

## Processus de prise de décisions dans dans l'accident vasculaire cérébral

Dr Nimzilne Brahim

Pour la médecine physique et de réadaptation, l'accident vasculaire cérébral est synonyme d'une suite de décisions toutes importantes les unes que les autres. Dans notre contexte la décision peut se définir comme le jugement d'une situation pour apporter une solution. Cette décision peut être portée par le MPR seul ou de façon collégiale en concertation avec l'équipe et les confrères.

L'importance de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est majeure dans notre système de soins :

- l'incidence est actuellement plutôt due pour une part à l'allongement de la durée de vie moyenne de la population ;

- la prise en charge médicale privilégiée, à la phase initiale, la protection de l'état cérébral. Ceci conduit à développer des techniques de soins en constante amélioration, qui sont à mettre en œuvre en urgence : l'AVC est une urgence médicale ;

- **l'efficacité des modes de prise en charge initiale s'apprécie par le handicap final. Le rôle de la Médecine Physique et de Réadaptation est de valoriser et d'optimiser ce résultat ;**

- la durée des soins après AVC est longue. Le coût social est très lourd, qu'on l'exprime en termes financiers ou en termes de qualité de vie. Il est donc important d'augmenter l'efficacité des moyens mis en œuvre.

- tout AVC doit être médicalisé en urgence, dans une structure apte à mettre en œuvre les moyens actuels de protection cérébrale et de réaliser un bilan lésionnel et étiologique clinique et paraclinique ;

- la Médecine Physique et de Réadaptation est concernée par tous les AVC constitués, quelles que soient leur gravité initiale et leur évolution, mais ne l'est pas par les accidents ischémiques transitoires.

### III - Phase initiale

Le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation doit intervenir en tant que consultant pour :

- évaluer la sévérité de l'atteinte et son évolution précoce, en établissant une analyse précise des déficiences. Ceci permet d'établir un premier pronostic fonctionnel, Ainsi la persistance dans les 15 premiers jours des déficiences suivantes est un élément de gravité : - troubles de la conscience - absence de contrôle postural - incontinence - troubles de la déglutition - déficience de la communication - inadaptation du comportement - déficiences cognitives (mémoire, orientation, attention) - déficiences praxiques et/ou gnosiques (atteinte des sensibilités, altération du schéma corporel, syndrome de négligence spatiale unilatérale) et association de déficiences ;

- contribuer au diagnostic, à la prévention et au traitement des complications du décubitus et aux complications propres à l'AVC : installation du patient au lit et au fauteuil, adaptation de son environnement, adoption de techniques de transfert sans risque, protection du membre supérieur, prise en charge de la spasticité, de la douleur et de la déglutition, prévention de la maladie thromboembolique ;

- orienter le patient vers la filière la mieux adaptée : service de Médecine Physique et de Réadaptation, Soins de Suite Médicalisés, structure gériatrique, retour au domicile avec soins gradués ambulatoires, (des soins d'hygiène à l'hospitalisation à domicile), pouvant faire appel à diverses modalités techniques

\* Les critères d'orientation principaux sont :

- l'âge : la seule indication pertinente est que les problèmes liés au grand âge (notion physiologique plus que chronologique) sont mieux pris en charge en gériatrie

- les déficiences, en appréciant l'association de déficiences et le degré de sévérité de chacune. Ceci conditionne l'indication des différentes techniques de rééducation. Dès que deux techniques différentes sont indiquées (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie...), l'orientation en Médecine Physique et de Réadaptation s'impose ;

- la sévérité et surtout l'évolution des déficiences pendant les premiers jours: un déficit grave qui ne montre aucune amélioration n'est pas une indication de prise en

charge immédiate en structure d'hospitalisation de Médecine Physique et de Réadaptation ; à l'opposé, une récupération très précoce avec bonne autonomie doit être suivie en ambulatoire, et pouvoir bénéficier si nécessaire d'une prise en charge en hospitalisation de jour ou en cabinet (surveillance médicale et technique de kinésithérapie et orthophonie) ;

- l'état cognitif : il s'agit d'apprécier la capacité du patient à comprendre et adhérer à un programme de rééducation. L'existence d'une détérioration globale faisant craindre une évolution vers un état démentiel exclut l'orientation en Médecine Physique et de Réadaptation. Il est cependant difficile à évaluer dans les premiers jours ;

- la nécessité d'une surveillance médicale quotidienne ;

- la capacités du patient à participer à un programme de rééducation et en particulier la possibilité d'effort (maintien de la position assise prolongée) ;

- la proximité des structures disponibles par rapport au domicile. La durée habituelle des soins et l'implication souhaitée de l'entourage familial en font un critère majeur ;

- le souhait du patient et/ou de la famille.

En résumé, doivent aller :

- en structure de Médecine Physique et de Réadaptation, les patients nécessitant des soins complexes de rééducation (plusieurs techniques), et une surveillance médicale justifiant l'hospitalisation, complète ou non ;

- en service de Soins de Suite Médicalisés, les patients nécessitant une surveillance médicale, des soins de rééducation simples (une seule technique, moins d'une heure par jour), et/ou dont l'environnement humain et architectural ne permet pas d'envisager un retour au domicile ;

- en long séjour, les patients très âgés, polypathologiques (âge physiologique et/ou chronologique supérieur à 85 ans) ;

- à domicile, les patients présentant des déficiences suffisamment légères, ne justifiant pas une surveillance médicale quotidienne, nécessitant au maximum une prise en charge kinésithérapique et orthophonique et/ou bénéficiant d'un

environnement favorable.