

## Rééducation motrice de l'accident vasculaire cérébral.

### A – Programme détaillé

**Durée** = 15h00

**Nombre de stagiaires** = 20 maximum

**Formateur** = Emmanuel CHOPIN – Masseur-Kinésithérapeute

### 1 – Résumé et Objectifs :

#### Contexte :

L'AVC est la première cause de handicap acquis chez l'adulte.

La prise en charge kinésithérapique, en centre comme en libéral, a bénéficié ces dernières années de nombreuses évolutions qui sont à l'origine de recommandations par l'HAS.

Citons, par exemple, le renforcement musculaire, la technique par contrainte induite, l'imagerie motrice, les vibrations tendineuses proprioceptives...

Le Masseur-kinésithérapeute, acteur essentiel de la prise en charge motrice post AVC, doit repenser et adapter sa pratique dans l'intérêt du patient.

#### Objectifs :

##### **Généraux :**

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est de permettre au stagiaire d'optimiser ses stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées au traitement de l'accident vasculaire, conformément aux données actuelles de la science, aux publications et aux recommandations de l'HAS et donc d'améliorer l'offre de soins, de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (accès aux soins).

Par ailleurs, l'objectif sera également de sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

##### **Spécifiques :**

Amener le stagiaire à :

- Favoriser le développement de l'information et l'autonomie du patient atteint d'un AVC
- Apporter les connaissances et outils nécessaires à l'élaboration d'un bilan et d'un plan de rééducation pertinents, adaptés à chaque patient, pour une prise en charge efficiente et non routinière des suites d'AVC.

## Résumé :

L'analyse rigoureuse des troubles sensitivo-moteurs et cognitifs, propres aux patients AVC, guide le thérapeute dans le choix des outils de bilan appropriés et dans la construction d'un plan de rééducation adapté aux déficiences et incapacités de chaque patient :

- Prise en charge médicale précoce des AVC en phase aiguë : fibrinolyse, facteurs de risque...
- Plasticité cérébrale et récupération motrice
- Identification et évaluation des troubles associés à l'hémiplégie :
- Sensitifs
- Visuels
- Cognitifs : mnésiques, gnosiques, praxiques (vidéo pratique)
- Les principaux outils de bilan
- Recommandations de l'HAS et nouvelles stratégies de rééducation de l'AVC :  
Toxine botulinique et rééducation, appareillage, électrothérapie, biofeedback, imagerie motrice, contrainte induite du membre supérieur...
- Approche différentielle des méthodes de : Brunstrom, Bobath et Perfetti.
- Synthèse : exemples pratiques d'exercices adaptés en activité libérale

## 2 – Déroulé pédagogique :

### Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15h comportant :
  - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
  - un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2) dans le mois qui suit la formation présentielle
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique des stagiaires

## Programme

### 1<sup>er</sup> Jour :

*Objectifs de la 1<sup>ère</sup> Journée : Permettre au stagiaire de réaliser un bilan du patient AVC en tenant compte des troubles moteurs et non moteurs, en s'appuyant sur des outils validés.*

**Matin : 9h00-12h30 = 3h30**

**9h-9h30**

- Accueil des participants, présentation du formateur
- Présentation des objectifs et du contenu de la formation
- Tour de table : présentation des stagiaires et de leurs attentes par rapport à la formation

**9h30 – 12h30 : Actualisation des connaissances (théorie):**

- 9h30- 10h30 : Parcours du patient AVC : Prise en charge médicale précoce des AVC en phase aiguë : fibrinolyse, thrombectomie mécanique, facteurs de risque et prévention des AVC...
- 10h 45- 11h15 : Plasticité cérébrale : conséquences positives et négatives sur la récupération motrice du patient, prise en charge du patient en Unité NeuroVasculaire
- 11h15-12h00 : les principaux tableaux cliniques du patient AVC
- 12h00-12h30 : synthèse

**Après-midi : 13h30-17h30 = 4h00**

**Identification et évaluation des troubles non moteurs associés à l'hémiplégie :**

- 13h30-14h30 : Douleurs neuropathiques et troubles sensitifs : exploration, bilan et prise en charge rééducative pour la préhension et la marche (théorie et pratique)
- 14h30-15h30 : troubles du champ visuel et de la motilité oculaire : exploration, bilan et prise en charge rééducative pour la préhension et la marche (théorie et pratique)
- 15h45-16h45 : Evaluation spécifique des troubles cognitifs : mnésiques, gnosiques, praxiques (vidéo pratique)
- 16h45- 17h30 : Exploration des troubles du tonus : l'hyperactivité musculaire et ses conséquences sur la posture et la marche

### 2<sup>ème</sup> Jour :

*Objectifs de la 2<sup>ème</sup> Journée : Permettre au stagiaire d'élaborer un programme de rééducation adapté à chaque patient en fonction du bilan et en s'appuyant sur des pratiques validées.*

**Matin : 8h30-12h30 = 4h00**

**Recommandations de l'HAS et nouvelles stratégies de rééducation de l'AVC :**

- 8h30 9h30 : présentation des recommandations de l'HAS
- 9h30 10h30 : Toxine botulinique et rééducation, appareillage
- 10h45-12h00 : électrothérapie, biofeedback, imagerie motrice, contrainte induite du membre supérieur, renforcement musculaire ...(théorie et pratique)
- 12h00-12h30 : Synthèse

## Après-midi : 13h30-17h00 = 3h30

### Approche différentielle des différents concepts de rééducation :

13h30 14h30 : Brunnstrom (théorie et pratique)

14h30-15h30 : Bobath : évolution du concept ( théorie et pratique), le relevé du sol

15h45 16h00 : Perfetti

16h00 16h30 : Carr et Shepherd : évaluation et traitement de la marche

16h30-17h00 : Synthèse et clôture.

## B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Afin de résoudre cette problématique, différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs " : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables de pratiques, modèles anatomiques osseux et musculaires.

## C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance

## D – Référence recommandation bibliographie

### Ouvrages :

- Gedda Michel., Décision kinésithérapique, Masson, 2001
- Purves D. et al, Neurosciences, De Boeck, 2011
- Leys D., Defebvre Luc., Réussir l'ECN, Neurologie, Ellipses, 2012.
- Viel E., Le diagnostic kinésithérapique, Masson, 2000
- YelniK A., Daniel F., Griffon A., Actualités dans la prise en charge de l'AVC, Sauramps medical, 2010.
- De Morand A., Pratique de la rééducation neurologique, Elsevier Masson, 2010.

### Références HAS :

- Référentiel d'auto évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie, Evaluation fonctionnelle de l'AVC, Janvier 2006.
- Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte, Juin 2012.
- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce, mai 2009.

### Articles :

- Robertson J.V.G., Regnaud J.-P., Description et évaluation de l'efficacité des traitements pour la récupération motrice chez le sujet hémiplegique : une approche justifiée. EMC, 2011
  - Chéron G., Neurophysiologie du mouvement. Apprentissage moteur. EMC, 2011
  - Bouric G, Beaumont M, Delplanque D., Education thérapeutique et kinésithérapie., EMC, 2015
  - Eusop-Roussel E., Collt P., Evaluation neuropsychologique chez l'adulte. EMC, 2013
  - Marit-Ducamp E et al., Rééducation des neurovessies de l'adulte, EMC, 2013
  - Bertinchamp U., Concept PNF : facilitation proprioceptive neuromusculaire, EMC, 2010
  - Quintal I. et al., Méthode de rééducation sensitive de la douleur, EMC, 2013
  - Le Cavorzin P. Spasticité musculaire : états des lieux et perspectives., EMC, 2013.
  - Gain H. et al., Renforcement musculaire en rééducation, EMC, 2013
  - Shepherd R., Carr J., Rééducation neurologique : les données de la science pour la pratique clinique, Kinésithérapie, les annales, n°38-39,2005
  - Shepherd R., Carr J, Performances motrices et AVC, Kinésithérapie, les annales, n°44-45,2005
  - Person M., Rééducation de la préhension après AVC, l'apport des nouvelles techniques, KS n°505, dec 2009
  - Boudrahem S., Rééducation à la marche du patient hémiplegique selon le concept Perfetti, Kinésithérapie, les annales, n°5-6,2002
  - Picard Y., La plasticité cérébrale après AVC, KS, n°475, mars 2007
  - Choplin A. et al, Précisions sur le récurvatum de l'hémiplegie, Kinesither Rev 2011
  - Bonnyaud C. et al, Effets d'une séance de rééducation à la marche par contrainte induite sur terrain plat ou sur tapis roulant, KS n° 522, juin 2011
  - Rulleau T., Toussaint L., L'imagerie motrice en rééducation, Kinesither Rev 2014 ;14 (148) ;51-54
  - Mesure S., Cryothérapie corps entier : littérature et perspectives de recherches, Kinesither Rev 2014 ;14 (152-153) ;56-60
  - Maës L., Du nouveau pour les fauteuils roulants à usage des personnes hémiplegiques, Kinesith Rev 2015 ;15(163) ;38-40
  - Bleton JP., Sangla S., Rééducation des dystonies, EMC 2013
- ders 2008;23(12):1707-17.