



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

Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi
un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC

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, 2019
Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-84679-6 (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, 2019

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

Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC



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

Remerciements

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tient à remercier les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la production de cette publication. La réalisation du présent document s'est effectuée en deux phases et s'appuie sur les recommandations du Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, dont le rapport a été déposé au MSSS en mai 2013 et accepté, en vue de sa diffusion, en octobre 2013. Une subvention accordée à D^{re} Louise Clément, M.D., M^{me} Carol L. Richards, Ph. D., et M^{me} Hélène Corriveau, Ph. D., par le MSSS pour l'année 2013-2014 a permis la réalisation de la première phase de ce document.

Dans un deuxième temps, ce document a été bonifié et mis à jour par la consultation d'experts :

D^{re} Nicole Beaudoin, physiatre, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^r Serge Bergeron, omnipraticien, médecin expert en continuum AVC au sein de la cellule ministérielle AVC, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS et directeur des services professionnels, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière

D^{re} Nicole Danault, neurologue vasculaire, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

D^{re} Véronique Dubuc, neurologue, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Sylvie Houde, physiatre, CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal

D^{re} Karine Mainville, radiologue, CISSS de Lanaudière

D^{re} Céline Odier, neurologue vasculaire, CHUM

M^{me} Christine Danjou, infirmière de pratique avancée, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec - Université Laval

M^{me} Anne Durand, docteure en neurobiologie, physiothérapeute et clinicienne associée à la recherche en phase de réadaptation post-AVC, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Franceen Kaizer, chef de programme AVC en réadaptation post-AVC, CISSS de Laval

M^{me} Marie-Hélène Lavoie, orthophoniste, CHU de Québec - Université Laval

M^{me} Sonia Mathieu, infirmière clinicienne, CHU de Québec - Université Laval

M^{me} Sophie Quidoz, orthophoniste, CISSS de Lanaudière

M^{me} Marie-Josée Soucy, neuropsychologue, CISSS de la Montérégie-Ouest

M^{me} Paule Gravel, coordonnatrice du programme AVC, Direction des services hospitaliers, MSSS

M^{me} Danie Lavoie, conseillère aux programmes, Direction des services en déficience et en réadaptation physique, MSSS

M^{me} Nathalie Mercier, conseillère au programme AVC, Direction des services hospitaliers, MSSS

M^{me} Hélène van Nieuwenhuysse, conseillère au programme AVC, Direction des services hospitaliers, du préhospitalier et de l'urgence, MSSS

Table des matières

Introduction	1
1 Tableau résumé des évaluations essentielles relatives aux phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC	5
2 Évaluations relatives à la phase hyperaiguë de l'AVC	7
2.1 Dépistage d'un AVC potentiel : Échelle de Cincinnati	9
2.2 Évaluation de l'admissibilité à la thrombolyse et/ou à la thrombectomie : Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS)	10
2.3 Évaluation de la sévérité neurologique : National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)	11
2.4 Évaluation d'incapacité globale : Échelle modifiée de Rankin (EMR)	12
2.5 Dépistage de la dysphagie	13
2.6 Niveau d'intervention médicale (NIM)	14
3 Évaluations relatives à la phase aiguë de l'AVC	15
3.1 Évaluation de la sévérité neurologique : Échelle neurologique canadienne (ENC)	17
3.2 Repérage de l'héminégligence corporelle et visuelle	18
3.3 Dépistage de la douleur à l'épaule : Chedoke-McMaster Stroke Assessment (CMSA) Section douleur à l'épaule	19
3.4 Dépistage des troubles de la communication	20
3.4.1 Language Screening Test (LAST-Q)	21
3.4.2 Dépistage des troubles du langage (DTLA)	22
3.5 Dépistage de troubles cognitifs : Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)	23
3.6 Dépistage de la dépression	24
3.6.1 Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ-H 10)	25
3.6.2 Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9 et QSP-2)	26
3.7 Évaluation fonctionnelle en vue d'une réintégration dans la communauté : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF®)	27
Bibliographie	29

INTRODUCTION

Contexte

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

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accompagné d'experts, de cliniciens et de chercheurs, a examiné l'organisation des soins et des services offerts aux personnes qui ont subi un AVC afin d'élaborer des pratiques cliniques fondées sur les données probantes. Également, depuis 2006, les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* sont mises à jour régulièrement afin de guider la pratique et la recherche en matière d'AVC au Canada [www.pratiquesoptimalesavc.ca/].

En 2012, le MSSS a confié à un comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC le mandat de proposer des parcours optimaux de soins et de services en réadaptation au Québec (Richards et coll., 2013). Les travaux de ce comité d'experts font suite à ceux du Comité aviseur ministériel AVC, lequel a travaillé en collaboration avec l'INESSS en 2011 et en 2012. Étant donné l'importance du volet réadaptation dans le continuum des soins et des services offerts aux personnes ayant subi un AVC, trois rapports ont été produits (MSSS, 2011a; MSSS, 2011b; INESSS, 2012).

En 2013, les *Orientations ministérielles 2013-2018* ont été publiées afin de définir le continuum de services destinés aux personnes présentant un risque de subir ou ayant subi un AVC (MSSS, 2013). Ensuite, le *Plan de mise en œuvre, Phase 2016-2018* a été publié comme outil de soutien à l'implantation des pratiques optimales (MSSS, 2017a). Le MSSS a également fait paraître deux autres publications afin de préciser les attentes à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux concernant les services de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté : *Paramètres organisationnels en réadaptation, réintégration et maintien dans la communauté* (MSSS, 2017b) et *Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance* (MSSS, 2018).



Finalement, la présente trousse d'outils d'évaluation pour les phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC a été élaborée à partir de données probantes ou de recommandations d'experts et s'inspire de travaux publiés et des meilleures pratiques ayant cours au Québec et ailleurs dans le monde. Étant donné que les établissements qui offrent des services aux personnes ayant subi un AVC devraient utiliser un ensemble commun d'outils d'évaluation, dont la structure et le contenu sont similaires (ISWP, 2016), cette trousse est essentielle pour améliorer le continuum des services AVC au Québec.

Dans son rapport déposé le 1^{er} mai 2013 (Richards et coll., 2013), le Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, alors mandaté par le MSSS, a fait les recommandations suivantes concernant les phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC :

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

Principes guidant le choix des outils d'évaluation dans le continuum de soins et de services de l'AVC

L'utilité des outils uniformisés, dont les propriétés métrologiques¹ permettent des mesures objectives des déficiences, des incapacités et de la participation des personnes ayant subi un AVC, se résume de la façon suivante :

- ✓ Permettent de mieux communiquer les besoins du patient par l'utilisation d'un langage similaire et d'une terminologie commune;
- ✓ Facilitent l'approche collaborative et le travail interdisciplinaire;
- ✓ Encouragent l'application des bonnes pratiques;
- ✓ Aident à déterminer le pronostic du patient;
- ✓ Permettent la planification du transfert des données aux points de transition et entre les équipes;
- ✓ Suscitent la confiance dans la prise de décisions;
- ✓ Permettent d'établir une structure pour la recherche.
- ✓ Permettent d'établir des comparaisons avec des normes internationales.

¹ Qui a trait aux côtés théoriques et pratiques de la mesure, et ce, dans tous les domaines de la science et de la technologie (Office québécois de la langue française, 2012).





Pour satisfaire les besoins du continuum de soins et de services de l'AVC, les outils choisis servent aux fonctions spécifiques suivantes :

- ✓ Dépister : déterminer un risque, détecter ou repérer rapidement un déficit potentiel qui exigera une évaluation plus approfondie;
- ✓ Soutenir l'orientation et le triage de réadaptation en vue de diriger le patient vers les services appropriés à ses besoins;
- ✓ Évaluer;
- ✓ Mesurer la progression;
- ✓ Déterminer le niveau d'intensité des soins désiré par la personne.

Particularités liées à l'utilisation de la trousse d'outils

Le présent document regroupe les procédures d'évaluation relatives à la clientèle AVC dans les phases hyperaiguë et aiguë. La phase hyperaiguë est définie comme la période entre le moment où survient l'AVC, soit le début des symptômes, et les 24 premières heures qui suivent. Quant à la phase aiguë, elle concerne l'hospitalisation et dure d'un à sept jours. Si l'état du patient nécessite une hospitalisation plus longue ou plus courte, le choix de l'utilisation de ces outils se fera au moment opportun durant le séjour hospitalier.

Les outils cliniques visent à dépister les séquelles de l'AVC et à déterminer la sévérité de l'atteinte afin de diriger la personne vers le parcours optimal de réadaptation. À la suite de ce dépistage, le personnel qui intervient dans la phase subaiguë de l'AVC utilisera des outils appropriés pour documenter les plans d'intervention. Ces outils viennent objectiver la démarche clinique et l'évolution de la condition du patient. Ils sont une aide précieuse à la prise de décision et demeurent subordonnés au jugement et à l'expérience des intervenants.

Les membres de l'équipe soignante devraient connaître, et intégrer dans leur cheminement clinique, l'ensemble des outils, des procédures et des protocoles en vue de leur application; les résultats des évaluations doivent être documentés dans le dossier de la personne. L'intention du MSSS est que les outils recommandés soient rendus disponibles aux professionnels et utilisés par l'ensemble des intervenants des phases hyperaiguë et aiguë post-AVC.

L'approche collaborative vise le partage d'objectifs communs, centrés sur les besoins du patient. Le travail en équipe favorise l'échange d'informations cliniques uniformisées et évite les répétitions inutiles.

Il est important de préciser qu'il est de la responsabilité des établissements de se procurer les outils et de se conformer aux droits d'auteur quant à leur appropriation et à leur utilisation. Des frais peuvent s'appliquer dans certains cas.



La trousse précise dans une fiche descriptive la fonction de chaque outil recommandé, ses particularités et la référence pour l'obtenir. Il est toutefois possible que les sources citées (sites Internet) deviennent inactives ou inaccessibles au cours du temps, d'autres sites pouvant alors être consultés par les établissements.

Selon le guide explicatif de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (L.Q. 2009, c. 28) communément appelée loi 21², le choix des outils d'évaluation demeure la responsabilité de chaque professionnel eu égard à son champ d'exercice. Les éléments suivants doivent être pris en considération :

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

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

²Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Guide explicatif de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, Direction des communications du MSSS, Québec, 2013.



Outils d'évaluation des personnes dans les phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC

	Outil	Moment	Fonction	Durée	Professionnel	Statut
Phase hyper-aiguë	CINCINNATI	0 à 24 h	Dépister	3 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score)	0 à 4 h	Évaluer	5 à 10 min	Radiologiste ou neurologue vasculaire	Recommandé
	NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)	0 à 24 h et Jours 1 à 7	Évaluer	5 à 10 min	Membre certifié de l'équipe	Obligatoire
	mRS (Modified Rankin Scale)	0 à 4 h	Évaluer	5 à 15 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	Dépistage de la dysphagie (outil au choix de l'établissement)	0 à 4 h	Dépister	Selon l'outil choisi	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	NIM (Niveau d'intervention médicale) (outil au choix de l'établissement)	0 à 24 h	Déterminer le niveau de soins désiré	Selon l'outil choisi	Médecin	Obligatoire
Phase aiguë	ENC (Échelle neurologique canadienne)	Jours 1 à 7	Évaluer	5 à 10 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	Repérage de l'héminégligence corporelle et visuelle	24 à 48 h	Dépister	5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	CMSA (Chedoke-McMaster Stroke Assessment) Section douleur à l'épaule	24 à 48 h	Dépister	5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	LAST-Q (Language Screening Test)	24 à 48 h	Dépister	2 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire*
	<u>et/ou</u>					
	DTLA (Dépistage des troubles du langage)	24 à 48 h	Dépister	5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire*
	MoCA® (Montreal Cognitive Assessment)	Jours 5 à 7	Dépister	10 à 15 min	Membre certifié de l'équipe	Obligatoire**
	SADQ-H 10 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire)	Jours 5 à 7	Dépister	2 à 5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire**
	<u>ou</u>					
	QSP-9 et QSP-2 (Questionnaire sur la santé du patient)	Jours 5 à 7	Dépister	2 à 5 min	Membre formé de l'équipe ou patient ou proche aidant	Obligatoire**
SMAF® (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)	Jours 5 à 7	Évaluer	50 min	Membre certifié de l'équipe	Obligatoire**	

* Sauf si aphasie évidente et référence en orthophonie.

** Sauf pour les patients admis en réadaptation interne.

Phase hyperaiguë

0 à 24 heures post-AVC

Les outils d'évaluation dans la phase hyperaiguë de l'AVC visent à :

- ✓ évaluer la sévérité de l'atteinte neurologique;
- ✓ évaluer l'admissibilité à la thrombolyse et/ou à la thrombectomie;
- ✓ dépister des troubles de déglutition afin d'éviter les complications;
- ✓ assurer la sécurité de la personne;
- ✓ respecter les attentes et les besoins de la personne et de ses proches.

Outils d'évaluation des personnes dans la phase hyperaiguë de l'AVC

Outil	Moment	Fonction	Durée	Professionnel	Statut
CINCINNATI	0 à 24 h	Dépister	3 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score)	0 à 4 h	Évaluer	5 à 10 min	Radiologiste ou neurologue vasculaire	Recommandé
NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)	0 à 24 h et Jours 1 à 7	Évaluer	5 à 10 min	Membre certifié de l'équipe	Obligatoire
mRS (Modified Rankin Scale)	0 à 4 h	Évaluer	5 à 15 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
Dépistage de la dysphagie (outil au choix de l'établissement)	0 à 4 h	Dépister	Selon l'outil choisi	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
NIM (Niveau d'intervention médicale) (outil au choix de l'établissement)	0 à 24 h	Déterminer le niveau de soins désiré par la personne et ses proches	Selon l'outil choisi	Médecin	Obligatoire

Phase hyperaiguë

Échelle de Cincinnati Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)

L'échelle de Cincinnati, en anglais Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS), a été élaborée afin de permettre au technicien ambulancier paramédic le dépistage rapide d'un AVC probable (Kothari et coll., 1999). Le dépistage doit aussi être réalisé au triage à l'urgence pour les patients ambulants ou lorsqu'il n'a pas été réalisé en phase préhospitalière. Il peut également être effectué en unité de soins, si un AVC survient durant l'hospitalisation.

Description sommaire

L'échelle de Cincinnati comporte trois critères, fondés sur une simplification de l'échelle NIHSS (présentée dans les sections suivantes).

1. Affaissement facial – L'objectif est de vérifier la présence d'hémiplégie faciale.
2. Affaissement d'un bras – L'objectif est de vérifier la présence de faiblesse d'un membre supérieur.
3. Parole et discours inadéquats – L'objectif est de vérifier si la parole et le discours sont inadéquats.

La présence d'au moins un de ces critères est considérée comme un indicateur de probabilité d'un AVC.



Fonction

Dépister un AVC

Moment d'administration

0 à 24 heures post-AVC

Durée

3 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Source

www.strokecenter.org/professionals/stroke-diagnosis/stroke-assessment-scales/

Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS)

Le score ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score) a été conçu afin d'offrir un outil de quantification, simple d'utilisation et reproductible, des signes précoces de l'ischémie cérébrale dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne (ACM). Il est utilisé pour évaluer l'admissibilité aux traitements de revascularisation (thrombolyse et thrombectomie). Dans les premières heures de l'AVC, le score ASPECTS aide à prédire la réponse thérapeutique et permet une meilleure prise en charge.

Description sommaire

Le score ASPECTS se calcule sur un examen d'imagerie par tomodensitométrie (TDM) cérébrale sans contraste en coupe axiale. Il est établi à partir de deux plans de coupe axiaux standards : le premier passant par le thalamus et les noyaux lenticulaires, le second passant par les ventricules latéraux adjacents au bord supérieur des ganglions de la base, de telle sorte que ceux-ci ne sont pas vus. Entre ces deux plans de coupe, le territoire de l'artère cérébrale moyenne est divisé en 10 régions, chacune valant un point. Trois points sont attribués pour les structures sous-corticales et sept points pour les parties corticales. Un point est soustrait pour chaque région où l'on note un changement ischémique précoce par l'observation d'hypodensité visible sur au moins deux coupes adjacentes. Un score ASPECTS de 10 signifie un examen normal, alors qu'un score de 0 signifie une ischémie diffuse à tout le territoire de l'ACM.

Une formation et une certification sont disponibles en ligne sur le site de l'Université de Calgary et de son programme de l'AVC [www.aspectsinstroke.com/].



Fonction

Évaluer l'admissibilité à la thrombolyse et/ou à la thrombectomie

Moment d'administration

0 à 4 heures post-AVC

Durée

5 à 10 minutes

Professionnel

Radiologiste ou neurologue vasculaire

Source

www.aspectsinstroke.com/

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

La NIHSS est une échelle d'évaluation de la déficience neurologique et du degré de récupération d'un patient ayant subi un AVC. Elle est constituée de 15 éléments qui mesurent la sévérité initiale de l'AVC. Cette évaluation doit être réalisée dans la phase hyperaiguë et devrait être répétée régulièrement ainsi qu'en phase aiguë pour faire le suivi de l'état neurologique du patient. L'évaluation, qui dure environ cinq à dix minutes, porte sur l'état de conscience, les mouvements oculaires, les champs visuels, la fonction des muscles du visage, la force des membres, la fonction sensorielle, la coordination (l'ataxie), le langage (l'aphasie), la parole (dysarthrie) et l'héminégligence (Lyden et coll., 1999; 2001).

Description sommaire

La cote globale varie de 0 à 42, 0 indiquant un score normal. La sévérité de l'AVC peut être catégorisée selon les cotes (Brott et Reed, 1989) suivantes :

- ◆ ≥ 25 : très sévère
- ◆ 15 à 24 : modéré à sévère
- ◆ 5 à 14 : léger à modéré
- ◆ < 5 : léger

Les cotes de l'échelle NIHSS peuvent aussi fournir de l'information utile à la planification de la réadaptation et des besoins en matière de soins à long terme (Goldstein et Samsa, 1997; DeGraba et coll., 1999; Rundek et coll., 2000; Schlegel et coll., 2003). Il est important de noter qu'il faut être formé et certifié pour utiliser la NIHSS. Elle est généralement utilisée par le médecin traitant, mais un autre professionnel pourrait aussi être formé et certifié. De plus, l'évaluation doit être faite pour tous les patients ayant subi un AVC.



Fonction

Évaluer le déficit neurologique

Moment d'administration

0 à 24 heures post-AVC et
Jours 1 à 7 post-AVC

Durée

5 à 10 minutes

Professionnel

Membre formé et certifié de l'équipe

Sources

www.nihstrokescale.org/

www.strokengine.ca/fr/assess/national-institutes-of-health-stroke-scale-nihss/

www.ninds.nih.gov/

Échelle modifiée de Rankin (EMR) Modified Rankin Scale (mRS)

L'échelle modifiée de Rankin, en anglais Modified Rankin Scale (MRS), est un outil utilisé par les cliniciens pour évaluer l'incapacité globale de la personne. Cet outil est couramment utilisé pour l'évaluation de résultats cliniques de patients post-AVC en fonction des activités pré-AVC.

Description sommaire

L'échelle modifiée de Rankin est une échelle d'incapacité qui comporte six éléments et des cotes de 0 à 5; une catégorie spéciale (cote 6) est parfois ajoutée relativement aux patients qui décèdent. L'échelle originale de Rankin (Rankin, 1957) a été modifiée en 1988 (Van Swieten et coll., 1988; New et Buchbinder, 2006) afin d'y inclure la cote 0 qui signifie qu'il n'y a aucun symptôme. La cote 1 signifie qu'il n'y a pas d'incapacité malgré la présence de symptômes, alors que la cote 5 signifie une incapacité sévère.

Pour détecter l'effet d'une thérapie ou pour montrer une amélioration clinique, il est important que les patients soient cotés d'une manière uniforme afin de réduire au minimum la variabilité. La durée de l'évaluation est de 5 à 15 minutes et peut être réalisée par le médecin, l'infirmière ou d'autres professionnels. Une formation est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.rankinscale.org/.

La première évaluation est effectuée en phase hyperaiguë pour évaluer les capacités globales que le patient avait avant l'AVC (pré-AVC). L'évaluation devra être répétée à 90 jours post-AVC par un membre formé de l'équipe. Celle-ci peut être réalisée par téléphone.



Fonction

Évaluer l'incapacité globale

Moment d'administration

0 à 4 heures post-AVC

Durée

5 à 15 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Sources

www.rankinscale.org/

www.strokecenter.org/professionals/stroke-diagnosis/stroke-assessment-scales/

www.strokengine.ca/fr/indepth/revue-detaillee-de-la-modified-rankin-scale-mrs/

Dépistage de la dysphagie

Outil au choix de l'établissement

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, il faut évaluer la capacité d'avaler et l'état nutritionnel et d'hydratation des patients victimes d'un AVC dès que possible (Boulanger et coll., 2018). Les estimations de l'incidence de la dysphagie associée à l'AVC fluctuent entre 19 % et 65 % dans la phase aiguë de l'AVC, en fonction du site de la lésion, du temps écoulé et du choix de la technique d'évaluation. La dysphagie est cliniquement importante parce qu'elle est associée à des taux de mortalité et de complications plus élevés, notamment de pneumonie. Le risque de pneumonie est considéré comme étant trois fois plus grand en présence de dysphagie. La pneumonie en raison d'un AVC est relativement fréquente, soit de 5 % à 26 %, en fonction des critères de diagnostic (Hebert et coll. 2016).

Description sommaire

Le dépistage systématique visant à déceler des troubles de la déglutition doit être réalisé dès que les patients sont alertes et aptes à subir des essais par voie orale, et ce, avant toute prise de médicaments, d'aliments ou de liquide par voie orale. Il doit être effectué par un professionnel ayant reçu une formation appropriée à l'aide d'un outil de dépistage validé. Les patients dont le dépistage révèle des résultats anormaux doivent être orientés vers les services d'un spécialiste de la dysphagie pour une évaluation plus approfondie.

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* présentent quelques outils disponibles pour le dépistage de la dysphagie dans le tableau suivant : [Table 3 : Canadian Stroke Best Practice Recommendations Swallow Screening and Assessment Tools](#). L'outil est au choix de l'établissement.



Fonction

Dépister la dysphagie

Moment d'administration

0 à 4 heures post-AVC

Durée

Indéterminée (selon l'outil choisi)

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Source

www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/eadaptation/evaluation-et-prise-en-charge-de-la-dysphagie-et-de-la-malnutrition-apres-un-avc

Niveaux d'intervention médicale (NIM)

Outil au choix de l'établissement

Établi par la personne ayant subi un AVC ou son représentant légal et l'équipe soignante, le niveau d'intervention médicale (NIM) permet de définir l'intensité des interventions médicales appropriée et les restrictions de traitement tout en respectant les besoins en matière de santé, les valeurs et les choix du patient. Ce processus de concertation entre l'équipe soignante et le patient permet une prise de décision partagée. Ce dialogue permet au patient de préciser ses objectifs de soins et de vie.

Description sommaire

Les niveaux d'intervention reposent sur des objectifs de soins. Les professionnels peuvent utiliser un formulaire, adapté à leur milieu, qui correspond aux normes et standards de qualité en matière de pratique de niveaux de soins (INESSS, 2016). Le formulaire doit comporter minimalement une partie sur les niveaux de soins et une partie sur la réanimation cardiorespiratoire (RCR) qui doit être abordée au cours de la discussion et notée sur le formulaire. Un formulaire harmonisé est disponible sur le site du MSSS « [Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire](#) ».

Lorsque des atteintes communicationnelles rendent l'échange plus difficile avec le patient, le « [Formulaire multimodal des niveaux d'intervention médicale \(NIM\) et de la réanimation cardiorespiratoire \(RCR\)](#) » (Julien et Dechelette, 2011) peut être utilisé pour faciliter l'explication des NIM et de la RCR et permettre à l'usager d'exprimer concrètement ses choix. Ce formulaire a été élaboré afin de proposer un support pictographique et gestuel aux intervenants de la santé pour les patients présentant une déficience auditive, une dysarthrie, une aphasie, une démence, de l'analphabétisme ou une maîtrise insuffisante de la langue.



Fonction

Déterminer le niveau d'intensité des soins désiré par la personne et ses proches

Moment d'administration

0 à 24 heures post-AVC

Durée

Indéterminée (selon l'outil choisi)

Professionnel

Médecin

Sources

www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/les-niveaux-d-intervention-medicales-niveaux-de-soins.html

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument>

<https://ccsmtlpro.ca/medecins-pharmaciens-et-professionnels/documentation-par-sujets/outils-d-evaluation-du-niveau-d-intervention-medicales-nim-et-de-la-reanimation-cardiorespiratoire-rcr/>

Phase aiguë

Jours 1 à 7 post-AVC

Les outils d'évaluation dans la phase aiguë de l'AVC visent à :

- ✓ assurer un bon positionnement au lit et en position assise, en particulier pour éviter la douleur à l'épaule;
- ✓ dépister les troubles du langage, de la cognition et de la vision;
- ✓ dépister la présence de symptômes dépressifs;
- ✓ mobiliser rapidement et entreprendre les différentes thérapies selon la tolérance et l'état de santé de la personne;
- ✓ évaluer la sévérité de l'atteinte afin de diriger la personne vers un parcours optimal.

Outils d'évaluation pour les personnes en phase aiguë de l'AVC

	Outil	Moment	Fonction	Durée	Professionnel	Statut
Phase aiguë	ENC (Échelle neurologique canadienne)	Jours 1 à 7	Évaluer	5 à 10 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	Repérage de l'héminégligence corporelle et visuelle	24 à 48 h	Dépister	5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	CMSA (Chedoke-McMaster Stroke Assessment) Section douleur à l'épaule	24 à 48 h	Dépister	5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire
	LAST-Q (Language Screening Test)	24 à 48 h	Dépister	2 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire*
	<u>et/ou</u>					
	DTLA (Dépistage des troubles du langage)	24 à 48 h	Dépister	5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire*

* Sauf si aphasie évidente et référence en orthophonie.

Phase aiguë

Jours 1 à 7 post-AVC

Outils d'évaluation pour les personnes en phase aiguë de l'AVC (suite)

	Outil	Moment	Fonction	Durée	Professionnel	Statut
Phase aiguë	MoCA® (Montreal Cognitive Assessment)	Jours 5 à 7	Dépister	10 à 15 min	Membre certifié de l'équipe	Obligatoire**
	SADQ-H 10 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire)	Jours 5 à 7	Dépister	2 à 5 min	Membre formé de l'équipe	Obligatoire**
	<u>ou</u>					
	QSP-9 et QSP-2 (Questionnaire sur la santé du patient)	Jours 5 à 7	Dépister	2 à 5 min	Membre formé de l'équipe ou patient ou proche aidant	Obligatoire**
	SMAF® (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)	Jours 5 à 7	Évaluer	50 min	Membre certifié de l'équipe	Obligatoire**

** Sauf pour les patients admis en réadaptation interne.

Échelle neurologique canadienne (ENC) Canadian Neurological Scale (CNS)

L'échelle neurologique canadienne (ENC), en anglais Canadian Neurological Scale (CNS), a été élaborée en vue de fournir un outil simple d'utilisation pour évaluer le déficit neurologique de patients alertes ou somnolents dans la phase aiguë d'un AVC (Côté et coll., 1986). L'évaluation à l'aide de cette échelle doit être répétée durant la phase aiguë afin de faire le suivi de l'état neurologique du patient. Il est important de noter que l'ENC est une exigence d'Agrément Canada.

Description sommaire

L'ENC évalue 10 fonctions cliniques, y compris l'état mental (niveau de conscience, orientation et langage) et la fonction motrice (visage, bras et jambes).

L'ENC comprend huit éléments et l'évaluation faite à l'aide de cette échelle dure de 5 à 10 minutes (Côté et coll., 1986; Côté et coll., 1989; O'Farrell et Zou, 2008). Un professionnel de la santé – la présence d'un neurologue n'est pas requise – formé à cette fin peut réaliser l'évaluation. La formation peut être suivie lors d'un atelier d'une durée de deux heures ou à l'aide d'une vidéo de formation.

Les scores obtenus pour l'évaluation du déficit neurologique sur un maximum de 11,5 peuvent être catégorisés comme suit :

- ◆ AVC léger : ≥ 8
- ◆ AVC modéré : 5 à 7
- ◆ AVC sévère : ≤ 4



Fonction

Évaluer le déficit neurologique

Moment d'administration

Jours 1 à 7 post-AVC

Durée

5 à 10 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Sources

www.strokecenter.org/professionals/stroke-diagnosis/stroke-assessment-scales

www.strokingengine.ca/fr/assess/canadian-neurological-scale-cns/

Repérage de l'héminégligence corporelle et visuelle

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), les patients devraient être évalués sur l'ensemble des déficits résultant de l'AVC, dont le dépistage de l'héminégligence. L'héminégligence sévère est le plus souvent associée à un AVC droit. Des observations cliniques et qualitatives ainsi que des outils simples permettent de repérer et de documenter l'évolution d'une héminégligence corporelle ou visuelle. Les outils utilisés doivent être différents de ceux utilisés en phase de réadaptation afin de préserver la validité des tests (MSSS, 2018).

Description sommaire

◆ Observations cliniques et qualitatives pour repérer une héminégligence corporelle :

- Observez si le patient a le regard et la tête tournés vers la droite ou la gauche malgré des rappels de maintenir la tête centrée.
- Demandez au patient de toucher son bras parétique avec son bras opposé. Le repérage est positif si le patient ne réussit pas à trouver son membre supérieur parétique.

◆ Outils pour repérer une héminégligence visuelle :

Le patient doit porter ses verres correcteurs.

- Test de la bissectrice** : En position assise, le patient doit tracer un X au milieu d'une ligne horizontale sur une feuille 8½ x 11. Le test complet peut être réalisé, soit 18 lignes de longueur variable sur une même feuille. Par exemple, une déviation vers la droite de plus de 6 mm nous fait suspecter une héminégligence gauche. La présence d'une hémianopsie en diminue la spécificité (StrokEngine).
- Test du mètre** : Le test du mètre est un outil simple, non validé et normé, utilisé couramment par les cliniciens. Le patient doit pointer le milieu d'un ruban à mesurer de 100 cm, et ce, sans regarder les chiffres. Le fait de pointer au-delà de 2 cm vers la droite à partir du centre signifie un dépistage positif.



Fonction

Dépister l'héminégligence

Moment d'administration

24 à 48 heures post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Sources

www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation/readaptation-associée-a-un-trouble-de-la-perception-visuelle

www.strokengine.ca/fr/assess/line-bisection-test/

Chedoke-McMaster Stroke Assessment (CMSA) – Dépistage d'une douleur à l'épaule

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, l'incidence de la douleur à l'épaule après un AVC est très élevée et cette douleur peut retarder la réadaptation et le rétablissement des fonctions (Hebert et coll. 2016). La douleur à l'épaule fait partie des complications médicales évitables que les patients peuvent ressentir après un AVC. De plus, elle peut débuter dès la première semaine après l'AVC chez certains patients (Bala et coll., 2007, Ratnasabapathy et coll., 2003).

Description sommaire

Le Chedoke-McMaster Stroke Assessment (CMSA) est un outil axé sur la performance qui est composé de deux inventaires : l'inventaire des déficiences (*Impairment Inventory*) et l'inventaire d'activités (*Activity Inventory*). L'inventaire des déficiences comporte six volets : stade de récupération du bras, de la main, de la jambe, du pied, le contrôle postural et la douleur à l'épaule. Chaque volet est mesuré sur une échelle de sept points (Gowland et coll., 1993), qui correspondent aux sept stades de récupération C'est le volet concernant la douleur à l'épaule, extrait de l'inventaire des déficiences, qui est visé dans cette fiche.

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

Le temps requis pour réaliser l'évaluation dépend de la capacité du patient à effectuer les tâches demandées (Gowland et coll., 1993; Poole et Whitney, 2001; Finch et coll., 2002).

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



Fonction

Dépister une douleur à l'épaule

Moment d'administration

24 à 48 heures post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Sources

www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation/prise-en-charge-de-la-douleur-a-lepaule-et-du-sdrc-apres-un-avc

www.sralab.org/rehabilitation-mesures/chedoke-mcmaster-stroke-assessment-measure

www.strokingengine.ca/fr/assess/chedoke-mcmaster-stroke-assessment/

Dépistage des troubles de la communication

Environ le tiers des personnes qui ont subi un AVC présentent un trouble de langage (Dickey et coll., 2010). Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Hebert et Teasell, 2015), la présence d'une aphasie est associée à une réponse globalement moins positive aux interventions de réadaptation et à un risque accru de mortalité. La prise en charge de l'aphasie n'est donc pas seulement bénéfique pour le rétablissement de la communication, mais également pour obtenir un meilleur rétablissement général.

Description sommaire

Un dépistage des troubles de la communication devrait être effectué auprès de tous les patients victimes d'un AVC. Lorsqu'un trouble de la communication est dépisté, le patient devrait être dirigé en orthophonie pour une évaluation. En présence d'une aphasie évidente, un test de dépistage n'est pas requis et la référence en orthophonie est immédiate.

À la suite d'un AVC, différents troubles de la communication peuvent être observés. Parmi ceux-ci figurent l'aphasie, la dysarthrie, l'apraxie de la parole et le trouble cognitivo-communicatif (ou trouble cognitivo-linguistique).

Pour la dysarthrie et l'apraxie de la parole, une évaluation qualitative est suggérée, soit une discussion avec le patient afin d'identifier des difficultés d'élocution ou une altération de la compréhensibilité ou du caractère naturel de la parole.

Également, une sensibilisation auprès des patients et de leurs proches devrait être faite quant aux séquelles possibles dans les cas d'une lésion droite. Ces atteintes cognitivo-communicatives peuvent se manifester par des atteintes variées touchant notamment le respect des règles sociales de conversation, la compréhension des sous-entendus, la mémorisation et l'intégration des informations verbales, l'organisation des idées dans le discours, l'expressivité faciale et la prosodie.

Pour la population franco-québécoise, deux tests de dépistage des troubles du langage sont disponibles :

- LAST-Q
- DTLA



Fonction

Dépister des troubles de la communication

Moment d'administration

24 à 48 heures post-AVC

Durée

2 à 5 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Source

www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/readaptation/readaptation-en-vue-dameliorer-la-capacite-a-parler-et-a-communiquer

Language screening test (LAST-Q)

Le LAST-Q a été conçu pour dépister les troubles du langage précocement en situation d'urgence pour les patients victimes d'un AVC aigu (Flamand-Roze et coll., 2011; Bourgeois-Marcotte et coll., 2015). Il est disponible gratuitement, en français (LAST-Q) et en anglais (LAST).

Description sommaire

Le LAST-Q est un outil rapide de dépistage de l'aphasie. Il comporte deux sections : expression orale (dénomination, répétition et série automatique) et compréhension orale (désignation et exécution d'ordres). Il contient cinq sous-tests pour un total de 15 points qui évaluent la compréhension et l'expression orale (désignation d'images sur présentation orale, exécution d'ordres sur présentation orale, dénomination orale d'images, répétition et série automatique). Deux versions sont disponibles (A et B) et sont équivalentes; elles permettent de réévaluer le patient.



Fonction

Dépister des troubles de langage

Moment d'administration

24 à 48 heures post-AVC

Durée

2 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Source

www.repar.veille.gc.ca/fichier.php/92/Fiches%20descriptives%20orthophonie%20.pdf

Pour se procurer l'outil :

Laura Monetta

Département de réadaptation

Faculté de médecine

Pavillon Ferdinand-Vandry

Université Laval

laura.monetta@rea.ulaval.ca

Dépistage des troubles du langage (DTLA)

L'outil de dépistage des troubles du langage (DTLA) a été conçu pour identifier les troubles du langage associés au vieillissement pathologique (Macoir et coll., 2017). Il a également été validé auprès de personnes aphasiques ayant subi un AVC. Il est suggéré d'utiliser le DTLA lorsqu'on suppose des difficultés langagières plus légères et/ou si l'évaluation de la lecture et de l'écriture est souhaitable, considérant les activités antérieures.

Description sommaire

Le DTLA comprend neuf sous-tests très courts pour un total de 100 points permettant d'évaluer globalement les capacités de compréhension et de production du langage oral et écrit (dénomination, répétition, fluence verbale, alpha-span, lecture, compréhension de phrases, dictée, écriture spontanée, appariement sémantique de mots écrits). La feuille d'administration et de cotation du test permet également l'évaluation qualitative des troubles de l'articulation. Ce test est disponible gratuitement (en français seulement).



Fonction

Dépister des troubles de langage

Moment d'administration

24 à 48 heures post-AVC

Durée

5 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Source

Pour se procurer l'outil :

Joël Macoir

Département de réadaptation

Faculté de médecine

Pavillon Ferdinand-Vandry

Université Laval

joel.macoir@fmed.ulaval.ca

www.researchgate.net/profile/Joel_Macoir

Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Eskes et Lanctot, 2015), les déficits cognitifs d'origine vasculaire touchent jusqu'à 60 % des survivants d'un AVC et sont associés à une moins bonne récupération et à une baisse des fonctions pour les activités principales de la vie quotidienne. Les patients atteints peuvent avoir besoin d'interventions et d'une réadaptation à long terme et continues (Teasell et coll., 2018; Hebert et Teasell, 2015; Maduriera et coll., 2001).

Lorsque le dépistage indique des problèmes relatifs à la cognition, le patient et sa famille doivent idéalement être orientés sans délai vers des experts pour une évaluation exhaustive et une prise en charge appropriée. Le dépistage des troubles cognitifs doit être réalisé en utilisant un outil validé, tel que le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA[®]) (Eskes et coll., 2015).

Description sommaire

Le MoCA[®] a été conçu pour le dépistage des dysfonctions cognitives légères à sévères, relativement aux fonctions suivantes : mémoire à court terme; habiletés visuospatiales; fonctions exécutives; attention, concentration et mémoire de travail; langage; orientation dans le temps et l'espace (Nasreddine et coll., 2005). Un score $\geq 26/30$ est considéré comme normal (Ismail et coll., 2010; Nasreddine et coll., 2005; Tu et coll., 2013).

Il est recommandé d'utiliser le MoCA[®] à la fin du séjour hospitalier (jours 5 à 7), lorsqu'un retour à domicile ou dans tout autre milieu de vie est envisagé. Les résultats de ce test sont donc essentiels afin de documenter les besoins de la personne, notamment sur le plan de la sécurité à domicile. Il est nécessaire d'avoir une formation et d'être certifié pour utiliser le MoCA[®] (formation offerte sur le site www.mocatest.org). Les résultats doivent être interprétés seulement par des professionnels ayant une expertise dans le champ cognitif. Des données normatives se trouvent sur le site. Pour avoir accès à ces informations, une inscription est nécessaire (sans frais).

³ MSSS, 2018 (Tableau1 : Outils recommandés pour le dépistage et l'évaluation des personnes en phase de réadaptation post-AVC)



Fonction

Dépister des troubles cognitifs

Moment d'administration

Jours 5 à 7 post-AVC
(pour un retour à domicile ou dans tout autre milieu de vie ou en réadaptation interne³)

Durée

10 à 15 minutes

Professionnel

Membre formé et certifié de l'équipe

Sources

Le manuel d'utilisation est accessible en ligne à l'adresse suivante : www.mocatest.org

www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/l/humeur-cognition-et-fatigue-apres-un-avc/deficience-cognitive-vasculaire

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

www.inesss.gc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Echelle_MoCA.pdf

Dépistage de la dépression

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Lanctôt et Swartz., 2019), environ un tiers des personnes victimes d'un AVC présentent des symptômes de dépression à n'importe quelle étape du rétablissement suivant un AVC. La dépression après un AVC peut modifier la capacité du patient à participer à ses soins. Elle est aussi associée à un moins bon rétablissement fonctionnel, à un risque de dépendance accru, à une altération des fonctions cognitives, à une réduction de la participation sociale et à un risque accru de mortalité.

Description sommaire

Toute personne ayant subi un AVC devrait être considérée comme présentant un haut risque de dépression, elle doit donc subir un dépistage de la dépression (Boulanger et coll., 2018; Lanctôt et Swartz, 2019). Le dépistage doit avoir lieu durant la phase aiguë lorsqu'un retour au domicile ou dans tout autre milieu de vie est envisagé. Sinon, il sera réalisé lors de la prise en charge en réadaptation interne. De plus, ce dépistage devrait être répété aux points de transition du continuum.

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

Trois outils au choix sont proposés pour le dépistage de la dépression en phase aiguë :

- SADQ-H 10
- QSP-2 et QSP-9



Fonction

Dépister la dépression

Moment d'administration

Jours 5 à 7 post-AVC
(pour un retour à domicile ou dans tout autre milieu de vie ou en réadaptation interne)

Durée

2 à 5 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe ou patient ou proche aidant

Source

www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/l'humeur-cognition-et-fatigue-apres-un-avc/depression-apres-un-avc

Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ-H 10)

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (Eskes et Lanctot, 2015) précisent qu'il faut une solution de rechange aux échelles verbales servant à évaluer l'humeur auprès du patient aphasique.

Le Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) a été conçu pour détecter l'humeur dépressive chez les personnes ayant subi un AVC avec une aphasie importante et vivant dans la communauté.

Il s'agit d'un questionnaire de 21 items élaboré sur la base de comportements observables considérés comme étant associés à l'humeur dépressive. Il existe aussi une version abrégée à 10 questions (SADQ-10) qui a été conçue pour en améliorer la validité. Une version révisée a également été créée pour les personnes hospitalisées ou admises en réadaptation interne, soit le SADQ-H.

Description sommaire

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



Fonction

Dépister la dépression chez les personnes aphasiques

Moment d'administration

Jours 5 à 7 post-AVC
(pour un retour à domicile ou dans tout autre milieu de vie ou en réadaptation interne)

Durée

2 à 5 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe

Sources

www.strokengine.ca/fr/assess/stroke-aphasic-depression-questionnaire-sadq/

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

Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9 et QSP-2)

Le questionnaire sur la santé du patient (QSP-9) et sa version abrégée (QSP-2) font partie des outils recommandés par l'Institut national de santé publique du Québec (Fournier et coll., 2012) afin de repérer la présence des symptômes dépressifs chez la personne adulte à risque, quel que soit son âge, et d'en apprécier l'intensité (INESSS, 2015). Le QSP-9 est la version francophone du PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

Description sommaire

Le QSP-2, la version abrégée du QSP-9, est composé des deux premières questions du QSP-9, mesurant les deux principaux symptômes de la dépression, soit la perte d'intérêt et le sentiment de tristesse ou de découragement. Si le patient obtient un score > 2/6 aux deux questions, il est suggéré de faire une évaluation plus approfondie à l'aide du QSP-9 (StrokEngine).

Le QSP-9 est une mesure comprenant neuf questions cotées sur une échelle de 0 à 3. Le QSP-9 peut être soumis à des personnes à la suite d'un accident vasculaire cérébral (StrokEngine). C'est un questionnaire bref, gratuit, qui est généralement autoadministré. Il peut être réalisé par entrevue en personne ou par téléphone et il peut être rempli par un proche aidant ou un professionnel de l'équipe interdisciplinaire si la personne a besoin d'assistance.

Les neuf questions du QSP-9 sont en lien avec les neuf critères de dépression du DSM-V™ (American Psychiatric Association). Le questionnaire peut être utilisé comme outil de dépistage ou pour mesurer l'évolution clinique de la personne au cours des suivis en centre spécialisé, en première ligne ou au téléphone ainsi que pour examiner la réponse à un traitement pharmacologique ou non pharmacologique. Par ailleurs, selon l'INESSS (2015), cet outil est aussi utilisé dans la perspective de partenariat avec les proches aidants, puisqu'il offre une base de discussion favorisant la compréhension de certains symptômes dépressifs et leur prise en charge. Toutefois, le QSP-9 ne permet pas d'établir un diagnostic et nécessite une évaluation plus approfondie des symptômes dépressifs présentés par la personne.



Fonction

Dépister la dépression

Moment d'administration

Jours 5 à 7 post-AVC
(pour un retour à domicile ou dans tout autre milieu de vie ou en réadaptation interne)

Durée

2 à 5 minutes

Professionnel

Membre formé de l'équipe ou patient ou proche aidant

Sources

www.inesss.gc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf

www.strokengine.ca/fr/assess/patient-health-questionnaire-phq-9/

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF[®])

Le SMAF[®] a été choisi par le MSSS comme outil d'évaluation de la capacité fonctionnelle afin de déterminer les besoins et de planifier les services offerts. À la demande du MSSS, cette mesure doit être appliquée à tous les patients post-AVC qui doivent réintégrer leur domicile ou tout autre milieu de vie.

Description sommaire

L'évaluation à l'aide du SMAF[®], réalisée par un évaluateur formé, dure 50 minutes. Le SMAF[®] évalue 29 fonctions regroupées dans les cinq catégories suivantes : 1) les activités de la vie quotidienne; 2) la mobilité; 3) les communications; 4) les fonctions mentales; 5) les tâches domestiques. Un score de 87 indique un niveau élevé de dépendance (Hébert et coll., 1988). À partir d'observations et de renseignements obtenus en interrogeant le patient ou un membre de son entourage, le professionnel cote les fonctions selon une échelle qui comporte les cinq niveaux suivants :

- ◆ 0 (autonome);
- ◆ 0,5 (autonome, mais présente de la difficulté à effectuer l'activité);
- ◆ 1 (besoin de surveillance ou de stimulation);
- ◆ 2 (besoin d'aide);
- ◆ 3 (dépendant).

L'outil SMAF[®] a été mis au point afin d'évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées et non spécifiquement pour des personnes ayant subi un AVC (Hébert et coll., 1997; Raïche et coll., 2008). Une échelle de la sévérité de l'atteinte de la capacité fonctionnelle post-AVC a été établie. L'échelle de sévérité est la suivante :

- ◆ Légère : < 39
- ◆ Modérée : 39 à 51
- ◆ Sévère : 52 à 58
- ◆ Très sévère : ≥ 59

⁴MSSS, 2018 (Tableau 1 : Outils recommandés pour le dépistage et l'évaluation des personnes en phase de réadaptation post-AVC)



Fonction

Évaluer l'autonomie fonctionnelle en vue d'une réintégration dans la communauté

Moment d'administration

Jours 5 à 7 post-AVC
(pour un retour à domicile ou dans tout autre milieu de vie ou en réadaptation interne⁴)

Durée

50 minutes

Professionnel

Membre formé et certifié de l'équipe

Source

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) :

www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/oemc-smaf-et-tableau-de-soins/

Bibliographie

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, ON, 2009, 132 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5^e éd., Arlington, VA, p. 355-359.

BALA, S.R. et coll. « Predictability of simple clinical tests to identify shoulder pain after stroke », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 88, n^o8, 2007, p.1016-1021. DOI : 10.1016/j.apmr.2007.05.001.

BOULANGER, J.M. et coll. « Canadian stroke best practice recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th edition, update 2018 », *International Journal of Stroke*, vol. 13, n^o9, 2018, p. 949-984. DOI : 10.1177/1747493018786616.

BOURGEOIS-MARCOTTE, J., et coll. « LAST-Q : adaptation et normalisation franco-québécoises du Language Screening Test », *Revue neurologique*, vol. 171, n^o5, 2015, p. 433-436. DOI : 10.1016/j.neurol.2015.03.008.

BROTT, T., et R.L. REED. « Intensive Care for Acute Stroke in the Community Hospital Setting: The First 24 hours », *Stroke*, vol. 2, n^o5, 1989, p. 694-697. DOI : 10.1161/01.STR.20.5.694.

CÔTÉ, R. et coll. « The Canadian Neurological Scale: A Preliminary Study in Acute Stroke », *Stroke*, vol. 17, n^o4, 1986, p. 731-737. DOI : 10.1161/01.str.17.4.731.

CÔTÉ, R. et coll. « The Canadian Neurological Scale Validation and Reliability Assessment », *Neurology*, vol. 39, n^o5, 1989, p. 638-643. DOI : 10.1212/WNL.39.5.638.

DEGRABA, T.J., et coll. « Progression in Acute Stroke: Value of the Initial NIH Stroke Scale Score on Patient Stratification in Future Trials », *Stroke*, vol. 30, n^o6, 1999, p. 1208-1212. DOI : 10.1161/01.str.30.6.1208.

DICKEY, L., et coll. « Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 91, n^o2, 2010, p.196-202. DOI : 10.1016/j.apmr.2009.09.020.

ESKES, G., et K. LANCTOT, au nom du Groupe de rédaction sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC. Chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC, 2015, dans LINDSAY, M.P., et coll. (dir.), au nom du Comité consultatif sur les pratiques optimales et les normes des soins de l'AVC. *Recommandations canadiennes sur les pratiques optimales de l'AVC*, Ottawa (Ontario), Canada, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015.

ESKES, G., et coll. « Canadian stroke best practice recommendations: Mood, cognition and fatigue following stroke practice guidelines, update 2015 », *International Journal of Stroke*, vol. 10, n^o7, 2015, p. 1030-1040. DOI : 10.1111/ij.s.12557.

FINCH, E., et coll. *Physical Rehabilitation Outcome Measures*, 2^e éd., Hamilton, Lippincott, Williams & Wilkins, 2002.

FLAMAND-ROZE, C., et coll. « Validation of a new language screening tool for patients with acute stroke : the Language Screening Test (LAST) », *Stroke*, vol. 42, n^o5, 2011, p. 1224-1229. DOI : 10.1161/STROKEAHA.110.609503.

FOURNIER L., P. ROBERGE et H. BROUILLET. *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal, Qc : Centre de recherche du CHUM; 2012.

GOLDSTEIN, L.B., et G.P. SAMSA. « Reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale: Extension to Non-Neurologists in the Context of a Clinical Trial », *Stroke*, vol. 28, n^o2, 1997, p. 307-310. DOI : 10.1161/01.str.28.2.307.

Bibliographie (suite)

GOWLAND, C., et coll. « Measuring Physical Impairment and Disability with the Chedoke-McMaster Stroke Assessment », *Stroke*, vol. 24, n°1, 1993, p.58-63. DOI : 10.1161/01.str.24.1.58.

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

HEBERT, D., et coll. « Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015 », *International Journal of Stroke*, vol. 11, n°4, 2016, p. 459-484. DOI : 10.1177/1747493016643553.

HÉBERT, R., C. BRAYNE et D. SPIEGELHALTER. « Incidence of Functional Decline and Improvement in a Community-Dwelling, Very Elderly Population », *American Journal of Epidemiology*, vol. 145, n°10, 1997, p.935-944. DOI : 10.1093/oxfordjournals.aje.a009053.

HÉBERT, R., R. CARRIER et A. BILODEAU. « The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): Description and Validation of an Instrument for the Measurement of Handicaps », *Age and ageing*, vol. 17, n°5, 1988, p. 293-302. DOI : 10.1093/ageing/17.5.293.

INTERCOLLEGIATE STROKE WORKING PARTY (ISWP). *National clinical guideline for stroke*, 5^e éd., Londres, Angleterre : Royal College of Physicians, 2016, 151 p.
[\[www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx\]](http://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx).

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 rédigé par Brigitte Côté et Annie Tessier, *ETMIS 2011*, vol. 7, n° 4, p. 1-141.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). *L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches*. Rapport rédigé par Annie Tessier, *ETMIS 2012*, vol. 8, n° 9, p. 1-101.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). *Questionnaire sur la santé du patient, QSP-9 – version à neuf questions : Outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs*, 2015.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). *Les niveaux de soins : normes et standards de qualité*. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, Qc : INESSS; 2016, 101 p.

ISMAIL, Z., T.R. RAIJJI ET K. SHULMAN. « Brief cognitive screening instruments: an update », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 25, n°2, 2010, p. 111–120.

JULIEN, M. et L. DECHELETTE, *Formulaire multimodal des niveaux d'intervention médicale et de la réanimation cardio-respiratoire. Guide de l'intervenant*. CSSS Jeanne-Mance©, 2011, 44 p.

KOTHARI, R.U., et coll. « Cincinnati Prehospital Stroke Scale: Reproducibility and Validity », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 33, n°4, 1999, p. 373-378. DOI : 10.1016/S0196-0644(99)70299-4.

LANCTÔT K.L., et R.H. SWARTZ, au nom du Groupe de rédaction sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC. Chapitre sur l'humeur, la cognition et la fatigue après un AVC, 2019. Dans LINDSAY M.P., et coll. (rédacteurs), au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, 6^e édition; Toronto (Ontario), Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2019.

Bibliographie (suite)

LYDEN, P.D., et coll. « Underlying Structure of the National Institutes of Health Stroke Scale: Results of a Factor Analysis », *Stroke*, vol. 30, n°11, 1999, p. 2347-2354. DOI : 10.1161/01.str.30.11.2347.

LYDEN, P.D., et coll. « A Modified National Institutes of Health Stroke Scale for Use in Stroke Clinical Trials: Preliminary Reliability and Validity », *Stroke*, vol. 32, n°6, 2001, p. 1310-1317. DOI : 10.1161/01.str.32.6.1310.

MACOIR, J., et coll. « Detection Test for Language Impairments in Adults and the Aged - A new screening test for language impairment associated with neurodegenerative diseases: Validation and normative data », *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol. 32, n°7, 2017, p. 382-392. DOI :10.1177/1533317517715905.

MADUREIRA, S., M. GUERREIRO ET J.M. FERRO. « Dementia and Cognitive Impairment three Months after Stroke », *European Journal of Neurology*, vol. 8, n°6, 2001, p. 621-627. DOI :10.1046/j.1468-1331.2001.00332.x.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). Groupe de travail portant sur les trajectoires de réadaptation. *L'organisation des services de réadaptation. Volet 1 : Les trajectoires en réadaptation recommandées pour les usagers ayant subi un AVC*. Rapport rédigé à l'intention du Comité aviseur ministériel AVC, p. 3-36, 2011a.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). Groupe de travail portant sur les trajectoires de réadaptation. *L'organisation des services de réadaptation. Volet 2 : Outils d'évaluation à préconiser en réadaptation AVC*. Rapport rédigé à l'intention du Comité aviseur ministériel, p. 37-52, 2011b.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Orientations ministérielles 2013-2018*. Direction des communications du MSSS, 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Plan de mise en œuvre Phase 2016-2018*. Direction des communications du MSSS, 2017a.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC*. Direction des communications du MSSS, 2017b.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance*. Direction des communications du MSSS, 2018.

NASDERINE, Z.S. et coll. « The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n°4, 2005, p. 695-699. DOI : 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

NEW, P.W., et R. BUCHBINDER. « Critical Appraisal and Review of the Rankin Scale and its Derivatives », *Neuroepidemiology*, vol. 26, n°1, 2006, p. 4-15. DOI : 10.1159/000089536.

O'FARRELL, B. et G.Y. ZOU. « Implementation of the Canadian Neurological Scale on an Acute Care Neuroscience Unit: A Program Evaluation », *Journal of Neuroscience Nursing*, vol. 40, n°4, 2008, p. 201-211.

Bibliographie (suite)

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

POOLE, J.L. et S.L. WHITNEY. « Assessments of Motor Function Post Stroke », *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 19, n°2, 2001, p. 1-22. DOI : 10.1080/J148v19n02_01.

RAÏCHE, M., R. HÉBERT et M.F. DUBOIS. « PRISMA-7: A Case-Finding Tool to Identify Older Adults with Moderate to Severe Disabilities », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 47, n°1, 2008, p. 9-18. DOI : 10.1016/j.archger.2007.06.004.

RANKIN, J. « Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60 ». *Scottish Medical Journal*, vol. 2, n°5, 1957, p. 200-215. DOI : 10.1177/003693305700200504.

RATNASABAPATHY, Y. et coll. « Shoulder pain in people with a stroke: a population-based study », *Clinical Rehabilitation*, vol. 17, n°3, 2003, p. 304-311. DOI : 10.1191/0269215503cr612oa.

RICHARDS, C.L. et COMITÉ D'EXPERTS SUR L'OFFRE DE SERVICES DE RÉADAPTATION POST-AVC. *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC : Un continuum centré sur la personne*, Rapport accepté officiellement le 17 octobre 2013, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Rapport mandaté par le MSSS, 2013, 169 p., 16 annexes. [http://old.repar.ca/admin/files/images/Rapport_CarolRichards.pdf].

RUNDEK, T., et coll. « Predictors of Resource Use after Acute Hospitalization: the Northern Manhattan Stroke Study », *Neurology*, vol. 55, n°8, 2000, p. 1180-1187. DOI : 10.1212/WNL.55.8.1180.

SCHLEGEL, D., et coll. « Utility of the NIH Stroke Scale as a Predictor of Hospital Disposition », *Stroke*, vol. 34, n°1, 2003, p. 134-137. DOI : 10.1161/01.str.0000048217.44714.02.

TEASELL, R., N. HUSSEIN et N. FOLEY. Module 4. Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process. In Teasell, R (dir.), *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR)*, 16^e éd., 2018, p. 1-27, [www.ebrsr.com/evidence-review/4-managing-stroke-rehabilitation-triage-process].

TU, Q.Y et coll. « Reliability, Validity, and Optimal Cutoff Score of the Montreal Cognitive Assessment (Changsha Version) in Ischemic Cerebrovascular Disease Patients of Hunan Province, China », *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, vol. 3, 2013, p. 25–36. DOI : 10.1159/000346845.

VAN SWIETEN, J.C. et coll. « Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients », *Stroke*, vol. 19, n°5, 1988, p.604-607.

