la version EmNSA, le toucher léger, le toucher pression, la piqûre, la discrimination pointu-lisse, la discrimination deux points et la proprioception sont évalués. Cette version contient une description détaillée des consignes, des positions d'évaluation et de la cotation.

Pour écourter le temps d'évaluation, les éléments suivants ont été retenus :

- Sensibilité au toucher léger;
- Proprioception.



Fonction

Dépistage / Évaluation des atteintes somatosensorielles

Moment d'administration

Prise en charge / Réévaluation optionnelle aux moments de la transition et à la fin de la phase post-AVC

Durée

10 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute, médecin ou physiothérapeute

Référence

Stolk-Hornsveld, et coll. "The Erasmus MC modifications to the (revised) Nottingham Sensory Assessment: a reliable somatosensory assessment measure for patients with intracranial disorders", *Clinical Rehabilitation*, vol. 20, n° 2, 2006, p. 160-172. (L'outil se situe à la fin de l'article.)

Liens vers l'outil

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/0269215506cr9320a>

<http://cre.sagepub.com/content/20/2/160.full.pdf>

Spasticité : échelle modifiée de Ashworth



La spasticité se définit par une augmentation du tonus musculaire, vitesse dépendante, se traduisant cliniquement par une augmentation de la résistance lors d'un étirement passif d'un muscle, et qui est associée sur le plan neurophysiologique à une exagération des réflexes d'étirement. Elle s'accompagne de changements des propriétés viscoélastiques du muscle. Elle peut être douloureuse et nuire au rétablissement des fonctions et aux efforts de réadaptation. Si elle n'est pas prise en charge de la manière appropriée, la spasticité peut entraîner une diminution de la mobilité articulaire du membre touché et causer des contractures (Hebert et Teasell, 2015).

Description sommaire

L'échelle modifiée de Ashworth est considérée comme le meilleur outil clinique pour évaluer le degré de spasticité. Elle est le fruit de l'évolution de l'échelle d'origine, en langue anglaise, développée par Ashworth en 1964, et modifiée secondairement par Bohannon et Smith en 1987.

Il s'agit d'une échelle simple, facile d'utilisation et rapide à exécuter. Elle est constituée d'une échelle générique clinique de six points avec les cotes 0, 1, 1+, 2, 3 et 4. La cote 0 signifie l'absence d'hypertonie. La durée de réalisation varie selon le nombre de muscles évalués.

Elle est utilisée en pratique clinique pour toutes les séquelles d'atteinte du système nerveux central. Elle reste l'échelle de référence internationale d'évaluation de la spasticité, notamment pour les publications.

L'échelle est libre de droits.

Fonction

Évaluation de la spasticité

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

10 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute, médecin ou physiothérapeute

Référence

www.strokebestpractices.ca/index.php/stroke-rehabilitation/part-two-providing-stroke-rehabilitation-to-maximize-participation-in-usual-life-roles/range-of-motion-and-spasticity-in-the-shoulder-arm-and-hand/?lang=fr

Liens vers l'outil

www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.2.2.Asworth.pdf

<https://www.strokengine.ca/fr/assess/modified-ashworth-scale/>

Force musculaire : évaluation musculaire manuelle selon la méthode Daniels and Worthingham

L'AVC touche fréquemment les fonctions du bras, du tronc et de la jambe. Un grand nombre de survivants d'un AVC ne récupèrent pas les fonctions motrices normales. L'évaluation de la force musculaire est une évaluation neurologique de base pour déterminer l'incapacité motrice, qui complète les évaluations fonctionnelles recommandées par les données probantes.

Description sommaire

Technique standardisée d'évaluation manuelle de la force musculaire. Cette méthode évalue un mouvement, et non les muscles individuellement. C'est donc une méthode qui évalue la performance de tous les muscles responsables du mouvement testé. Cette méthode utilise une échelle numérique ordinaire de cotation allant de 0, pour « aucune activité », à 5, pour « normal » (Hislop et Montgomery, 2015).

La position d'évaluation, les consignes à donner à l'utilisateur et la cotation pour chaque muscle sont décrites dans le manuel d'utilisation.

L'évaluation d'un groupe musculaire prend moins d'une minute; le temps total varie selon le nombre de groupes musculaires évalués.



Fonction

Évaluation de la force musculaire

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

10 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute, kinésologue, médecin ou physiothérapeute

Références

www.strokebestpractices.ca/

Force de préhension : dynamomètre manuel (dynamomètre au choix)



Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), l'AVC touche fréquemment les fonctions du membre supérieur, et un grand nombre de survivants d'un AVC ne récupèrent pas les fonctions normales. Le fonctionnement des deux membres supérieurs est nécessaire à la quasi-totalité des activités quotidiennes. L'évaluation de la force musculaire est une évaluation neurologique de base pour déterminer l'incapacité motrice, qui complète les évaluations fonctionnelles recommandées par les données probantes.

Description sommaire

Mesure quantitative et objective de la force musculaire isométrique de la main. L'évaluation se fait à l'aide d'un dynamomètre manuel, et la force est mesurée en kilogrammes ou en livres. Au moment du test, l'utilisateur adopte une position standard d'évaluation, et on lui demande d'exercer un effort maximal. Une moyenne de trois essais représente la performance de l'utilisateur (sralab.org/rehabilitation-measures/database). Les résultats obtenus peuvent être comparés à des données normatives.

Il est recommandé de suivre les indications du manuel d'utilisation.

Fonction

Évaluation de la force de préhension

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute, kinésiologue, médecin ou physiothérapeute

Références

www.strokebestpractices.ca

<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/hand-held-dynamometergrip-strength>

Stade moteur du bras, de la main, de la jambe et du pied : *Chedoke McMaster Stroke Assessment* – Inventaire des déficiences (CMSA-ID)

Les déficits moteurs sont les incapacités les plus évidentes après un AVC. Ils ont un impact sur la fonction du bras et de la main de même que sur la capacité à marcher. Une évaluation initiale uniformisée de ces déficits par des cliniciens possédant une expérience dans les domaines de l'AVC et de la réadaptation post-AVC est recommandée (Hebert et Teasell, 2015).

Description sommaire

La CMSA est un outil axé sur la performance, qui est composé de deux inventaires: l'inventaire des déficiences (*Impairment Inventory*) et l'inventaire d'activités (*Activity Inventory*).

L'inventaire des déficiences détermine la présence et la gravité des déficiences physiques pour six dimensions, dont entre autres le stade de récupération du bras, de la main, de la jambe et du pied. Ces dimensions sont mesurées sur une échelle de sept points qui correspondent aux sept stades de récupération motrice de Brunnstrom. Le CMSA est un outil de mesure qui a une fonction discriminative, prédictive et évaluative (chedokeassessment.ca, sralab.org/rehabilitation-measures/database).

Le manuel d'utilisation est requis pour avoir les consignes sur l'application du test ainsi que sur la façon de coter et d'interpréter les résultats.



Fonction

Évaluation des déficiences motrices

Moment d'administration

Prise en charge / Réévaluation optionnelle à la transition et à la fin de la phase post-AVC

Durée

45 à 50 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute ou physiothérapeute

Références

www.strokebestpractices.ca/

www.chedokeassessment.ca/

<https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf>

www.strokengine.ca/assess/cmmsa/

Liens vers l'outil

www.chedokeassessment.ca/

<https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf> (anglais seulement)



Activité :
Autonomie fonctionnelle,
mobilité et équilibre

Systeme de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF[®]) : évaluation de l'incapacité

Le SMAF[®] a été désigné par le MSSS comme l'outil d'évaluation de la capacité fonctionnelle en phase aiguë et en phase de réadaptation post-AVC pour le suivi des personnes ayant subi un AVC. À la demande du MSSS, cette mesure remplace la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) et doit être appliquée à tous les patients en phase de réadaptation post-AVC qui doivent réintégrer leur domicile, ou tout autre milieu de vie. Son utilité est différente de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui doit tout de même être utilisé dans la demande pour obtenir des services de soins à domicile (SAD) ou pour des références au mécanisme d'accès à l'hébergement. Les *Paramètres organisationnels de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* (MSSS, 2017) spécifient les attentes du MSSS en la matière pour la phase aiguë et pour la phase de réadaptation post-AVC.

Description sommaire

L'évaluation à l'aide du SMAF[®] est réalisée par un évaluateur formé. Le SMAF[®] évalue 29 fonctions regroupées dans les cinq catégories suivantes : 1) les activités de la vie quotidienne; 2) la mobilité; 3) les communications; 4) les fonctions mentales; 5) les tâches domestiques. Un score de 87 indique un niveau élevé de dépendance (Hébert et coll. 1988). À partir d'observations et de renseignements obtenus en interrogeant le patient ou un membre de son entourage, le professionnel cote les fonctions selon une échelle qui comporte les niveaux suivants :

- 0 (autonome);
- 0.5 (autonome, mais présente de la difficulté à effectuer l'activité);
- 1 (nécessite de la supervision ou de la stimulation pour effectuer l'activité);
- 2 (nécessite de l'aide partielle pour faire l'activité);
- 3 (nécessite de l'aide totale pour faire l'activité).

L'outil SMAF[®] a été mis au point afin d'évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées, et non spécifiquement des personnes ayant subi un AVC (Hébert et coll., 1997; Raïche et coll., 2008). L'outil SMAF[®] est en cours de validation auprès des personnes de tous âges ayant subi un AVC.



Fonction

Évaluation de l'autonomie fonctionnelle globale en vue d'une réintégration dans la communauté

Moment d'administration

Phase aiguë : Entre la 5^e et la 7^e journée d'admission, pour les personnes qui retourneront à domicile.

Phase post-AVC : À l'intérieur de 72 heures de l'admission en réadaptation post-AVC et au maximum 72 heures avant la fin de la réadaptation en interne

Durée

50 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Référence

<https://www.expertise-sante.com>

Lien vers l'outil :

<https://www.expertise-sante.com>

Chedoke McMaster Stroke Assessment – Inventaire d'activités (CMSA-IA)



L'AVC compromet souvent l'équilibre de même que l'utilisation des bras et des jambes (Hebert et Teasell, 2015). Ces atteintes ont des répercussions sur la réalisation d'activités fonctionnelles telles que changer de position au lit, se mettre debout et marcher.

Description sommaire

La CMSA est un outil axé sur la performance qui est composé de deux inventaires : l'inventaire des déficiences (*Impairment Inventory*) et l'inventaire d'activités (*Activity Inventory*).

Comme indiqué sur le site chedokeassessment.ca, l'inventaire d'activités (IA) mesure la capacité fonctionnelle de l'utilisateur. Les éléments de l'IA sont cotés d'une manière similaire à celle utilisée pour la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF), où le degré d'assistance requise par l'utilisateur pour réaliser l'activité fonctionnelle détermine la cotation.

L'IA comprend deux composantes : l'indice de la fonction motrice globale (y compris, par exemple, les changements de position au lit et les transferts) et l'indice de marche (y compris entre autres la marche à l'extérieur ainsi que la montée et la descente d'un escalier). Le score maximal qu'un usager peut obtenir à l'IA est de 100 : quatorze tâches évaluées sur une échelle de sept points, et un score de deux points attribué pour la distance de marche adaptée à l'âge (obtenue au test de marche de deux minutes).

Le manuel d'utilisation est requis pour avoir les consignes sur l'application du test ainsi que sur la façon de coter et d'interpréter les résultats.

Fonction

Évaluation de la capacité fonctionnelle

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Usagers admis

Durée

40 à 75 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute ou physiothérapeute

Référence

www.chedokeassessment.ca/

Liens vers l'outil

www.chedokeassessment.ca/

<https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf>

Vitesse de marche : naturelle et rapide



Cette citation du document de 2009 de Fritz et Lusardi indique pourquoi il est essentiel de mesurer la vitesse de marche chez plusieurs populations en contexte clinique : « La vitesse de marche est “presque la mesure parfaite” ». La vitesse de marche autosélectionnée, également appelée vitesse de marche naturelle/confortable (VMN), est une mesure fiable, valide, sensible et spécifique. Elle est corrélée à la capacité fonctionnelle et à la confiance en l'équilibre. Elle a le potentiel de prédire l'état de santé futur et le déclin fonctionnel, y compris l'hospitalisation, l'orientation domiciliaire et la mortalité. La vitesse de marche reflète les changements fonctionnels et physiologiques, est un facteur discriminant pour déterminer le potentiel de réadaptation et aide à prédire les chutes et la peur de tomber (Fritz et Lusardi, 2009).

Description sommaire

Le test de vitesse de marche mesure, au moyen d'un chronomètre, le temps en secondes nécessaire pour franchir une distance déterminée de cinq ou dix mètres, selon une méthode standardisée (Salbach et coll., 2001, Dean et coll., 2001). Deux mesures sont prises, soit la vitesse de marche naturelle ou confortable, et la vitesse de marche rapide. Les résultats peuvent être comparés avec des valeurs normatives trouvées dans la littérature pour la population en général (ex. : Bohannon, 1997) ainsi que pour une population ayant subi un AVC spécifiquement (ex. : Perry et coll., 1995).

L'utilisation d'un accessoire de marche ou d'une aide technique (orthèse tibiale, attelle pour le membre supérieur) ainsi que le degré d'autonomie (autonome, supervision, aide humaine) sont notés.

Fonction

Évaluation de la mobilité

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par :
physiothérapeute

Référence

Salbach, N.M., et coll.. “Responsiveness and predictability of gait speed and other disability measures in acute stroke”, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 82, 2001, p. 1204-1212.

Lien vers l'outil

[www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(01\)15826-0/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(01)15826-0/pdf)

La procédure de passation se trouve dans la section Méthodologie de l'article cité en référence et au tableau 3 de l'annexe 1.

Capacité de marche fonctionnelle : test de marche de 6 minutes (6MWT)



Le 6MWT est une mesure hautement fiable de la capacité de marche fonctionnelle (Flansbjerg et coll., 2005; Eng et coll., 2002), ou de la capacité à marcher pour accomplir les activités de la vie quotidienne. L'avantage de ce test pour les personnes ayant subi un AVC est qu'il est corrélé à d'autres tests de marche tels que la vitesse de la marche, mais la durée de ce test est suffisamment longue pour que la fréquence cardiaque atteigne l'état d'équilibre et permette d'évaluer la capacité à maintenir un niveau modéré d'intensité d'exercice (Eng et coll., 2002). Le 6MWT est un test de marche fonctionnel qui peut être utilisé pour évaluer les effets des interventions. Comme il s'agit d'un test axé sur une performance mesurée, les résultats ne sont pas affectés par les biais liés au patient ou au thérapeute, au moment de l'évaluation.

Description sommaire

L'objectif de ce test est de parcourir la plus grande distance possible en six minutes, en faisant des allers-retours le long d'un parcours rectiligne intérieur de 20, 30 ou 50 mètres (ATS Statement: Guidelines for the Six-Minutes Walk Test, 2002). La distance de marche, en mètres, ainsi que le nombre et la durée des périodes de repos pendant les six minutes sont documentés. La prise de la tension artérielle avant et après le test est recommandée. L'assistance physique d'une personne au cours de la réalisation de ce test n'est pas permise. L'utilisateur peut cependant utiliser un accessoire de marche ou une aide technique telle qu'une orthèse tibiale ou une attelle pour le membre supérieur. Lorsqu'une personne ne peut pas marcher, on doit attribuer une valeur de 0 au 6MWT. Les contre-indications médicales à la réalisation de ce test doivent être vérifiées avant sa réalisation.

Fonction

Évaluation de la capacité de marche fonctionnelle

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

15 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : kinésologue ou physiothérapeute

Référence

<https://www.thoracic.org/statements/resources/pfet/sixminute.pdf>

Lien vers l'outil

<https://www.thoracic.org/statements/resources/pfet/sixminute.pdf>

Équilibre



Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), l'AVC compromet souvent l'équilibre et l'utilisation des membres inférieurs. Pour reprendre son rôle normal dans la société, la personne ayant subi un AVC doit continuer à assurer sa mobilité. Afin de pouvoir marcher, la personne doit d'abord retrouver ses aptitudes de base, se mettre debout et se déplacer en toute sécurité. Pour ce faire, la personne peut avoir besoin d'une aide technique à la marche telle qu'une canne ou une marchette. Un niveau raisonnable d'endurance, d'équilibre et de vitesse de marche est essentiel pour se déplacer en marchant. Si cela n'est pas possible, le recours à un fauteuil roulant sera parfois nécessaire.

Deux outils au choix sont proposés pour l'évaluation de l'équilibre :

- L'échelle d'équilibre de Berg;
- Le mini-BESTest.

Ces outils sont décrits dans les pages suivantes. Le choix du test se fait en fonction des capacités de la personne.

Fonction

Évaluation de l'équilibre

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Référence

www.strokebestpractices.ca/index.php/stroke-rehabilitation/providing-stroke-rehabilitation-to-maximize-participation-in-usual-life-roles-lower-limb-and-gait/lower-limb-mobility-and-transfer-skills/?lang=fr

Équilibre : échelle d'équilibre de Berg



Description sommaire

Ce test permet l'évaluation quantitative de l'équilibre. L'échelle comporte quatorze épreuves représentant des tâches statiques et dynamiques de différentes difficultés. La performance de la personne est cotée de 0 à 4. Des points sont déduits si les exigences de temps ou de distance ne sont pas respectées, si la performance du sujet nécessite de la supervision, ou si le sujet touche un support externe ou reçoit l'assistance de l'examineur. Un mauvais jugement influencera négativement la performance et la cotation (physio-pedia.com). Le score est reporté sur 56, ce qui représente le score total possible.

Deux chaises de format standard sont requises, l'une avec des appuie-bras, l'autre sans appuie-bras, un petit banc ou une marche d'escalier de 19,5 cm, une règle et un chronomètre.

Des mesures de sécurité doivent être prises pour éviter des chutes au moment de la performance des tâches du test. Outre les risques de perte d'équilibre durant le test, des précautions sont requises chez des personnes présentant un manque d'endurance générale, des problèmes cardiovasculaires instables ou un déficit important de force musculaire aux membres inférieurs (StrokEngine).

Fonction

Évaluation de l'équilibre

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

15 à 20 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par :
physiothérapeute ou kinésologue

Référence

www.strokengine.ca/fr/assess/echelle-de-lequilibre-de-berg/

Liens vers l'outil

<http://infocom.ca/eval/pers.agees/tests-evaluation-personne-agee/mesurer-capacite-physique/echelle-devaluation-de-lequilibre-de-berg-bbs/>

https://www.physio-pedia.com/Berg_Balance_Scale

Équilibre : *Mini-BESTest*



Description sommaire

Ce test permet l'évaluation quantitative de l'équilibre chez des personnes pour qui les habiletés d'équilibre sont plus élevées.

Le *Mini Balance Evaluation Systems test (Mini-BESTest)* est la version abrégée du *BESTest*. Il évalue l'équilibre dynamique au moyen d'exercices testant les réactions posturales automatiques, les réflexes posturaux anticipatoires, l'orientation sensorielle et l'équilibre dynamique à la marche.

Il inclut le Push & Release et le Timed Up and Go. Il comprend quatorze éléments, avec un score total maximal de 28 points (Potter et Brandfass, 2015).

La réalisation du test peut requérir deux thérapeutes au moment de l'évaluation de personnes présentant des atteintes physiques plus sévères ou des problèmes cognitifs. Il est suggéré de l'utiliser en combinaison avec les autres tests usuels pour mieux cerner la problématique de l'utilisateur.

Fonction

Évaluation de l'équilibre

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

10 à 15 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : physiothérapeute ou kinésiologue

Référence

www.bestest.us/

Lien vers l'outil

www.bestest.us/test_copies/
(anglais seulement)

Peut être téléchargé directement en ligne pour la clinique.



Activité :
Fonction du membre supérieur

Fonction du membre supérieur



Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), l'AVC compromet fréquemment les fonctions du bras et de la main. Un grand nombre de survivants d'un AVC ne récupèrent pas les fonctions normales qui leur permettent d'accomplir les activités de la vie quotidienne. Le fonctionnement des deux bras est nécessaire à la quasi totalité des activités quotidiennes. L'évaluation et la prise en charge appropriées et en temps opportun des fonctions des membres supérieurs exigent une évaluation standardisée de ces fonctions.

Quatre outils évaluant différentes fonctions de la main sont proposés :

- *Chedoke Arm and Hand Activity Inventory*, version 9 (fonction bilatérale);
 - *Test Box and Block* (dextérité grossière);
 - *Test Nine Hole Peg* (dextérité fine);
- ou
- *Test Purdue Pegboard* (dextérité fine).

Ces outils sont décrits dans les pages suivantes.

Fonction

Évaluation de la récupération fonctionnelle du membre supérieur et de la main

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Référence

www.strokebestpractices.ca/index.php/readaptation/prestation-de-soins-de-readaptation-post-avc-en-vue-dune-participation-maximale-aux-roles-habituels-de-la-vie-membre-superieur-et-epaule/?lang=fr

Fonction bilatérale : *Chedoke Arm and Hand Activity Inventory* (CAHAI, version 9)



Description sommaire

Le CAHAI est une mesure validée permettant d'évaluer la récupération fonctionnelle du bras et de la main après un AVC.

Le CAHAI original est constitué de treize éléments fonctionnels qui sont non propres au genre, qui impliquent les deux membres supérieurs et qui incluent un inventaire de mouvements et de prises reflétant les stades de récupération motrice suivant un AVC.

Les tâches suivantes ont été générées à partir d'une revue de la littérature spécifique concernant l'AVC ainsi qu'à partir de données provenant d'individus ayant subi un AVC et leur famille, qui ont jugé ces tâches importantes pour eux (Barreca et coll., 2004) :

Le CAHAI-9 utilise les neuf premiers éléments :

1. Ouvrir un pot de café;
2. Composer le 911;
3. Tracer une ligne à l'aide d'une règle;
4. Remplir un verre d'eau
5. Essorer une débarbouillette;
6. Attacher cinq boutons;
7. Sécher son dos avec une serviette;
8. Mettre du dentifrice sur une brosse à dents;
9. Couper une pâte d'une consistance moyenne;
10. Laver des lunettes;
11. Remonter une fermeture éclair;
12. Placer un contenant sur une table;
13. Transporter un sac en montant des escaliers;

Chaque élément du CAHAI est coté avec une échelle quantitative de sept points (StrokEngine).

Fonction

Évaluation de la récupération fonctionnelle du membre supérieur et de la main

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

15 à 30 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute ou physiothérapeute

Références

www.cahai.ca

www.strokengine.ca/fr/assess/chedoke-arm-and-hand-activity-inventory-cahai/

Liens vers l'outil

www.cahai.ca

ou

www.cahai.ca/layout/content/CAHAI-Manual-French.pdf

Dextérité grossière : test *Box and Block*



Description sommaire

Le test *Box and Block* est une mesure de la dextérité manuelle grossière qui est rapide et simple à réaliser.

Ce test consiste à transporter un à un, dans un délai de 60 secondes, le maximum de blocs de l'un à l'autre des compartiments d'une boîte séparée en son milieu. Le nombre de blocs transférés est en relation proportionnelle avec la dextérité manuelle : plus il y a de blocs transférés, plus la dextérité manuelle est grande. Le nombre de blocs transférés est noté et correspond à la performance de la personne.

On effectue le test avec les deux mains pour comparer les résultats; la main dominante est testée en premier.

Le test comprend 150 cubes de couleur de 1 cm³, et nécessite un chronomètre ainsi qu'une table et une chaise de hauteurs standard (StrokEngine).

Fonction

Évaluation de la dextérité manuelle grossière

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute ou physiothérapeute

Référence

www.strokengine.ca/fr/assess/box-and-block-test-bbt/

Dextérité fine : test *Nine Hole Peg* (NHP)



Description sommaire

Le test *Nine Hole Peg* est composé d'une planche avec neuf chevilles. À un bout de la planche, on trouve des trous pour recevoir les chevilles et, à l'autre bout, un récipient pour les chevilles. Le test est réalisé en demandant à la personne de prendre les chevilles du récipient une par une et de les placer dans les trous aussi vite que possible. Puis, elle doit sortir les chevilles des trous et les replacer dans le récipient. On chronomètre le temps en secondes qui est nécessaire pour réaliser la tâche.

On effectue le test avec les deux mains pour comparer les résultats; la main dominante est testée en premier (StrokEngine).

Fonction

Évaluation de la dextérité manuelle fine

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute ou physiothérapeute

Référence

www.strokengine.ca/assess/nhpt/

Dextérité fine : test *Purdue Pegboard*



Description sommaire

Le test *Purdue Pegboard* est maintenant largement utilisé par des cliniciens et des chercheurs comme une mesure, d'une part, des mouvements grossiers du bras, de la main et des doigts et, d'autre part, de la dextérité des doigts (StrokEngine).

Le test *Purdue Pegboard* est composé d'une planche test rectangulaire comprenant 4 récipients dans la partie supérieure et deux rangées verticales de 25 petits trous situées au centre, 50 tiges, 40 rondelles et vingt colliers (StrokEngine). Ce test comprend quatre sous-tests : main droite, main gauche, les deux mains ensemble et un assemblage. Un temps de 30 ou de 60 secondes, selon le sous-test évalué, est alloué pour réaliser la tâche. Il procure cinq résultats différents, l'un étant l'addition des trois premiers sous-tests (main droite + main gauche + deux mains) (sralab.org/rehabilitation-measures/database).

Des instructions particulières concernant la réalisation du test peuvent être trouvées dans le manuel d'instruction qui l'accompagne.

Fonction

Évaluation de la dextérité manuelle fine

Moment d'administration

Prise en charge / Transition / Fin de la phase post-AVC

Durée

5 minutes


Professionnel

Généralement utilisé par : ergothérapeute ou physiothérapeute

Références

www.strokengine.ca/fr/assess/purdue-pegboard-test-ppt/

<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/purdue-pegboard-test>



Activité et participation : Communication

Évaluation de la communication

À la suite d'un AVC, les troubles de la communication sont fréquents. Parmi ceux-ci figurent l'aphasie, la dysarthrie, l'apraxie de la parole et le trouble cognitivo-communicatif (ou trouble cognitivo-linguistique). Un patient peut présenter un ou plusieurs de ces troubles. Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), la présence d'une aphasie est associée à une réponse globalement moins positive aux interventions de réadaptation et à un risque accru de mortalité. La prise en charge de l'aphasie n'est donc pas seulement bénéfique pour le rétablissement de la communication, mais également pour obtenir un meilleur rétablissement général.

Description sommaire

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), dès qu'un trouble de la communication est soupçonné, le patient devrait être orienté en orthophonie pour une évaluation des aspects suivants, faite à l'aide d'outils fiables et validés : compréhension orale, expression orale, compréhension écrite, expression écrite, communication gestuelle, pragmatique et conversation.

Plusieurs outils ont été conçus, validés et normés en franco-qubécois dans le domaine de la communication au cours des dernières années, permettant ainsi de réaliser des évaluations fiables et objectives. Étant donné la grande variabilité des déficits possibles, il n'existe pas d'outil universel qui puisse être utilisé avec tous les patients. Le jugement clinique guidera le choix des outils à utiliser.

Lorsque le problème de communication a déjà été repéré en phase aiguë, l'évaluation pourra débuter dès les premiers jours à la suite de l'admission en phase de réadaptation. Il arrive cependant que le problème n'a pas été détecté en phase aiguë. Au cours des interactions avec le patient, l'équipe doit demeurer attentive à toutes les manifestations qui pourraient suggérer la présence de troubles de la communication. De plus, lorsque des difficultés cognitives sont objectivées, l'équipe devrait porter attention à leur impact sur la communication (trouble cognitivo-communicatif) et impliquer l'orthophoniste dans la discussion.



Fonction

Évaluation de la communication

Moment d'administration

Prise en charge / Réévaluation optionnelle au moment de la transition et à la fin de la phase post-AVC

Durée

60 à 180 minutes

Professionnel

Orthophoniste

Références

Lien vers les outils

Pour la population franco-qubécoise :

www.repar.veille.qc.ca/fichier.php/92/
Fiches descriptives orthophonie.pdf

Outils en anglais :

https://www.strokingengine.ca/assess_domain/assess-comm/

www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/10/CSBPR2015_-Table-4_Suggested-Screening-and-Assessment-Tools-for-Aphasia_2015December8.pdf



Participation

Participation



Selon les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC concernant spécifiquement la réadaptation en consultation externe et en milieu communautaire, la réadaptation en milieu communautaire peut être définie comme les soins reçus lorsque le patient a traversé la phase aiguë et a effectué la transition vers son domicile et son milieu communautaire. Selon les données disponibles, la réintégration dans la collectivité peut prendre jusqu'à un an après l'AVC, et la majorité des gains à ce chapitre sont obtenus dans les six premiers mois après l'AVC (strokebestpractices.ca),

Les *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* (MSSS, 2017) reconnaissent l'importance de cette phase de réintégration dans la collectivité, et particulièrement de l'arrimage entre les milieux de réadaptation spécialisée de l'AVC et les intervenants de la première ligne qui assureront les suivis à plus long terme, lorsque nécessaire.

À ce titre, il est donc important de démontrer de façon simple et quantitative l'évolution de la situation de la personne ayant subi un AVC au moment du suivi externe et de la phase d'intégration communautaire.

Deux outils au choix sont proposés pour l'évaluation de la participation :

- Le *Mayo Portland Adaptability Inventory-4*, (MPAI-4), partie C. Participation ;
- Le EuroQol-5D-3L^{MD}.

Ces outils sont décrits dans les pages suivantes.

Fonction

Évaluation de la participation

Mayo Portland Adaptability Inventory-4, (MPAI-4), partie C. Participation



Description sommaire

Le MPAI-4 est un outil conçu et largement implanté aux États-Unis, en contexte de réadaptation pour les personnes avec une lésion cérébrale acquise. Il possède de solides propriétés psychométriques, y compris une très bonne sensibilité clinique (Altman et coll., 2013; Bohac, Malec et Moessner, 1997).

L'outil a été conçu pour assister l'évaluation clinique des personnes durant la phase post-aiguë (post-hospitalière) suivant une lésion cérébrale acquise, assister l'évaluation des programmes de réadaptation leur étant destinés, et mieux comprendre les résultats cliniques à long terme (Malek et Lezak, 2003).

L'inventaire est formé de trois courtes échelles : capacités (douze énoncés), adaptation (douze énoncés) et participation (huit énoncés). Les trois échelles peuvent être utilisées ensemble ou séparément et auront la même validité. Aux fins du suivi des patients ayant subi un AVC, seule l'utilisation de l'échelle Participation est recommandée par le comité d'experts cliniques afin d'éviter la redondance avec l'outil SMAF®.

L'indice de participation est très utile pour les patients suivis en externe dont l'objectif final est la participation sociale (Malec, 2004).

Les énoncés évalués dans la section Participation sont : initiative, contacts sociaux, activités de loisirs, soins personnels, domicile (responsabilités), transports, travail rémunéré ou occupation principale, gestion de l'argent et des finances. Chaque élément est coté sur une échelle allant de 0 à 4, selon le score décrivant le mieux la condition de la personne.

Une version en français du MPAI-4 est accessible sur le site Internet.

Fonction

Évaluation de la participation

Moment d'administration

Prise en charge externe / Fin de la phase post-AVC / Relance

Durée

20 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Référence

www.tbims.org/combi/mpai

Lien vers l'outil

www.tbims.org/combi/mpai

EuroQoI-5D-3L^{MD} (EQ-5D-3L^{MD})



Description sommaire

EQ-5D-3L^{MD} est une mesure générique de la qualité de vie liée à la santé (QVRS) qui s'applique à un large éventail de conditions de santé et de traitements. Le questionnaire de santé EQ-5D-3L^{MD} fournit un profil descriptif simple et une valeur d'indice unique de la QVRS qui est obtenue à partir de la pondération du profil de santé. Il résume la QVRS selon cinq domaines communs à de nombreuses conditions de santé. Deux éléments concernent les déficiences (douleur et anxiété ou dépression), deux éléments touchent les activités (marche et soins personnels), et un élément reflète la participation (Mayo et coll., 2011).

L'avantage de l'EQ-5D-3L^{MD} pour les personnes ayant subi un AVC est qu'il est simple, avec trois choix de réponse, et qu'il permet d'obtenir des informations comparables à celles de mesures beaucoup plus longues. Il offre un moyen de relier les résultats aux coûts afin d'évaluer le rapport coût-efficacité. C'est une mesure de résultats axés sur le patient qui peut être utilisée pour évaluer les avantages de la réadaptation des personnes qui ont subi un AVC et pour justifier l'allocation des ressources à la suite d'un AVC.

Plusieurs versions sont disponibles : la version EQ-5D-3L^{MD} autoadministrée, en version papier ou électronique (téléphone intelligent, tablette, ordinateur portable ou de bureau), et le EQ-5D-3L^{MD}, sous forme de questionnaire téléphonique, version complétée par les proches ou version par serveur vocal interactif.

Cet outil est protégé par droits d'auteur. Il est obligatoire de s'enregistrer pour obtenir une licence. Une autorisation écrite est requise préalablement à l'utilisation, et des frais peuvent s'appliquer. Les frais applicables sont estimés au moment de la demande selon divers critères.

Fonction

Évaluation de la participation

Moment d'administration

Relance

Durée

5 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Lien vers l'outil

Une version en français du EQ-5D-3L^{MD} est accessible sur le site Internet.

www.euroqol.org (outil protégé par des droits d'auteur).

De plus amples informations sont également disponibles dans le site www.euroqol.org.

Autre

Liste de contrôle post-AVC



La liste de contrôle post-AVC a été conçue par le *Global Stroke Community Advisory Panel* (2012), a été endossée par l'Organisation mondiale de l'AVC, adaptée par l'équipe de rédaction des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2014). La liste de contrôle post-AVC a été conçue¹⁴ pour permettre aux fournisseurs de soins de santé (médecins et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux) de reconnaître les troubles consécutifs à un AVC susceptibles de nécessiter une référence pour des soins et des services (Richards et coll., 2013; annexe 13).

Pour le MSSS (2017), un suivi à long terme approprié assurant la réévaluation et le traitement d'utilisateurs souvent vulnérables et à risque de perdre l'autonomie acquise en phase de réadaptation post-AVC et en phase de réintégration et de maintien dans la communauté est nécessaire. Il est également spécifié dans les *Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC* (MSSS, 2017) que les outils pertinents, dont la liste de contrôle post-AVC, seront utilisés par le médecin traitant, les groupes de médecine familiale (GMF) et les autres instances responsables du suivi à plus long terme, y compris les équipes responsables de la relance.

Description sommaire

Il s'agit d'une liste courte et facile à utiliser conçue pour être remplie avec la personne, et au besoin avec ses proches et aidants, permettant une approche standardisée et uniforme pour l'ensemble des prestataires de soins de santé.

Cette liste comprend treize questions qui permettent de reconnaître les problèmes persistant ou survenant à plus long terme à la suite d'un AVC, d'en effectuer le suivi et de diriger la personne vers les ressources appropriées lorsque nécessaire.

¹⁴ La liste de contrôle post-AVC est adaptée d'une publication de Philip, I., et coll., "Development of a Post-Stroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22 oct. 2013, e173-80. doi: 10.1016/.

Fonction

Dépistage et suivi à plus long terme de problématiques résultant de l'AVC

Moment d'administration

Relance

Durée

5 minutes

Professionnel

Un membre formé de l'équipe

Référence

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (www.fmcoeur.ca)

Lien vers l'outil

<http://www.strokebestpractices.ca/?lang=fr>

Bibliographie

- Altman, I.M., S. Swick et J.F. Malec. "Effectiveness of home and community-based rehabilitation in a large cohort of patients disabled by cerebrovascular accident: Evidence of a dose-response relationship", *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, vol. 9, 2013, p. 1837-1841.
- Ashworth, B. "Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis", *Practitioner*, vol. 192, 1964, p. 540-542.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, Ottawa, ON; 2009.
- ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 166, 2002, p. 111-117. DOI: 10.1164/rccm.166/1/111 [<https://www.thoracic.org/statements/resources/pfet/sixminute.pdf>].
- Barreca, S., et coll. "Development of the Chedoke Arm and Hand Activity Inventory: Theoretical Constructs, Item Generation, and Selection", *Topics in Stroke Rehabilitation*, vol. 11, n° 4, 2004, p. 31-42.
- Black, S.E. "Therapeutic issues in vascular dementia: Studies, designs and approaches", *Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol. 34, n° 1, 2007, S125-130.
- Bohac, D.L., J.F. Malec et A.M. Moessner. "Factor Analysis of the Mayo-Portland Adaptability Inventory: Structure and Validity", *Brain Injury*, vol. 11, n° 7, 1997, p. 469-482.
- Bohannon, R.W. "Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: Reference values and determinants", *Age and Ageing*, vol. 26, n° 1, 1997, p. 15-19.
- Bohannon, R. et M. Smith. "Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity", *Physical Therapy*, vol. 67, n° 2, 1987, p. 206-207.
- Cinamon J.S., et collaborateurs. "Preliminary evidence for the development of a stroke specific geriatric depression scale", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 26, n° 2, 2011, p. 188-198.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – RUIS Université de Montréal, 10 février 2014, p. 10-11, citant le programme Partenaires de soins et Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2012.
- Dean, Catherine M , Richards, Carol L. , Malouin , Francine, Walking speed over 10 metres overestimates locomotor capacity after stroke *Clin Rehabil* 2001 15: 415 DOI: 10.1191/026921501678310216
- Eng, J.J. "Functional walk tests in individuals with stroke: Relation to perceived exertion and myocardial exertion", *Stroke*, vol. 33, n° 3, 2002, p. 756-761.
- Esques, G., et K. Lanctot, au nom du Groupe de rédaction sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC, chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC, 2015, dans Lindsay, M.P., et coll. (dir.), au nom du Comité consultatif sur les pratiques optimales et les normes des soins de l'AVC. *Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de soins de l'AVC*, Ottawa (Ontario), Canada, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015.
- Flansbjerg U.B., et coll.. "Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke", *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 37, n° 2, 2005, p. 75-82.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Stroke Rehabilitation. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Stroke Rehabilitation Screening and Assessment Tools. CSBPR, 5^e éd., décembre 2015, 16 p.
- Fritz, S., et M. Lusardi. White paper: "Walking Speed: the Sixth Vital Sign", *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2009, vol. 32, n° 2, 2009, p. 46-49.
- Gowland, C., et coll. "Measuring Physical Impairment and Disability with the Chedoke-McMaster Stroke Assessment", *Stroke*, vol. 24, n° 1, 1993, p. 58-63. doi: 10.1161/01.str.24.1.58.
- Groupe de travail portant sur les trajectoires de réadaptation. *L'organisation des services de réadaptation. Volet I : Les trajectoires en réadaptation recommandées pour les usagers ayant subi un AVC*, Rapport préparé pour le Comité aviseur ministériel AVC, Québec, MSSS (document interne), p. 3-36, 2011.

Bibliographie (suite)

Groupe de travail portant sur les trajectoires de réadaptation. *L'organisation des services de réadaptation. Volet 2 : Outils d'évaluation à préconiser en réadaptation AVC*, Rapport préparé pour le Comité aviseur ministériel AVC, Québec, MSSS (document interne), p. 37-52, 2011.

Hebert, D., et coll.. "Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015", *International Journal of Stroke*, vol. 11, n° 4, 2016, p. 459-484.

Hebert, D., et R. Teasell., au nom du groupe de rédaction du chapitre sur la réadaptation post-AVC. Chapitre sur la réadaptation post-AVC 2015, dans Lindsay, M.P., et coll. (dir.), au nom du Comité consultatif sur les pratiques optimales et les normes des soins de l'AVC. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, Ottawa (Ontario), Canada, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015.

Hébert, R., R. Carrier et A. Bilodeau. "The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): Description and Validation of an Instrument for the Measurement of Handicaps", *Age and Ageing*, vol. 17, n° 5, 1988, p. 293-302.

Hébert, R., C. Brayne et D. Spiegelhalter. "Incidence of Functional Decline and Improvement in a Community-Dwelling, Very Elderly Population", *American Journal of Epidemiology*, vol. 145, n° 10, 1997, p. 935-944.

Hislop, H.J., et J. Montgomery. *Daniels and Worthingham's Muscle Testing. Techniques of Manual Examination*. 9^e éd., Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2015, 514 p.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). « Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral : revue des données probantes, des politiques et des expériences », Rapport préparé par Brigitte Côté et Annie Tessier, *ETMIS 2011*, vol. 7, n° 4, p. 1-141.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). « *L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches* », Rapport rédigé par Annie Tessier, *ETMIS 2012*, vol. 8, n° 9, p. 1-101.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Questionnaire sur la santé du patient, QSP-9 – version à neuf questions : Outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs, 2015.

Lindsay, M., et coll. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. 4^e éd. (mise à jour de 2010), au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la stratégie canadienne de l'AVC, Ottawa, 2010.

McIntosh, R.D., et coll.. "Improving the clinical diagnosis of personal neglect: A reformulated comb and razor test", *Cortex*, vol. 36, 2000, p. 289-292.

Madureira, S., et coll.. "Dementia and Cognitive Impairment three Months after Stroke", *European Journal of Neurology*, vol. 8, n° 6, 2001, p. 621-627. doi: 332.

Malec, J.F. "Objectively Measured Personality and Outcome after TBI", *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 9, 2003, p. 533-534.

Malec, J.F. et M.D. Lezak. *Manual for the Mayo-Portland Adaptability Inventory*, 2004.

Mayo, N.E., et coll.. "The extent to which common health-related quality of life indices capture constructs beyond symptoms and function", *Quality of Life Research*, vol. 20, n° 5, 2011, p. 621-627.

Miller, P., et coll.. CHEDOKE-McMASTER STROKE ASSESSMENT. Development, Validation and Administration Manual, octobre 2008. Ce manuel est la version révisée du Chedoke-McMaster Stroke Assessment: Development, Validation and Administration Manual, 1^{re} éd., 1995, par Carolyn (Kelley) Gowland et coll.. Le manuel est disponible en anglais [<https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf>] ou en français sur www.chedokeassessment.ca.

Bibliographie (suite)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Orientations ministérielles 2013-2018*. Direction des communications du MSSS, Québec, 2013, 15 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Paramètres organisationnels de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté en AVC*. Direction des communications du MSSS, Québec, 2017, 69 p.

Nasreddine, Z.S., et coll.. "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 4, 2005, p. 695-699.

Office des professions du Québec. *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. L.Q. 2009, c.28, 2013. [www.opq.gouv.qc.ca]

Office québécois de la langue française. *Le grand dictionnaire terminologique (GDT)*, 2012, [www.granddictionnaire.com/index.aspx].

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier. De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*, 2007, 486 pages.

Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : version complète*, CIF, 2001, 304 p.

Perry, J., et coll. "Classification of walking handicap in the stroke population", *Stroke*, vol. 26, n° 6, 1995, p. 982.

Philip, I., et coll. "Development of a Post-Stroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, vol. 7, 22 oct. 2013, e173-80. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.10.016.

Potter, K., et K. Brandfass. "The Mini-Balance Evaluation Systems Test (mini-BESTest)", *Journal of Physiotherapy*, vol. 61, n° 4, 2015, p. 225-227.

Raïche, M., R. Hébert et M.F. Dubois. "PRISMA-7: A Case-Finding Tool to Identify Older Adults with Moderate to Severe Disabilities", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol 47, n° 1, 2008, p. 9-18.

Richards, C.L. et Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC. *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC : Un continuum centré sur la personne*, Rapport accepté officiellement le 17 octobre 2013, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), Rapport mandaté par le MSSS, 2013, 169 p. [http://repar.ca/admin/files/images/Rapport_CarolRichards.pdf].

Salbach, N.M., et coll. "Responsiveness and predictability of gait speed and other disability measures in acute stroke", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 82, 2001, p. 1204-1212.

Stolk-Hornsveld, F., et coll. "The Erasmus MC modifications to the (revised) Nottingham Sensory Assessment: A reliable somatosensory assessment measure for patients with intracranial disorders", *Clinical Rehabilitation*, vol. 20, n° 2, 2006, p. 160-172.

Teasell R, Salter K, Cotoi A, Brar J, Donais J., *Evidence-based review of stroke rehabilitation*, 17th Edition, Chapter 13, Perceptual Disorders, 2016. [<http://www.ebrsr.com>].

Teasell, R., Foley, N., Et al. *Evidence-based review of stroke rehabilitation*. 12th ed. London (ON): EBRSR;2009. Available at www.EBRSR.com.

Winstein et coll. *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke* vol. 47, n° 6, 2016, e98-e169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098. Epub 2016, May 4.



Annexe 1

Liste d'outils et références pour se les procurer

Tableau 3 : Outils de dépistage et d'évaluation des personnes en phase de réadaptation post-AVC pouvant également être utilisés pour les relances en phase de réintégration et de maintien dans la communauté.

Tableau 3 : Outils de dépistage et d'évaluation des personnes en phase de réadaptation post-AVC pouvant également être utilisés pour les relances en phase de réintégration et de maintien dans la communauté.

Outil	Fonction	Site Internet
Fonctions organiques et structures anatomiques		
Niveau de risque de plaies de pression : échelle de Braden®	Évaluation	http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-03W.pdf
Dépression <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	Dépistage	https://www.gi-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-hads/ (autorisation préalable et formation requises)
ou Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)	Dépistage	http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf ou www.strokingengine.ca/assess/phq9/ (cliquer français pour version française)
ou Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10, SADQ-10, pour les personnes aphasiques)	Dépistage	www.nottingham.ac.uk/medicine/about/rehabilitationageing/publishedassessments.aspx
ou <i>Stroke-Specific Geriatric Depression Scale (SS-GDS)</i>	Dépistage	http://www.strokingengine.ca
<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)</i>	Dépistage	www.mocatest.org (site sécurisé accessible sur inscription seulement)
Évaluation des troubles neuropsychologiques	Évaluation	au choix
Négligence spatiale unilatérale : test d'Albert, test des cloches ou test du peigne et du rasoir	Dépistage	www.strokingengine.ca/assess/at/ www.strokingengine.ca/assess/pdf/bellstest.pdf https://www.strokingengine.ca/fr/assess/comb-and-razor-test/
Perception visuelle : <i>Motor-Free Visual Perception Test (MVPT)</i>	Dépistage ou évaluation	Peut être commandé directement en ligne; aucune adresse spécifique recommandée.
Évaluation de la déglutition	Évaluation	au choix
Douleur à l'épaule hémiparétique : <i>Chedoke-McMaster Stroke Assessment</i>	Dépistage ou évaluation	www.chedokeassessment.ca/ (nom d'utilisateur et mot de passe requis) https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf (anglais)
Sensibilité : Erasmus MC version modifiée du <i>Nottingham Sensory Assessment</i> révisé (EmNSA)	Dépistage ou évaluation	http://cre.sagepub.com/content/20/2/160.full.pdf L'outil se trouve à la fin de l'article de Stolk-Hornsveld, F., et coll. (en bibliographie, p.59)
Spasticité : échelle modifiée de Ashworth	Évaluation	www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.2.2.Asworth.pdf https://www.strokingengine.ca/fr/assess/modified-ashworth-scale/
Force musculaire : évaluation musculaire manuelle selon la méthode Daniels and Worthingham	Évaluation	Voir manuel de Hislop, H.J., et J. Montgomery cité en bibliographie.
Force de préhension : dynamomètre manuel (dynamomètre au choix)	Évaluation	au choix
Stade moteur du bras, de la main, de la jambe et du pied : <i>Chedoke-McMaster Stroke Assessment – Inventaire des déficiences (CMSA-ID)</i>	Évaluation	www.chedokeassessment.ca/ https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf (anglais)

Phase de réadaptation post-AVC (Jours 8 à 90) et relance

Tableau 3 : Outils de dépistage et d'évaluation des personnes en phase de réadaptation post-AVC pouvant également être utilisés pour les relances en phase de réintégration et de maintien dans la communauté (suite)

Phase de réadaptation post-AVC (Jours 8 à 90) et relance

Outil	Fonction	Site Internet
Activité : Autonomie fonctionnelle, mobilité et équilibre		
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF®) : évaluation de l'incapacité	Évaluation	https://www.expertise-sante.com
Autonomie fonctionnelle : <i>Chedoke McMaster Stroke Assessment</i> – Inventaire d'activités (CMSA-IA)	Évaluation	www.chedokeassessment.ca/ https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-07/CMSA%20Manual%20and%20Score%20Form.pdf (anglais)
Vitesse de marche : naturelle et rapide	Évaluation	www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(01)15826-0/pdf La procédure de passation se trouve dans la section méthodologie de l'article de <i>Salbach, N.M., et coll., 2001</i>
Capacité de marche fonctionnelle : test de marche de 6 minutes	Évaluation	https://www.thoracic.org/statements/resources/pfet/sixminute.pdf
Équilibre : échelle d'équilibre de Berg <i>ou</i>	Évaluation	http://infocom.ca/eval/pers.agees/tests-evaluation-personne-agee/mesurer-capacite-physique/echelle-devaluation-de-lequilibre-de-berg-bbs/ ou https://www.physio-pedia.com/Berg_Balance_Scale (anglais)
Mini-BESTest	Évaluation	www.bestest.us/test_copies/ (anglais seulement) Peut être téléchargé directement en ligne pour la clinique.
Activité : Fonction du membre supérieur		
Fonction bilatérale : <i>Chedoke Arm and Hand Activity Inventory</i> (CAHAI, version 9)	Évaluation	www.cahai.ca www.cahai.ca/layout/content/CAHAI-Manual-French.pdf
Dextérité grossière : <i>Test Box and Block</i>	Évaluation	Peut être commandé directement en ligne; aucune adresse spécifique recommandée.
Dextérité fine : <i>Test Nine Hole Peg</i> (NHP) <i>ou Test Purdue Pegboard</i>	Évaluation	Peut être commandé directement en ligne; aucune adresse spécifique recommandée.
Activité et participation : Communication		
Outils au choix	Évaluation	www.repar.veille.qc.ca/fichier.php/92/Fiches descriptives orthophonie.pdf (population franco-québécoise) https://www.strokengine.ca/assess_domain/assess-comm/ (anglais)
Participation		
<i>Mayo Portland Adaptability Inventory-4, (MPAI-4)</i> , partie C. Participation	Évaluation	www.tbims.org/combi/mpai
<i>ou EuroQol-5D-3L</i> ^{MD}	Évaluation	http://euroqol.org (protégé par copyright : des droits s'appliquent)
Autre		
Liste de contrôle post-AVC	Dépistage	http://www.strokebestpractices.ca/?lang=fr



Annexe 2

Définition de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

Définition de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé (2001) est constituée de deux parties, comprenant chacune deux composantes :

Partie 1 Fonctionnement et handicap :

a) Fonctions organiques et structures anatomiques

Cette section est composée de huit chapitres, dont trois qui concernent particulièrement les outils proposés dans cette Trousse :

Fonctions mentales (chap. 1);

Fonctions sensorielles et douleur (chap. 2);

Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement (chap. 7).

b) Activités et participation

Cette section est composée de neuf chapitres, dont un chapitre est consacré spécifiquement à la communication (chap. 3).

Partie 2 Facteurs contextuels :

c) Facteurs environnementaux;

d) Facteurs personnels.

Selon la CIF :

- ✓ Une activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne (p. 10) ou encore signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose (p. 125);
- ✓ Les limitations d'activités désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités (p. 10) ou pour mener une activité (p. 125);
- ✓ La participation signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle (p. 10);
- ✓ Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de vie réelle (p. 125), ou dans son implication dans une situation de vie réelle (p. 10).