



# **Réflexion sur la prise en charge des patients AVC atteint de COVID-19 (document de travail)**

**Élaboré par Marie-Andrée Desjardins, pht  
et  
Ha Van Ly, pht**

Dernière mise à jour: 22 mai 2020

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Mise en contexte</b>	<b>3</b>
<b>Documents de référence pour le patient ou sa famille:</b>	<b>4</b>
<b>Les séquelles d'un AVC et leur réadaptation:</b>	<b>4</b>
Faiblesse musculaire	4
Altération du tonus musculaire	5
Troubles de coordination	6
Diminution de la sensibilité	6
Troubles d'équilibre/contrôle postural	7
Diminution de l'autonomie aux transferts	7
Diminution de l'autonomie aux déplacements	8
Risque de chute	8
Atteintes cognitives	9
Atteinte visuelle	10
Atteinte de la parole	11
<b>Risque de complications post AVC:</b>	<b>11</b>
<b>Références</b>	<b>13</b>
<b>Coordonnées</b>	<b>13</b>

## **Mise en contexte**

La prémisse de ce document est issue d'une demande émise par la direction du service au début de la pandémie de créer un système de ressources (personnes, documents de référence), pour différentes clientèles spécifiques. Au CHUM, dans un contexte où des patients provenant de différentes spécialités ont dû être rassemblés sur des "unités COVID +", ce système s'avérait nécessaire afin de répondre aux questions des équipes travaillant sur ces unités.

Un AVC est un événement dramatique qui bouleverse la vie des gens. Être atteint d'un AVC ET de la COVID-19 l'est d'autant plus, et nous a amené à faire une réflexion sur la réadaptation de ces patients dans ce contexte particulier.

Nous avons donc poussé cette réflexion plus loin en développant un guide aide-mémoire des différents déficits de la clientèle AVC ainsi que les différentes interventions pouvant être faites. Au fil de la construction de ce document, nous avons décidé d'intégrer de nombreux hyperliens pour regrouper dans un même endroit plusieurs documents pertinents et accessibles à tous sur l'AVC, ainsi que différentes stratégies de réadaptation. Il faut garder en tête que l'accès au patient Covid + n'est pas toujours facile. Ainsi, dans la mesure du possible, de nombreux exercices trouvés dans le document à partir d'hyperliens peuvent être faits par le patient sans la présence d'un thérapeute, suite à l'évaluation du physiothérapeute et aux recommandations de celui-ci.

En validant la pertinence et l'utilité de notre document avec les intervenants oeuvrant directement avec la clientèle COVID+, il est ressorti qu'en lien avec la fragilité de cette clientèle en phase aiguë peu d'éléments du document sont applicables, celle-ci étant soit en délirium ou trop instable médicalement pour pouvoir débuter une réadaptation active. Il est donc important de valider avec l'équipe de soins la stabilité de ces patients avant d'utiliser les différentes stratégies proposées.

Nous pensons tout de même que la diffusion de ce document dans le réseau pourrait être utile pour les patients stables médicalement et pouvant bénéficier d'une réadaptation plus intensive. Nous croyons également que plusieurs éléments dans ce document pourront être intégrés dans notre pratique avec la clientèle AVC pour intensifier la réadaptation et optimiser la récupération de nos patients. De plus, cet outil pourrait servir comme aide-mémoire lors de l'orientation ou de l'accueil de stagiaires. Il ne fait aucun doute ici qu'il s'agit d'un document de travail appelé à évoluer, même après cette pandémie, et qui pourrait définitivement bénéficier d'une collaboration interdisciplinaire. Nous vous invitons donc à nous faire part de vos commentaires par courriel afin que nous puissions l'améliorer avec la participation et

l'expertise de tous et toutes. Vous trouverez vers la fin de ce document nos coordonnées.

## **Documents de référence pour le patient ou sa famille:**

[Votre cheminement après un AVC](#)

[Fiches santé en neurologie](#)

[Parcours Locomotive](#)

[Strokengine](#)

[Programme La vie après un AVC](#)

[L'AVC expliqué aux enfants](#)

Ce document, ainsi que les documents de références ci-dessus peuvent être acheminés par courriel à la famille du patient par le physiothérapeute ou tout autre intervenant impliqué auprès du patient. Ainsi, les membres de la famille seront tenus informés de la réadaptation de leur proche et pourront même aider dans la réadaptation de celui-ci à distance.

## **Les séquelles d'un AVC et leur réadaptation:**

**À noter avant de commencer:** Considérant la fragilité respiratoire des patients atteints de COVID-19, il est primordial de valider avec l'équipe traitante la stabilité médicale de ce patient sur le plan cardio-respiratoire avant de commencer tout programme d'exercices. Assurez-vous également d'un suivi étroit de la saturation du patient ainsi que les signes vitaux pendant le programme d'exercice, car des désaturations importantes peuvent survenir rapidement.

### **Faiblesse musculaire**

Peu importe la sévérité du déficit, vous pourriez utiliser:

- La pratique mentale (le patient visualise certaines tâches ou mouvements).  
Complétez le [KVIQ](#) (questionnaire d'imagerie visuelle et kinesthésique) avec le patient pour savoir s'il a la capacité de faire de la visualisation adéquatement. Vous pouvez facilement remplir le questionnaire avec le patient par conférence téléphonique.
  - [Se lever](#)
  - [La marche](#)
  - [La marche symétrique](#)
  - [La vitesse de marche](#)
- L'observation de mouvement (observer un mouvement active la région cérébrale de ce même mouvement) [assis à debout](#) et [mouvement bras droit](#) ou [mouvement bras gauche](#)

- [La thérapie miroir](#) (30 minutes par jour, 5 jours par semaine)
- L'auto-mobilisation

1. Est-ce que le patient est plégique (aucun mouvement)?

- Oui** : Le patient peut faire de l'automobilisation. Faites de la mobilisation passive ([Programme de mobilisations passives](#)). Attention de ne pas dépasser 90° (flexion et ABD) à l'épaule, ce qui pourrait blesser le patient. Surveillez l'apparition de douleur puisque le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est une complication possible post-AVC. Si de la douleur s'installe à l'épaule ou à la main, une consultation en physiothérapie peut-être demandée.
- Non** : Passez à la question 2

2. Est-ce que le patient est parétique avec une atteinte sévère (faible retour moteur)?

- Oui** : Encouragez le patient à faire de l'auto-mobilisation et des exercices actifs selon sa capacité ([au fauteuil](#) ou [au lit](#)) et à faire de la pratique mentale (liens plus haut)
- Non** : Passez à la question 3

3. Est-ce que le patient est parétique avec une atteinte modérée à légère (capable de faire la plupart des mouvements, mais les muscles restent plus faibles que le côté sain)?

- Oui** : Encouragez le patient à faire des exercices de renforcement (Graded Repetitive Arm Supplementary Program GRASP [Niveau 1](#), [Niveau 2](#), [Niveau 3](#)) et à faire des exercices actifs ([au fauteuil](#) ou [au lit](#))
- Non** : Passez à la question 4

4. Est-ce que le patient a une bonne force musculaire au niveau de son hémicorps atteint?

- Oui** : Encouragez le patient à rester actif et à bouger régulièrement les 4 membres [exercices assis](#). S'assurer de la stabilité cardio-respiratoire et d'un suivi de la saturation pendant les exercices même si le patient a peu de déficits neurologiques.

## Altération du tonus musculaire

1. Est-ce que le patient est flasque/hypotonique?

- Oui** : Assurez-vous qu'un ergothérapeute soit impliqué dans le dossier qui proposera un positionnement optimal et des aides au positionnement (orthèses, coussins, et). Positionnez le membre supérieur surélevé avec un oreiller sous le bras. Assurez-vous que le membre inférieur soit en position neutre.
- Non** : Passez à la question 2

2. Est-ce que le patient est hypertonique?
  - Oui** : Amenez une position neutre du membre supérieur et du membre inférieur lors du positionnement dans le lit et au fauteuil. Étirez les muscles spastiques lentement. Vérifiez la possibilité d'orthèses avec les ergothérapeutes. Si la spasticité est importante, vérifiez les interventions médicales possibles (injection locale de toxine botulinique au muscle spastique en question ou médication per-os qui est plus généralisée mais qui peut entraîner un effet secondaire de somnolence)
  - Non** : Passez à la question 3
  
3. Est-ce que le patient a un tonus normal?
  - Oui** : Favorisez et encouragez une mobilisation active fréquente de l'hémicorps atteint.

## Troubles de coordination

1. Est-ce que le patient a une dysmétrie au membre supérieur (manque de coordination, mouvement non fluide?)
  - Oui** : Encouragez le patient à faire des tracés avec le bras à écrire, à atteindre des cibles avec son membre atteint, lancer-attraper une balle, etc. Utilisez du matériel jetable ou facilement désinfectable à votre disposition. Rappelez-lui de se concentrer et d'y aller lentement dans les tâches demandées en essayant de contrôler le plus possible son mouvement. Lorsque c'est mieux contrôlé, augmentez la vitesse. [Programme d'exercices](#)
  - Non** : Passez à la question 2
  
2. Est-ce que le patient a une dysmétrie au membre inférieur?
  - Oui** : Encouragez le patient à faire des tracés et à atteindre des cibles avec son membre présentant des déficits. Rappelez-lui de se concentrer et d'y aller lentement dans les tâches demandées en essayant de contrôler le plus possible son mouvement. Lorsque mieux contrôlé, augmentez la vitesse. [Programme d'exercices](#)

## Diminution de la sensibilité

1. Est-ce que le patient a une hyposensibilité ?
  - Oui** : Stimulez la zone où la sensibilité est diminuée en faisant de l'approximation, des massages profonds, des effleurements. Stimulez la peau avec différentes textures (un morceau de vêtement/drap, serviette, velcro, autre matériel jetable ou facilement désinfectable) à une fréquence de 3-4x/jour, durée de 10-15 minutes à chaque séance. (Le patient peut faire cette rééducation par lui-même).
  - Non**: Passez à la question 2

2. Est-ce que le patient a une hypersensibilité?
  - Oui** : Assurez-vous que le toucher sur la peau du patient ne provoque pas de douleur. Faites de la rééducation pour désensibiliser la région en touchant la peau avec un textile très doux, en commençant loin de la région douloureuse et en se rapprochant progressivement à une fréquence de 3-4x/jour, durée de 10-15 minutes à chaque séance. Encouragez le patient à faire cette stimulation lui-même lorsque possible, il pourra mieux doser l'intensité de la stimulation.
  - Non** : Passez à la question 3
  
3. Est-ce que le patient a une atteinte de la sensibilité profonde?
  - Oui**: Encouragez le patient à toujours avoir un contact visuel avec le membre qu'il doit bouger pour mieux contrôler le mouvement. Faites de l'approximation aux articulations atteintes. Favorisez la position décubitus latéral sur le côté atteint (en dégageant bien l'épaule et le grand trochanter) pour stimuler la sensibilité profonde.

## Troubles d'équilibre/contrôle postural

1. Est-ce que le patient est capable de tenir le tronc droit avec la tête de lit à 90 degrés?
  - Oui** : Passez à la question 2
  - Non** : Favorisez un positionnement optimal dans le lit et assis dans le fauteuil gériatrique. S'il est impossible de faire plusieurs séances au fauteuil par jour, en votre présence essayez de positionner le patient dans une chaise cardiaque pour travailler son contrôle postural. [Exercices au fauteuil ou au lit incluant le tronc selon le degré d'atteinte](#)
  
2. Est-ce que le patient est capable de tenir partiellement son tronc assis sur le bord du lit?
  - Oui** : Pratiquez le contrôle du tronc assis sur le bord du lit
  - Non** : Revenez à la question 1
  
3. Est-ce que le patient est capable de bien se tenir assis?
  - Oui** : Le patient peut s'asseoir dans un fauteuil normal. Évaluez le contrôle du tronc debout si la force dans les membres inférieurs le permet.
  - Non** : Revenez à la question 2
  
4. Est-ce que le patient est capable de bien redresser le tronc quand il est debout?
  - Oui** : Évaluez son équilibre debout pour déterminer le risque de chute et lui proposer une aide technique adaptée à sa condition.
  - Non** : Revenez à la question 3

## Diminution de l'autonomie aux transferts

1. Est-ce que le membre supérieur du patient est plégique et flasque?
  - Oui** : Utilisez une attelle pour supporter le membre supérieur durant le transfert. N'oubliez pas de retirer l'attelle après le transfert. Maintenir l'attelle en place en tout temps peut nuire à la récupération du membre supérieur et causer des contractures.
  - Non** : Passez à la question 2
2. Est-ce que le patient a de la difficulté à faire ses transferts du lit ↔ fauteuil?
  - Oui**: Voir [grille décisionnelle](#) pour le choix du type de transfert. Dans un objectif de réadaptation, encouragez le patient à regarder la [vidéo démontrant la pratique des transferts](#). Ensuite, encouragez le patient à pratiquer différents niveaux de rééducation aux transferts selon son atteinte:  
[Parcours Locomotive \(Plus facile\)](#)  
[Parcours Locomotive \(Moyen\)](#)  
[Parcours Locomotive \(Plus difficile\)](#)
  - Non**: Passez la section sur l'autonomie aux déplacements.

## Diminution de l'autonomie aux déplacements

1. Est-ce que le membre supérieur du patient est plégique et flasque?
  - Oui**: Utilisez une attelle pour supporter le membre supérieur durant les déplacements. N'oubliez pas de retirer l'attelle après la marche. Maintenir l'attelle en place en tout temps peut nuire à la récupération.
  - Non**: Passez à la question 2.
2. Est-ce que le patient a des difficultés à la marche? (instabilité, asymétrie de la marche, boiterie)
  - Oui** : Lui fournir une aide technique optimale pour que la marche soit sécuritaire (bâton de marche, canne, canne quadripode, ½ marchette, marchette). Si vous laissez une marchette, assurez-vous que le patient soit capable de bien la tenir avec sa main atteinte, sinon il y aura un risque de blessure.
  - Non** : Passez à la prochaine section sur le risque de chute.

## Risque de chute

1. Est-ce que le patient est à risque de chute secondaire à un trouble d'équilibre sans atteinte des fonctions motrices supérieures?
  - Oui** : Donnez une aide technique appropriée. Assurez-vous que la feuille de «transferts et de déplacements sécuritaires» soit bien complétée et bien



affichée au chevet du patient, qu'elle soit visible à tout le personnel, que l'infirmier/ère soit avisé et que le patient suive ces recommandations.

**Non** : Passez à la question 2

2. Est-ce que le patient est à risque de chute avec une atteinte des fonctions mentales supérieures (témérité, impulsivité, anosognosie), ce qui le rend à risque de ne pas suivre les recommandations?

**Oui**: Tentez d'utiliser davantage les mesures alternatives de contention (lit armé, tapis de mobilité), mais assurez-vous que le patient ne soit pas trop rapide pour se lever afin que le personnel ait le temps d'entrer dans la chambre. Identifier les patients à risque de chute avec les stratégies en place dans le milieu (affiche jaune à l'entrée de la chambre et bracelet jaune au patient). En cas d'utilisation de contentions physiques, il faut valider avec le physiothérapeute et l'ergothérapeute avant de débiter le sevrage de celles-ci. Dans certains cas, les patients ayant une atteinte mnésique et/ou une pauvre capacité d'apprentissage, le sevrage de la contention sera non-sécuritaire sans une surveillance très étroite.

La question de l'utilisation de contention vs risque de chute, a engendré plusieurs conversations/réflexions avec les gériatres dédiés aux étages de Covid +, visant une intervention directe en lien avec le délirium, problème majeur dans ce contexte. L'équipe de gériatrie en est venue à un consensus et des directives spécifiques ont été établies. Ainsi, il faudra consulter l'équipe interdisciplinaire et la famille du patient concernant le type de contention appropriée et le risque de chute qu'ils sont prêts à accepter.

**Non**: Encouragez le patient à se mobiliser fréquemment. Réévaluez le risque de chute régulièrement selon l'évolution de l'état du patient.

## Atteintes cognitives

1. Est-ce que le patient semble présenter des atteintes cognitives?

**Oui**: Assurez-vous qu'un ergothérapeute soit impliqué au dossier.

**Non**: Passez à la question 2.

2. Est-ce que le patient est anosognosique (difficulté à reconnaître ses déficits, souvent avec un AVC droit)?

**Oui** : Rappelez-lui fréquemment ses déficits afin qu'il en soit conscient.

**Non** : Passez à la question 3

3. Est-ce que le patient est téméraire et impulsif (souvent avec un AVC droit)?

**Oui** : Favorisez un environnement sécuritaire en dégagant l'espace. Rappelez-lui souvent de ralentir et d'attendre les consignes avant de faire une tâche. Prenez de nombreuses précautions lorsque vous levez le patient. **II est à haut risque de chute.** (voir la section «risque de chute» ci-haut)

- Non** : Passez à la question 4
4. Est-ce que le patient a une héminegligence visuelle et motrice (oublie son côté atteint, souvent avec un AVC droit)?
- Oui** : Encouragez le patient à utiliser une aide physique ou visuelle qui vient accentuer son attention vers le côté qu'il oublie. Rappelez-lui constamment de se servir de son membre atteint. Portez une attention particulière à son côté atteint lors des transferts et des déplacements, car il peut avoir un risque de blessure. Abordez-le de son côté atteint quand vous lui parlez. **Attention, le patient est à risque de sous-alimentation si le plateau n'est pas bien positionné. Il négligera le côté qu'il oublie.**
  - Non** : Passez à la question 5
5. Est-ce que le patient est apathique?
- Oui** : Stimulez ++ le patient. Vous pouvez lui demander de faire des choix. Vous pouvez créer une feuille avec les activités à cocher pour l'inciter à se prendre en main. Attention de ne pas confondre l'apathie et la dépression. La dépression est une complication possible après un AVC. Dans ce cas, une consultation en psychologie est possible et une consultation en neuropsychiatrie est recommandée. Dans les cas d'apathie, de la médication peut parfois être tentée pour stimuler le patient.
  - Non** : Passez à la question 6
6. Est-ce que le patient a un ralentissement psycho-moteur?
- Oui** : Stimuler ++ le patient. Décortiquez les tâches en plusieurs étapes tout en donnant des consignes simples et en faisant beaucoup de démonstrations. Laissez le temps au patient de faire les tâches par lui-mêmes. Une consultation en neuropsychiatrie peut parfois être faite pour évaluer la possibilité d'introduire une médication.
  - Non** : Passez à la question 7
7. Est-ce que le patient a une apraxie (trouble de mouvement volontaire dans un but précis, souvent avec un AVC gauche)?
- Oui** : Décortiquez les tâches en plusieurs étapes tout en donnant des consignes simples et en faisant beaucoup de démonstrations. Faites répéter plusieurs fois la tâche. Suivez les recommandations de l'ergothérapeute.
  - Non**: Passez à la section suivante.

## Atteinte visuelle

1. Est-ce que le patient a une hémianopsie (perte d'un champs visuel)?
- Oui** : Apprenez au patient à compenser en faisant un balayage visuel avec une rotation de la tête et non seulement avec les yeux. Encouragez-le à avoir un contact visuel avec vous lors des communications.
  - Non** : Passez à la question 2

2. Est-ce que le patient a une diplopie (vision double)?
  - Oui** : Discutez avec le médecin traitant concernant la possibilité de faire une consultation en neuro-ophtalmologie. En attendant, avec l'accord de l'infirmier, utiliser un cache-oeil qui permettra une vision simple en monoculaire.
  - Non** : Passez à la question 3
  
3. Est-ce que le patient a une hémignégligence visuelle (oublie son champ visuel atteint)?
  - Oui** : Abordez toujours le patient de son côté atteint. Stimulez son côté atteint avec des indices visuels accrocheurs. Incitez-le à regarder vers son côté atteint. Faites attention de bien placer le plateau d'alimentation plus central, car le patient risque de ne pas manger ce qui se trouve du côté atteint (généralement le gauche).

## **Atteinte de la parole**

1. Est-ce que le patient a un trouble de langage?
  - Oui** : Assurez-vous que l'orthophoniste soit au dossier.
  - Non** : Passez à la prochaine section.
  
2. Est-ce que le patient a une dysarthrie (difficulté à articuler)?
  - Oui** : Assurez-vous que l'orthophoniste soit au dossier. Encouragez-le à parler lentement tout en articulant.
  - Non** : Passez à la question 3
  
3. Est-ce que le patient a une aphasie (soit Broca, Wernicke ou mixte)?
  - Oui** : Donnez des consignes simples tout en faisant beaucoup de démonstrations visuelles et suivez les recommandations de l'orthophoniste. L'orthophoniste pourra proposer plusieurs outils de communication à utiliser si nécessaire.  
[Parcours Locomotive Communication](#)  
[Parcours Locomotive Exercices de communication](#)

## **Risque de complications post AVC:**

1. Est-ce que le patient est à risque de développer une [douleur à l'épaule](#) de son côté atteint?
  - Oui** : Assurez-vous lors de tous les transferts et déplacements de protéger le membre supérieur atteint en demandant au patient de le soutenir ou en le supportant via une attelle. De plus, favorisez un positionnement optimal du membre dans le fauteuil et dans le lit.
  - Non** : Passez à la question 2

2. Est-ce que le patient est à risque de développer une plaie de pression secondaire à un manque de mobilité dans le lit?
  - Oui** : Assurez-vous que l'ergothérapeute soit impliqué dans le dossier. Recommandez à l'équipe traitante (infirmiers et PAB) de changer le patient de positions fréquemment (à toutes les 2 heures dans la mesure du possible). Une surface thérapeutique pourrait être nécessaire.
  - Non** : Passez à la question 3
  
3. Est-ce que le patient est à risque de contractures?
  - Oui** : Assurez-vous que l'ergothérapeute soit impliqué dans le dossier pour des aides au positionnement. Favorisez un positionnement optimal d'étirement musculaire du côté atteint. N'oubliez pas de dire vos recommandations sur le positionnement à l'équipe traitante. Encouragez le patient à faire de l'auto-mobilisation et lorsque possible, faites des mobilisations passives au patient.  
[Programme de mobilisations passives](#)
  - Non** : Passez à la question 4
  
4. Est-ce que le patient est à risque d'avoir une pneumonie d'aspiration secondaire à une dysphagie?
  - Oui** : Assurez-vous que l'orthophoniste (ou le professionnel responsable de la dysphagie) soit impliqué dans le dossier pour proposer une diète adaptée. Favorisez la prise per os (alimentation ou médication) assis au fauteuil, le plus verticalement possible ou la tête de lit la plus droite possible. Si quelqu'un aide le patient lors de l'alimentation, il est possible de positionner le lit en chaise cardiaque.
  - Non** : Passez à la question 5
  
5. Est-ce que le patient est à haut risque de déconditionnement?
  - Oui** : Voir avec l'équipe traitante de l'étage s'il y a déjà un protocole de mobilisation en place. Encouragez le patient à se mobiliser fréquemment (ex: marcher, faire son programme d'exercices, s'asseoir au fauteuil à tous les repas, etc.) selon sa stabilité hémodynamique. [exercices assis déficits légers](#)  
[fiche santé Rester actif à l'hôpital](#)
  
6. Est-ce que le patient est à risque d'atteinte de sa santé mentale (dépression, anxiété)?
  - Oui**: Surveillez régulièrement son état mental. Offrez du support, référez à la psychologue au besoin, remettez la [fiche santé l'impact psychologique de l'AVC](#). Une consultation en neuropsychiatrie pourrait être pertinente si vous suspectez un fragilité mentale.
  - Non**: Restez attentif à tout changement dans son état.

## **Références**

[Evidence-Based Review if Stroke Rehabilitation](#)

[Pratiques optimales pour l'AVC au Canada](#)

[Stroke Engine](#)

S. Bourahla, K. Conroy, M. Désilets-Benoit et G. Noreau, ***La pratique mentale du membre inférieur chez les patients post-accident vasculaire cérébral, version préliminaire d'un guide audio***, Projet de maîtrise Université de Montréal, mai 2012

## **Coordonnées**

Marie-Andrée Desjardins, pht: [marie-andree.desjardins.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:marie-andree.desjardins.chum@ssss.gouv.qc.ca)

Ha Van Ly, pht : [ha.van.ly.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ha.van.ly.chum@ssss.gouv.qc.ca)