

## Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte

Juin 2012

Intensité et continuité



Messages clés



Méthodes de rééducation  
de la fonction motrice



Rééducation de la fonction  
motrice





Précocité



Intensité



Continuité

### Précocité



**Il est recommandé de débiter la rééducation motrice dès que possible.**

À la phase aiguë de l'AVC, chez le patient ne présentant pas d'activité motrice, il est recommandé de stimuler la fonction sensitive.

La rééducation fonctionnelle de la marche est recommandée dès que possible, et doit être poursuivie tout au long de l'évolution de l'AVC pour améliorer l'indépendance dans les déplacements (grade B).

### Intensité



À la phase chronique, le temps d'exercices a un impact favorable sur les performances de la marche (grade B).

Il est recommandé d'inclure l'effet temps comme une composante importante de la récupération motrice.

### Continuité



La rééducation manuelle individuelle est recommandée à tous les stades de la prise en charge (grade C).

À chaque transfert, changement d'unité de prise en charge du patient, ou lors du retour à domicile, les objectifs poursuivis, les résultats des diverses évaluations et actions réalisées, les éventuels problèmes rencontrés sont transmis aux professionnels qui poursuivront la rééducation.





## Généralités

Rééducation de la sensibilité

Rééducation manuelle individuelle

Activité physique et programme d'exercices gymniques

Renforcement musculaire

Rééducation intensive

Approches neuro-physiologiques

Apprentissage moteur

Biofeedback (BFB)

Électrothérapie

Répétition de tâches ou tâches orientées

Approches thérapeutiques combinées

Rééducation de la posture et de l'équilibre

Marche

Contrainte induite du membre supérieur

Rééducation assistée par robotique

Rééducation des membres supérieurs par mouvements bilatéraux simultanés

Imagerie mentale motrice

Réalité virtuelle

## Généralités



La plupart des études identifiées explorent insuffisamment tous les aspects relatifs aux méthodes de rééducation, et négligent le plus souvent les indications optimales, la description des méthodes elles-mêmes, la posologie optimale, les effets attendus, les facteurs limitants et effets indésirables.

**Il est recommandé d'homogénéiser les terminologies et protocoles des méthodes de rééducation de la fonction motrice après AVC.**

**Il est recommandé de réaliser des études afin de déterminer l'indication, la posologie et la durée optimales d'application pour chacune des méthodes de rééducation de la fonction motrice après AVC.**



## Rééducation de la sensibilité



**À la phase aiguë de l'AVC, chez le patient ne présentant pas d'activité motrice, il est recommandé de stimuler la fonction sensitive.**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure que la rééducation de la sensibilité influe sur la récupération et la qualité de la fonction motrice des AVC.

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure que la récupération fonctionnelle dépend de la récupération de la sensibilité.

## Rééducation manuelle individuelle



**La rééducation manuelle individuelle est recommandée à tous les stades de la prise en charge (Grade C).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de privilégier une technique manuelle individuelle davantage qu'une autre.

## Activité physique et programme d'exercices gymniques



**L'activité physique après AVC est recommandée pour améliorer l'adaptation à l'effort, l'état physique (Grade B) et l'indépendance fonctionnelle, mais pas pour améliorer la force musculaire.**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de recommander un type particulier d'activité ou une durée précise d'entraînement.

## Renforcement musculaire



**Le renforcement musculaire est recommandé pour améliorer la force musculaire à la phase chronique de l'AVC (Grade C), mais il ne permet pas d'améliorer la vitesse et le périmètre de marche.**

**Le renforcement musculaire après AVC ne renforce pas la spasticité (Grade B).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt du renforcement musculaire à la phase sub-aiguë de l'AVC.

Des études complémentaires doivent être réalisées pour préciser l'impact fonctionnel du renforcement musculaire aux phases aiguë et chronique.

## Rééducation intensive



**À la phase chronique, le temps d'exercices a un impact favorable sur les performances de la marche (Grade B).**

Il est recommandé d'inclure l'effet temps comme une composante importante de la récupération motrice.

L'état actuel des connaissances ne permet pas de quantifier le temps supplémentaire nécessaire pour obtenir une augmentation des performances de déambulation.





L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur la supériorité d'une méthode neuro-physiologique (Bobath, Brunnström, Kabat, Rood) par rapport aux autres, et donc de recommander une méthode neuro-physiologique plutôt qu'une autre.

Ces méthodes neuro-physiologiques sont néanmoins plus efficaces que l'absence de rééducation.

**Il est recommandé d'appliquer le concept Bobath dans sa variante actuelle plutôt que dans sa forme initiale.**



L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt des techniques d'apprentissage moteur.



**Le goniofeedback du genou est recommandé pour améliorer la marche (Grade C).**

**Le myofeedback appliqué au membre inférieur est recommandé (Grade C) pour améliorer le potentiel de marche.**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de recommander le myofeedback pour améliorer la posture et l'équilibre, ni la fonction du membre supérieur.

**La stimulation électrique fonctionnelle (SEF) couplée au myofeedback est recommandée en association avec la rééducation conventionnelle pour améliorer la fonction du membre supérieur (Grade B), lors des phases sub-aiguë et chronique de l'AVC.**



### Électro-stimulation

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de l'électro-stimulation musculaire lors des phases sub-aiguë et chronique de l'AVC.

Des études doivent être réalisées pour confirmer l'amélioration fonctionnelle apportée par l'électro-myo-stimulation.

### Stimulation électrique fonctionnelle (SEF)

**La stimulation électrique fonctionnelle (SEF) est recommandée pour améliorer les paramètres de marche (Grade C).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de la stimulation électrique fonctionnelle (SEF) pour la récupération du membre supérieur.





À la phase aiguë de l'AVC, l'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt fonctionnel de la répétition de tâches.

**À la phase sub-aiguë de l'AVC, la rééducation par tâche orientée de la marche est recommandée (Grade B).**

À la phase sub-aiguë de l'AVC, l'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de la répétition de tâches pour le membre supérieur ni pour le transfert assis-debout.

**À la phase chronique de l'AVC, la rééducation par tâche orientée de la marche est recommandée (Grade B).**

À la phase chronique de l'AVC, l'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de la répétition de tâches pour le membre supérieur.



**Il est recommandé de combiner les méthodes de rééducation motrice sans se limiter à une approche exclusive.**



**Les exercices d'équilibre et les techniques visant à améliorer la distribution du poids du corps vers le côté atteint sont recommandés, avec ou sans matériel d'équilibration (Grade C).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de l'utilisation des plateformes vibrantes dans le cadre de l'AVC.



## Rééducation de la marche

**La rééducation fonctionnelle de la marche est recommandée dès que possible, et doit être poursuivie tout au long de l'évolution de l'AVC pour améliorer l'indépendance dans les déplacements (Grade B).**

Les stimulations rythmiques par informations visuelles et/ou sonores contribuent à améliorer la marche.

## Marche sur tapis-roulant

À la phase sub-aiguë de l'AVC, l'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de l'entraînement à la marche sur tapis-roulant sans support partiel du poids.

**À la phase chronique de l'AVC, l'entraînement à la marche sur tapis-roulant sans support partiel de poids est recommandé avec un objectif d'amélioration à court terme (Grade B).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de l'entraînement à la marche sur tapis-roulant avec support partiel de poids lors des phases sub-aiguë et chronique de l'AVC.

## Orthèses

Le port d'orthèses (releveur, orthèse suro-pédieuse) est recommandé pour améliorer la stabilité de la marche et l'indépendance dans les déplacements, en cas d'insuffisance de la commande motrice.



## Aides techniques de marche

**L'utilisation d'une aide technique de marche est recommandée dès la récupération de la marche et lors du retour au domicile (Grade C) pour favoriser et sécuriser la marche.**

Il est recommandé que l'utilisation de l'aide technique de marche fasse l'objet d'un apprentissage personnalisé avec un professionnel de rééducation.

### Contrainte induite du membre supérieur



**La méthode de contrainte induite du membre supérieur, tant dans sa forme classique que dans sa forme modifiée, est recommandée à la phase chronique d'un AVC, à condition d'une récupération motrice des muscles de la loge postérieure de l'avant-bras (Grade B).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de la contrainte induite du membre supérieur à la phase sub-aiguë d'un AVC. Elle pourrait avoir un effet délétère à la phase aiguë.

### Rééducation assistée par robotique



L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de l'entraînement électro-mécanique de la marche quand d'autres techniques d'entraînement à la marche sont possibles, lors des phases sub-aiguë et chronique.

**Dans le cas où les conditions motrices du patient ne permettraient pas de le faire marcher avec l'aide d'un thérapeute, l'entraînement électro-mécanique de la marche est recommandé (Grade B).**

**L'entraînement électro-mécanique de la marche associé à la kinésithérapie est recommandé à la phase sub-aiguë (Grade B).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de l'entraînement électro-mécanique de la marche à la phase chronique.

**L'entraînement du membre supérieur par robot associé à un traitement conventionnel est recommandé aux phases sub-aiguë et chronique, afin d'améliorer la motricité (Grade B) mais pas la fonction.**

### Rééducation des membres supérieurs par mouvements bilatéraux simultanés



**L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de la rééducation des membres supérieurs par mouvements bilatéraux lors des phases sub-aiguë et chronique post-AVC.**

### Imagerie mentale motrice



**L'imagerie mentale motrice est recommandée à la phase chronique d'un AVC comme thérapie si elle est associée à d'autres traitements de rééducation motrice (Grade B).**

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de l'imagerie mentale de tâches motrices à la phase sub-aiguë de l'AVC.

### Réalité virtuelle



L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure sur l'intérêt de la rééducation par réalité virtuelle.

Des études doivent être réalisées pour établir et standardiser l'utilisation des dispositifs de réalité virtuelle et les critères d'évaluation.





Composer



Cibler



Éduquer



Évaluer

La personne victime d'AVC présente un contexte pathologique complexe qui influe sur la progression de la rééducation et que la rééducation ne peut négliger.

C'est donc dans un cadre spécifique à chaque patient, objectivé par des critères multi-factoriels, que le rééducateur doit s'adapter.

## Composer



Les méthodes neuro-physiologiques (Bobath, Brunnström, Kabat, Rood) sont plus efficaces que l'absence de rééducation.

**Il est recommandé de combiner les méthodes de rééducation motrice sans se limiter à une approche exclusive.**

## Cibler



**L'activité physique après AVC est recommandée pour améliorer l'adaptation à l'effort, l'état physique (Grade B) et l'indépendance fonctionnelle, mais pas pour améliorer la force musculaire.**

**Le renforcement musculaire est recommandé pour améliorer la force musculaire à la phase chronique de l'AVC (Grade C), mais il ne permet pas d'améliorer la vitesse et le périmètre de marche.**

**L'entraînement du membre supérieur par robot associé à un traitement conventionnel est recommandé aux phases sub-aiguë et chronique, afin d'améliorer la motricité (Grade B) mais pas la fonction.**

**La méthode de contrainte induite du membre supérieur, tant dans sa forme classique que dans sa forme modifiée, est recommandée à la phase chronique d'un AVC, à condition d'une récupération motrice des muscles de la loge postérieure de l'avant-bras (Grade B).**

**L'entraînement électro-mécanique de la marche est recommandé dans le cas où les conditions motrices du patient ne permettraient pas de le faire marcher avec l'aide d'un thérapeute (grade B).**



## Éduquer



Il est recommandé que l'utilisation de l'aide de marche fasse l'objet d'un apprentissage personnalisé avec un professionnel de la rééducation.

L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage est à privilégier dès le début de la rééducation afin d'en optimiser et d'en pérenniser les résultats. S'adaptant au projet du patient, elle lui permet d'acquérir des compétences de prévention et de rééducation motrice.

## Évaluer



### **Le renforcement musculaire après AVC ne renforce pas la spasticité (grade B).**

Il est recommandé d'appliquer le concept Bobath dans sa variante actuelle plutôt que dans sa forme initiale.





La personne victime d'AVC présente un contexte pathologique complexe qui influe sur la progression de la rééducation et que la rééducation ne peut négliger. C'est donc dans un cadre spécifique à chaque patient, objectivé par des critères multi-factoriels, que le rééducateur doit s'adapter.

Dès le début de l'hospitalisation post-AVC, il est nécessaire de débiter le plus rapidement possible les soins associant kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie et selon les besoins psychologie. L'objectif est d'entreprendre la rééducation dès les premiers jours qui suivent l'AVC, le plus souvent dans les 24 premières heures, et ce, malgré d'éventuels troubles de la vigilance.

Les gains n'apparaissent qu'après des temps de rééducation suffisamment longs.

**La rééducation motrice doit s'inscrire dans une continuité de soins. La continuité de soins est favorisée par les informations délivrées par les professionnels de santé pendant ou à l'issue de chaque étape du parcours du patient.**

L'ensemble des intervenants s'assure de la bonne observance des traitements et entretient la motivation du patient et de son entourage.

Associer les aidants naturels semble un moyen intéressant d'accompagner le patient pour le stimuler et vérifier la bonne application de l'auto-prise en charge. L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage s'adapte au projet du patient afin de lui permettre d'acquérir des compétences de prévention et de rééducation motrice (automobilisation, pratique de la marche, etc.).

**Il est recommandé de débiter la rééducation motrice dès que possible.**

**À chaque transfert, changement d'unité de prise en charge du patient, ou lors du retour à domicile, les objectifs poursuivis, les résultats des diverses évaluations et actions réalisées, les éventuels problèmes rencontrés sont transmis aux professionnels qui poursuivront la rééducation.**

L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage est à privilégier dès le début de la rééducation afin d'en optimiser et d'en pérenniser les résultats. S'adaptant au projet du patient, elle lui permet d'acquérir des compétences de prévention et de rééducation motrice.



Toutes les publications sont consultables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX  
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

