

REEDUCATION MOTRICE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

A – Programme détaillé

DUREE

- Deux jours en présentiel
- 1 heure d'évaluation des pratiques
 - 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

FORMATEUR

Emmanuel CHOPIN– Masseur-Kinésithérapeute

1) 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 :

Plus précisément sur le thème, d'amener le stagiaire à :

- Favoriser le développement de l'information et l'autonomie du patient.
- 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.

2) RESUME

Premier jour : 9h00-13h00 & 14h00-17h30

Matin

- Restitution des grilles EPP 1 et tour de table

Actualisation des connaissances :

- Prise en charge médicale précoce des AVC en phase aiguë : fibrinolyse, facteurs de risque...
- Plasticité cérébrale et récupération motrice

Après-midi

Identification et évaluation des troubles associés à l'hémiplégie :

- Sensitifs
- Visuels
- Cognitifs : mnésiques,gnosiques, praxiques (vidéo pratique)

Les principaux outils de bilan.

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h30

Matin

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...

Après-midi

- Approche différentielle des méthodes de Brunnstrom, Bobath et Perfetti
- Synthèse : exemples pratiques d'exercices adaptés en activité libérale-préparation EPP 2

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille EPP pré formation
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15 h comportant des échanges de 30 minutes sur les résultats des grilles pré-formation, d'un face à face pédagogique de 14h d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les EPP et d'une préparation de 30 minutes des EPP post formation
- Analyse des pratiques par EPP post formation
- 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.

B – Méthodes pédagogiques mises en oeuvre

Les 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
- **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.

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
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, tapes, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- EPP pré et post formation présentielle
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction 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.
- Bobath B, Hémiplégie de l'adulte, Masson, 1981
- Albert A., Rééducation neuromusculaire de l'adulte hémiplégique, Masson, 1969
- Viel E., Le diagnostic kinésithérapique, Masson, 2000
- Viel E., La méthode de KABAT, Masson, 1970
- YelniK A., Daniel F., Griffon A., Actualités dans la prise en charge de l'AVC, Sauramps medical, 2010.
- Sultana R., La méthode de Brunnstrom, Masson, 1994
- 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 hémiplégique : 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 hémiplégique 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'hémiplégie, 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

E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles

Cf page suivante



Rééducation des affections neurologiques centrales

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Rééducation des AVC	OUI	NON	NC
01 - La fibrinolyse influence positivement le pronostic moteur après AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - La fibrinolyse exige une rééducation spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Il est recommandé de pratiquer 30 minutes d'exercices quotidiens 2 fois/semaine en plus des activités quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Il est recommandé de pratiquer une activité physique le plus tôt possible après un AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Le test des 6 minutes aux alentours de 60 % de la fréquence cardiaque maximale peut être proposé comme une forme d'exercice d'intensité modérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - National Institute of Health Stroke Score ou NIHSS permet l'estimation du devenir fonctionnel des patients au stade de la prise en charge en rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
07 - Le retour précoce à domicile fait prendre le risque d'une moins bonne évolution en terme d'autonomie à moyen terme (de 3 à 12 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Le renforcement musculaire après AVC ne renforce pas la spasticité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Il est recommandé de choisir une méthode exclusive de rééducation et de s'y tenir afin d'en tirer le meilleur des effets positifs, plutôt que de combiner les méthodes de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage est à envisager après le retour au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - On distingue trois phases d'évaluation post-AVC : la phase aiguë, la phase sub-aiguë ou de récupération et la phase chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - L'électrostimulation musculaire n'a pas fait la preuve de son efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Le temps nécessaire de rééducation journalière pour obtenir une augmentation des performances motrices n'est pas connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
14 - La supériorité de la méthode Bobath sur les méthodes Kabat et Brunnström a été démontrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Des exercices d'équilibre et les techniques visant à améliorer la distribution du poids du corps vers le côté atteint, doivent être inclus dans les programmes de rééducation de la station debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - La rééducation de la marche doit être entreprise dès que possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - L'entraînement à la marche sur tapis roulant sans support partiel du poids du corps n'a pas fait la preuve qu'elle apportait une amélioration de la marche à la phase chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Le port d'orthèse type releveur est recommandé pour améliorer la stabilité de la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - L'utilisation d'une canne est recommandée dès la récupération de la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - La technique de contrainte induite du membre supérieur est recommandée à la phase aiguë de l'AVC à condition qu'il existe une récupération motrice des muscles de la loge postérieure de l'avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - L'imagerie mentale motrice est une technique utilisée dans le but d'obtenir la réalisation ou la mémorisation d'un mouvement donné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
22 - La rééducation d'un membre spastique peut être commencée immédiatement après l'injection de toxine botulique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Les AVC ischémiques récupèrent mieux que les AVC hémorragiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Le risque de faire un nouvel AVC est faible après un an d'évolution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - La spasticité est le principal problème de l'hémiplégie vasculaire à la période de récupération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Il faut éviter la rééducation sur cycle-ergomètre pour les patients spastiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - Il est possible de pratiquer plus de 50 séances de rééducation par an au-delà d'un an post-AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rééducation des affections neurologiques centrales

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

28 - Il est possible de réduire le déficit de force musculaire post-AVC par des techniques de renforcement

29 - Le patient doit pratiquer des exercices de rééducation entre les séances de rééducation, hors de la présence du kinésithérapeute

30 - Le malade ne fait plus de progrès au-delà d'un an post-AVC, la rééducation est alors une rééducation d'entretien