

Accompagnement des personnes en post-AVC

CHAPITRE 11

Séverine Coutier, Helena Pires Oliveira, Adeline Muller, Perrine Boursin, Alexandra Setnikar

PLAN DU CHAPITRE

La phase hyperaigüe

Présentation du cas clinique
1.2 Pour mieux comprendre

La phase aiguë

Suite du cas clinique
Première rencontre avec l'IPA PCS PPCSP durant l'hospitalisation
Pour aller plus loin

Le suivi post-AVC à un mois

Revenons au cas clinique

Filière post-AVC

Conclusion

L'accident vasculaire cérébral (AVC) résulte majoritairement de maladies chroniques silencieuses. Lors de ses consultations, l'IPA PCS PPCSP doit explorer l'intégralité des pathologies causales. Il est également indispensable d'interroger les patients sur leur vie depuis l'AVC, indépendamment du temps écoulé depuis l'événement.

La phase hyperaigüe

Présentation du cas clinique

Madame P.¹ est une femme de 55 ans, d'origine colombienne, qui vit en France depuis l'âge de 20 ans. Elle est mariée, mère d'un fils de 19 ans et d'une fille de 23 ans. Son fils est atteint d'un trouble du spectre autistique et nécessite la présence de sa mère à plein temps. Madame P. dit consacrer tout son temps à son fils et aux tâches quotidiennes. Elle prend beaucoup de plaisir à recevoir des amis et à

cuisiner des plats élaborés pour toute sa famille. Son époux est très à l'écoute et présent pour elle.

Elle présente comme antécédents une hypertension artérielle (HTA) essentielle traitée par trithérapie (Coaprovel® 150/12,5 mg et Félodipine® 5 mg LP) avec une notion de non-observance. Une hypothyroïdie a été découverte il y a quatre mois, substituée par Levothyrox® 50 µg, dont le dosage a été diminué à 25 µg suite à l'apparition de céphalées progressives.

Elle est suivie par son médecin généraliste et n'a jamais rencontré de cardiologue ni d'endocrinologue. Elle ne présente pas d'autres facteurs de risque cardiovasculaires connus excepté une obésité modérée avec un IMC à 34 kg/m². Elle est ménopausée depuis trois ans, consomme de l'alcool occasionnellement et n'a jamais fumé de tabac ni consommé de drogues (encadré 11.1).

Le 23 juillet 2024, alors que madame P. était en vacances dans le sud de la France avec sa famille, elle a ressenti, brutalement, un épisode de vertige associé à une faiblesse du membre inférieur droit et une majoration de ses céphalées. Elle attend son retour de vacances, six jours après le début des symptômes, pour consulter son médecin généraliste qui lui prescrit une IRM cérébrale à faire en ville. Cet examen retrouve un infarctus de l'artère cérébrale antérieure gauche semi-récents. Madame P. est orientée vers une unité de neurologie vasculaire pour la suite de sa prise en soins.

1.2 Pour mieux comprendre

L'accident vasculaire cérébral se définit par l'apparition brutale d'un déficit neurologique focal. Classiquement, les signes évocateurs d'un AVC sont : la survenue brutale d'une faiblesse ou d'un

¹ Le nom et la situation ont été modifiés.

ENCADRÉ 11.1

Focus sur l'AVC chez la femme

L'AVC est la première cause de mortalité chez la femme. La fréquence de l'AVC est plus importante chez la femme que chez l'homme, du fait d'une espérance de vie plus importante, mais aussi de facteurs de risque plus prononcés. Aussi, on estime qu'une femme sur quatre sera victime d'un AVC dans sa vie.

Les facteurs hormonaux augmentent le risque d'AVC : contraception ou substitution hormonale par œstrogènes (surtout si associé au tabac), grossesse et post-partum, ménopause, sont autant de moments de la vie d'une femme qui l'expose à un surrisque d'AVC.

De plus, à âge égal et gravité de l'AVC égale, les femmes semblent moins bien récupérer que les hommes. La sociologue Muriel Darmon apporte un éclairage intéressant sur ce phénomène : les représentations sociales autour du corps féminin et du rôle de la femme au sein de la famille induiraient un recours plus tardif aux soins et une valeur accordée aux pertes différentes des hommes [1].

engourdissement soudain uni ou bilatéral de la face, du bras ou de la jambe; d'une diminution ou d'une perte de vision unie ou bilatérale; d'une difficulté de langage ou de la compréhension; d'un mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente; d'une perte de l'équilibre, d'une instabilité de la marche ou de chutes inexplicables, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents [2]. L'apparition d'un ou de plusieurs de ces signes, même de façon transitoire, est une urgence absolue : le Samu doit être immédiatement appelé au 15 pour que le patient puisse bénéficier de la filière d'urgence AVC et des meilleurs traitements disponibles (encadré 11.2).

L'entité AVC regroupe en réalité plusieurs pathologies : l'accident ischémique cérébral (AIC), qui peut être constitué (on parle alors d'AVC ischémique, ou d'infarctus cérébral) ou transitoire (on parle alors d'accident ischémique transitoire ou AIT); l'hémorragie, qui peut être intracérébrale (ou intraparenchymateuse, on emploie aussi le terme d'hématome cérébral ou d'AVC hémorragique) ou méningée (ou hémorragie sous-arachnoïdienne); la thrombose veineuse cérébrale [3].

ENCADRÉ 11.2

Focus sur la filière urgence AVC

Les chances de survie et de récupération fonctionnelle de la personne victime d'un AVC sont grandement conditionnées par la rapidité de sa prise en charge. En France, l'organisation de cette filière est une priorité de santé publique depuis plusieurs années. L'appel du Samu au 15 dès la survenue des symptômes permet la régulation et l'orientation du patient vers un établissement disposant d'une unité neurovasculaire (UNV). Actuellement, l'hospitalisation en UNV demeure le traitement le plus efficace de l'AVC. En l'absence d'UNV accessible rapidement sur le territoire, le patient peut être orienté vers un service d'urgence relié à une UNV via la télémédecine. Quel que soit le type d'AVC, cette organisation donne accès à une expertise soignante et neurologique, et pour les infarctus cérébraux, permet la réalisation d'un traitement de recanalisation par voie intraveineuse (thrombolyse dans les 4h30) ou mécanique (thrombectomie dans les 24h). Pour optimiser la prise en charge de l'AIT, des « cliniques AIT » se développent sur le territoire permettant la réalisation d'un bilan étiologique rapide et l'introduction d'un traitement de prévention secondaire adapté.

La sémilogie varie en fonction de la zone cérébrale touchée. En phase aiguë, le déficit neurologique est évalué au moyen du *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) : 0 pour une absence de déficit, jusqu'à 42 pour une atteinte neurologique très sévère. Lors d'un infarctus cérébral, la sémilogie est spécifique du territoire artériel touché. Une synthèse est consultable en ligne [4].

La phase aiguë

Suite du cas clinique

Madame P. est hospitalisée dans une unité de neurologie vasculaire. Elle conserve une faiblesse de son membre inférieur droit, sans ataxie ni trouble sensitif associés (NIHSS à 1). Elle se plaint de céphalées persistantes évaluées en échelle numérique à 7/10 ainsi qu'une légère gêne à la marche. Elle commence les séances de rééducation par kinésithérapie durant son hospitalisation.

Le bilan étiologique comporte l'exploration d'une cause athéromateuse (échographie doppler des troncs supra-aortiques et transcrâniens, angio-IRM et scanner des troncs supra-aortiques, qui sont normaux) et d'une cause cardio-embolique (l'ECG s'inscrit en rythme sinusal et régulier, sans passage en arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) sur la télémétrie et les échographies cardiaques transthoracique et transœsophagienne sont normales). Il n'y a pas d'argument pour une cause cardiaque, une maladie des petites artères, une vascularite cérébrale, une thrombose veineuse cérébrale, ou une dissection artérielle. Une ponction lombaire, réalisée pour explorer ses céphalées chroniques, s'est révélée normale. Le bilan étiologique sera complété en ville par un holter ECG longue durée ainsi qu'une polygraphie ventilatoire (recherche d'un syndrome d'apnée du sommeil). La cause de l'AVC de madame P. reste indéterminée. Elle présente une dyslipidémie avec un LDL cholestérol à 1,3 g/l nécessitant l'instauration d'un traitement hypolipémiant. Elle n'a pas de diabète.

Ses traitements habituels sont complétés par un traitement antiagrégant plaquettaire (Kardégic® 75 mg) en prévention secondaire, un traitement hypolipémiant (Atorvastatine® 80 mg et Ezetimibe® 10 mg) pour un objectif LDL cholestérol < 0,7 g/l, ainsi que d'un traitement par Laroxyl® 5 mg le soir afin de diminuer ses probables céphalées de tension chronique.

Les neurologues proposent à madame P. de rencontrer l'IPA PCS PPCSP du service pour l'accompagner dans la gestion de ses maladies. Elle est d'accord et accepte également de participer aux ateliers d'éducation thérapeutique. Un rendez-vous avec le neurologue est programmé trois mois après sa sortie et une consultation avec un endocrinologue spécialisé dans la nutrition et l'obésité est en cours de planification.

Première rencontre avec l'IPA PCS PPCSP durant l'hospitalisation

L'époux de madame P. lui rend visite chaque après-midi. Un retour à domicile est prévu, car la patiente a complètement récupéré ses capacités physiques et cognitives (NIHSS 0) et ses céphalées ont régressé. L'IPA PCS PPCSP rencontre le

couple la veille de la sortie. Ils semblent tous les deux anxieux et expriment de l'incompréhension, de la culpabilité et de la peur. Ils associent l'AVC à un état de stress chronique et de fatigue depuis plusieurs années en lien avec le travail d'aidante à plein temps de la patiente. Ils ressentent une « montée en puissance » d'une dégradation de l'état de santé de madame P. depuis l'instauration du Levothyrox®. Ce dernier point attire l'attention sur la méfiance que le couple pourrait avoir vis-à-vis des traitements. Madame P. se sent impuissante face à ses problèmes de santé. Elle utilise des stratégies d'adaptation (*coping*) centrées sur l'émotion et un locus de contrôle externe (elle attribue ce qui lui arrive à des causes externes). L'incertitude exprimée pourrait provoquer une exacerbation de ses réactions affectives et conduire à une vulnérabilité psychologique [5].

Ce premier temps d'échanges est important pour créer un climat de confiance nécessaire à l'instauration d'une alliance thérapeutique. Il offre un temps d'écoute durant lequel les patients vont une nouvelle fois narrer leur vécu, souvent brutal, de l'AVC. Cette narration va participer à l'intégration des images, des pensées, des émotions liées à cet événement pouvant être vécu comme traumatique. Cette rencontre permet de répondre aux craintes et aux interrogations, ce qui contribue à la diminution de leur état de stress. Elle permet également d'aborder avec les patients les difficultés susceptibles d'être ressenties lors du retour à la maison (majoration de l'anxiété, troubles cognitifs, fatigue, etc.) et de présenter les démarches à effectuer avant la reprise de la conduite routière (encadré 11.3). L'IPA PCS PPCSP profite de ce temps pour se faire une première idée des croyances, des représentations, des forces ou bien des points de vigilance et de fragilité des patients. Cela permettra de proposer un suivi adapté et centré sur les besoins de la personne soignée.

Madame P. accepte de revoir l'IPA PCS PPCSP en consultation dans un mois. Afin de pouvoir communiquer en cas de besoin, les coordonnées respectives sont échangées.

Pour aller plus loin

Le bilan étiologique d'un AVC permet de proposer le meilleur traitement de prévention secondaire.

Focus sur la conduite après un AVC

En France, les textes réglementaires [6] imposent l'obligation d'un contrôle médical après un AVC. Une consultation auprès d'un médecin agréé par la préfecture doit être réalisée par le patient :

- ▶ après une période minimum de 15 jours sans conduite, dans le cas d'un AVC ne laissant pas de séquelles et après repérage des troubles visuels, sensitifs, moteurs, cognitifs et/ou comportementaux;

- ▶ après une période minimum de un mois sans conduite et après une évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite, dans le cas d'un AVC laissant des séquelles [7].

Si le médecin agréé donne un avis favorable à la reprise de la conduite, le patient doit mettre à jour son permis de conduire via le site de l'Agence nationale des titres sécurisés.

Pour les infarctus cérébraux, les causes les plus fréquentes sont l'athérome des grosses artères, les cardiopathies emboligènes (parmi lesquelles la fibrillation atriale [FA] et le foramen ovale perméable [FOP]) et la maladie des petites artères. D'autres causes plus rares peuvent être recherchées, notamment chez les sujets jeunes : dissection artérielle, diaphragme carotidien, coagulopathie, vascularite. Parfois, malgré un bilan étiologique exhaustif, la cause n'est pas retrouvée : on parle alors d'AVC cryptogénique.

Pour les hématomes cérébraux, les causes les plus fréquentes sont l'hypertension artérielle et l'angiopathie amyloïde. Les hémorragies méningées résultent le plus souvent d'une rupture d'anévrisme.

Le suivi post-AVC à un mois

Le raisonnement clinique est invisible. Afin d'explicitier ces opérations mentales, le plan proposé suivra différentes étapes pouvant être effectuées auprès de tout patient ayant dans ses antécédents un AVC, à n'importe quelle étape de son parcours de soins. Bien évidemment, l'ordre des items peut varier en fonction de l'approche de l'entretien. Ils doivent cependant être tous explorés.

Le raisonnement clinique de l'IPA PCS PPCSP est fondé sur des sciences, des concepts, des théories de soins et des **diagnostics infirmiers** qui aident à étayer un processus de pensée. Les modèles conceptuels et les théories de soins infirmiers sont des abstractions qui permettent aux infirmières d'appréhender la complexité de la réalité des situations de soins [8], tandis que les diagnostics infirmiers fournissent un engagement infirmier et des résultats [5].

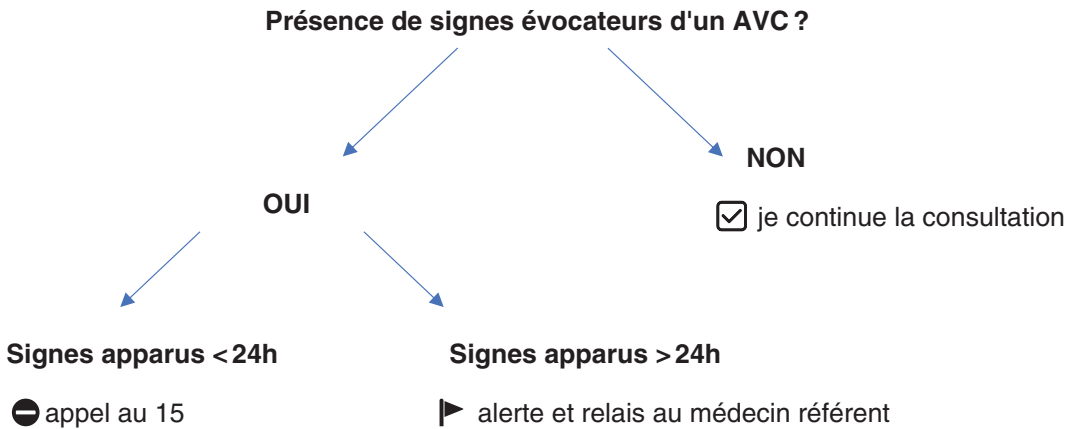
Revenons au cas clinique

Comme convenu, madame P. se présente à sa consultation de suivi. Elle est accompagnée par son époux et son fils. Elle est fatiguée, les sourcils froncés et les épaules remontées révélateurs d'un état de stress ou d'anxiété.

Alerte

La première étape de l'entretien consiste à détecter ou à éliminer une urgence clinique. Il est nécessaire de questionner la patiente sur l'apparition de symptômes neurologiques, de chute, de malaise ou d'autres problèmes cliniques depuis la sortie d'hospitalisation. Si cela est le cas, et si les symptômes énoncés évoquent une récurrence d'AVC, il est impératif de suivre les étapes de la filière « urgence AVC » (figure 11.1).

Depuis son hospitalisation, madame P. a ressenti, à deux reprises, des fourmillements des deux jambes lors du passage de la position assise à debout, ainsi que des tremblements des quatre membres, parfois lorsqu'elle sort de la douche. Ces symptômes ne sont pas évocateurs d'une récurrence d'AVC. Elle ne signale pas d'autres symptômes neurologiques, ni de saignement, ni de chute, ni de perte de connaissance, ni de douleur thoracique. Elle évoque la persistance de quelques épisodes de vertige, notamment lorsqu'elle se trouve dans des situations inhabituelles, induisant du mouvement (ascenseur, voiture), ainsi que l'apparition de dorsalgie. Elle a consulté son médecin généraliste pour cela. L'IPA PCS PPCSP évoque la possibilité que ces symptômes soient liés à un **excès de stress** induit par divers facteurs, notamment la **peur de la récurrence** qu'elle verbalise. La patiente valide ces deux diagnostics. Afin d'apaiser ces deux états, un apport de connaissances sur les signes de l'AVC et la conduite à tenir en cas d'apparition est apporté.



Déclenchement chaîne urgence AVC

Alerte et relais au médecin référent

Figure 11.1. Alerter, conduite à tenir en cas d'instabilité

Source : Coutier S, Pires Oliveira H, Muller A, Boursin P, Setnikar A.

À la fin de la consultation, madame P. est orientée vers un psychologue. L'IPA PCS PPCSP l'encourage à réaliser les séances de kinésithérapie prescrites par son médecin généraliste pour soulager ses dorsalgies et favoriser sa détente. L'examen clinique est sans particularité, avec un NIHSS à zéro. Devant l'absence d'urgence clinique ou neurologique, l'entretien se poursuit.

Vérifier

Cette seconde étape est centrée sur l'examen clinique, le soutien et l'évaluation de l'autonomie des patients à gérer leurs maladies chroniques. L'utilisation de la théorie intermédiaire de l'autogestion de la maladie chronique décrite par Barbara Riegel, Tiny Jaarsma et Anna Strömberg [9] semble appropriée. Cette théorie, créée en 2012, est notamment influencée par les travaux de Dorothea Orem sur l'autosoin (1987). Son objectif est d'avoir une vision holistique de la manière dont les patients, atteints de maladies chroniques, prennent soin d'eux. L'autosoin y est considéré comme un concept global construit à partir de trois concepts clés [10] :

- l'entretien de l'autosoin (est-ce que le patient adhère à des comportements d'autosoin?) ;
- la surveillance de l'autosoin (est-ce que le patient effectue des surveillances régulières et identifie des changements?) ;

- la gestion de l'autosoin (est-ce que le patient modifie des pratiques en fonction de l'interprétation de ses symptômes?) .

Certaines études ont exploré les freins (tels que le stress, l'humeur, l'attention, les comorbidités) et les leviers (empathie, soutien, compétences) pouvant influencer sur ces processus en réduisant ou majorant la motivation ou la capacité à poursuivre des objectifs [10].

La consultation IPA PCS PPCSP se poursuit avec madame P. Une posture favorisant l'entretien motivationnel est adoptée.

Il est important de questionner les patients sur leurs connaissances de l'AVC. La patiente a bien compris « qu'une artère s'est bouchée dans son cerveau ». Elle impute son AVC à un **excès de stress** prolongé ainsi qu'au traitement Levothyrox® instauré par son médecin généraliste (locus de contrôle externe). Elle s'est sentie obligée de débuter ce traitement et se sent piégée, car elle a entendu dire qu'il était impossible de l'arrêter. La possibilité de rencontrer un endocrinologue pour son hypothyroïdie est évoquée par l'IPA PCS PPCSP, afin d'échanger sur la prise de ce traitement. Elle ignore que cela pouvait être possible. Ses **connaissances insuffisantes** ainsi que l'absence de cause identifiée favorisent la construction de croyances autour de l'étiologie de son AVC.

L'IPA PCS PPCSP questionne la patiente sur son organisation en lien avec la prise de ses

traitements. Madame P. a acheté un pilulier qu'elle remplit tous les dimanches. Elle n'a eu aucun oubli à ce jour. Elle est félicitée pour cela et encouragée à continuer ainsi. Cependant, elle ne connaît pas l'indication de ses traitements. L'IPA PCS PPCSP lui demande si, hormis son AVC et son hypothyroïdie, elle est atteinte d'autres pathologies. La patiente signale avoir de l'hypertension, mais n'évoque pas de dyslipidémie. Une révision de son ordonnance, en expliquant l'indication de chaque traitement est réalisée.

La pression artérielle est élevée, à 145/95 mmHg (pour un objectif < 140/90 mmHg en consultation et < 135/85 mmHg en automesure à domicile), et la fréquence cardiaque est à 72 battements par minute. La patiente possède un appareil d'automesure à la maison, mais ne pense pas à l'utiliser. L'IPA PCS PPCSP lui explique comment surveiller la pression artérielle selon les recommandations (3 fois matin et soir pendant 3 jours une fois par mois) et lui remet des feuilles de suivi tensionnel à apporter lors de chaque visite concernant son suivi santé. Ce document sera également à lui envoyer par mail pour adaptation, si besoin, du traitement antihypertenseur. Des stratégies de rappel sont également évoquées pour éviter d'oublier cette surveillance (alarme, agenda, application santé, etc.) La patiente a bien intégré toutes ces informations.

La dyslipidémie est ensuite abordée, ainsi que les risques liés à un taux de LDL cholestérol élevé pour les vaisseaux. Son dernier bilan lipidique n'était pas dans les objectifs recommandés (LDL à 1,3 g/l pour un objectif < 0,7 g/l). Un bilan biologique de contrôle sera réalisé à trois mois de l'instauration du traitement hypolipémiant.

La patiente cuisine, mais n'a pas modifié son alimentation. Des rappels sur les règles hygiéno-diététiques à adopter pour une prévention cardiovasculaire optimale sont évoqués et un livret sur l'équilibre alimentaire est remis. Son poids est stable (IMC à 34 kg/m²). Elle sera, avec son accord, convoquée par le service de nutrition de l'hôpital dans le cadre de son obésité.

Madame P. ne pratique pas d'activité physique régulière. Depuis son AVC, elle ne sort plus, car elle a **peur** d'être seule. L'IPA PCS PPCSP l'encourage à sortir marcher autour de chez elle, accompagnée de ses proches, et à débiter ses séances de kinésithérapie pour reprendre confiance en elle. Dans un second temps, la pratique d'une APA pourra être proposée.

Concernant les examens complémentaires, madame P. a fait le Holter ECG et est en attente des résultats. La polygraphie ventilatoire est prévue dans six mois. Une consultation avec le neurologue est fixée dans deux mois et des séances d'éducation thérapeutique débuteront dans trois mois. L'IPA PCS PPCSP renouvelle l'ordonnance des traitements pour trois mois et prescrit une biologie de contrôle (numération formule sanguine [NFS], ionogramme, bilan hépatique, bilan lipidique) à effectuer avant la prochaine consultation et à montrer à son médecin généraliste.

Concernant la théorie intermédiaire de l'auto-gestion de la maladie chronique, madame P. adhère à des comportements d'autosoin. Néanmoins, ses croyances, son manque de connaissances et de stratégies associés à un excès de stress et de peur limitent son autonomie, ce qui induit un déficit de l'autosoin. L'apport de connaissances en lien avec les problématiques de santé individualisées, la posture motivationnelle et l'identification, avec la patiente, d'objectifs et de stratégies possibles sont des leviers pour l'accompagner à améliorer la gestion de ses autosoins.

Accompagner

Enfin, cette troisième étape de l'entretien est orientée sur le vécu des patients en post-AVC. À ce stade, l'utilisation de la théorie de l'incertitude dans la maladie de Merle H. Mishel (1990) semble adaptée. En effet, cette théorie explique comment les patients traitent cognitivement les stimuli liés à la maladie et comment ils structurent la signification de ces événements [11]. Elle est composée de deux processus d'évaluation pour déterminer la valeur accordée à l'incertitude :

- l'inférence, qui fait référence à l'évaluation de l'incertitude (est-elle perçue comme une opportunité ou une menace?) ;
- l'illusion, qui permet d'évaluer l'incertitude comme la possibilité d'un résultat positif. En d'autres termes, tout aspect incertain d'une maladie peut être, par le biais d'illusion, évalué comme une opportunité.

L'incertitude survient lorsqu'un patient ne peut identifier le sens d'un événement ou prédire comment cela va se terminer. Par conséquent, la souffrance se manifeste en cas de manque de sens [5]. Si l'incertitude est perçue comme une menace, cela peut entraîner des difficultés à faire face à la mala-

die et à s'adapter. L'incertitude étant non structurée et abstraite, elle peut être transformée par une illusion en quelque chose de plus favorable [11].

Après un AVC, il est important d'interroger les patients sur la reprise de l'intégralité de leurs activités (personnelles, sociales, familiales, professionnelles).

Madame P. a exprimé ses craintes de sortir de chez elle, par **peur** d'une récurrence de l'AVC. Elle est en hypervigilance vis-à-vis de ses sensations corporelles et manifeste des pensées intrusives de l'événement. Elle avoue également ne plus recevoir d'amis chez elle, car elle ressent une **fatigue** intense depuis l'événement, ce qui l'attriste beaucoup. Cette **fatigue** l'empêche d'assumer ses tâches quotidiennes et de pratiquer ses loisirs, notamment cuisiner des plats nécessitant une longue préparation. L'échelle de Rankin modifiée est à deux (incapable de mener à bien ses activités antérieures). Elle se sent plus impatiente, ce qui rend difficile son rôle d'aidante naturelle auprès de son fils atteint d'un trouble du spectre autistique. Elle me fait part de ses difficultés cognitives (concentration et attention) compliquant la lecture en français et les démarches administratives liées au changement d'établissement de son fils. Madame P. valide le diagnostic de **tension dans l'exercice du rôle de l'aidant naturel**. Elle verbalise un **sentiment d'impuissance**, majorant son **excès de stress** et son **anxiété**, tout cela en lien avec l'incertitude de sa situation. L'échelle HAD (*hospital anxiety and depression scale*) met en évidence une symptomatologie anxieuse certaine et dépressive douteuse. L'IPA PCS PPCSP explique que la dépression et la fatigue sont des conséquences multifactorielles fréquentes après un AVC. Suite à ces échanges, la possibilité d'un **syndrome post-traumatique** est évoquée. La patiente valide et accepte de rencontrer le psychologue concernant ses fragilités psychologiques. Elle pourra être orientée vers un neuropsychologue et/ou un psychiatre dans un second temps. Malgré ces difficultés, madame P. est **motivée à accroître sa résilience** : elle s'engage dans des activités (sortir de chez elle, rencontrer le psychologue, surveiller sa pression artérielle, etc.) et dans des objectifs à atteindre. Cela évoque la manifestation de perspectives positives. Afin de l'accompagner sur ce dernier point, l'IPA PCS PPCSP lui propose de percevoir l'incertitude qu'elle subit comme une opportunité. Et si elle profitait de cet événement de vie qu'est l'AVC

pour prendre du temps pour elle, trouver des activités ressources et s'occuper de sa santé? Le visage de la patiente se détend et reflète un signe de satisfaction. Il lui est suggéré la possibilité de contacter des associations d'aidants, ce qu'elle n'a jamais fait.

Pour finir, l'IPA PCS PPCSP reprend l'ensemble des objectifs prioritaires à atteindre avant la prochaine consultation, en accord avec madame P. :

- sortir marcher autour de chez elle avec un proche, puis seule ;
- commencer ses séances de kinésithérapie ;
- rencontrer le psychologue ;
- continuer à prendre ses traitements quotidiennement, sans oublis ;
- effectuer ses automesures tensionnelles et envoyer les relevés par mail ;
- réaliser son bilan sanguin de contrôle ;
- se renseigner auprès d'associations d'aidants ;
- consulter un endocrinologue.

La patiente sera informée de la date des ateliers d'éducation thérapeutique ainsi que de son hospitalisation de jour dans le service nutrition. Un rendez-vous de suivi IPA PCS PPCSP est fixé dans trois mois. Un compte-rendu de cette consultation sera envoyé au médecin généraliste de madame P.

Filière post-AVC

Et si l'IPA PCS PPCSP avait reçu madame P. dans un centre de santé, en ville ? Et si la patiente conservait des déficits moteurs, même minimes, ou des troubles cognitifs plus importants nécessitant une exploration par des équipes spécialisées ? Vers qui l'IPA PCS PPCSP aurait-elle pu l'orienter ?

Il existe des consultations d'évaluation pluridisciplinaire et de suivi post-AVC [12]. Toute personne ayant été victime d'un AVC ou d'un AIT doit avoir accès dans les six mois suivant son accident à une évaluation pluriprofessionnelle (encadré 11.4).

La consultation pluriprofessionnelle post-AVC, qualifiée de simple ou complexe en fonction des intervenants mobilisés, consiste à organiser, planifier et coordonner les rendez-vous de suivi des patients sortant de l'UNV, de services de soins médicaux et de réadaptation (SMR), d'autres unités du groupe hospitalier ou des secteurs de ville [13]. Ceci permet la prise en charge médicale

ENCADRÉ 11.4

Focus sur les troubles cognitifs d'origine vasculaire

Après un AVC, il est fréquent d'observer la survenue de troubles cognitifs, et ce quels que soient l'âge et la récupération du patient.

La fatigue, un ralentissement psychomoteur et des troubles de l'humeur sont des difficultés qui sont souvent rapportées. Les capacités cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives et neurovisuelles) peuvent être évaluées au moyen d'un bilan neuropsychologique. Ce repérage du handicap invisible est d'autant plus important qu'il permet de nommer les difficultés ressenties par la personne et de proposer un accompagnement adapté pour prendre en compte ces séquelles dans le projet de vie. Des ressources sont disponibles en ligne [12].

Au-delà du handicap invisible ressenti par la plupart des victimes d'un AVC, les troubles neurocognitifs d'origine vasculaire, parfois appelés démence vasculaire, sont une évolution possible en post-AVC, et sont la deuxième cause de troubles cognitifs après la maladie d'Alzheimer. Des critères diagnostiques (par exemple, les critères VasCog) et radiologiques (par exemple, présence d'une leucopathie vasculaire ou infarctus multiples) permettent d'affirmer l'origine vasculaire des troubles cognitifs. Leur traitement repose majoritairement sur le bon contrôle des facteurs de risque et l'accompagnement de la personne et de son entourage (remédiation cognitive, mise en place d'aide à la vie).

et pluriprofessionnelle, participe à la consolidation du parcours de soin des patients, en relayant l'information auprès de tous les intervenants du réseau ville-hôpital (encadré 11.5).

Ces consultations pluriprofessionnelles sont coordonnées par des infirmières spécialisées chargées d'organiser la venue du patient et l'ensemble de la consultation en assurant la consultation infirmière qui précède la consultation médicale et celle de tous les autres professionnels (orthophoniste, neuropsychologue, ergothérapeute, etc.).

Elles sont réparties par territoire. Les listes des centres référents sont disponibles sur le site de l'Agence régionale de santé, ou via l'association France AVC du territoire.

ENCADRÉ 11.5

Les points à retenir

Toute rencontre entre une IPA PCS PPCSP et une personne victime d'AVC doit être l'occasion d'aborder les points suivants :

- ▶ s'assurer de l'absence de survenue d'un nouvel événement neurovasculaire;
- ▶ vérifier la réalisation du bilan étiologique et le bon contrôle des facteurs de risque;
- ▶ accompagner la personne dans son vécu de la maladie et l'orienter vers les ressources existantes en fonction des difficultés exprimées.

L'IPA PCS PPCSP propose une approche fondée sur les sciences biomédicales et les sciences infirmières. Elle est en lien avec l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge post-AVC.

Conclusion

Une expertise par l'IPA PCS PPCSP après un AVC est une étape importante dans le suivi et la réhabilitation des patients. Elle permet de surveiller l'état général, d'optimiser l'adhésion aux traitements, de prévenir les complications et de renforcer la résilience. Les théories de soins, les concepts et les diagnostics infirmiers permettent d'adapter les soins aux besoins spécifiques des personnes. La posture de l'IPA PCS PPCSP favorise la mise en capacité (*empowerment*) et contribue à une meilleure compréhension et autonomie dans la gestion de la santé des patients. Ainsi, en collaboration avec les professionnels médicaux et paramédicaux, l'IPA PCS PPCSP participe à l'adhésion des patients aux recommandations, favorisant une meilleure gestion des facteurs de risque, améliorant la qualité de vie et diminuant ainsi le risque de récurrence.

Références

- [1] Darmon M. Réparer les cerveaux Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC [Internet]. La Découverte 2021. [cité 24 nov 2024]. Disponible sur: www.shs.cairn.info/reparer-les-cerveaux--9782348067976.
- [2] Haute Autorité de Santé. Accidentvasculaire cérébral : prise en charge précoce. Synthèse des recommandations [Internet]; 2009. [cité 29 nov 2024]. Disponible sur www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-synthese_des_recommandations.pdf.

- [3] Boursin P, Paternotte S, Dercy B, et al. Sémantique, épidémiologie et sémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *Soins* 2018;5993(828):1–64.
- [4] strokeassesspocketguide75x25frv1lr.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2024]. Disponible sur: www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/prevention-of-stroke/french/strokeassesspocketguide75x25frv1lr.ashx?rev=c4b8109a3bed4941b353e3052bc813e7.
- [5] Reinken DN, Reed SM. Mishel's uncertainty in illness theory: Informing nursing diagnoses and care planning. *Int J Nurs Knowl* oct 2023;34(4):316–24.
- [6] Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée (refonte) - Légifrance [Internet]. [cité 29 nov 2024]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045464094.
- [7] RCALC_synthese.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2024]. Disponible sur: www.sofmer.com/download/sofmer/RCALC_synthese.pdf.
- [8] Debout C. Théories de soins infirmiers, petit guide à l'usage des utilisateurs. EMC Savoirs Soins Infirm. Tome 1;(60-255-M-20):1-5.
- [9] Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci* 2012;35(3):194–204.
- [10] Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, et al. Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS Adv Nurs Sci* 2019;42(3):206–15.
- [11] Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image- -, J Nurs Scholarsh* 1990;22(4):256–62.
- [12] Handicap invisible [Internet]. [cité 29 nov 2024]. Disponible sur: www.handicap-invisible-avc-tc.fr/handicap-invisible.php?lang=FR.
- [13] Instruction n° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC. - Légifrance [Internet]. [cité 29 nov 2024]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39923.