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

Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC

17-944-02W

ENSEMBLE on fait avancer le Québec

Québec

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, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-73342-3 (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, 2017

Personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ayant participé à la rédaction et à la validation du document

M. Daniel Garneau, DGSS – Direction des services en déficience et en réadaptation physique (directeur).

Mme Danie Lavoie, DGSS – Direction des services en déficience et en réadaptation physique (auteur principal).

M. France Charles Fleury, DGSSMU – Direction des services cliniques spécialisés.

Conseillers aux programmes à la Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique et à la Direction de l'organisation des services aux aînés, faisant partie de la Direction générale des services sociaux du MSSS.

Experts cliniques consultés lors du processus de rédaction et validation du contenu

Dre Nicole Beaudoin, physiatre en phase post-AVC, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Mme Catherine Balg, conseillère clinicienne en soins spécialisés neurosciences, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec.

Mme Sarah Judith Breton, conseillère clinicienne en soins spécialisés neurosciences, CHU de Québec.

Mme Franceen Kaizer, diplômée en ergothérapie et chef de programme AVC en phase post-AVC, Hôpital juif de réadaptation, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

Mme Suzanne Leblanc, physiothérapeute en phase aiguë, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Mme Sonia Mathieu, infirmière clinicienne en neurologie, Trajectoire AVC, CHU de Québec.

Mme Sophie Quidoz, orthophoniste en phase post-AVC, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

Le MSSS tient à remercier particulièrement les membres du comité consultatif clinique d'experts en AVC pour leur contribution ainsi que l'ensemble des personnes consultées au MSSS et en provenance de divers milieux cliniques, dont quelques directeurs en déficience physique ou à la direction de la qualité d'établissements du Québec.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire 1
Considérations particulières 2
Intentions et utilité des paramètres 3
Sources principales 4
Principes généraux d'organisation 5
Principes particuliers à la réadaptation, à la réintégration et au maintien dans la communauté pour l'AVC 5
Continuum AVC et trajectoire de services 7
Paramètres de réadaptation en phase aiguë (jour 1 à jour 7) 10
Paramètres en phase de réadaptation post-AVC (jours 8 à 90) 27
Paramètres en phase de réintégration et de maintien dans la communauté 46
Paramètres incontournables et communs à toutes les phases 54
Conclusion 56
Bibliographie 57
Glossaire 60
Annexe A 64
Annexe B 65
Annexe C 69

Liste des figures

Figure 1	Continuum de services	Page 7
Figure 2	Trajectoire générale des services en réadaptation	Page 9
Figure 3	Cheminement type d'une personne présentant un AVC entre la phase hyperaiguë et la phase aiguë	Page 10
Figure 4	Éléments permettant de repréciser la sévérité de l'AVC pour les personnes hospitalisées en soins aigus et soutenant la décision en vue de l'orientation vers la phase de réadaptation post-AVC	Page 11
Figure 5	Processus résumant le parcours de la phase aiguë et la transition vers la phase de réadaptation post-AVC	Page 12

Liste des tableaux

Tableau 1	Paramètres organisationnels de réadaptation en phase aiguë et grille d'autoévaluation	Page 13
Tableau 2	Paramètres organisationnels en phase de réadaptation post-AVC et grille d'autoévaluation	Page 28
Tableau 3	Paramètres organisationnels de réintégration et de maintien dans la communauté et grille d'autoévaluation	Page 47

Sommaire

L'objet du présent document est de préciser les attentes du MSSS à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux concernant les services de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC et leur arrimage avec l'ensemble des autres services du réseau. Elles visent à favoriser une meilleure continuité des services, des transitions plus harmonisées à différents maillons dans le système de santé (ex : cheminement sans rupture de services), l'évitement des dédoublements de services (ex : répétitions inutiles d'évaluations) ainsi qu'une meilleure coordination entre les acteurs.

Les paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC décrivent l'organisation des services attendue dans les centres intégrés de santé et de services sociaux ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et les établissements non fusionnés (CISSS/CIUSSS/ENF), dans une visée de responsabilité populationnelle et territoriale. À ce titre, les établissements qui offrent des services aux personnes ayant subi un AVC sur un même réseau territorial de services sont incités à se concerter afin d'assurer la complémentarité de leur offre de service. Également, les réseaux territoriaux de services sont conviés à établir des ententes avec d'autres réseaux territoriaux de services lorsque des services ou des expertises rares sont requis.

Pour faire suite à la Loi visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, les CISSS/CIUSSS/ENF doivent mettre en place une organisation de services visant à assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de leur territoire. La fluidité et la continuité des services dans le continuum doivent être favorisées par la mise en place de trajectoires personnalisées en fonction des besoins des individus et des proches. Ainsi, l'organisation des services destinés aux personnes ayant subi un AVC, sous la responsabilité des CISSS/CIUSSS/ENF, doit respecter les balises énoncées dans ce document tout en tenant compte des particularités territoriales, comme les volumes de clientèles, les distances à parcourir ainsi que les services déjà en place. Les choix qui seront faits à cet égard demeurent la responsabilité des CISSS/CIUSSS/ENF, afin que les services soient acheminés aux usagers de manière efficiente et en respect des cibles et des indicateurs précisés dans les plans de mise en œuvre.

L'organisation locale et territoriale des services de réadaptation privilégiée par les CISSS/CIUSSS/ENF est celle qui est la plus efficiente pour assurer la continuité, la fluidité et la complémentarité, y compris l'arrimage avec les services médicaux et de première ligne et entre les programmes-services. Les CISSS/CIUSSS/ENF d'un territoire doivent s'assurer que l'ensemble des offres de service respecte les approches cliniques reconnues par les données probantes pour l'ensemble des personnes ayant subi un AVC. Les CISSS/CIUSSS/ENF prévoient donc l'ajustement nécessaire des ressources et des installations en fonction des besoins des usagers.

Considérations particulières

Programme-service

- Au moment de la phase aiguë, les personnes ayant subi un AVC nécessitent un ensemble de services et d'activités qui correspondent au programme-service Santé physique.
- Au moment de la phase post-AVC, les personnes ayant subi un AVC nécessitent un ensemble de services et d'activités qui correspondent principalement au programme-service regroupant la déficience physique (direction DP-DI-TSA). À ce titre, des précisions au regard des attentes du MSSS sont de mise :
    - L'offre de service de réadaptation demeure sous la responsabilité des directions DP-DI-TSA des CISSS/CIUSSS, qui assurent l'arrimage avec l'ensemble des divers programmes-services impliqués dans le continuum et avec les partenaires dans la communauté.
    - Selon les volumes de clientèles, la réalité régionale et l'organisation territoriale déjà en place, les équipes de réadaptation spécialisée pour l'AVC léger (services spécialisés) ne sont pas nécessairement distinctes des équipes de réadaptation spécialisée pour l'AVC modéré ou grave, mais peuvent l'être.
    - Les CISSS/CIUSSS/ENF d'un territoire doivent s'assurer que les deux offres de service de réadaptation fonctionnelle intensive en interne (services de grande intensité ou services adaptés dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)) sont présentes. Ils doivent ensuite faire le choix de regrouper ou non ces services au sein des mêmes équipes de réadaptation ou des mêmes installations, pour une organisation optimale qui respecte les principes généraux du continuum et qui permet l'ajustement des ressources en fonction des besoins des usagers.
- Au moment de la phase de réintégration et de maintien dans la communauté, les personnes ayant subi un AVC nécessitent un ensemble de services et d'activités qui correspondent principalement au programme-service Déficience physique, en arrimage avec les services de la communauté, y compris les services offerts par d'autres programmes-services, notamment Santé physique et Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Arrimages interprogrammes

- Une offre de service formalisée et écrite en réadaptation est disponible pour chacune des phases : phase aiguë, phase de réadaptation post-AVC et phase de réintégration et de maintien dans la communauté.
- Des modalités ou ententes de partenariat sont convenues entre les partenaires pour rendre les services accessibles dans les délais recommandés, et avec les centres spécialisés pour les expertises rares.
- Différents programmes-services d'un même CISSS/CIUSSS ou d'un ENF doivent collaborer à établir une offre de service intégrée sur un même territoire (Déficience physique, Santé physique, Soutien à l'autonomie des personnes âgées).
- Le leadership et les arrimages qui concernent la réadaptation ou la réintégration sont assurés par la direction DP-DI-TSA auprès des autres directions interpellées par la phase aiguë, la phase de réadaptation post-AVC ainsi que la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.
- Différents CISSS/CIUSSS/ENF présents dans un même territoire, le cas échéant, doivent assurer une offre de service complémentaire et intégrée.

Qualité et pratiques optimales

- L'ensemble des intervenants œuvrant auprès des usagers possède une formation en AVC.
- Les équipes emploient des protocoles de soins reconnus par l'ensemble des membres.
- Les outils standardisés préconisés sont implantés et facilement accessibles à tous les intervenants.
- Les intervenants de la réadaptation spécialisée dans la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté développent leur expertise en continu.

Intentions et utilité des paramètres

Le MSSS décrit le *Continuum de services pour les personnes*[1] *à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral* dans quatre principales publications :

- Orientations ministérielles 2013-2018 (2013);
- Plan de mise en œuvre en AVC, phase 2016-2018 (2016);
- Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë (Critères d'évaluation des centres secondaires et tertiaires)[2] (2012);
- Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté (2017).

Le présent document vise à décrire les services de réadaptation requis pour la phase aiguë, la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté dans le cadre d'une trajectoire qui assure un arrimage étroit entre les programmes-services. Il permet aux établissements[3] de connaître les attentes du MSSS envers le continuum pour ces trois phases. Les plans de mise en œuvre, quant à eux, couvriront l'essentiel des activités qui seront évaluées pour la prestation des services dans le continuum.

Par conséquent, les prochaines pages abordent les paramètres organisationnels des services de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté, les contenus présentés s'adressant surtout aux gestionnaires et aux coordonnateurs cliniques. Ils y trouveront des balises pour la coordination des équipes cliniques visant à répondre aux besoins en matière de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté des personnes ayant subi un AVC. L'essentiel de l'ouvrage comprend une présentation des paramètres sous forme de tableaux, complétés par une grille d'autoévaluation. Cette grille permettra également aux établissements de faire leur propre bilan périodique concernant les services visant la réadaptation, la réintégration et le maintien dans la communauté.

---

[1] Dans le présent document, le terme « personne » renvoie à la personne à risque ou ayant subi un AVC, à moins d'avis contraire.

[2] Document interne du MSSS.

[3] Un « établissement » correspond dans cet ouvrage aux CISSS, aux CIUSSS et aux établissements non fusionnés, à moins d'avis contraire.

Sources principales[4]

Les paramètres s'appuient sur diverses publications scientifiques et gouvernementales. Ils sont également définis grâce au consensus et à l'avis d'experts cliniques et de gestionnaires, y compris des membres du comité consultatif d'experts clinique en AVC. Bien que les sources soient précisées dans la bibliographie ou dans les notes de bas de page, les paramètres s'inspirent principalement des documents ci-dessous. Nous tenons à en remercier les auteurs.

- *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC : un continuum centré sur la personne*[5];
- *Les recommandations canadiennes du Réseau canadien pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*[6] du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC;
- *Précis pratique de gériatrie*[7];
- Les publications de l'INESSS relatives à l'organisation des services en AVC[8];
- *L'architecture des services de santé et des services sociaux* du MSSS[9];
- Plusieurs publications ministérielles en déficience physique et de l'Office de la protection des personnes handicapées[10].

---

4 La liste complète des sources documentaires consultées se trouve dans la bibliographie.

5 Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, présidé par C.L. Richards, 1er mai 2013, 285 p.

6 Les ouvrages sont disponibles en français à www.strokebestpractices.ca.

7 Arcand et Hébert, 2007.

8 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2011 et 2012).

9 *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 30 p.

10 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 76 p.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : orientations ministérielles en déficience physique – Objectifs 2004-2009*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2013, 76 p.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, 2009, 84 p.
OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Proposition de politique pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Drummondville, L'Office, 2008, 85 p.

Principes généraux d'organisation

Quatre principes généraux relatifs à l'organisation des services de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté ont guidé tout particulièrement la détermination des paramètres.

1. Le continuum AVC est conçu comme un tout intégré où la personne est au centre des interventions. Les différentes phases[11] se succèdent et se chevauchent parfois en s'articulant dans une approche collaborative et au moyen d'un plan d'intervention interdisciplinaire[12] conçu en partenariat avec la personne[13] ayant subi un AVC et ses proches.

2. Les services et les structures déjà existants sur le territoire sont optimisés avec le souci d'offrir des services adaptés aux besoins des personnes, tout au long du continuum, en assurant le développement de liens étroits entre les partenaires au bénéfice de la personne ayant subi un AVC et de ses proches.

3. La conception des services se préoccupe de l'expérience de la personne tout au long du continuum et s'assure de l'implication des personnes et de leurs proches dans les décisions qui ont une incidence sur leurs soins et leurs services.

4. Les ressources de réadaptation sont déployées le plus près possible du milieu où vit la personne, voire à son domicile même.

Principes particuliers relatifs à la réadaptation, à la réintégration et au maintien dans la communauté pour l'AVC

Les trois principes décrits dans cette section concernent les services propres à l'AVC. Ils s'inscrivent dans une suite logique avec les principes généraux précédents, de même qu'avec les contenus des Orientations ministérielles 2013-2018 et des plans de mise en œuvre.

1. L'adaptation de l'intensité, de la fréquence et de l'organisation des services aux capacités de la personne.
    - Toutes les chances doivent être offertes à la personne pour récupérer un maximum d'autonomie. Par conséquent, l'offre de service en réadaptation s'ajuste à ses besoins.
    - L'intensité requise correspond à celle qui permet à l'individu d'exploiter au maximum ses capacités et son potentiel, en fonction de son endurance, l'intensité est donc ajustée en fonction de son évolution.
    - La fréquence s'accorde aux besoins de la personne et se justifie par l'importance de l'intégration comme du maintien des acquis. Elle varie au fur et à mesure des apprentissages et des progrès réalisés.

---

[11] Voir la figure 1 qui représente les différentes phases du continuum selon Lindsay et autres, 2010.

[12] Voir la définition dans le glossaire.

[13] « Usager » est utilisé dans ce texte dans le sens d'une personne ayant subi un AVC naviguant dans le continuum de soins et de services. Les mots *usager* et *personne* sont utilisés indifféremment et portent la même signification.

- La personne ayant subi un AVC, ses proches et tous les membres de l'équipe contribuent à la réadaptation. Sur la base de la participation de l'usager et de ses proches à la rédaction du plan d'intervention[14], les professionnels favorisent l'entraînement des proches, des bénévoles et du personnel d'assistance pour accroître l'intensité et la fréquence des interventions, de manière sécuritaire et dans les limites conséquentes à leurs évaluations.
- Aux modes habituels de dispensation des services peuvent s'ajouter des séances de groupe, de la téléréadaptation, des séances individuelles plus courtes et plus fréquentes dans la journée, ou des occasions de revoir les acquis durant la soirée et la fin de semaine.

2. Un environnement favorable à l'intégration et au maintien des acquis, le milieu de vie de la personne étant l'environnement le plus favorable.
   - Les interventions visent la récupération, l'apprentissage et l'intégration de moyens compensatoires qui seront utiles dans la réintégration du milieu de vie.
   - La réadaptation en services ambulatoires, soit au domicile ou en externe, est préconisée par rapport à la réadaptation à l'interne, moyennant l'assurance de la sécurité de la personne et la disponibilité d'une offre réelle de services.
   - Puisque certaines personnes ne pourront pas recevoir leur réadaptation en mode externe, le milieu de réadaptation à l'interne s'apparente le plus possible à un milieu de vie, plutôt qu'à un milieu de soins.
3. La précocité des interventions.
   - L'AVC étant une pathologie chrono-dépendante, la rapidité de l'intervention tend à réduire significativement les séquelles.
   - Il en résulte un meilleur potentiel de récupération fonctionnelle et une bonne qualité de vie.

[14] Dans ce document, afin d'alléger le texte, le vocable « plan d'intervention » renvoie au PII initial, révisé ou final, et est utilisé également pour désigner le Plan de services individualisé. Les définitions se trouvent toutefois dans le glossaire.

Continuum AVC et trajectoire de services

Le continuum AVC a déjà été présenté dans le plan de mise en œuvre. Vu son importance dans les travaux d'optimisation en cours, il est reproduit à la figure 1. Rappelons que le continuum se compose de six principales phases. L'ensemble est lié par des mesures communes et des modalités de transition[15] d'une phase à l'autre. Le continuum repose sur l'expérience de la personne ayant subi un AVC, première préoccupation des gestionnaires et des cliniciens.

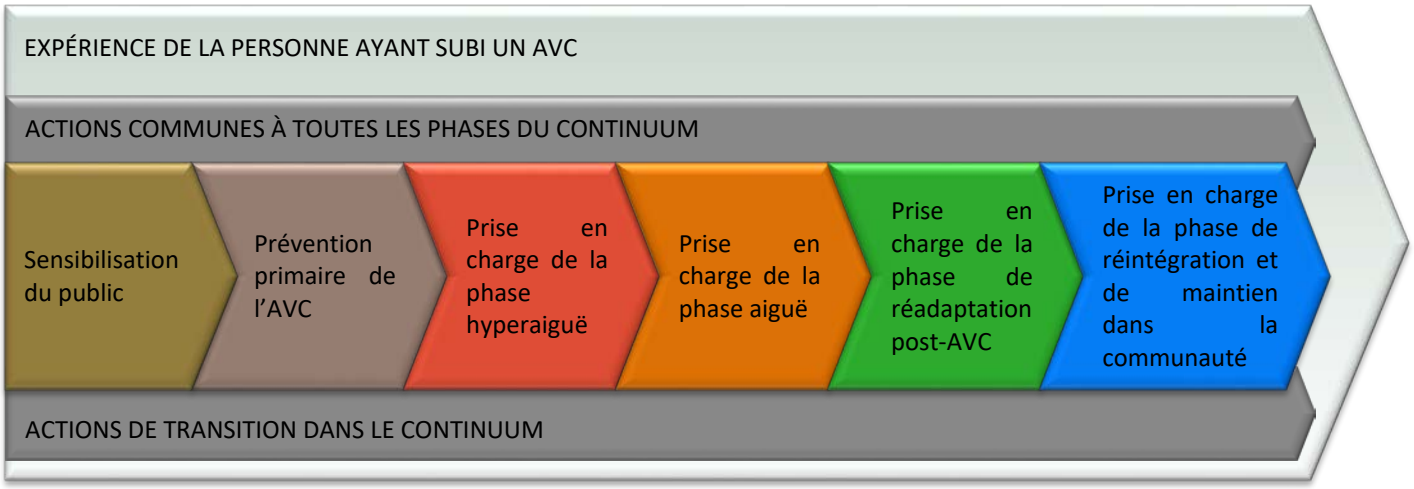

Figure 1 : Continuum de services[16]

Plus spécifiquement en réadaptation, la trajectoire de la figure 2 schématise les parcours que pourrait suivre une personne ayant subi un AVC. Indépendamment du lieu où sont offerts les services, l'approche de réadaptation vise ultimement la qualité de vie, y compris la participation sociale. La trajectoire s'attarde aux phases où la réadaptation prend une place importante, soit la phase aiguë, la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.

Cette trajectoire affirme :

1. Une orientation vers les services de réadaptation fondée sur des critères de sévérité de l'AVC, d'autonomie pré-AVC, de potentiel de récupération, de facteurs socio-environnementaux et sur l'autonomisation de la personne;
2. Une préoccupation pour tous les niveaux de sévérité de l'AVC;
3. Un parcours particulier pour les profils AIT ou AVC léger, sous forme d'une prise en charge en mode ambulatoire et en réadaptation externe ne nécessitant habituellement pas d'hospitalisation;
4. Un parcours particulier pour les profils AVC modérés ou graves, sous la forme généralement d'une prise en charge en phase aiguë dans une unité AVC ou l'équivalent;
5. Des délais attendus de prise en charge inspirés des pratiques optimales;
6. Des services de réadaptation post-AVC disponibles dans différents environnements : au domicile, en externe ou en interne;

---

[15] Les mécanismes de transition doivent prévoir tout transfert de responsabilité entre les différents établissements et organismes, selon des protocoles convenus au préalable entre ces parties, au moment approprié et sans délai.

[16] LINDSAY et autres, 2010. Reproduit et adapté avec l'autorisation de M.P. Lindsay.

7. Une coordination nécessaire entre les services propres à l'AVC, le soutien à domicile, les services médicaux, les mécanismes d'accès à l'hébergement et les autres services présents dans la communauté, au besoin;
8. Un arrimage des services en déficience physique avec les services offerts par les autres programmes-services, dont le soutien à l'autonomie des personnes âgées, afin d'en définir les responsabilités respectives et d'éviter la duplication;
9. La coordination entre les services spécialisés en AVC et les services de première ligne;
10. Un suivi à long terme approprié assurant la réévaluation et le traitement pour des usagers 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.

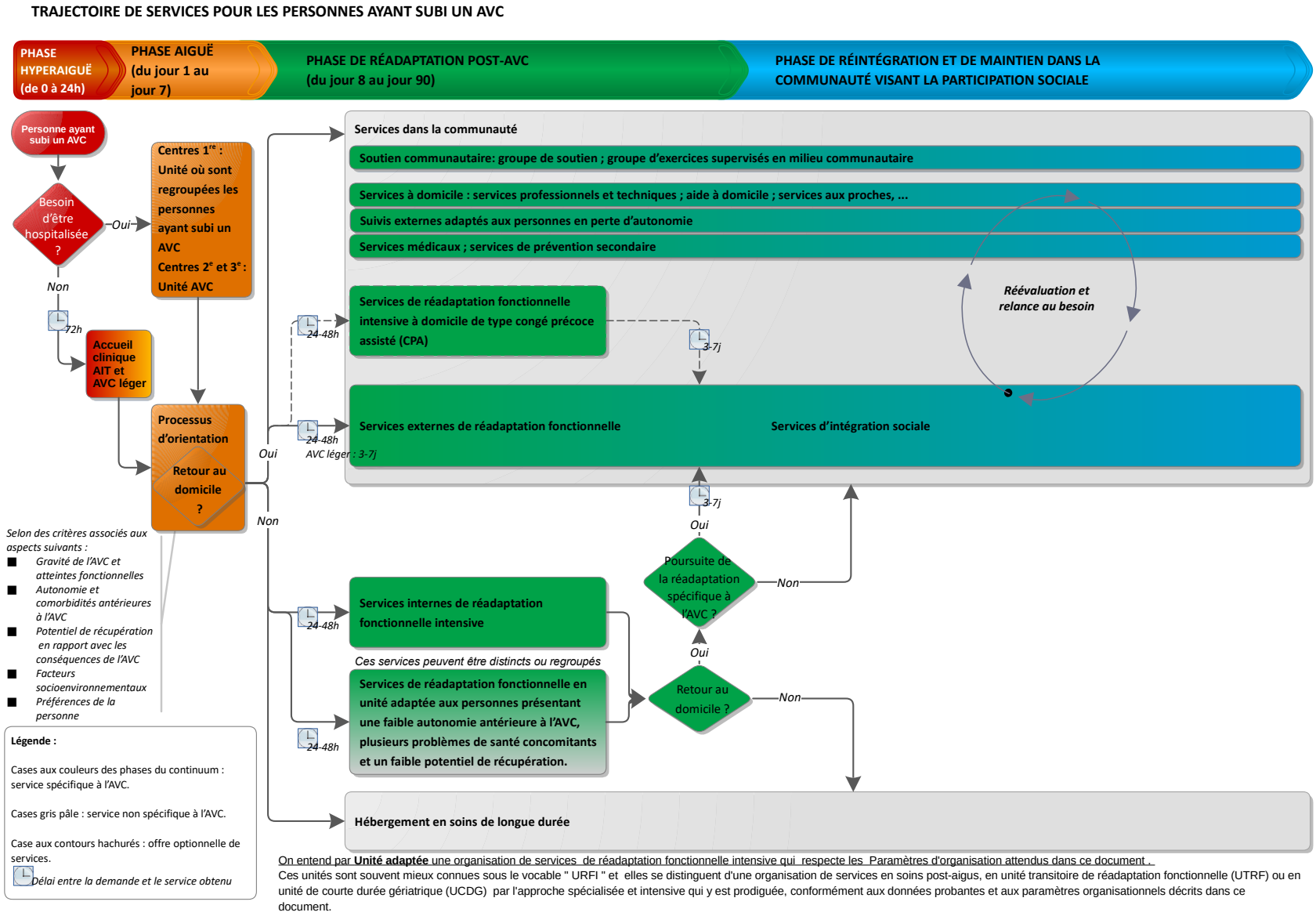

Figure 2 : Trajectoire générale des services en réadaptation

Paramètres de réadaptation en phase aiguë (jour 1 à jour 7)

Introduction

Cette phase concerne l'étape de la prise en charge en milieu de soins aigus, en accueil clinique AIT et AVC léger, en unité AVC ou dans une unité où sont regroupées toutes les personnes hospitalisées ayant subi un AVC, en fonction des exigences associées à la désignation de centres primaires, secondaires et tertiaires. La réadaptation commence précocement au cours de cette phase et s'inscrit dans un plan d'intervention interdisciplinaire.

La définition du niveau d'atteinte de l'AVC, soit léger, modéré ou grave, s'évalue une première fois par l'une ou l'autre des échelles de sévérité NIHSS ou ENC en phase hyperaiguë à l'urgence[17]. L'AVC qui aura été repéré en phase hyperaiguë lorsque la personne se présente à l'urgence directement par ses propres moyens ou par le service ambulancier cheminera en phase aiguë soit vers une hospitalisation, soit vers une référence en accueil clinique AIT/AVC léger, selon la gravité de l'AVC.

Les personnes correspondant au profil AIT/AVC léger selon l'une ou l'autre des échelles de mesure seront ainsi normalement dirigées l'accueil clinique AIT/AVC léger[18]. Les personnes correspondant aux profils AVC modérés ou graves à l'une ou l'autre de ces échelles de mesure seront normalement prises en charge par les services hospitaliers de soins aigus. Dans tous les cas, le jugement clinique est ce qui guide la décision d'orientation. La figure 3 illustre le cheminement type de la catégorisation de l'AVC en phase hyperaiguë vers le service approprié en phase aiguë.

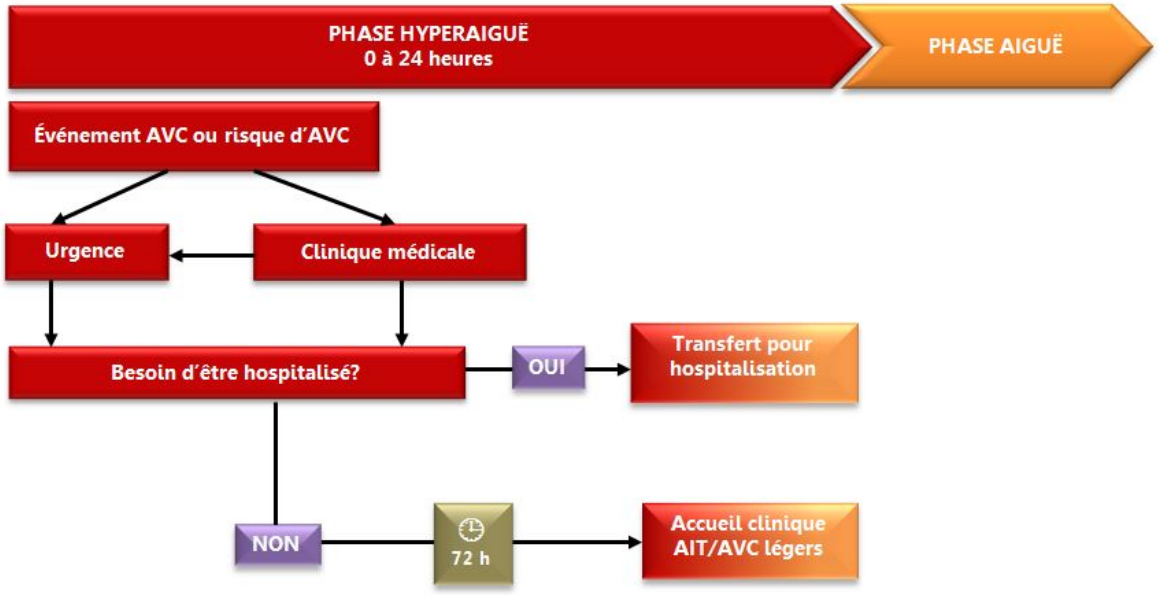

Figure 3 : Cheminement type d'une personne présentant un AVC léger entre la phase hyperaiguë et la phase aiguë

[17] Selon les objectifs H2 et H5 du Plan de mise en œuvre 2016-2018.

[18] Excepté pour ceux qui nécessiteraient une hospitalisation.

Au cours de la phase aiguë, l'équipe doit réévaluer les déficits fonctionnels avec les outils préconisés dans le but de planifier les soins et services requis dans la phase de réadaptation post-AVC. La réévaluation par l'outil NIHSS ou ENC au moment de l'hospitalisation et l'estimation de la capacité fonctionnelle par l'intermédiaire de l'outil Triage-SMAF pour l'AVC permettent à l'équipe dédiée en AVC de documenter leur processus de décision pour l'orientation de la personne ayant subi un AVC vers les soins et services requis dans la phase de réadaptation post-AVC.

Ainsi, l'outil Triage-SMAF pour l'AVC et le jugement de l'équipe quant au potentiel de retour à domicile viendront appuyer le processus d'orientation pour la phase de réadaptation post-AVC. L'orientation de la personne ayant subi un AVC se fait en temps opportun vers le service de réadaptation le plus approprié à sa condition, que ce soit en unité interne ou dans le milieu de vie de la personne, et les demandes de services s'effectuent vers le mécanisme centralisé d'orientation.

La figure 4 illustre le processus.

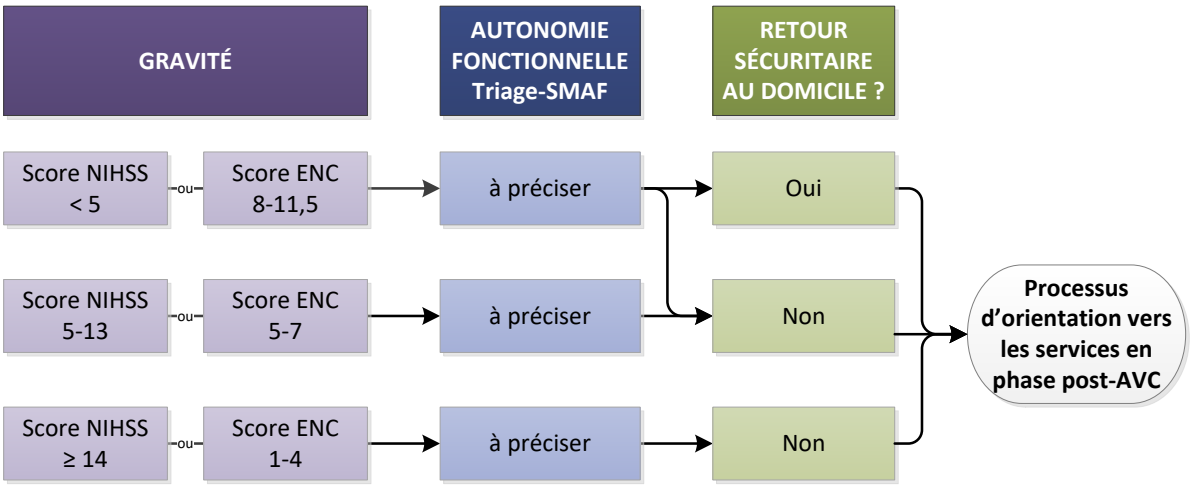

Figure 4 : Éléments permettant de repréciser la sévérité de l'AVC pour les personnes hospitalisées en soins aigus et soutenant la décision en vue de l'orientation vers la phase de réadaptation post-AVC

Finalement, de nombreuses activités cliniques se déroulent en phase aiguë, celles-ci étant décrites en détail dans le tableau des paramètres en phase aiguë. La figure 5 synthétise le parcours clinique de la phase aiguë et la transition vers la phase de réadaptation post-AVC.

Le Tableau 1 précise les activités requises à cette phase.

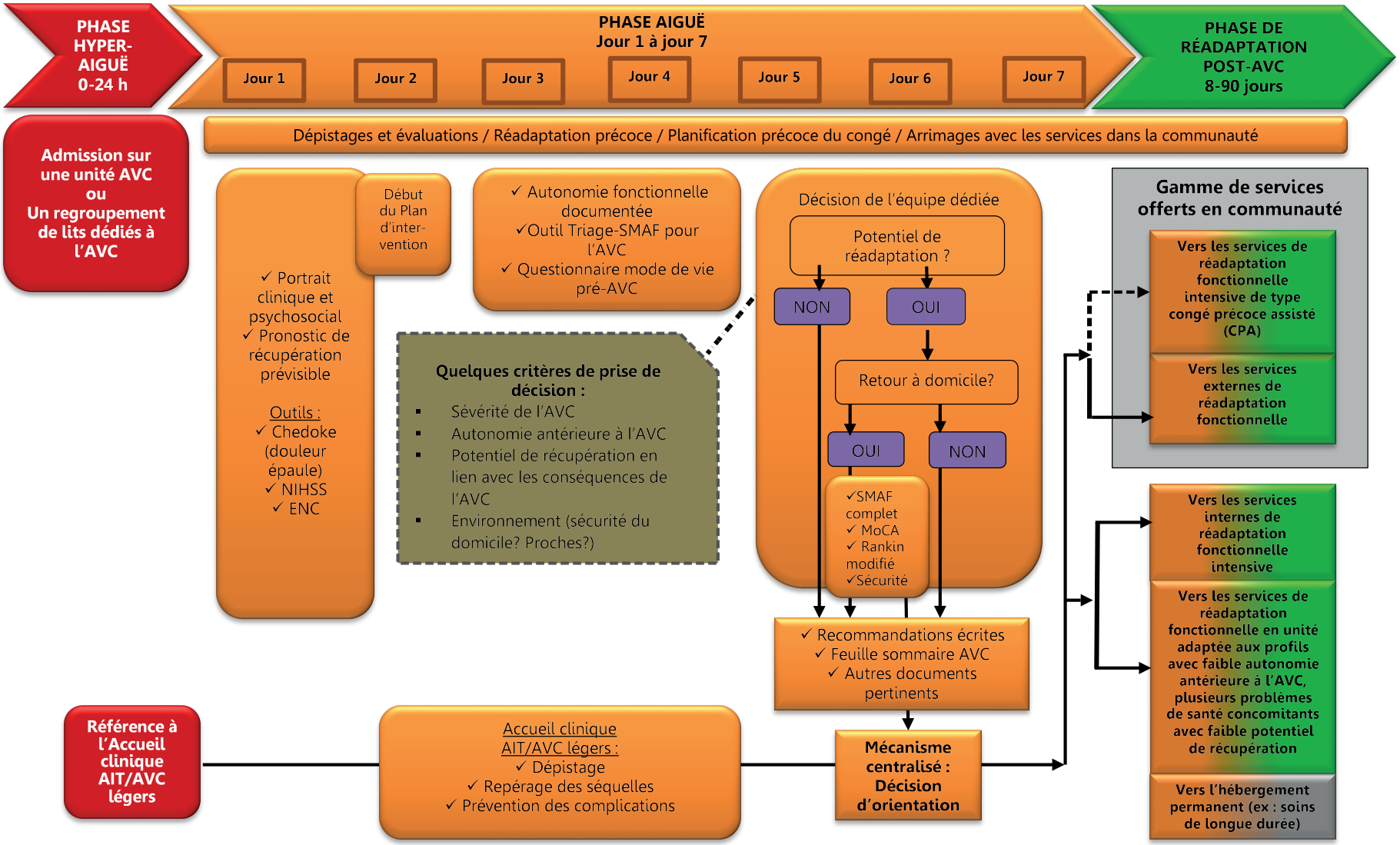

Figure 5 : Parcours clinique de la phase aiguë et de la transtion vers la phase de réadaptation post-AVC

Tableau 1 : Paramètres organisationnels de réadaptation en phase aiguë et grille d'autoévaluation

PARAMÈTRES DE RÉADAPTATION PROPRES À LA PHASE AIGUË (JOUR 1 À JOUR 7)

La phase de réadaptation précoce en phase aiguë a pour but de favoriser la récupération optimale dès les premiers jours suivant l'AVC, de préparer la personne ayant subi un AVC et ses proches et de faciliter la transition vers les étapes subséquentes pour la réadaptation, la réintégration et le maintien dans la communauté. À cette étape, les intervenants doivent effectuer le dépistage et l'évaluation des déficits, prévenir les complications potentielles, déterminer le potentiel de réadaptation pour l'orientation vers les services de réadaptation fonctionnelle les plus appropriés ou vers un nouveau milieu de vie, et effectuer rapidement tous les arrimages nécessaires pour la continuité des services dans la communauté. La réadaptation précoce s'adresse aussi bien aux personnes ayant subi un AVC léger qu'aux personnes ayant subi un AVC modéré ou grave.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
1. Accueil clinique, évaluation, orientation et prise en charge des personnes ayant subi un AIT/AVC léger							
1.1. Les personnes ayant subi un AIT/AVC léger sont systématiquement dirigées vers un accueil clinique AIT/AVC léger par les services d'urgence ou les cliniques médicales[22,23].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.2. L'accueil clinique représente moins une structure qu'un service disponible pour les usagers visés.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.3. L'accueil clinique AIT/AVC léger accueille les AIT/AVC légers en mode ambulatoire puis, au besoin et selon les résultats du dépistage, les dirige en réadaptation externe lorsque nécessaire[24] en phase de réadaptation post-AVC ou en phase de réintégration et de maintien dans la communauté.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

19 En correspondance avec le Plan de mise en œuvre 2016-2018 et, pour après 2018, selon les balises ministérielles qui seront alors établies.

20 A = atteint; PA = partiellement atteint; NA = non atteint.

21 En correspondance avec les balises ministérielles qui seront définies après 2018.

22 Une hospitalisation peut être nécessaire dans certains cas; le jugement clinique prévaut en tout temps.

23 À cette étape, le médecin doit s'assurer que la personne ayant subi un AIT ou un AVC léger, modéré ou grave qui retourne à domicile, ainsi que ses proches, est avisée qu'elle ne pourra pas conduire un véhicule motorisé tant et aussi longtemps qu'une évaluation de la conduite automobile n'aura pas attesté de sa capacité à conduire de manière sécuritaire. L'évaluation inclut les volets sensoriels, moteurs et cognitifs ainsi qu'un examen pratique sur route. De plus, une déclaration à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) dans le formulaire M-28 doit être faite lorsque nécessaire. Cette exigence pourrait être appliquée à toute activité à risque.

24 La demande doit transiter par le processus d'orientation vers les services du CISSS/CIUSSS.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
1.4. L'accueil clinique AIT/AVC léger offre aux personnes des services de dépistage des signes et des symptômes cliniques ainsi que de prévention des complications[25].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.5. Les personnes ayant subi un AVC léger sont systématiquement dirigées vers les services de prévention secondaire disponibles sur le territoire.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.6. L'accueil clinique prend en charge les personnes ayant subi un AIT/AVC léger dans un délai maximal de 72 heures pour un AIT ou un AVC léger récent.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.7. Les personnes ayant besoin de services spécialisés à visée de réintégration, sans services de réadaptation fonctionnelle, y sont dirigées directement par l'accueil clinique AIT/AVC léger.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.8. Lorsque des besoins médicaux ou psychosociaux sont constatés, l'accueil clinique AIT/AVC léger achemine une référence au mécanisme centralisé d'accès aux services de l'établissement.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.9. Pour les usagers sans médecin de famille, la référence aux guichets d'accès est réalisée en toutes circonstances (GAMF).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2. Réadaptation précoce en unité AVC (centres secondaires et tertiaires) ou dans des unités où sont regroupées les personnes ayant subi un AVC ischémique (centres primaires)[26,27].							
2.1. L'unité AVC reçoit principalement des personnes ayant subi un AVC modéré ou grave.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2. L'infirmière est désignée pour assurer la coordination clinique de l'équipe dédiée en AVC.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[25] Équipe minimalement composée de personnel infirmier, de personnel médical.

[26] Il est démontré que plus la réadaptation s'amorce précocement, avec la bonne intensité, plus les chances et le niveau de récupération sont élevés.

[27] À cette étape, les responsables du suivi doivent s'assurer que la personne ayant subi un AIT ou un AVC léger, modéré ou grave qui retourne à domicile, ainsi que ses proches, est avisée qu'elle ne pourra pas conduire un véhicule motorisé tant et aussi longtemps qu'une évaluation de la conduite automobile n'aura pas attesté de sa capacité à conduire de manière sécuritaire. L'évaluation inclut les volets sensoriels, moteurs et cognitifs ainsi qu'un examen pratique sur route. De plus, une déclaration à la SAAQ dans le formulaire M-28 doit être faite lorsque nécessaire. Cette exigence pourrait être appliquée à toute activité à risque.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.3. La durée de séjour cible est de 7 jours (médiane) (moyenne de ≤ 10 jours), y compris le séjour à l'urgence[28].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.4. Le délai entre le triage à l'urgence et la première évaluation (premier contact) en réadaptation est ≤ 48 heures.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
Dépistage et évaluation							
2.5. Le dépistage[29] systématique ou une évaluation des problématiques suivantes sont minimalement faits dans les délais suivants :	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.1. La dysphagie (dès que possible si cela n'a pas été fait dans les 4 heures suivant l'inscription à l'urgence, et ce, avant toute prise de médicament ou d'aliment par voie orale);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.2. Les troubles de la fonction d'élimination (dès l'arrivée en hospitalisation);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.3. Les risques de chute (dès l'arrivée en hospitalisation);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.4. Les risques de plaies de pression (0-48 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.5. L'héminégligence (0-48 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.6. Les troubles de la communication (0-48 h)[30];	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[28] Ces délais concernent les AVC de nature ischémique.
[29] Avec un outil standardisé ou par observation.
[30] Lorsque des difficultés de communication sont observées par un intervenant, celles-ci devraient toujours être inscrites dans le dossier et discutées avec l'orthophoniste au moment des rencontres interdisciplinaires.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.5.7. La douleur, notamment la douleur à l'épaule parétique (0-48 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.8. Les facteurs de risque de la dépression (0-72 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.5.9. Les troubles cognitifs d'origine vasculaire secondaires à l'AVC ou présents avant l'AVC (0-72 h).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.6. L'équipe dédiée à l'AVC voit à évaluer minimalement, dans les délais suivants et selon leurs champs respectifs de compétence :							
2.6.1. Le portrait pré-AVC (0-48 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.6.2. La déglutition (0-48 h)[31];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.6.3. Les incapacités physiques (0-72 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.6.4. Les troubles de la communication[32] (0-72 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.6.5. Les besoins en réadaptation (0-72 h), y compris les besoins psychosociaux;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.6.6. L'orientation prévisible (avec soutien de l'outil Triage-SMAF pour l'AVC), entre le 3e et le 5e jour de l'hospitalisation;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[31] Lorsqu'une dysphagie est dépistée, une évaluation doit être réalisée.

[32] Lorsque des difficultés de communication sont soupçonnées par un membre de l'équipe, l'orthophoniste est sollicité pour une évaluation plus approfondie.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.6.7. Le potentiel de réadaptation prévisible soutenant la recommandation en matière de réadaptation au congé, au jour 5 d'hospitalisation.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.7. La trousse d'outils standardisés est disponible pour l'équipe dédiée en AVC.	☒	☐	☐		☐	☐	☐
2.8. L'utilisation des outils standardisés suivants est privilégiée au cours de l'épisode aigu :							
2.8.1. *Chedoke McMaster Stroke Assessment*, stade de douleur à l'épaule, 24 à 48 heures après l'AVC;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.8.2. Échelle NIHSS ou ENC[33], refaite au complet 24 à 48 heures après l'AVC;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.8.3. Outil Triage-SMAF pour l'AVC[34] – entre la 3e et la 5e journée d'hospitalisation;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.8.4. Questionnaire mode de vie pré-AVC[35] – entre la 3e et la 5e journée d'hospitalisation;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.8.5. MoCA[36] – déficit cognitif – entre la 5e et la 7e journée d'hospitalisation si un retour direct au milieu de vie antérieur est envisagé;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.8.6. SMAF (version complète) – autonomie fonctionnelle – entre la 5e et la 7e journée d'hospitalisation si un retour direct au milieu de vie antérieur est envisagé suite à l'hospitalisation[37];	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[33] ENC (Échelle neurologique canadienne) ou CNS (*Canadian Neurologique Scale*) [www.strokecenter.org/professionals/stroke-diagnosis/stroke-assessment-scales].

[34] Lorsque l'outil sera disponible.

[35] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, Cadre de référence, 2011 [www.msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf].

[36] MoCA (*Montréal cognitive assessment)*. Le manuel d'utilisation est accessible en ligne à l'adresse suivante [www.mocatest.org].

[37] SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle). Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) [www.expertise-sante.com].

- Pour un retour à domicile après la phase aiguë, le SMAF est requis et fait partie de l'évaluation de la sécurité à domicile.
- En complément, pour les demandes de services SAD (SAPA / DP-DI-TSA), se référer aux Lignes directrices concernant l'utilisation de l'évaluation globale (OEMC) ou du SMAF seul (document ministériel à venir).

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.8.7. Échelle modifiée de Rankin[38] – niveau d'autonomie – utilisation au congé (normalement entre la 5e et la 7e journée).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
Plan d'intervention[39]							
2.9. Le plan d'intervention est établi par l'ensemble de l'équipe dédiée, y compris la personne et ses proches.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.10. Un plan d'intervention est rédigé moins de 3 jours depuis le triage effectué à l'urgence et évolue tout au long du séjour, en fonction des besoins évalués et des constats réalisés par l'équipe dédiée.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.11. Des échanges fréquents hors des rencontres concernant le plan d'intervention peuvent se tenir entre les intervenants impliqués en réadaptation en phase aiguë, l'usager et ses proches ainsi que, le cas échéant, un intervenant du soutien à domicile (SAD) ou tout autre professionnel impliqué dans les services à être donnés dans la communauté[40] après la sortie des soins aigus.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.12. Le plan d'intervention est l'outil clé pour assurer un transfert d'informations cohérentes entre toutes les personnes concernées, y compris l'usager et ses proches, entre la phase aiguë et les phases subséquentes.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
Intervention							

38 EMR (Échelle modifiée de Rankin) [www.rankinscale.org].

39 Dans ce document, afin d'alléger le texte, le vocable *plan d'intervention* renvoie au PII initial, révisé ou final, et est utilisé également pour désigner le Plan de services individualisé. Les définitions se trouvent toutefois dans le glossaire.

40 Les services à être donnés dans la communauté comprennent tout service offert en dehors de l'hôpital ou d'une unité interne de réadaptation, soit par exemple : les soins à domicile, les services privés.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.13. L'ensemble de l'équipe dédiée en AVC[41] est mise à contribution dans l'application des protocoles de soins relativement au traitement et à la prévention des complications.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.14. Des interventions de réadaptation, de concert avec une évaluation en continu, sont amorcées selon la fréquence et l'intensité qui répondent aux besoins de la personne, dans les limites de son endurance.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.15. Tous les membres de l'équipe dédiée en AVC participent à l'intervention à la lumière des résultats des évaluations menées par les professionnels et selon les champs d'expertise respectifs.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.16. La personne et ses proches sont partie prenante de l'intervention, depuis la définition des objectifs jusqu'aux activités répétitives d'entraînement.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.17. Le plan d'intervention est partagé avec l'ensemble de l'équipe dédiée en AVC grâce à des rencontres éclair quotidiennes.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.18. Il porte sur un ou plusieurs des objectifs suivants :							
2.18.1. Restaurer les fonctions par la réadaptation précoce;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.18.2. Prévenir les détériorations physiques, psychologiques et sociales;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.18.3. Prévenir la récurrence d'un AVC;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.18.4. Informer et soutenir les proches;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[41] Outre le personnel infirmier, l'équipe dédiée comprend des professionnels de la réadaptation comme des ergothérapeutes, des orthophonistes et des physiothérapeutes.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.18.5. Déterminer le potentiel de réadaptation contribuant à la décision d'orientation à la fin du séjour hospitalier;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.18.6. Préparer la personne et ses proches à l'étape de la réadaptation post-AVC ainsi qu'à la perspective d'une déficience permanente, le cas échéant;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.18.7. Établir des liens précoces avec les ressources de la communauté de la personne et les services de soins à domicile, lorsque nécessaire à la suite du congé;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.18.8. Compléter l'ensemble des démarches liées à la planification précoce du congé de l'unité AVC.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.19. Les interventions consistent principalement en :							
2.19.1. Positionnement (0-72 h);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.19.2. Mobilisations précoces (avec précautions) (0-72 h)[42];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.19.3. Prévention des plaies de pression;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.19.4. Rééducation des fonctions vésicales et intestinales;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.19.5. Adaptation de l'environnement et des interventions pour les situations d'héminégligence et de troubles visuels;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.19.6. Retour progressif aux activités fonctionnelles orientées vers des activités de la vie quotidienne en fonction de la tolérance et de la condition médicale (ex. : soins d'hygiène, habillement, déplacement, alimentation, exercices, etc.);	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[42] Mobilisation précoce selon la nouvelle recommandation à partir de 24 h, sauf si contre-indication médicale (AVERT).

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.19.7. En présence de troubles de la communication, stratégies particulières[43] et activités pour stimuler les habiletés;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.19.8. Enseignement individualisé à la personne avec la participation des proches.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
Formation							
2.20. Les intervenants dédiés en AVC ont acquis, développé et maintenu des connaissances particulières relativement aux besoins de ces usagers et axées sur les données probantes.	Oct. 2017	☐	☐		☐	☐	☐
Estimation du potentiel de réadaptation[44]							
2.21. Le questionnement relatif au potentiel de réadaptation qui influencera la décision d'orientation au moment du congé débute dès les premiers jours de l'hospitalisation et se précise au cours de la réadaptation précoce.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.22. L'équipe dédiée en AVC se prononce sur le potentiel de réadaptation au 5e jour d'hospitalisation à partir des éléments suivants :	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Gravité de l'AVC et atteintes fonctionnelles (NIHSS/ENC);	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Autonomie et comorbidités antérieures à l'AVC;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

43 Par toute l'équipe dédiée.

44 En l'absence de modèles prédicteurs fiables permettant d'anticiper la récupération en réadaptation de l'AVC, il est essentiel d'offrir à la personne qui a subi un AVC les occasions nécessaires pour s'engager dans un processus de réadaptation optimal qui permettra à la récupération de se manifester et de mieux outiller les professionnels de la santé dans l'établissement d'une prédiction réaliste à partir de leur jugement clinique, tout en tenant compte des limites dans les ressources disponibles (inspiré de Burton et ses collaborateurs).

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
✓ Résultats à l'outil Triage-SMAF pour l'AVC.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.23. Pour chaque personne, l'équipe dédiée en AVC formule des recommandations écrites, y compris concernant le potentiel de réadaptation, colligées dans le plan d'intervention au plus tard 5 jours après l'admission ou au maximum 2 jours avant le congé.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.24. Pour chaque personne, l'équipe dédiée en AVC prépare la feuille sommaire de l'AVC (feuille de route) qui accompagne la demande de service dans le mécanisme centralisé d'accès aux services du CISSS/CUSSS/ENF.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
Orientation au moment du congé[45]							
2.25. L'orientation au moment du congé et les modalités de réadaptation à venir sont discutées avec la personne et ses proches, dans une perspective de prise de décision partagée, en lien notamment avec le potentiel de réadaptation, l'environnement domiciliaire au moment de l'AVC, l'implication et la disponibilité des proches, et les préférences de la personne.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.26. La personne et ses proches sont parties prenantes des décisions concernant l'orientation au moment du congé; ils bénéficient d'un accompagnement dans le processus de décision.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.27. Dès que l'équipe dédiée en AVC envisage une orientation vers le milieu de vie antérieur, un intervenant de l'équipe du soutien à domicile (SAD)[46] ou un intervenant-pivot[47] est interpellé pour participer précocement aux rencontres de plan d'intervention.	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[45] Selon l'INESSS (2012) l'âge, la sévérité initiale et la tolérance de la personne sont des facteurs déterminants de l'orientation, ainsi que l'état cognitif, les co-morbidités, le soutien familial ou social et l'incontinence. On retrouve à l'annexe A, page 64 des éléments supplémentaires permettant de soutenir la réflexion et la décision des équipes au regard de l'orientation de la personne vers des services de réadaptation post-AVC en unité adaptée.

[46] S'il est prévu que la personne reçoive de tels services.

[47] Voir le glossaire : un intervenant apte à soutenir la personne dans ses démarches d'obtention des services, sans nécessairement inclure le soutien à domicile.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.28. Si l'usager n'est pas connu du soutien à domicile et qu'il est probable qu'il y ait recours, une requête à cet effet doit être formulée rapidement avant le congé[48].	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2.29. La recommandation finale concernant l'orientation domiciliaire au moment du congé des soins aigus est approuvée au cours d'une rencontre d'équipe, en présence de la personne et de ses proches ainsi que d'un représentant des services du soutien à domicile lorsque de tels services sont requis.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.30. Les intervenants des services présents dans la communauté, comme les services médicaux, le soutien à domicile et les services de prévention secondaire, participent à la prise de décision pour planifier les services à venir.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.31. Les outils d'aide à la décision clinique sont utilisés par l'équipe dédiée en AVC pour soutenir les décisions concernant l'orientation de la personne, tout particulièrement les sections de NIHSS et de l'ECN présentées dans la trousse ainsi que l'outil Triage-SMAF pour l'AVC.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.32. Rappelons que, pour la personne dont le retour à domicile est envisagé :							
2.32.1. Le dépistage du ou des déficits cognitifs aura été effectué, à l'aide de l'outil MoCA, entre le 5e et le 7e jour d'hospitalisation;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.32.2. Le niveau d'autonomie fonctionnelle aura été évalué à l'aide du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF complet), entre le 3e et le 5e jour d'hospitalisation;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.32.3. Les éléments relatifs à la sécurité de la personne et des proches sont documentés[49] en impliquant les fournisseurs de services dans la communauté (ex. : soins à domicile ou services de transport).	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[48] Les CISSS/CIUSSS et CH non fusionnés sont invités à souscrire à cette pratique, car elle pourra permettre à ces services de se déployer plus rapidement. Il n'existe toutefois pas d'indicateurs ni de cibles particulières à cette intention dans le Plan de mise en œuvre 2016-2018.

[49] Par exemple, le retour vers le milieu de vie pourra être jugé non sécuritaire si la condition clinique exige la poursuite des soins et des services nuit et jour, ou si la situation psychosociale ne peut permettre d'assurer la surveillance et l'aide nécessaires, au-delà de ce qui peut être offert par le réseau de la santé et des services sociaux.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.33. L'équipe dédiée en AVC adopte, en partenariat avec la personne, ses proches et les services nécessaires dans la communauté, une recommandation quant à l'orientation de la personne au moment du congé de l'unité AVC, au 5e jour de l'hospitalisation (maximum 2 jours avant le congé).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
Les options d'orientation au moment du congé de l'unité AVC[50] :							
2.34. Trois options d'orientation pour la réadaptation doivent être possibles à la suite de l'hospitalisation :							
2.34.1. L'orientation vers la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) spécialisée en externe, soit l'option à privilégier lorsque la situation de la personne le permet;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.34.2. L'orientation vers la réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée en interne en déficience physique (URFI)[51];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.34.3. L'orientation vers la réadaptation fonctionnelle intensive en unité adaptée où les services spécialisés de réadaptation sont adaptés en intensité et en fréquence aux personnes présentant un faible niveau d'autonomie antérieur à l'AVC, des problèmes de santé concomitants et un faible potentiel de récupération[52].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.35. Une quatrième option peut être disponible sur le territoire directement au sortir de l'hospitalisation, soit la réadaptation intensive à domicile[53], pour les situations où c'est pertinent.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2.36. Une personne qui refuse, de manière éclairée, tout service de réadaptation fonctionnelle et qui est apte à effectuer le retour à domicile est dirigée vers des services qui visent le maintien ou la surveillance.	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[50] Ces options sont décrites de manière plus détaillée à la section concernant la réadaptation post-AVC (Tableau 2, page 28).

[51] Pour le MSSS, les deux offres de services de RFI interne doivent être présentes et disponibles sur le territoire, et organisées de façon optimale dans le respect des réalités régionales et territoriales, ces services pouvant mais ne devant pas nécessairement être offerts par des équipes ou des installations distinctes.

[52] En URFI déficience physique ou en URFI SAPA. En l'absence de critères de référence précis, on trouve dans l'annexe A (page 64) des éléments permettant de soutenir la réflexion et la décision des équipes au regard de l'orientation de la personne vers des services de réadaptation post-AVC en unité adaptée (approche de réadaptation spécialisée avec modulation de l'intensité et de la fréquence, auprès de personnes présentant un potentiel de récupération et la capacité de s'engager activement dans la réadaptation).

[53] Au moment d'écrire ce document, cette offre de service est optionnelle pour la phase 2016-2018. Des références sur cette approche sont précisées à l'annexe B (pages 65-68).

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
2.37. Pour les personnes dont la réadaptation n'est pas indiquée[54], et pour qui le retour dans le milieu de vie antérieur n'est pas possible, la transition dans un nouveau milieu de vie, tel l'hébergement en soins de longue durée, est préparée avec l'usager et ses proches et planifiée en temps opportun.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3. **Transitions de la phase aiguë à la phase de réadaptation post-AVC**							
3.1. Les mécanismes nécessaires pour les références et l'orientation des usagers sont établis.	Oct. 2017	☐	☐		☐	☐	☐
3.2. Les recommandations écrites, le dernier plan d'intervention et la feuille sommaire de l'AVC[55] (feuille de route) sont acheminés au mécanisme centralisé d'orientation du CISSS/CIUSSS/ENF au plus tard 48 heures avant le congé prévisible.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3.3. Dès que le mécanisme d'orientation centralisé du CISSS/CIUSSS/ENF (et le mécanisme d'accès à l'hébergement, le cas échéant) reçoit les documents (jour 5 de l'AVC)[56], il en prend connaissance, s'assure que les renseignements nécessaires à la décision d'orientation sont complets et procède à l'analyse.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3.4. À l'intérieur d'un délai maximal de 48 heures suivant la réception de la demande (au plus tard au jour 7 de l'AVC), l'admission (en service interne de réadaptation) ou l'inscription (en service externe de réadaptation) est réalisée dès la confirmation de l'orientation, après avoir vérifié au préalable avec le centre hospitalier que les conditions permettant la prise en charge sont toujours rencontrées et donc que l'usager est prêt.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[54] Ce sont les cas pour lesquels on confirme hors de tout doute raisonnable l'absence d'un potentiel de récupération ou l'incapacité totale de participer aux interventions de réadaptation, et pour lesquels il n'est pas possible d'offrir des mesures d'accommodement à la personne, comme l'intervention d'une équipe de soutien pour les troubles graves de comportement ou les problématiques complexes de santé mentale associées, par exemple.

[55] Un exemple est disponible auprès du MSSS.

[56] Soit 2 jours avant le congé.

	Échéancier[19]				Autoévaluation[20]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[21]		A	PA	NA
3.5. Suite à la confirmation de l'orientation de l'usager, le résumé du dossier médical, y compris tous les autres documents pertinents concernant la condition médicale de la personne à la fin des soins aigus, ainsi que les résultats des évaluations doivent être acheminés le jour du congé (jour 7).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3.6. Lorsque la situation de l'usager permet le retour au domicile dès la sortie du centre hospitalier, les services nécessaires à un retour sécuritaire au domicile sont définis et mis en place avant de donner un congé définitif du centre hospitalier.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

Paramètres en phase de réadaptation post-AVC (jours 8 à 90)

Introduction

Cette phase « est un processus progressif, dynamique et ciblé axé sur l'atteinte par l'usager de son niveau fonctionnel optimal autant physique que cognitif, émotionnel, communicatif ou social ». Elle vise ultimement à favoriser la participation sociale, la réintégration et le maintien dans la communauté. L'intensité des services est déterminée en fonction des capacités et du profil de la personne. En effet, ses déficits, ses aptitudes, son environnement physique et son environnement psychosocial jouent un rôle déterminant pour la réadaptation. En vertu des résultats des évaluations, la personne est dirigée soit vers des services de réadaptation en externe avec ou sans suivi au domicile, soit vers des services de réadaptation offerts dans une unité de réadaptation fonctionnelle intensive, à partir d'un mécanisme centralisé d'orientation.

Pour une personne en provenance d'un centre hospitalier, l'orientation en réadaptation peut suivre trois trajectoires, proposant une offre de service spécialisés de réadaptation fonctionnelle intensive de l'AVC : à domicile de type congé précoce assisté (CPA) ou congé précoce avec soutien; en externe; en interne, selon deux modalités, soit un service de réadaptation fonctionnelle intensive et un service de réadaptation intensive adapté aux personnes dont le potentiel de récupération propre au déficit AVC s'avère plus faible ou insuffisant. Dans toutes les trajectoires, lorsque la personne retourne à domicile, des services de réadaptation ou de suivi dans le milieu de vie peuvent compléter les services. Pour une personne ayant été vue en accueil clinique AIT/AVC léger sans hospitalisation, la personne peut suivre une trajectoire vers les services externes de réadaptation, n'impliquant pas nécessairement une intensité de 5 jours/semaine ou sera dirigée vers la réadaptation spécialisée à domicile de type CPA, là où le service pourra être offert. La figure 2 (page 9) présente la trajectoire générale de services en réadaptation.

La transition entre la phase aiguë et la phase de réadaptation post-AVC est particulièrement importante. Les effets supérieurs d'une réadaptation précoce sur la récupération de l'autonomie fonctionnelle sont démontrés. Il faut alors assurer un transfert des informations pertinentes et éviter la duplication des examens et des évaluations. La transition doit être vue comme la continuité du plan d'intervention.

Le plan d'intervention vise le retour optimal aux habitudes de vie antérieures au moyen d'activités et d'approches thérapeutiques visant :

- la récupération des capacités motrices, cognitives et de la communication;
- le développement d'habiletés compensatoires pour les déficits temporaires et permanents;
- l'apprentissage de l'utilisation d'aides techniques ou technologiques;
- la valorisation personnelle;
- le développement des habiletés permettant à la personne d'être autonome dans son milieu de vie;
- l'acquisition des compétences utiles au développement et à la poursuite de relations humaines valorisantes, à sa santé, à ses affaires financières et à son emploi du temps;
- l'indépendance psychosociale;
- le suivi médical et la poursuite de la prévention secondaire;
- l'autogestion de sa condition.

L'approche patient-partenaire est favorisée, et un mécanisme d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des services est établi.

Tableau 2 : Paramètres organisationnels en phase de réadaptation post-AVC et grille d'autoévaluation

CRITÈRES PROPRES À LA PHASE DE RÉADAPTATION POST-AVC (8 à 90 jours à la suite de l'AVC)

La phase de réadaptation post-AVC vise à intervenir selon les meilleures pratiques de réadaptation de l'AVC au moment opportun et en profitant de la période la plus favorable à la récupération dans le but d'en optimiser les résultats. Elle a pour finalité la récupération optimale des capacités fonctionnelles, la prévention des complications à long terme, l'accompagnement de la personne pour l'adoption de mesures compensatoires et l'acceptation des incapacités résiduelles, le cas échéant. Elle contribue à faciliter la transition vers la phase de réintégration et de maintien dans la communauté en assurant tous les arrimages nécessaires, le tout dans une visée ultime de participation sociale. Elle s'adresse autant aux personnes ayant subi un AVC léger qu'aux personnes ayant subi un AVC modéré ou grave.

En conséquence, les CISSS, CIUSSS et ENF doivent prendre les mesures suivantes :

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
1. Paramètres généraux							
1.1 Différentes modalités de réadaptation énumérées dans la trajectoire générale des services de réadaptation[60] sont formalisées dans l'offre de service et déployées sur le territoire[61] :	Oct. 2017	☐	☐		☐	☐	☐

[57] En correspondance avec le Plan de mise en œuvre 2016-2018 et, après 2018, selon les balises ministérielles qui seront alors établies.

[58] A = atteint; PA = partiellement atteint; NA = non atteint.

[59] En correspondance avec les balises ministérielles qui seront définies après 2018

[60] Trajectoire générale illustrée à la page 9 de ce document.

[61] La description plus précise des diverses modalités de réadaptation fonctionnelle ou de réadaptation fonctionnelle intensive en phase post-AVC (jours 8 à 90) se trouve dans l'annexe B (pages 65-68) avec un tableau comparatif des différentes options.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
1.1.1 **Services externes spécialisés** de réadaptation fonctionnelle ou de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)[62], à l'intention des usagers pouvant rester à leur domicile et se déplacer vers l'établissement pour recevoir les services[63] : ✓ Réadaptation fonctionnelle (≤ 5jrs/sem.) ou RFI (5 jours/sem.) en externe pour un AVC récent, offert directement au sortir d'une hospitalisation, ou à la suite de la référence de l'accueil clinique AIT/AVC léger; ✓ Réadaptation fonctionnelle ou RFI en externe dans la continuité d'un épisode de réadaptation en interne; ✓ Services complémentaires de réadaptation spécialisée[64]; ✓ Les services de réadaptation spécialisée à visée d'adaptation et d'intégration sociale (RAIS)[65] s'amorcent idéalement avant que la phase de réadaptation post-AVC ne soit complétée et se chevauchent donc avec la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.	Octobre 2017	☐	☐		☐	☐	☐

[62] Dans ce document, la notion de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) renvoie à des interventions quotidiennes (5 jours par semaine) par une équipe spécialisée en AVC, que la modalité soit interne ou externe. Une RFI en unité adaptée de l'AVC en interne prévoit des interventions quotidiennes (5 jours/semaine) dont l'intensité et le mode de dispensation s'adaptent à la capacité et à la tolérance de la personne. Une RFI en unité de réadaptation interne spécialisée autre qu'une unité adaptée de l'AVC doit tendre vers une intensité de 3 heures de thérapie quotidienne directe auprès des intervenants (professionnels et techniciens), à raison de 5 jours par semaine (réf. 2.2 de ce tableau, page 35).

[63] L'organisation des services sur le territoire doit favoriser le développement des services externes à proximité, si possible à même les divers points de service de la réadaptation spécialisée.

[64] Les services spécialisés complémentaires sont détaillés au point 4 (page 41) et peuvent chevaucher deux phases : la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.

[65] Ces services sont présentés dans la section décrivant la phase de réintégration et de maintien dans la communauté : services de réadaptation socioprofessionnelle, d'évaluation et de réadaptation à la conduite automobile, services orientés vers la reprise d'activités significatives telles que la socialisation, la pratique artistique ou sportive, le bénévolat et autres.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
1.1.2 **Services internes de réadaptation fonctionnelle intensive ou offre de service adaptée[66] :** ✓ **Services internes** de réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée à l'intention des usagers qui ne peuvent retourner à domicile au moment du congé de l'hôpital, mais qui peuvent tolérer une grande intensité de réadaptation, **soit 3 heures par jour, 5 jours par semaine, ou s'y rapprochant** (ex. : unité interne en milieu spécialisé de réadaptation); ✓ **Services internes** de réadaptation fonctionnelle intensive[67] en unité adaptée de réadaptation de l'AVC destinée aux personnes présentant une faible autonomie antérieure à l'AVC, plusieurs problèmes de santé concomitants et un faible potentiel de récupération, et qui ne peuvent retourner à domicile au moment du congé de l'hôpital (URFI – DP ou SAPA).	Octobre 2017	☐	☐		☐	☐	☐
1.1.3 **Services de réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée à domicile** de type congé précoce assisté (CPA)[68].	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.1.4 **Des modalités de services mixtes,** résultant de diverses combinaisons élaborées pour répondre à la diversité des besoins (ex. : réadaptation spécialisée en externe jumelée avec certaines interventions de réadaptation spécialisée à domicile par des équipes mobiles (ou l'inverse), de la télé réadaptation, etc.).	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[66] Pour le MSSS, les deux offres de service de RFI interne doivent être présentes et disponibles sur le territoire, et organisées de façon optimale dans le respect des réalités régionales et territoriales, ces services pouvant mais ne devant pas nécessairement être offerts par des équipes ou des installations distinctes, tant que l'approche tient compte des données probantes et de la démarche préconisée dans ces paramètres.

[67] La notion d'intensité décrite par le mot « intensif » renvoie à des services de réadaptation dont la fréquence est de 5 jours par semaine tandis que la durée et l'intensité s'adaptent aux capacités de la personne.

[68] Plusieurs pays et quelques provinces canadiennes ont adopté ce modèle qui consiste à offrir une réadaptation intensive à domicile pour les personnes qui ont subi un AVC léger ou modéré et qui sont aptes à retourner directement au domicile antérieur et à y recevoir les services. Cela implique nécessairement la possibilité de recevoir sans délai des services à vocation communautaire et du soutien à domicile lorsque nécessaire. Quelques références d'auteurs sont mentionnées à titre indicatif à la page 65 de l'annexe B.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
1.2 Des mesures facilitatrices sont entreprises pour faciliter le passage en externe dès que la personne est apte à retourner à son domicile de façon sécuritaire. Ainsi, une vigilance est assurée pour que la réadaptation spécialisée post-AVC s'effectue en tout temps le plus près possible du domicile de la personne.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.3 Les personnes ayant subi un AVC bénéficient d'intervenants formés et spécialisés en AVC, qu'ils se consacrent exclusivement ou non à un type d'AVC (AVC léger, AVC modéré ou grave).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.4 L'organisation des services est fondée sur les pratiques optimales, notamment :							
1.4.1 Les intervenants de la réadaptation entreprennent les services dans un délai maximal de 48 heures, à la suite du congé effectif des soins aigus[69](Jour 7) et l'admission/inscription, tant pour la réadaptation en interne qu'en externe[70,71];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.4.2 Pour les personnes dirigées par l'accueil clinique AIT/AVC léger, le délai maximal est de 7 jours pour entreprendre les services externes de réadaptation;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.4.3 Advenant un passage d'une modalité de services internes de réadaptation à des services externes, la continuité des services est assurée pour un délai maximal de 7 jours;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.4.4 Le personnel clinique et les intervenants qui travaillent auprès des usagers ayant subi un AVC participent à au moins une activité annuelle de maintien des compétences;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.4.5 Les protocoles de soins reconnus en AVC sont utilisés par tout le personnel soignant des unités internes de réadaptation (unité spécialisée ou unité adaptée);	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[69] En concordance avec le Plan de mise en œuvre 2016-2018, la personne est admise en unité de réadaptation fonctionnelle ou RFI, ou inscrite aux services externes dès la sortie du centre hospitalier (jour 7), et des interventions de réadaptation ciblées dans la demande sont entreprises au maximum dans les 48 heures.

[70] Ce délai de 48 heures implique de pouvoir admettre ou inscrire un usager et d'entamer certaines évaluations ou certains services de réadaptation (internes ou externes) tous les jours de la semaine.

[71] L'admission (en service interne de réadaptation) ou l'inscription (en service externe de réadaptation) réalisée dès la confirmation de l'orientation le jour 7, si la personne est prête, permet d'offrir les services requis dans un d'un délai de 48 heures suivant l'admission ou l'inscription (réf. 3.4 section Phase aiguë, page 25).

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
1.4.6 L'arrimage précoce est assuré, tout au long de l'épisode de réadaptation, entre l'équipe de réadaptation spécialisée post-AVC et les services de la communauté tels que le soutien à domicile, les services médicaux et les services de prévention secondaire;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.4.7 Le transfert de connaissances et le soutien des équipes ou des intervenants plus expérimentés en AVC envers les moins expérimentés sont assurés dans le CISSS/CIUSSS/ENF.	☒	☐	☐		☐	☐	☐
1.5 Une personne est spécifiquement attitrée à la coordination clinique pour les équipes de réadaptation spécialisée post-AVC, pour tous les types d'AVC.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.6 L'offre de service est adaptée aux besoins et aux objectifs de l'usager, sans égard à son âge ni à la modalité de dispensation (interne, externe, à domicile), et permet d'estimer le potentiel de récupération prévisible au terme du processus, au fur et à mesure que se déroule la réadaptation[72].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.7 L'approche privilégiée en réadaptation post-AVC est une approche en équipe interdisciplinaire, pour tous les types d'AVC :	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.7.1 Le plan d'intervention est l'outil clé pour assurer un transfert d'informations cohérentes entre toutes les personnes concernées, y compris la personne et ses proches, et cela inclut la transition entre la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.7.2 Les équipes de réadaptation spécialisée sont composés ou ont accès à des personnes possédant les expertises suivantes : médecin, infirmière, nutritionniste, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue ou neuropsychologue, éducateur spécialisé, ergothérapeute et travailleur social (liste minimale et non exhaustive).	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[72] Étant donné l'absence de modèles prédicteurs du pronostic de la récupération fonctionnelle qui sera obtenu au terme du processus de réadaptation, c'est l'équipe spécialisée de réadaptation à la phase de réadaptation post-AVC qui pourra préciser ce pronostic au fur et à mesure que se déroulera la réadaptation et que se manifestera la récupération (inspiré de Burton et ses collaborateurs, 2016).

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
1.7.3 Dans le respect des normes et des exigences propres à leur profession, les équipes de réadaptation travaillent de concert avec les équipes des soins aigus et elles évitent de reprendre, mais peuvent compléter des évaluations déjà effectuées ou débutées dans les phases précédentes.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.7.4 Des échanges fréquents sont tenus entre les intervenants en réadaptation, la personne et ses proches ainsi que, le cas échéant, les intervenants des services à la communauté, en dehors des rencontres formelles de plan d'intervention.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.8 Les outils standardisés sont disponibles à tous les intervenants et utilisés pour documenter les déficits, les paramètres cliniques particuliers ainsi que les progrès réalisés[73].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.9 Tous les milieux de réadaptation interne sont aménagés pour être des milieux de vie actifs et stimulants, offrant aux usagers et aux proches la possibilité de maintenir leurs habitudes de vie (loisirs, socialisation, déplacements).	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.10 Les usagers et leurs proches sont impliqués dans les soins et les services, dans une perspective de prise de décision partagée.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.11 Les usagers et leurs proches bénéficient du soutien dont ils ont besoin pour s'orienter dans la trajectoire globale qui leur est assignée (exemple : assignation d'un intervenant-pivot).	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.12 Lorsque l'usager présente un trouble de la communication non lié à l'AVC, des stratégies pour faciliter la communication sont adoptées par tous les intervenants.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.13 Des mesures sont prises pour que les personnes présentant des difficultés de communication puissent participer de façon optimale à leur processus de réadaptation[74].	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.14 Des patients partenaires participent aux comités locaux des établissements.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[73] Au moment d'écrire ce document, les outils à préconiser sont en cours de détermination et seront diffusés par une communication ultérieure du MSSS.

[74] En plus des troubles de la communication secondaires à l'AVC, il faut également tenir compte des difficultés de communication qui découlent d'une utilisation d'une autre langue, d'une déficience intellectuelle ou d'une déficience sensorielle.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
1.15 Une vigilance est assurée au regard de la durée de la phase de réadaptation post-AVC, qui est d'une durée totale d'environ 90 jours[75,76]:							
1.15.1 Pour les AVC de sévérité modérée : durée moyenne de 6 à 8 semaines;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.15.2 Pour les AVC de sévérité élevée (AVC grave) : durée moyenne de 10 à 12 semaines.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2 Organisation des services spécialisés selon la gravité de l'AVC							
2.1 Le profil AVC légers : réadaptation en lien avec les déficits particuliers liés à l'AVC et prévention secondaire.							
2.1.1 Une offre de service complète et intégrée en réadaptation spécialisée pour les AVC légers est disponible, et inclut des évaluations, de la réadaptation propre à l'AVC léger, du soutien psychosocial, du soutien à l'intégration sociale et de la prévention secondaire.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.1.2 La trajectoire de services qui prend en compte la spécificité de l'AVC léger fait partie de l'offre de service complète en phase de réadaptation post-AVC et prévoit les mécanismes de transition depuis la phase aiguë jusqu'à la réintégration et le maintien dans la communauté.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[75] Ces balises ont été établies à partir d'épisodes de réadaptation en interne. Toutefois, dans ce document, la durée de 90 jours renvoie au processus complet de RFI, effectué en interne, en externe ou de façon mixte puisqu'un virage vers le rehaussement de services externes est souhaité. La durée de la RFI se documente à partir du début des services jusqu'au moment où se termine la RFI (interne ou externe ou les deux). Bien qu'il n'y a pas une coupure franche entre le RFI et le RAIS, on considère que la RFI prend fin lorsque la majorité des objectifs du PII visant la RFI sont complétés. Les objectifs de la réadaptation visent alors principalement l'adaptation et l'intégration sociale, même si quelques interventions de RFI peuvent se poursuivre pour certaines habitudes de vie. Les services complémentaires et les services à visée de réintégration et de maintien dans la communauté, de même que les relances et les retours en réadaptation ne sont pas inclus dans ce calcul.

[76] Selon le rapport du comité d'experts de 2013, on mentionne que chez les AVC très sévères, le plateau de récupération fonctionnelle est atteint de 15 à 24 semaines après l'AVC, y compris une période minimale de 4 à 6 semaines en réadaptation pour permettre une bonne évaluation du potentiel et des objectifs.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
2.1.3 Des intervenants formés se consacrent (exclusivement ou non) au suivi des personnes ayant subi un AVC léger.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2 Les profils AVC modérés et graves : services spécialisés de réadaptation fonctionnelle et RFI.							
2.2.1 Pour les interventions de réadaptation fonctionnelle spécialisée et intensive, peu importe le mode de dispensation (interne, externe, à domicile) :							
2.2.1.1 Un plan d'intervention est établi pour chaque usager qui comprendra un ou plusieurs objectifs axés sur les habitudes de vie et élaborés selon le besoin particulier de l'usager, en lien avec les plus récentes données probantes et incluant le soutien psychosocial[77].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.1.2 Les équipes utilisent les outils préconisés pour la phase post-AVC du continuum[78].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.1.3 Le SMAF (section incapacité) est réalisé dans les 72 heures de la prise en charge en réadaptation interne, pour une première prise de données, et refait assez régulièrement par la suite durant l'épisode de réadaptation, selon les indications cliniques[79].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.1.4 L'ensemble des déficits présents doivent pouvoir faire l'objet d'une réadaptation appropriée, y compris la possibilité de transférer à une autre équipe ou un autre établissement pour des services plus spécialisés, au besoin, par exemple[80] :	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[77] Ces éléments sont requis par les données probantes et font référence à la qualité des services donnés par les établissements, mais ne font pas l'objet d'un suivi particulier du plan d'intervention, dans le Plan de mise en œuvre 2016-2018.

[78] Au moment où ils seront identifiés.

[79] Pour un usager connu du SAD (DP ou SAPA), il faut penser à consulter l'OEMC au dossier (incluant le SMAF).

[80] Liste non exhaustive.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
✓ les fonctions motrices, sensorielles et sensitives, y compris les troubles de l'équilibre et les vertiges;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ les fonctions cognitives;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ la communication;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ la vision et la perception visuelle;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ la déglutition;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ la condition cardiovasculaire;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ la prise en charge des syndromes douloureux et de la spasticité, y compris la prévention de la douleur chronique;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ la rééducation sphinctérienne;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ des services de soutien pour les problématiques d'anxiété, de dépression, de trouble d'adaptation et autres;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ l'accès privilégié à un consultant en psychiatrie au besoin.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2.2.1.5 Des visites d'intervenants au domicile de l'usager font partie intégrante du plan d'intervention; leur finalité est de vérifier la sécurité et la qualité de vie de l'usager et des proches ainsi que des adaptations éventuelles dans l'environnement immédiat.	☐	☐	☒		☐	☐	☐

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
2.2.1.6 Des visites et des séjours ponctuels au domicile[81] pour l'usager en réadaptation interne font partie intégrante de l'approche et sont prévus au plan d'intervention, afin de tester la sécurité et la faisabilité du retour rapide au domicile.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2.2.1.7 Le plan d'intervention est régulièrement révisé à la lumière des progrès réalisés sur le plan fonctionnel.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.1.8 Dans une visée de reprise des habitudes de vie, les interventions réalisées par une équipe interdisciplinaire tout au long de cette phase concernent la réadaptation, l'adaptation et la compensation des déficits résiduels, temporaires ou permanents, par exemple[82] :	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ l'adaptation de la personne et de son environnement aux déficits liés aux capacités motrices, sensorielles, sensitives, cognitives et de la communication, le cas échéant;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ l'adaptation de la personne et de ses proches à vivre avec les séquelles permanentes de l'AVC, le cas échéant;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ le développement d'habiletés compensatoires;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ l'apprentissage de l'utilisation d'aides techniques[83] ou technologiques à long terme[84];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ le développement des habiletés permettant à la personne d'être autonome dans son milieu de vie;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

81 Il peut s'agir de sorties ponctuelles d'une journée ou de séjours de fin de semaine pouvant être appelés congés thérapeutiques.
82 Liste non exhaustive.
83 Les personnes présentant de l'hémianopsie peuvent être admissibles aux programmes d'aides visuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
84 Comme le programme d'aides techniques à la communication (PMATCom).

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
✓ l'acquisition des compétences utiles au développement et à la poursuite de relations humaines valorisantes, à sa santé, à ses affaires financières et à son emploi du temps;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ l'indépendance psychosociale;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ le retour au travail ou aux études;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ la préparation à la reprise des activités sociocommunautaires;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ le maintien des habiletés et de l'état fonctionnel;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ le suivi médical et la poursuite de la prévention secondaire[85];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ l'autogestion de la maladie.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.1.9 La généralisation des acquis est assurée par la supervision du personnel complémentaire[86], qui encourage la personne à intégrer graduellement les habiletés acquises dans sa routine quotidienne, et en offrant des occasions de répéter ces habiletés.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.1.10 L'implication des proches de l'usager à la hauteur de leurs capacités est favorisée pour l'exécution des exercices et l'application des recommandations des professionnels au regard des activités courantes, contribuant par leur soutien à la motivation et à l'intégration des acquis.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[85] Au moment d'écrire ce document, les données probantes estiment à 20 % le risque de récidive dans les deux premières années suivant un AVC, et à 43 % au cours des dix années subséquentes.

[86] L'implication du personnel de soutien à cet effet peut permettre d'améliorer l'intégration des acquis par la personne ayant subi un AVC.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
2.2.1.11 Un plan d'intervention final est préparé et rédigé au moment de terminer les interventions. Il assure le relais aux services en phase de réintégration et de maintien dans la communauté, prévoit les dates de relance et précise les pronostics fonctionnels pour la réalisation des habitudes de vie ainsi que la réintégration sociale et professionnelle.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.2 L'importance d'impliquer la personne et ses proches, les services de soutien et les services dans la communauté.							
2.2.2.1 L'usager et ses proches sont impliqués dans l'élaboration du plan d'intervention, dans une perspective de prise de décision partagée.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.2.2 L'usager et ses proches bénéficient d'informations adéquates, de l'enseignement et des mesures d'accompagnement favorisant leur autogestion dans une visée d'autonomisation[87].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.2.3 Des services de soutien destinés directement aux proches sont prévus lorsque nécessaire; les usagers et leurs proches sont orientés vers des ressources complémentaires et communautaires susceptibles de les soutenir, notamment les associations d'usagers et autres ressources en ligne.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.2.4 Trois éléments font partie de l'accompagnement par les intervenants des usagers et de leurs proches :							
✓ L'importance de la prévention à long terme des récidives;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ L'importance des saines habitudes de vie;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ L'importance du maintien de la condition, par l'adhésion aux recommandations des professionnels[88].	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[87] Les usagers et leurs proches bénéficient du soutien à la prise de décision au même titre que les intervenants.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
2.2.3 Les intervenants des services dans la communauté et du soutien à domicile participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'intervention dans une perspective de complémentarité et de continuité de services.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.3.1 Un intervenant du soutien à domicile participe aux rencontres concernant le plan d'intervention pour les personnes qui pourraient bénéficier de ces services, après la phase post-AVC.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.3.2 Les services de soutien à domicile sont accessibles en temps opportun pour les usagers qui en ont besoin, et ce, sur l'ensemble du territoire.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2.2.4 La planification de la fin des interventions est discutée, dès le début de l'épisode de réadaptation et tout au long des soins, avec l'usager, ses proches et les intervenants des services dans la communauté.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2.5 L'équipe de la RFI doit se préoccuper de préparer la personne et ses proches à la phase de réintégration et de maintien dans la communauté ainsi qu'à la perspective d'une déficience permanente.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3 Spécificités de l'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive en unité adaptée aux personnes présentant une faible autonomie antérieure à l'AVC, plusieurs problèmes de santé concomitants et un faible potentiel de récupération[89].							
3.1 Les personnes bénéficient d'interventions orientées vers la récupération du maximum d'autonomie possible alors que les approches, l'intensité[90] et la durée des interventions s'adaptent aux profils des personnes.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[88] Les usagers et leurs proches peuvent consulter diverses sources d'information à cet effet, dont [http://neurorehab.med.ubc.ca/grasp] et [http://neurorehab.med.ubc.ca/fame].

[89] Il s'agit ici de services offerts en unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), où les services sont adaptés au profil de la personne, et non d'unités transitoires de réadaptation fonctionnelle (UTRF) modérée et progressive, ni d'unité de courte durée gériatrique (UCDG) ou de réadaptation modérée et progressive en soins post-aigus.

[90] Le mode de prestation des services s'adapte à la condition de la personne, selon une fréquence hebdomadaire de 5x/semaine, tout en proposant la durée des séances plus courtes et plus fréquentes durant la journée et les occasions de pratiquer les acquis durant la soirée ou la fin de semaine.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
3.2 Dans les unités adaptées, les interventions de réadaptation sont également offertes selon une approche interdisciplinaire (réf. 1.7. page 32).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3.3 Les outils standardisés sont disponibles dans l'unité adaptée et utilisés par l'ensemble des intervenants afin de documenter les déficits, les paramètres cliniques ainsi que les progrès.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3.4 Les équipes de réadaptation dans les unités adaptées ont, en plus de l'expertise en AVC, des connaissances plus approfondies des problématiques liées au vieillissement.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3.5 Les équipes de réadaptation spécialisée travaillent de pair avec les services du milieu communautaire destinés à ces personnes, tels que les hôpitaux de jour et les cliniques gériatriques externes pour planifier le congé, y compris la planification des relances ou réévaluations et les suivis au besoin.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
4 Services spécialisés complémentaires à la réadaptation fonctionnelle[91]							
4.1 Des services spécialisés complémentaires sont accessibles pour les usagers qui en ont besoin, soit directement par les programmes de réadaptation en AVC, soit au moyen d'ententes avec d'autres fournisseurs de services ou de la mise à contribution de technologies.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
4.2 Cette offre de service peut comprendre un ou plusieurs des éléments suivants (liste non exhaustive) :							
✓ Les aides techniques en déficience motrice;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les aides technologiques à la communication;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les programmes d'activités physiques adaptées et les programmes d'exercices destinés aux personnes ayant subi un AVC;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ L'évaluation ou l'adaptation du domicile;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[91] Certains de ces services peuvent être considérés comme surspécialisés, le découpage provincial concernant les services complémentaires à donner dans chaque territoire de CISSS/CIUSSS/ENF (spécialisés VS surspécialisés) n'étant pas établi.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
✓ L'évaluation ou l'adaptation de la conduite automobile[92];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ La prise en charge de la spasticité;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Le suivi de la dysphagie, notamment par vidéofluoroscopie de déglutition si nécessaire;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ La gestion du quotidien en lien avec la présence de fatigue persistante post-AVC;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les interventions en réadaptation spécialisée des troubles visuels, y compris l'accès si nécessaire à un centre spécialisé;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ La prévention et la gestion de la douleur chronique;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les troubles de nature vestibulaire (ex. : physiothérapie vestibulaire).	☐	☐	☒		☐	☐	☐
4.3 Les services de réadaptation spécialisée à visée d'adaptation et d'intégration sociale (RAIS)[93] qui sont nécessaires pour compléter l'offre de service en phase post-AVC doivent être amorcés dès cette phase[94] pour les personnes qui en ont besoin.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
4.4 Les centres offrant des services spécialisés ou surspécialisés et des expertises rares rendent leurs services accessibles dans les délais recommandés.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[92] À cette étape, l'équipe interdisciplinaire de réadaptation spécialisée doit s'assurer que la personne ayant subi un AIT ou un AVC léger, modéré ou grave qui retourne à domicile, ainsi que ses proches, est avisée qu'elle ne pourra pas conduire un véhicule motorisé tant et aussi longtemps qu'une évaluation de la conduite automobile n'aura pas attesté de sa capacité à conduire de manière sécuritaire. L'évaluation inclut les volets sensoriels, moteurs et cognitifs ainsi qu'un examen pratique sur route. De plus, une déclaration à la SAAQ sur dans le formulaire M-28 doit être faite lorsque nécessaire. Cette exigence pourrait être appliquée à toute activité à risque.

[93] Services de réadaptation socioprofessionnelle, d'évaluation et de réadaptation à la conduite automobile, services orientés vers la reprise d'activités significatives telles la socialisation, la pratique artistique, la pratique sportive, le bénévolat, le travail rémunéré et autres. Ces services sont présentés plus spécifiquement dans la section décrivant la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.

[94] Des démarches et des suivis doivent être entrepris avant le délai de 90 jours.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
4.5 Au cours de l'épisode de soins en phase de réadaptation post-AVC, lorsqu'il devient évident pour l'équipe spécialisée de réadaptation fonctionnelle que le retour au domicile antérieur n'est pas possible, les usagers et leurs proches sont préparés et orientés rapidement vers des ressources domiciliaires, dont l'hébergement en soins de longue durée, ou autre ressource domiciliaire substitut qui répond à leurs besoins.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
5 Les pratiques émergentes							
5.1 Une réflexion sur les modalités de téléréadaptation est amorcée.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
5.2 Les résultats des réflexions sur les pratiques émergentes liées à l'AVC sont partagés à l'ensemble du réseau de la santé.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
6 La transition vers la communauté et vers les services de réintégration et de maintien dans la communauté							
6.1 Des modalités de coordination sont présentes entre la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration et de maintien dans la communauté	☐	☒	☐		☐	☐	☐
6.2 L'évaluation des besoins de soutien dans le milieu où vit la personne et les premiers arrimages nécessaires qui ont été réalisés au cours de la phase aiguë par l'équipe dédiée en AVC sont consolidés, de 48 à 72 heures du congé prévisible[95].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
6.3 L'usager et ses proches sont informés des critères qui orientent les décisions et les mesures à entreprendre en vue du congé, notamment[96] :							
✓ L'atteinte des objectifs de réadaptation;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[95] Pour tout demande de services SAD (DP ou SAPA) au domicile, incluant les ressources pour personnes âgées, les ressources de type familial, les ressources intermédiaires ou les ressources d'hébergement en soins de longue durée, il y a obligation de mettre à jour ou de compléter l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) dans les 48 à 72 heures précédant le congé.

[96] Ces éléments sont requis par les données probantes et font référence à la qualité des services donnés par les établissements, mais ne font pas l'objet d'un suivi particulier du plan d'intervention, dans le Plan de mise en œuvre 2016-2018.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
✓ L'autonomie acquise;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ La collaboration de l'usager;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ L'anticipation du potentiel d'amélioration à venir;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ La capacité ou non à répondre aux attentes de la personne et de ses proches;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Le soutien disponible;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ L'environnement physique au domicile;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ La condition médicale de l'usager, les comorbidités et le suivi nécessaire;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les adaptations requises pour assurer la sécurité ainsi qu'un minimum de qualité de vie au domicile.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
6.4 Les données cliniques, notamment les incapacités, le niveau de participation sociale ainsi que le milieu de vie approprié pour la personne, sont documentées en vue de préparer la fin de la réadaptation.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
6.5 Un plan d'intervention final ou révisé[97] est établi conjointement par l'équipe de réadaptation post-AVC, l'usager et ses proches, dans lequel est précisée la poursuite des services de réintégration et de maintien dans la communauté, le cas échéant.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
6.5.1 Pour les relances et suivis à long terme prévus au moment du congé, le plan d'intervention final doit en préciser les dates et les instances concernées.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[97] L'annexe C, page 69, décrit des paramètres généraux pouvant soutenir une décision au regard de la fin des interventions.

	Échéanciers[57]				Autoévaluation[58]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018[59]		A	PA	NA
6.5.2 Les outils pertinents dont la liste de contrôle post-AVC[98] seront utilisés par le médecin traitant, les groupes de médecine familiale (GMF) et autres instances responsables du suivi à plus long terme.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
6.5.3 L'accès privilégié aux expertises des équipes de réadaptation spécialisée post-AVC est assuré par consultation directe ou téléphonique ou par téléréadaptation pour les médecins traitants et les équipes cliniques de la communauté.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
6.6 Au terme de l'épisode de réadaptation, la personne, sa famille et ses proches savent où s'adresser en cas de détérioration significative de l'état de santé ou de l'état fonctionnel.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
6.7 Au terme de l'épisode de réadaptation, les personnes et leurs proches sont informés des ressources complémentaires disponibles dans leur communauté et de la façon dont ils peuvent y accéder.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
6.8 Si nécessaire, les évaluations et les suivis amorcés en phase post-AVC se poursuivent au cours de la phase de réintégration et de maintien dans la communauté.	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[98] Fondation des maladies du cœur et de l'AVC [www.fmcoeur.ca] et [www.avcpratiquesoptimales.ca].

Paramètres organisationnels en phase de réintégration et de maintien dans la communauté

Introduction

La planification de la réintégration sociale et communautaire débute dès l'élaboration du plan d'intervention au cours de la phase aiguë. Elle se poursuit et s'affine dans la phase de réadaptation post-AVC, en collaboration étroite avec la personne et ses proches. Elle revêt toutefois une importance considérable lorsque s'achève la réadaptation en phase post-AVC et s'amorce la prochaine phase. L'équipe en réadaptation/réintégration vise alors un retour sécuritaire qui répond aux attentes et aux aspirations de la personne.

La phase de réintégration et de maintien dans la communauté est partie prenante de l'offre de service des CISSS/CIUSSS/ENF. L'établissement assure un accompagnement à la personne pour lui permettre de développer pleinement son autonomie, de répondre à ses aspirations en fonction de ses capacités et déficits, enfin de préserver ses capacités. L'équipe emploie des outils standardisés pour apprécier la progression et la qualité de vie. La personne accède alors à des ressources dans son environnement qui favorisent son intégration et le maintien de son autonomie à long terme. Pour ce faire, des points de contact doivent être maintenus dans le temps entre la personne et ces ressources.

Les interventions visent à :

- reprendre de manière sécuritaire, et lorsque possible, les habitudes de vie antérieures significatives comme la conduite automobile, les loisirs, les activités sportives, le travail et les études;
- assurer un suivi par les services de première ligne et les services de soutien à domicile lorsque requis;
- assurer un suivi dans le cadre des activités de prévention secondaire;
- assurer un accès à l'expertise de l'équipe AVC en présence de signes de décompensation évalués, par exemple à l'aide de l'Échelle modifiée de Rankin;
- mesurer la qualité de vie après l'AVC;
- maintenir les habiletés.

L'approche patient partenaire est favorisée et un mécanisme d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des services est établi. Des partenariats sont établis avec les services communautaires et les associations d'usagers pour favoriser le développement ou le déploiement de programmes de suivi et de maintien des acquis.

Tableau 3 : Paramètres organisationnels en phase de réintégration et de maintien dans la communauté et grille d'autoévaluation

CRITÈRES PROPRES À LA PHASE DE RÉINTÉGRATION ET DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

La phase de réintégration et de maintien dans la communauté vise à assurer la réalisation du potentiel optimal de la personne en fonction de ses capacités en impliquant le milieu naturel et les proches, en assurant le plus possible l'utilisation du potentiel fonctionnel et en favorisant au mieux la qualité de vie. Le suivi post-réadaptation est très important, tant pour le maintien des acquis que pour la prévention secondaire.

En conséquence, les CISSS, CIUSSS et ENF doivent prendre les mesures suivantes :

	Échéanciers[99]				Autoévaluation[100]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018)[101]		A	PA	NA
1. Paramètres généraux							
1.1. Les équipes spécialisées peuvent s'appuyer sur les ententes de services conclues avec les partenaires communautaires pour la planification de la continuité des services.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.2. L'organisation des services est fondée sur les pratiques optimales, notamment :							
1.2.1. Une offre de service visant le maintien des acquis fonctionnels et psychosociaux ainsi que l'amélioration de la qualité de vie;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.2.2. La complémentarité des première et deuxième lignes pour le dépistage des besoins et la réalisation des suivis;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.2.3. La connaissance par la première ligne des critères d'admissibilité et des mécanismes d'accès aux services de réadaptation ou d'adaptation et aux autres services spécialisés complémentaires;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[99] En correspondance avec le Plan de mise en œuvre 2016-2018 et, après 2018, selon les balises ministérielles qui seront alors établies.
[100] A = atteint; PA = partiellement atteint; NA = non atteint.
[101] En correspondance avec les balises ministérielles qui seront définies après 2018.

	Échéanciers[99]				Autoévaluation[100]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018)[101]		A	PA	NA
1.2.4. La concertation des équipes spécialisées en AVC, des équipes de première ligne et des autres services présents dans la communauté, favorisant une fluidité de l'accès aux services;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.2.5. Le transfert de connaissances et le soutien des équipes spécialisées en AVC aux équipes offrant les services dans la communauté;	☒	☐	☐		☐	☐	☐
1.2.6. L'accessibilité sur un horizon à plus long terme aux ressources de soutien aux proches des personnes ayant subi un AVC;	☒	☐	☐		☐	☐	☐
1.2.7. Les informations adéquates, l'enseignement et les mesures d'accompagnement favorisant l'autogestion dans une visée d'autonomisation des personnes et d'implication des proches[102];	☐	☐	☒		☐	☐	☐
1.2.8. L'arrimage entre les services de prévention de la détérioration de la santé et ceux de surveillance[103] des facteurs de risque par le médecin traitant, le médecin en GMF ou en clinique de prévention secondaire;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
1.2.9. Les services médicaux spécialisés pouvant être requis sont disponibles en temps opportun[104].	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2. Suivis en phase de réintégration et de maintien dans la communauté							
2.1 Des services spécialisés de réadaptation axée sur l'adaptation et l'intégration sociale (RAIS) nécessitant des expertises particulières sont accessibles sur l'ensemble du territoire, et coordonnés à l'aide d'un plan d'intervention :							
2.1.1 Des services de réadaptation socioprofessionnelle;	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[102] Les usagers et leurs proches bénéficient du soutien à la prise de décision au même titre que les intervenants.

[103] La surveillance est exercée par l'ensemble des professionnels qui suivent la personne, que ce soit le médecin traitant ou un intervenant assigné au suivi à domicile de longue durée.

[104] Ex. : urologie, neurologie, psychiatrie.

	Échéanciers[99]				Autoévaluation[100]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018)[101]		A	PA	NA
2.1.2 Des services d'évaluation et de réadaptation à la conduite automobile[105];	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.1.3 Les services d'adaptation et de compensation : adaptation du domicile et de l'environnement, du véhicule et autres;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.1.4 Des services orientés vers la reprise d'activités significatives telles que la socialisation, la pratique artistique ou sportive, le bénévolat et l'emploi rémunéré.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.2 Des services complémentaires de soutien psychosocial sont accessibles par la première ligne pour les usagers qui en ont besoin, sur l'ensemble du territoire, pour le suivi des problématiques telles que :							
2.2.1 Anxiété, symptômes dépressifs, trouble d'adaptation et autres.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.3 L'offre de service en phase de réintégration et de maintien dans la communauté répond aux besoins et aux objectifs de l'usager et de ses proches :							
2.3.1 Une personne est attitrée à la coordination et anime la planification, la production et le déroulement des plans d'intervention à cette phase;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.3.2 Le plan d'intervention permet le transfert d'informations entre toutes les personnes concernées, y compris l'usager et ses proches;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.3.3 Lorsqu'un usager est aux prises avec un trouble de la communication non lié à l'AVC[106], des stratégies pour faciliter la communication sont adoptées par tous les intervenants;	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[105] La conduite automobile est soumise par la SAAQ à des règles de déclaration obligatoire en cas d'incapacité à conduire. Une déclaration à la SAAQ avec le formulaire M-28 doit être faite lorsque nécessaire. À cette étape, l'équipe interdisciplinaire spécialisée doit s'assurer que la personne ayant subi un AIT ou un AVC léger, modéré ou grave qui retourne à domicile est avisée qu'elle ne pourra pas conduire un véhicule motorisé tant et aussi longtemps qu'une évaluation de la conduite automobile n'aura pas attesté de sa capacité à conduire de manière sécuritaire. L'évaluation inclut les volets sensoriels, moteurs et cognitifs ainsi qu'un examen pratique sur route. Cette exigence pourrait être appliquée à toute activité à risque.

	Échéanciers[99]				Autoévaluation[100]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018)[101]		A	PA	NA
2.3.4 Des mesures sont prises pour que les personnes présentant toute problématique de communication puissent pleinement participer à leur processus de réintégration et de maintien dans la communauté;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.3.5 Les services spécialisés ou surspécialisés et les expertises particulières ou rares sont accessibles dans les délais recommandés aux personnes ayant subi un AVC qui les requièrent;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2.3.6 Les modalités de transport sont accessibles dans les délais recommandés afin de favoriser la participation aux interventions au cours de la phase de réintégration et de maintien dans la communauté;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
2.3.7 Les critères de fin des interventions sont établis et communiqués à toutes les personnes concernées – intervenants, usagers, proches et partenaires[107];	☐	☐	☒		☐	☐	☐
2.3.8 Les notes de congé, le plan d'intervention final et les autres informations pertinentes sont transmis en temps opportun aux équipes qui prennent la relève au moment du congé, dont les équipes de première ligne.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
3 Réintégration et maintien dans la communauté à plus long terme visant la participation sociale							
3.1 Les usagers et leurs proches bénéficient de soutien pour maintenir la réalisation des habitudes de vie significatives pour eux (éducation, travail, loisirs, etc.).	☒	☐	☐		☐	☐	☐
3.2 Les usagers et leurs proches bénéficient du soutien dont ils ont besoin pour accéder aux ressources disponibles dans leur communauté.	☒	☐	☐		☐	☐	☐
3.3 Un répertoire de ressources nationales et régionales est disponible pour les personnes ayant subi un AVC.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

[106] En plus des troubles de la communication secondaires à l'AVC, il faut également tenir compte des difficultés de communication qui découlent d'une utilisation d'une autre langue, d'une déficience intellectuelle ou d'une déficience sensorielle.

[107] L'annexe C, à la page 69, décrit des paramètres généraux soutenant une décision au regard de la fin des interventions.

	Échéanciers[99]				Autoévaluation[100]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018)[101]		A	PA	NA
3.4 Des programmes spécifiquement destinés aux personnes ayant subi un AVC sont accessibles sur le territoire :							
✓ Le programme « La vie après un AVC »;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les programmes d'activités physiques adaptées ou les programmes d'exercices leur étant destinés;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les programmes axés sur les activités sociales et de loisir;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ Les programmes visant le développement des habiletés de communication;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ Les programmes visant le développement des habiletés en informatique;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ Les programmes visant la stimulation de la créativité : jeux, musique, art;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ Les programmes axés sur l'accessibilité universelle des lieux publics pour les personnes handicapées;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ Les programmes axés sur l'accessibilité des services de transport;	☐	☒	☐		☐	☐	☐
✓ Les groupes de soutien aux proches et aidants.	☒	☐	☐		☐	☐	☐
4 Suivi à plus long terme, réadaptation de maintien en première ligne et retour en réadaptation spécialisée au besoin							
4.1 Des services de dépistage des besoins en prévention de la détérioration sont disponibles pour les personnes de tous les milieux domiciliaires au terme du processus de réadaptation.	☐	☒	☐		☐	☐	☐

		Échéanciers[99]				Autoévaluation[100]		
		Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018)[101]		A	PA	NA
4.1.1	L'orientation vers les services appropriés requis à long terme est assurée par la première ligne, y compris le soutien à domicile.	☐	☒	☐		☐	☐	☐
4.1.2	La première ligne effectue le suivi de la condition clinique générale[108] selon le profil clinique et selon une fréquence correspondant aux besoins (3, 6 mois et à long terme).	☐	☒	☐		☐	☐	☐
4.1.3	Les intervenants de la première ligne effectuent le dépistage des problématiques et s'assurent de l'orientation vers les équipes de deuxième ligne, au besoin, pour des évaluations spécialisées[109] ou la prise en charge, et ce, peu importe le temps écoulé depuis l'AVC[110,111].	☐	☒	☐		☐	☐	☐
4.1.4	L'usager ayant subi un AVC a accès aux services spécialisés de réadaptation ou aux suivis par les services externes gériatriques, dans les délais requis, à la suite de l'évaluation de la situation attestant des besoins par ces services ou à la suite d'une référence de la première ligne.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
4.1.5	Les milieux d'hébergement en soins de longue durée et autres ressources domiciliaires s'assurent d'instaurer un processus de suivi en continu de la condition et des besoins.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
4.1.6	Les milieux d'hébergement en soins de longue durée et autres ressources domiciliaires s'assurent d'une offre de services de réadaptation à visée de maintien.	☐	☐	☒		☐	☐	☐
4.1.7	Pour les personnes dirigées en milieu d'hébergement de soins de longue durée, les niveaux de soins sont établis ou révisés.	☐	☐	☒		☐	☐	☐

[108] Les problématiques pouvant nécessiter un suivi sont, par exemple : surveillance de l'état général, douleur, fatigue post-AVC persistante, sommeil, état émotionnel.

[109] Exemples de problématiques pouvant émerger après la fin des services de réadaptation : problèmes cognitifs, problèmes langagiers, fatigabilité, douleur, spasticité, anxiété ou dépression.

[110] Pour les cas où un nouveau besoin est décelé alors que la personne ne reçoit plus aucun service du CISSS/CIUSSS/ENF, la demande de service devra passer par le processus d'orientation centralisé, comme pour toute nouvelle demande.

[111] Cette modalité inclut la possibilité de retour en réadaptation pour un AVC non récent datant de quelques semaines ou mois, en présence d'un potentiel de récupération lorsque la récupération de certaines fonctions se produit plus tardivement (ex. : les fonctions du langage et de la communication peuvent présenter des signes de récupération jusqu'à 1 an après l'événement, selon les données probantes en vigueur au moment de rédiger le document).

	Échéanciers[99]				Autoévaluation[100]		
	Requis le 31 mars 2017	Requis le 31 mars 2018	Après mars 2018)[101]		A	PA	NA
4.2 À plus long terme, au cours de la phase de réintégration et de maintien dans la communauté, plusieurs éléments devront faire l'objet de dépistage et pourront nécessiter un suivi, dont, de manière non exhaustive :							
✓ le maintien des capacités fonctionnelles;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ la dysphagie et l'état nutritionnel;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ le suivi du risque de chutes;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ les aspects familiaux et psychosociaux : anxiété, trouble d'adaptation, symptômes dépressifs;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ la sexualité;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ les troubles de l'élimination;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ l'ajustement des aides techniques;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ les troubles cognitifs d'origine vasculaire;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ les troubles de la communication;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ les troubles visuels;	☐	☐	☒		☐	☐	☐
✓ la spasticité.	☐	☐	☒		☐	☐	☐

Paramètres incontournables et communs à toutes les phases

Les attentes particulières concernant les paramètres communs à toutes les phases pour 2016-2018 ont été précisées à l'intérieur de chacun des chapitres des trois phases de réadaptation, puisque les indicateurs et les cibles du plan de mise en œuvre s'arriment et s'inscrivent en continuité avec les services cliniques à donner. Un rappel est fait des grands principes qui sous-tendent ces paramètres.

Priorité des besoins de la personne et de ses proches

La raison d'être du continuum AVC consiste à offrir des soins et des services coordonnés, centrés sur les besoins et les attentes de la personne. L'adoption du modèle de soins « patient partenaire » contribue efficacement à cette intention. Ce modèle cherche à améliorer l'expérience de la personne qui reçoit les services avec le souci ultime d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes ayant subi un AVC.

Les pratiques centrées sur les besoins de la personne, des familles, des proches et des aidants requièrent :

- ✓ d'adopter une philosophie et une façon de faire qui visent à répondre aux besoins et aux attentes des personnes;
- ✓ de promouvoir la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé et d'assurer son intégration dans le modèle de services de chaque phase du continuum;
- ✓ de reconnaître que la personne ayant subi un AVC est un partenaire actif dans la prise de décision tout au long du cheminement clinique, ce qui se traduit par une prise de décision partagée entre l'équipe clinique, la personne, sa famille, ses proches et ses aidants.

Mesures propres aux points de transition

Lorsque la personne ayant subi un AVC chemine d'une phase vers une autre, cela peut souvent comporter un changement dans l'équipe ainsi que dans l'environnement soignant. Le transfert des informations pertinentes en temps opportun est critique pour assurer une continuité sans heurt dans les soins et les services. Une communication efficace est incontournable dans le cadre de la stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services. La communication des informations doit être standardisée. Les informations doivent être précises, utiles et explicites pour l'équipe prenant la relève.

Formation continue et spécialisée en AVC

La formation spécialisée en AVC est importante pour favoriser l'implantation de pratiques fondées sur les données probantes chez l'ensemble des intervenants.

Le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement non fusionné voit à ce que :

- l'ensemble des intervenants travaillant auprès des personnes ayant subi un AVC reçoive de la formation propre à l'AVC. Ces intervenants incluent les équipes de réadaptation précoce, les équipes de réadaptation spécialisée post-AVC, mais aussi des équipes qui assurent les soins à domicile ou le soutien aux personnes âgées, ainsi que celles affectées à l'intégration sociale;
- les formations et le soutien à l'intention du nouveau personnel soient disponibles dès l'entrée en poste et de façon continue par la suite afin de favoriser le développement ou le maintien de l'expertise;
- le soutien des équipes qui ont développé un haut niveau d'expertise en réadaptation des personnes ayant subi un AVC soit disponible pour les équipes les moins expérimentées (réseautage formel ou informel, formations, accompagnement);
- les membres des équipes cliniques en AVC s'impliquent dans la formation des futurs cliniciens et dans leur perfectionnement.

Partenariats

Les besoins des personnes ayant vécu un AVC sont nombreux et souvent complexes, et aucune équipe ne peut y répondre seule. Les partenariats intra et inter établissement sont d'autant plus nécessaires qu'ils permettraient de miser sur des services déjà existants plutôt que d'en développer de nouveaux, d'où un gain d'efficience. Ainsi, il est important de consolider des partenariats déjà existants et d'en établir de nouveaux pour l'actualisation du continuum de services.

Concrètement, les partenariats peuvent consister en des :

- ententes de services avec d'autres instances locales et régionales en vue de favoriser l'accès aux services, par exemple : premiers répondants, cliniques privées, réseaux de transport en commun, organismes communautaires;
- ententes avec d'autres CISSS/CIUSSS/ENF en vue de favoriser l'accès aux expertises rares.

Innovation, transfert de connaissances et recherche

Le transfert de connaissances et la recherche seront également essentiels pour approfondir les connaissances sur les soins en AVC et pour favoriser l'émergence de pratiques novatrices.

Le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement non fusionné voit à ce que :

- l'émergence ou la participation à des projets d'innovation, de recherche et de transfert de connaissances à l'échelle locale ou provinciale soit favorisée;
- le maintien de l'expertise au sein des équipes cliniques soit assuré en offrant aux cliniciens des occasions de formation, y compris la participation à des congrès et à des colloques.

Technologies

L'utilisation des technologies en soutien à l'offre de service est une voie incontournable pour répondre aux besoins de la population du territoire québécois.

Le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement non fusionné voit à ce que des professionnels aient à leur disposition des moyens technologiques qu'ils peuvent utiliser à des fins cliniques, en conformité avec les bonnes pratiques, dont des moyens de téléréadaptation.

Des outils standardisés pour une culture de la mesure, de l'évaluation et de l'amélioration continue

L'utilisation harmonisée des outils standardisés facilite une compréhension commune des besoins des usagers ainsi que la coordination des soins aux points de transition. De plus, elle est nécessaire pour évaluer les résultats des pratiques dans un but d'amélioration continue et pour établir la comparaison avec des standards internationaux. En l'absence d'une banque de données unique en AVC, le MSSS formule le souhait que les régions partagent avec le MSSS les outils créés dans une optique de diffusion éventuelle.

Le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement non fusionné voit à ce que :

- l'ensemble des équipes travaillant auprès des personnes ayant subi un AVC utilisent les outils standardisés recommandés tout au long du continuum de services;
- le continuum AVC ait accès à une expertise en matière d'assurance qualité;
- des moyens technologiques permettant de collecter et d'analyser les données recueillies soient disponibles (outils de mesures, banques ou bases de données, outils d'analyse);
- les résultats des mesures et des évaluations soient intégrés dans les processus de prise de décision, tant cliniques qu'organisationnels;
- des processus d'amélioration continue appuyés sur les principes et objectifs du continuum soient mis en place à tous les niveaux.

Conclusion

Les paramètres s'appuient sur les pratiques optimales. Ils sont formulés selon les termes les plus observables et mesurables possible au regard des connaissances actuelles pour faciliter les travaux de révision et de bonification des pratiques dans les établissements. Ils ont également été formulés en termes opérationnels afin de soutenir une offre de service optimale, harmonisée et accessible à l'ensemble des personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC, quel que soit le lieu de résidence et qu'elle soit adaptée aux réalités locales et régionales au Québec. Toutefois, il convient de rappeler que ces paramètres ne précisent ni la stratégie de mise en œuvre à adopter ni les structures particulières à mettre en place pour chacune des régions. Des comités de coordination régionaux sont toutefois encouragés pour que chaque réseau territorial adopte la stratégie d'actualisation et les priorités qui lui est propre, en tenant compte de son contexte, de sa géographie et de sa population, et ce, en conformité avec les indicateurs et les cibles du plan ministériel de mise en œuvre et des mécanismes de gouvernance du MSSS.

Les paramètres visent également à soutenir l'implantation d'une culture de la mesure et de l'évaluation des progrès, et ce, pour l'ensemble des acteurs concernés. De plus, ils sont présentés dans un format permettant de réaliser des autoévaluations par rapport à ce qui est attendu. Bien que ce document laisse entrevoir certaines attentes au-delà de 2018, l'évolution des services au terme de la période 2016-2018 inspirera la formalisation des attentes futures du MSSS au-delà de l'an 2018. Les attentes particulières pour la réadaptation, la réintégration et le maintien dans la communauté pour cette période et des priorités à mettre en place tiendront en effet compte des progrès réalisés par le réseau dans l'implantation du continuum de services.

Nous souhaitons adresser nos remerciements à l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux qui a contribué à l'élaboration de ces paramètres organisationnels, grâce à des consultations, validations de contenus et à des participations aux divers comités de travail. Leur engagement témoigne de leur volonté, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, d'offrir aux personnes ayant subi un AVC et leurs proches des services plus adaptés à leurs besoins et plus conformes aux données probantes actuelles.

Bibliographie

AGRÉMENT CANADA. *Services d'enseignement offerts aux victimes d'un AVC et à leur famille*, Agrément Canada, Programme Distinction de l'AVC, 2014.

ARCAND, M., et R. HÉBERT. *Précis pratique de gériatrie*, 3e éd., Edisem-Maloine, 2007, 1270 p.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC (AERDPQ). *Cadre de référence pour l'utilisation de la téléréadaptation*, 2005, 39 p.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC (AERDPQ). *Cadre de référence sur l'organisation d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive en établissement de réadaptation en déficience physique*, Document produit par la Table des directions cliniques, 2006, 34 p.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC (AERDPQ). *Harmonisation des pratiques en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) concernant les critères de fin d'intervention : outil d'aide à la décision*, Document adopté par la Table des directions cliniques le 30 mai 2013 et entériné par le forum des directeurs généraux de l'AERDPQ le 28 août 2013, 17 p.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC (AERDPQ). *Cadre de référence sur les activités de soutien à la collectivité*, 2014, p. 11-12.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC (AERDPQ). *Vers une gestion par programme-services*, Document de réflexion déposé au Forum des directeurs généraux, 15 mai 2015, 14 p.

AVERT TRIAL COLLABORATION GROUP. « Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial », *The Lancet*, vol. 386, no 9988, juillet 2015, p. 46-55.

BURTON, Christopher, et autres. « What is rehabilitation potential? Development of a theoritical model through the accounts of healthcare professionals working in stroke rehabilitation services », *Disability and Rehabilitation*, vol. 37, no 21, 2015, p. 1955-1960.

COMITÉ D'EXPERTS SUR L'OFFRE DE SERVICES DE RÉADAPTATION POST-AVC (présidé par C.L. Richards). *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC : un continuum centré sur la personne*, 1er mai 2013, 285 p.

COMITÉ SUR LES PRATIQUES COLLABORATIVES ET LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE – RUIS Université de Montréal, 10 février 2014, p. 10-11, citant le Programme partenaire de soins et le Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2012.

CÔTÉ, R., et autres. « The Canadian Neurological Scale : Validation and reliability assessment », *Neurology*, vol. 39, no 5, 1989, p. 638-643.

CÔTÉ, R., et autres. « The Canadian Neurological Scale : A preliminary study in acute stroke », *Stroke*, vol. 17, no 4, 1986, p. 731-737.

CÔTÉ, Brigitte, et autres. *L'organisation des services de réadaptation – Comité aviseur ministériel AVC – Volet I : Les trajectoires en réadaptation recommandées pour les usagers ayant subi un AVC et Volet II : Outils d'évaluation à préconiser en réadaptation AVC*, Québec, novembre 2011, 52 p.

DAWSON, A.D., et autres. « Réadaptation post-AVC », dans Lindsay, MP, et autres (réd.), *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, 4e éd., mise à jour de juillet 2013, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 103 p.

FRANK, M., M. CONZELMANN et S. ENGELTER. « Prediction of Discharge Destination after Neurological Rehabilitation in Stroke Patients », *European Neurology*, vol. 63, nº 4, 2010, p. 227-233.

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. 6, nº 4, juin 2011, 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, nº 9, mai 2012, p. 1-101.

LINDSAY, M.P., et autres. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010)*, Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC, 2010, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

LOHSE, K.R., C.E., LANG et L.A. BOYD. « Is More Better? Using Metadata to Explore Dose–Response Relationships in Stroke Rehabilitation », *Stroke*, vol. 45, nº 7, juillet 2014, p. 2053-2058.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence en Soutien à domicile*, document de travail du 22 septembre 2016, 53 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 45 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 2004, 26 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Direction générale des services sociaux, Direction des services généraux, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2004, 179 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : afin de mieux faire ensemble,* ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2008, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 76 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009*, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2013, 76 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral : orientations ministérielles 2013-2018, « Agir autrement »*, Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires (DSAH), Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU), ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2013, 18 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. POLITIQUE GOUVERNEMENTALE POUR ACCROÎTRE LA PARTICIPATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, 2009, 84 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) : phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC*, janvier 2016.

OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. *Le grand dictionnaire terminologique (GDT),* 2012, http://www.granddictionnaire.com/index.aspx.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité, Proposition de politique pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Drummondville, L'Office, 2009, 85 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*. [En ligne], 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf].

RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC. *Évaluation initiale des besoins en réadaptation et réadaptation post-AVC*, 4e éd., 2012-2013, mise à jour du 10 juillet 2013.

RECOMMANDATIONS CANADIENNES SUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC SUR L'HUMEUR, LA COGNITION ET LA FATIGUE APRÈS UN AVC (5e éd., mise à jour de juin 2015).

RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC*. Partie 6 : prise en charge des transitions dans les soins de l'AVC*, 56 p.

RECOMMANDATIONS BASÉES SUR ELS DONNÉS PROBANTES DU SCORE POUR LES MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS POST, 2007. (SCORE : *Stroke Canada Optimization of Rehabilitation Through Evidence* ou Réadaptation optimale canadienne post-AVC fondée sur les données probantes).

RÉSEAU CANADIEN CONTRE LES ACCIDENTS CÉRÉBROVASCULAIRES. *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, 2011.

MOORE, V., et autres. « Le rôle de l'optométriste dans une approche multidisciplinaire de réadaptation pour la clientèle aînée atteinte d'hémianopsie homonyme : un cas clinique », *Revue canadienne d'optométrie*, vol. 77, no 1, 2015, p. 18-26.

RIPPH/SCCIDIH. *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, Québec, 1998.

Sites Internet : www.vivreenaidant.fr/santé/comprendre-le-grand-âge/perteautonomie/lanosognosie-cest-quoi, Stroke-engine, EBSR, Rehabmeasures.org.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION. *Éléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après un AVC : l'activité physique*, 31 mars 2011, 31 p.

Glossaire

Algorithme

« Ensemble des règles opératoires qui permettent la résolution d'un problème par l'application d'un nombre fini d'opérations […] à exécuter en séquence. […] Toute procédure, tout programme opératoire, et même tout ensemble de règles ».[112]

Autonomisation

« Développement de la capacité des personnes à reconnaître et à agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé ».[113] Utilisé en remplacement du terme anglophone « *empowerment* » en tant que processus de renforcement de la capacité des individus ou des groupes à faire des choix et à transformer ces derniers en actions et en résultats désirés.

Congé précoce assisté

Intervention en réadaptation avec assistance en milieu communautaire qui a pour but le congé précoce du centre de soins de courte durée en offrant un système de réadaptation similaire à la réadaptation offerte en institution, soit une réadaptation intensive offerte par une équipe interdisciplinaire au domicile de l'usager.

Continuum de services

« Articulation de services offerts par des organismes du domaine sociosanitaire œuvrant à différents niveaux en un réseau intégré qui permet d'assurer une prise en charge continue, sans rupture ou incohérence, des personnes (patients ou usagers) qui ont besoin de ces services. Il peut s'agir, par exemple, de services de prévention, de promotion de la santé physique ou mentale, d'intervention d'urgence, d'adaptation ou d'intégration sociale ».[114]

Continuum de soins

« Gamme complète de soins et de services de santé polyvalents, interreliés efficacement et assurés en établissement, en milieu communautaire ou à domicile ». Le terme peut renvoyer à « continuum des soins et services ». [115]

Données probantes

Les données probantes constituent la base sur laquelle se fonde une décision. Elles sont composées de multiples formes de données (issues de la recherche, des savoirs tacites ou expérientiels ainsi que des données démographiques, administratives ou épidémiologiques, etc.) combinées de manière à établir un équilibre entre rigueur et convenance. Une donnée probante ne prouve pas, elle suggère. Elle augmente la confiance dans l'action.[116]

---

[112] Source : Grand dictionnaire terminologique [GDT], consulté le 21 avril 2015.

[113] Source : QUÉBEC. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseau intégrés*, Montréal, mars 2008.

[114] Source : GDT, consulté le 21 avril 2015.

[115] Source : GDT, consulté le 21 avril 2015.

[116] Inspiré de : Law, 2008 -[www.ccnpps.ca/docs/Law_JASP_EvidenceFR_nov08_2.pdf].

Intervenant-pivot

Le MSSS retient l'appellation *intervenant-pivot* pour désigner un intervenant responsable de coordonner les services pour une personne ayant une déficience et sa famille. Un intervenant-pivot est nécessaire lorsque des services sont dispensés par plusieurs intervenants ou programmes. Le rôle de l'intervenant-pivot est de soutenir la personne est les proches pour l'obtention d'un ensemble de services au moment de l'épisode actif de réadaptation ou en cas de besoins subséquents. Son action permet de soutenir la fluidité et la continuité des services.

Offre de services internes

Ensemble de services offerts à un usager admis (modèle « hôpital de réadaptation »).

Offre de services externes

Ensemble de services offerts à un usager ambulatoire (modèle « clinique externe de réadaptation »), où la personne se déplace vers l'établissement pour recevoir des services.

Patient partenaire

« Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie ».[117]

Participation sociale

La participation sociale se définit comme étant avant tout un phénomène social résultant d'un processus complexe fondé sur l'interaction d'une personne et des membres de sa communauté d'appartenance. La participation sociale implique un échange réciproque, égalitaire, signifiant et de qualité entre la personne et les gens avec qui elle interagit dans ses contextes de vie. Elle atteint son point culminant quand la personne exerce tous ses droits et se perçoit et agit comme l'acteur principal de sa vie.

Plan d'intervention interdisciplinaire

Le plan d'intervention interdisciplinaire correspond à la définition du « plan d'intervention » évoquée dans la LSSSS (articles 102 et 103), soit en résumé un plan qui : détermine les besoins de la personne, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services requis par la personne et un échéancier pour la révision, quoiqu'il puisse être modifié en tout temps pour tenir compte de nouvelles circonstances; assure la coordination des services dispensés à la personne par les divers intervenants d'un établissement; et est élaboré en collaboration avec la personne.

Plan de mise en œuvre

« Plan présentant les actions à mener et les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs quantitatifs et qualitatifs d'une unité de travail. Un plan de mise en œuvre doit donner le panorama des actions à mener dans une durée donnée ».[118]

---

[117] Source : Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – RUIS Université de Montréal.

[118] Source : GDT, consulté le 21 avril 2015.

Plan de services individualisés (PSI)

Le PSI est une démarche clinique établie avec l'usager et son représentant lorsque nécessaire. Il vise à donner une lecture commune de la situation d'un usager permettant de planifier, de coordonner et de réviser l'ensemble des services dans le cadre de la démarche d'intervention avec l'usager et son représentant. Le PSI se réalise à partir d'une rencontre convoquée par le responsable du PSI (ex. : intervenant-pivot réseau), de concert avec les partenaires concernés.

Sur le plan légal, deux conditions justifient l'élaboration d'un PSI : la présence d'intervenants qui proviennent d'établissements ou d'organismes différents et le besoin évalué d'une intervention d'une durée prolongée (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 103).

Outre l'établissement qui convoque le PSI, les autres intervenants peuvent provenir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu communautaire, privé, ou encore d'autres secteurs publics d'intervention (ex. : services de garde, milieu scolaire). Le terme PSII (plan de services individualisés intersectoriel est utilisé pour désigner les PSI élaborés conjointement par le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation.[119]

Pratique collaborative

« Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions. Pratique qui interpelle toute équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue, dont les objectifs sont : d'orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie du patient et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé ».[120]

Prévention primaire

La prévention primaire de l'AVC est une approche clinique et individualisée visant la prévention de l'AVC. Elle est axée sur la prévention de la première survenue de l'AVC ou de l'AIT chez des personnes en bonne santé. Ces personnes peuvent présenter ou non des facteurs de risque (hypertension, diabète, etc.)

Prévention secondaire

La prévention secondaire de l'AVC est une approche clinique individualisée qui vise à réduire le risque de récidive d'événements vasculaires chez les personnes qui ont déjà subi un AVC ou un AIT et chez les sujets qui présentent un ou plusieurs troubles de la santé ou facteurs de risque qui les exposent à un risque élevé de l'AVC. La prévention secondaire de l'AVC cible des facteurs de risque communs avec d'autres pathologies.

Processus

« Ensemble d'activités logiquement interreliées qui produisent un résultat déterminé. Il ne faut pas confondre le processus avec la procédure, qui décrit l'ensemble des étapes à franchir, des moyens à prendre et des méthodes à suivre dans l'exécution d'une tâche ».[121]

---

[119] Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport. *Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes, aux paliers local et régional*, 2013.

[120] Source : Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – RUIS Université de Montréal.

[121] Source : (GDT, consulté le 21 avril 2015).

Réadaptation

« Processus progressif, dynamique et ciblé, axé sur l'atteinte par le patient de son niveau fonctionnel optimal autant physique que cognitif, émotionnel, communicatif ou social ».[122]

Réseau territorial de services (RTS)

Le territoire d'un centre intégré (CISSS ou CIUSSS) constitue le RTS de l'établissement. Les RTS sont au nombre de 22 et visent à assurer des services de proximité et leur continuité à la population. Une région sociosanitaire peut compter plusieurs ou un seul RTS.

Services dans la communauté

Appelés également *services de première ligne* ou *services de proximité*, les services dans la communauté regroupent les services à domicile, les groupes de soutien communautaire, les services de soutien aux familles, les services aux personnes âgées, etc.

Soutien à domicile

Le soutien à domicile n'est pas un programme-service en soi (MSSS, *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*). Dans ce document en particulier, le vocable *soutien à domicile* renvoie à la définition trouvée dans le Cadre de référence en soutien à domicile du MSSS, document de travail du 22 septembre 2016, soit une manière de répondre aux besoins de l'usager bénéficiant des programmes-services destinés à l'ensemble de la population (Santé publique et Services généraux – activités cliniques et d'aide) ou de ceux destinés à des problématiques particulières (Soutien à l'autonomie des personnes âgées [SAPA], Déficience physique [DP], Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme [DI-TSA], Santé mentale et Santé physique, ce dernier inclut notamment la prestation de soins palliatifs et de fin de vie).

Trajectoire de services

« Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires de services s'apparentent à la notion de continuum de services, qui implique une reconnaissance implicite d'une responsabilité commune des établissements ou organismes à l'endroit d'une clientèle. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité ».[123]

---

[122] Dawson et autres, juillet 2013, p. 3. Il est important de préciser que les centres de réadaptation issus de l'ancienne configuration du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas les seuls établissements à faire de la réadaptation.

[123] MSSS, *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : afin de mieux faire ensemble,* ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, p. 25.

Annexe A

Facteurs pouvant contribuer à une décision d'orientation vers la réadaptation en unité adaptée aux personnes présentant une faible autonomie antérieure à l'AVC, plusieurs problèmes de santé concomitants et un faible potentiel de récupération

Indépendamment de l'âge de la personne, l'évaluation du pronostic de récupération fonctionnelle et de la situation globale de la personne est particulièrement déterminante pour l'orientation vers les services de réadaptation, en considérant que la personne doit être apte à participer activement au processus de réadaptation. En tout temps, le jugement clinique demeure la pierre angulaire des décisions d'orientation.

Toutefois, la présence de ces éléments, lorsque cumulatifs chez une même personne, peut indiquer qu'une personne est en perte d'autonomie ou tend vers cette situation et peut donc démontrer une pertinence d'orientation vers une unité où les services de réadaptation fonctionnelle intensive seront adaptés à leur condition :

- Présence de plusieurs comorbidités nécessitant un suivi actif ou qui sont facilement instables et traitées avec une polymédication;
- Cerveau déjà lésé par une atteinte antérieure (plusieurs autres AVC, traumatisme crânien, consommation d'alcool, antécédents psychiatriques, etc.);
- Atteinte intellectuelle irréversible : démence ou début d'atteinte cognitive antérieure à l'AVC;
- Hospitalisation au cours de l'année ou durée prolongée (plus de 21 jours) de l'actuelle période d'hospitalisation;
- Deux chutes ou plus dans les 3 à 6 derniers mois;
- Carence nutritionnelle importante, dysphagie antérieure;
- Complications multiples;
- Diminution de la tolérance à l'effort, endurance physique plus faible et rythme de récupération lent;
- Déconditionnement physique généralisé étalé sur plusieurs années et baisse de l'état général;
- Syndrome d'immobilisation;
- Collaboration réduite;
- Motivation diminuée pouvant masquer des troubles dépressifs pouvant entraîner la démotivation aux interventions;
- Troubles de communication importants;
- Incontinence urinaire ou fécale persistante;
- Présence de douleurs réfractaires;
- Confusion, désorientation et déficits cognitifs interférant avec la réalisation des habitudes de vie et nécessitant une supervision étroite, dont les troubles des fonctions exécutives : troubles d'activation, manque d'autocritique, difficultés d'apprentissage.

Pour la personne très âgée notamment, le dépistage de problèmes médicaux non documentés est de première importance afin d'éviter qu'un pronostic de récupération soit sous-estimé, ou que des complications évitables surviennent durant le parcours en réadaptation et nuisent à la possibilité de retour au milieu de vie antérieur. Ces personnes présentent souvent des maladies intercurrentes[124] pour lesquelles une étroite supervision médicale et un traitement concomitant sont de mise. L'intensité de la supervision nécessaire est donc généralement plus prononcée pour ces patients.

[124] Maladies intercurrentes : complication ou maladie qui survient au cours de l'évolution d'une maladie déjà existante.

Annexe B

Tableau comparatif des différentes modalités de réadaptation fonctionnelle en phase post-AVC

Lieu de réadaptation	Clientèle cible	Équipes	Organisation des services	Intensité
À DOMICILE de type CPA (aussi dénommé congé précoce avec soutien)[125] **(optionnel pour 2016-2018)**	Personne ayant subi un AVC léger ou modéré et effectuant un **retour au domicile antérieur** directement après la phase d'hospitalisation, ou dirigée vers des services de réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée à domicile par l'accueil clinique AIT/AVC léger.	Coordonnateur clinique ne se déplaçant pas au domicile. **Équipe de base se déplaçant à domicile :** éducateur spécialisé, ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue ou neuropsychologue, travailleur social. **Membres additionnels, au besoin :** kinésiologue, nutritionniste, technicien en loisirs, technicien en réadaptation physique.	Services de réadaptation fonctionnelle intensive dont le lieu de dispensation est le domicile de la personne. Possibilité de services externes de manière concomitante ou complémentaire à l'épisode de réadaptation à domicile.	Jusqu'à 5 jours par semaine au domicile. Jusqu'à 4 disciplines par jour. Appuyé par le soutien à domicile et l'assistance du milieu communau-taire.

[125] Les justifications appuyant l'approche de CPA se cumulent. À titre d'exemple, on trouve à la page 86 du rapport du comité d'experts de 2013 la mention d'auteurs ayant fait des recherches concluantes à ce sujet :

- Langhorne, P., et L. Holmqvist. « Early supported discharge trialists. Early supported discharge after stroke », *Journal of Rehabilitation Medicine,* vol. 39, nº 2, 2007, p. 103-108.
- Langhorne, P., et autres. « Early supported discharge services for stroke patients : A meta-analysis of individual patients' data », *Lancet*, vol. 365, nº 9458, 2005, p. 501-506.
- Mayo, N., et autres. « There's no place like home : An evaluation of early supported discharge for stroke », *Stroke*, vol. 31, nº 5, 2000, p. 1016-1023.
- Pessah-Rasmussen, H., et K. Wendel. « Early supported discharge after stroke and continued rehabilitation at home coordinated and delivered by a stroke unit in an urban area », *Journal of Rehabilitation Medicine,* vol. 41, nº 6, 2009, p. 482-488.

Lieu de réadaptation	Clientèle cible	Équipes	Organisation des services	Intensité
EXTERNE **Services externes spécialisés en DÉFICIENCE PHYSIQUE**	Personne ayant subi **tout type d'AVC** effectuant un **retour au domicile antérieur** et pouvant se déplacer hors du domicile. La distance entre le domicile et le lieu de réadaptation externe doit être convenable. À défaut, la personne peut disposer d'un lieu de séjour à proximité du service externe, pour les cas où l'éloignement ne permettrait pas le déplacement nécessaire vers ces services. La personne est dirigée par l'accueil clinique AIT/AVC léger, l'équipe dédiée en AVC des soins aigus, l'équipe spécialisée de réadaptation interne ou par la première ligne au moment du suivi à plus long terme.	**Équipe de base :** coordonnateur clinique, éducateur spécialisé, ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue ou neuropsychologue, travailleur social. **Membres additionnels, au besoin :** kinésiologue, nutritionniste, technicien en loisirs, thérapeute en réadaptation physique.	Services de réadaptation fonctionnelle intensive comme premiers services de réadaptation post-AVC au sortir d'une hospitalisation [126]ou selon les besoins après orientation par l'accueil clinique AIT/AVC léger[127]. Services de réadaptation fonctionnelle intensive ou non en continuité d'un épisode de services de réadaptation en interne[128,129].	**Fréquence et intensité personnalisées selon les besoins** : de 45 minutes à 3 heures par jour, jusqu'à 5 jours par semaine. Permet un temps d'intégration des acquis au domicile.
INTERNE **Unité de réadaptation fonctionnelle intensive spécialisée** **(URFI SPÉCIALISÉE en**	Personne ayant subi un AVC modéré ou grave[130] dont le retour immédiat au domicile antérieur ou un séjour à proximité du lieu de réadaptation externe n'est pas possible.	**Équipe de base :** coordonnateur clinique, ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue ou neuropsychologue,	Réadaptation fonctionnelle intensive en unité interne localisée dans une installation de réadaptation en déficience physique, avec	**Intensité cible :** 3 heures par jour de thérapie, 5 jours par semaine.

[126] Correspond habituellement aux profils d'AVC modérés à graves.

[127] Correspond habituellement aux profils d'AVC légers.

[128] Les relances prévues au congé, les réévaluations effectuées à la demande de la première ligne et la reprise de la réadaptation pour de nouveaux besoins ne sont pas inclus en phase de réadaptation post-AVC puisqu'ils font partie des services décrits en phase de réintégration et de maintien dans la communauté.

[129] Les services de réadaptation fonctionnelle sous référence de la première ligne (retours en réadaptation) ne font pas partie des services de réadaptation de la phase de réadaptation post-AVC, et ne peuvent être inclus dans le calcul de la durée de réadaptation en phase de réadaptation post-AVC. Ils peuvent correspondre à des retours en réadaptation suite à une récupération qui se réalise plus tardivement au plan neurologique ou suite à l'émergence de nouveaux besoins.

[130] Dans certains cas exceptionnels, on peut y retrouver des cas d'AVC légers comme par exemple en cas de difficultés à intégrer de manière sécuritaire le domicile, directement à la sortie du séjour hospitalier.

Lieu de réadaptation	Clientèle cible	Équipes	Organisation des services	Intensité
déficience physique)	La personne doit être apte **à s'engager dans une réadaptation fonctionnelle intensive**, jusqu'à 3 heures par jour, 5 jours par semaine.	travailleur social. **Membres additionnels, au besoin** assistant en réadaptation[131], éducateur spécialisé, gériatre (ou médecin possédant l'expertise des problématiques liées au vieillissement), kinésiologue, nutritionniste, ophtalmologiste, optométriste, orthésiste, pharmacien, technicien en loisirs, thérapeute en réadaptation physique. Envisager qu'un membre de l'équipe s'assure du réentraînement sécuritaire à l'effort et l'activité physique adaptée[132].	compétences spécialisées en AVC.	
INTERNE **UNITÉ (URFI) ADAPTÉE aux personnes présentant une faible autonomie antérieure à l'AVC, plusieurs problèmes de santé concomitants et un faible potentiel de récupération[133]**	Personne ayant subi un AVC modéré ou grave requérant un suivi médical et infirmier plus étroit en raison de nombreuses comorbidités ou maladies concomitantes. La situation ne permet pas un retour immédiat au domicile antérieur ni à proximité du lieu de réadaptation externe, et la personne ne peut tolérer une réadaptation fonctionnelle très intensive. **La personne doit présenter un potentiel de récupération et être apte à s'engager dans une réadaptation fonctionnelle adaptée à sa capacité.**		Réadaptation fonctionnelle intensive en unité interne localisée dans un environnement adapté à ces usagers et où l'équipe spécialisée a idéalement développé les compétences particulières en gériatrie, en plus des compétences spécialisées en AVC.	**Modulation des interventions de réadaptation selon la tolérance individuelle :** 5 jours/semaine, séances de plus courte durée mais fréquentes, soutenues par des activités d'intégration des acquis à l'unité par le personnel de soutien.

[131] L'implication active de l'assistant en réadaptation, en tant que personnel de soutien assistant le personnel de réadaptation, peut permettre d'améliorer l'intégration des acquis par la personne ayant subi un AVC, en dehors des séances de thérapie, sous la supervision des professionnels.

[132] Des plateaux techniques spécialisés peuvent être nécessaires. Une collaboration peut être établie avec des centres à vocation communautaire offrant des services d'activités physiques adaptées.

[133] Les sources documentaires consultées énoncent un ensemble de facteurs qui, lorsque combinés, concourent à une fragilisation de l'état général faisant en sorte que la survenue d'un AVC chez ces personnes a des répercussions significatives sur leur profil fonctionnel, nécessitant l'intervention d'équipes compétentes et habilitées à intervenir auprès de celles-ci, dans un milieu adapté à leur profil.

La durée cible totale de la phase post-AVC a été définie initialement par les données probantes à partir de séjours en interne. Toutefois, dans ce document, la durée cible est présentée selon le profil de sévérité indépendamment du mode de dispensation (interne, externe, à domicile et en combinaison) puisqu'une optimisation de l'utilisation des services externes est souhaitée. La durée cible totale, telle que définie dans le plan de mise en œuvre, est de 6 à 8 semaines pour un AVC modéré, et de 10 à 12 semaines pour un AVC grave. Selon le rapport du comité d'experts, chez les AVC très sévères, le plateau de récupération fonctionnelle est atteint de 15 à 24 semaines après l'AVC avec une période minimale de 4 à 6 semaines en réadaptation pour permettre une bonne évaluation du potentiel et des objectifs.

Annexe C

Critères généraux de fin d'intervention (inspiré de Harmonisation des pratiques en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) (AERDPQ))

Il existe des critères de fin d'intervention reconnus en réadaptation.

Ces critères s'apparentent aux suivants :

- L'atteinte des objectifs du plan d'intervention concernant la réadaptation, l'adaptation, le soutien à l'intégration et la participation sociale;
- La poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant une incidence significative sur la poursuite des habitudes de vie de l'usager;
- La santé physique ou mentale de l'usager fait en sorte qu'il n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus dans le plan d'intervention;
- Le constat que les besoins de l'usager relèvent de l'expertise d'une autre instance;
- L'usager (ou ses proches) signifie de manière éclairée son intention de mettre fin au processus de réadaptation.

Quatre grandes étapes du cheminement de l'usager peuvent être des moments privilégiés pour s'interroger sur la fin probable des interventions :

- L'accueil de l'usager dans le programme-service;
- L'évaluation initiale incluant la planification des interventions (plan d'intervention);
- La réalisation des interventions;
- La révision du plan d'intervention.

Finalement, la décision de mettre fin aux interventions est un travail d'équipe qui nécessite la contribution de tous et qui se planifie pendant toute la durée du processus de réadaptation.