



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ET NOUVELLES MODALITES DE REEDUCATION MOTRICE

DUREE :

- Deux jours en présentiel
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

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

FORMATEUR

Emmanuel CHOPIN– Masseur-Kinésithérapeute -Concepteur-formateur

CONTEXTE ET ENJEUX

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis de l'adulte et la troisième cause de décès en France aujourd'hui.

La rééducation contribue à diminuer l'impact des déficiences sur la dépendance et améliore la qualité de vie des personnes victimes d'un AVC.

Les méthodes de rééducation ont beaucoup évolué au cours des dernières années sous l'effet de la recherche. En France, le guide sur les méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte publié par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2012. a été complété **en juillet 2022** par les recommandations portant sur la rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte.

A ce jour, l'évolution des prises en charge en rapport avec des approches plus actives et globales, l'utilisation de nouvelles technologies et de la réalité virtuelle nécessite une évolution des pratiques à travers des actions de formation

RESUME

L'action de formation se propose d'actualiser les pratiques avec la prise en compte et l'appropriation de ces approches plus actives, de l'utilisation des outils numériques et des nouvelles technologies, dans le cadre des recommandations HAS actualisées en 2022 par les Méthodes de rééducation recommandées pour améliorer la fonction motrice (*Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités ; RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - 04 juil. 2022*) ; la formation portera sur :

- L'Actualisation des connaissances
- L'Identification et évaluation des troubles associés à l'hémiplégie et principaux outils de bilan
- La Mise en situation pratique à partir de cas cliniques sur les troubles fonctionnels suivants : boiterie, recurvatum du genou, stimulations à la marche, préhension
- L'étude des Recommandations de la HAS 2022, avec l'analyse des Méthodes de rééducation recommandées pour améliorer la fonction motrice en fonction des niveaux de preuves :
Les Nouvelles technologies rééducatives : réalité virtuelle, serious game, thérapies robotisées (indications et pertinence d'utilisation) :
 - L'appareillage,
 - Le biofeedback,
 - L'imagerie motrice,
 - La contrainte induite du membre supérieur
- L'Approche différentielle des méthodes actives de prise en charge
Des exemples pratiques d'exercices adaptés en activité libérale
La mise en place d'une Education thérapeutique du patient et de l'aidant

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Objectifs généraux :

- limiter les différents incidences, fonctionnelles, sociales, et économique liées à la pathologie et aux éventuelles séquelles
- favoriser une mise en œuvre des méthodes de rééducation recommandées en 2022 pour améliorer la fonction motrice , avec une approche plus globale , qui inclue les technologies de réalité virtuelle et d'intelligence artificielle ;
- maîtriser la bonne indication et l'utilisation pertinente et adaptée de ces méthodes et nouvelles technologies, en fonction de éléments du bilan et des objectifs du patients
- mettre en place une éducation thérapeutique du patients et des aidants

Objectifs Spécifiques :

A l'issue de la formation, le stagiaire sera en capacité de :

- Connaitre les méthodes thérapeutiques médicales
- Comprendre et intégrer les concepts de plasticité cérébrale
- Savoir évaluer les déficiences et les limitations d'activité
- Mesurer l'impact sur le quotidien du patient
- Savoir réaliser un diagnostic kinésithérapique intégrant
- Favoriser le développement de l'information et l'autonomie du patient.
- Elaborer un plan de rééducation pertinents, adaptés à chaque patient, pour une prise en charge efficiente et non routinière, **plus active et globale**
- Maîtriser et intégrer dans sa pratique, les recommandations de la HAS
- Comprendre et savoir utiliser les principales méthodes recommandées
- D'intégrer dans sa prise en charge les outils de réalité virtuelle
- Savoir échanger les éléments pertinents avec les autres professionnels de santé.

Déroulé pédagogique

Premier jour : 9h00-12h30 & 14h00-17h30

Matin

9h00-9H30

- Echange autour des pré-tests et tour de table

9H30-11h00

Actualisation des connaissances

Connaissances sémiologiques, physiopathologiques et médicales

- Prise en charge médicale précoce des AVC en phase aiguë : fibrinolyse, facteurs de risque...
- Parcours de soin

11H00-12h30

- Plasticité cérébrale et récupération motrice : influences sur les modalités de prise en charge.

Après-midi

14h-15h30

Identification et évaluation des troubles associés à l'hémiplégie :

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

➤ 3 rue Lespagnol

75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75

ce numéro ne vaut pas agrément de l'état

Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

15h30-17h

Les principaux outils de bilan

Evaluation de la parésie, de l'hyperactivité musculaire.
Evaluations fonctionnelles

17h-17h30

Synthèse / discussion sur la journée

Objectifs de la première journée

- Connaître les méthodes thérapeutiques médicales
- Comprendre et intégrer les concepts de plasticité cérébrale
- Savoir évaluer les déficiences et les limitations d'activité
- Mesurer l'impact sur le quotidien du patient
- Savoir réaliser un diagnostic kinésithérapique
- Favoriser le développement de l'information et l'autonomie du patient.
- Elaborer un plan de rééducation pertinents, adaptés à chaque patient, pour une prise en charge efficiente et non routinière.

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 14h00-17h30

Matin

9h00-11h30

Mise en situation pratique par binôme à partir de cas cliniques.

- Les boiteries à la marche,
- Le recurvatum du genou en phase portante,
- Modalités d'exercices de marche avec stimulations visuelles ou auditives,
- Membre supérieur et préhension.

11h30-12h30

Ce que dit la littérature, ce que recommandent la HAS et les sociétés savantes, application dans une démarche EBP

Après-midi

14h00-16h00

Recommandations de la HAS 2022 et nouvelles stratégies de rééducation de post-AVC :

- Toxine botulinique et rééducation,
- Nouvelles technologies rééducatives : réalité virtuelle, serious game, thérapies robotisées
- Indications, modalités d'application pratiques avec plusieurs systèmes différents
- appareillage,
- biofeedback,
- imagerie motrice,
- contrainte induite du membre supérieur...
- Approche différentielle des méthodes de Brunnstrom, Bobath et Perfetti

16h00-17h15

- Education thérapeutique du patient et des aidants (éléments et mise en place)

- 17h15-17h30

Synthèse sur la formation

Objectifs de la seconde journée

- Maîtriser et intégrer dans sa pratique, les recommandations de la HAS
- S'approprier les nouvelles méthodes et technologies, leurs indications et leurs justes utilisations
- Comprendre et savoir utiliser les principales méthodes
- Savoir échanger avec les autres professionnels de santé

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Notre partie formation continue utilisera les standards de la pédagogie en formation d'adulte. Les savoirs et savoir-faire portant sur notre thématique ont énormément évolué au cours des dernières années. Les recommandations se sont-elles aussi développées et harmonisées permettant des consensus plus marqués de prise en charge.

Les stagiaires n'arrivent pas « vierges de savoirs », mais avec des savoirs souvent obsolètes. 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.
- 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 de mise en application pratique
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, Les formateurs sont également inciter a utiliser au cours de la formation des outils favorisant l'interactivité et le travail collaboratif, tel que les applications **Kahoot**, et **poll everywhere** ;

Les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables et matériels de pratiques

Par ailleurs, la formation est ouverte aux professionnels de profils variés exerçant dans des structures libérales ou des institutions de santé, avec pour objectif de favoriser les échanges et les débats entre les stagiaires et discussions. Chaque stagiaire pouvant être contributeur de la formation du groupe.

Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Questionnaire sur les pratiques professionnelles « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Une analyse partagée des résultats du pré test est effectuée au cours des différents temps de la formation, avec analyse des écarts entre les réponses des participants et les réponses attendues en référence aux différentes recommandations
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire à distance sur la satisfaction et le transfert des connaissances et compétences acquises en situation de soins

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Références bibliographiques

- Abdelnour, Luc Maynard, Jean-Bernard Dubost, Ayman Assi, Roland Tomb, Serge Mesure, Effet d'un programme de facilitation proprioceptive neuromusculaire (concept PNF) sur la marche et sur la force musculaire chez des patients hémiparétiques : essai contrôlé randomisé, Kinésithérapie, la Revue, Volume 22, Issue 246, 2022
- Albert A., Rééducation neuromusculaire de l'adulte hémiparétique, Masson, 1969
- Baillieul S, Armin Schnider, Anne Tabard, Gilles Allali, Stéphane Armand, Le prix de la coordination : influence d'une interférence cognitivo-motrice sur la coordination intramembre après accident vasculaire cérébral, Neurophysiologie Clinique, Volume 47, Issues 5-6, 2017,
- Bertinchamp U. Concept PNF : facilitation proprioceptive neuromusculaire, EMC, 2010
- Beyaert, R Vasa, GE Frykberg - Neurophysiologie Clinique/Clinical ..., Gait post-stroke: pathophysiology and rehabilitation strategies, 2015 - Elsevier
- Bleton JP., Sangla S., Rééducation des dystonies, EMC 2013
- Bobath B, Hémiparésie de l'adulte, Masson, 1981
- 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
- Boudrahem S., Rééducation à la marche du patient hémiparétique selon le concept Perfetti, Kinésithérapie, les annales, n°5-6, 2002
- Bouric G, Beaumont M, Delplanque D. Education thérapeutique et kinésithérapie., EMC, 2015
- Buatois, C Chauvière, H Marinho, F Viennot... myoneurostimulation fonctionnelle sur le réapprentissage de la marche chez le patient hémiparétique suite à un accident vasculaire cérébral. Résultats préliminaires ...- Kinésithérapie, la ..., Elsevier, 2022
- Byl, N., Roderick, J., Mohamed, O., Hanny, M., Kotler, J., Smith, A., ... & Abrams, G. (2003). Effectiveness of sensory and motor rehabilitation of the upper limb following the principles of neuroplasticity: patients stable poststroke. Neurorehabilitation and neural repair, 17(3), 176-191.
- Conter H, Favoriser l'adaptation occupationnelle dans un programme d'ETP pour des patients en post-AVC - 2022 - anfe.fr.
- Chang, W. H., & Kim, Y. H. (2013). Robot-assisted therapy in stroke rehabilitation. Journal of stroke, 15(3), 174.
- Chéron G. Neurophysiologie du mouvement. Apprentissage moteur. EMC, 2011
- Choplin A. et al, Précisions sur le récurvatum de l'hémiparésie, Kinesither Rev 2011
- Comandre I, Cas clinique d'une diplopie post-accident vasculaire cérébelleux sur strabisme ancien, Revue Francophone d'Orthoptie, Volume 15, Issue 3, 2022,
- Daviet, J. C., Compagnat, M., Bernikier, D., & Salle, J. Y. (2022). Réadaptation après accident vasculaire cérébral: retour et maintien à domicile, vie quotidienne. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2022
- De Morand A., Pratique de la rééducation neurologique, Elsevier Masson, 2010.
- Dimyan, M. A., & Cohen, L. G. (2011). Neuroplasticity in the context of motor rehabilitation after stroke. Nature Reviews Neurology, 7(2), 76
- Duchossoy, E. Allart, T. Wacquez, H. Devanne, N. Sturbois-Nachef, Impact de la fatigabilité musculaire du quadriceps sur les cocontractions spastiques entre quadriceps et ischiojambiers et sur la marche chez les patients hémiparétiques post-AVC, Neurophysiologie Clinique, Volume 49, Issue 3, 2019,
- Duclos, R Aissaoui, G Parent, C Duclos... L'asymétrie temporelle à la marche évaluée en laboratoire et dans un milieu écologique ne diffère pas chez les personnes post-AVC - Neurophysiologie ..., 2019 - Elsevier
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., ... & Reker, D. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. Stroke, 36(9), e100-e143.

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

- Eusop-Roussel E., Collt P. Evaluation neuropsychologique chez l'adulte. EMC, 2013
- Gain H. et al., Renforcement musculaire en rééducation, EMC, 2013
- Gaju, Y. M., Ngandzali, D. D., Youmbert, A. N., Ossou-Nguiet, P. M., & Bileckot, R. (2021). Prise en charge globale des AVC en médecine physique et réadaptation. Revue Neurologique, 177, S147-S148. 2021
- Gedda Michel., Décision kinésithérapique, Masson, 2001.
- Guéret, L. . Place de la réalité virtuelle dans la prise en charge des enfants paralysés cérébraux: synthèse bibliographique. Motricité Cérébrale, 43(1), 14-17. 2022
- Haute autorité de Santé (HAS) Recommandation de bonne pratique Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités, 04 juil. 2022.
- HAS
Outil d'amélioration des pratiques professionnelles
08 sept. 2020
Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC.2020
- HAS Document
17 oct. 2018
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Accidents vasculaires cérébraux
- Haute Autorité de Santé (HAS). Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte, Juin 2012.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce, mai 2009.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Référentiel d'auto évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie, Evaluation fonctionnelle de l'AVC, Janvier 2006.
- Holden, M. K. (2005). Virtual environments for motor rehabilitation. Cyberpsychology & behavior, 8(3), 187-211.
- Karim Jamal, Thomas Lucas, Stéphanie Leplaideur, Thibault Honoré, Simon Butet, Isabelle Bonan, Effets à long terme des vibrations répétées du muscle gluteus medius sur l'asymétrie posturale et sur la marche après un AVC chronique : étude pilote (résultats préliminaires), Neurophysiologie Clinique, Volume 48, Issue 6, 2018,
- Le Cavorzin P. Spasticité musculaire : états des lieux et perspectives., EMC, 2013.
- Leys D., Defebvre Luc., Réussir l'ECN, Neurologie, Ellipses, 2012.
- Maës L., Du nouveau pour les fauteuils roulants à usage des personnes hémiplegiques, Kinesith Rev 2015 ;15(163) ;38-40
- Mang, C. S., Campbell, K. L., Ross, C. J., & Boyd, L. A. (2013). Promoting neuroplasticity for motor rehabilitation after stroke: considering the effects of aerobic exercise and genetic variation on brain-derived neurotrophic factor. Physical therapy, 93(12), 1707-1716.
- Marit-Ducamp E et al. Rééducation des neurovessies de l'adulte, EMC, 2013
- Mesure S., Cryothérapie corps entier : littérature et perspectives de recherches, Kinesither Rev 2014 ;14 (152-153) ;56-60
- Moller, J., Aravind, G., & Danells, C. (2021). Recommandations canadiennes sur les programmes communautaires d'exercice après un AVC Version 2020.
- Morin, D., Rémillard, S., Salerno, A., & Michel, P. (2021). L'éducation thérapeutique du patient cérébrovasculaire: évidence scientifique, application pratique. Therapeutische Umschau, 78(6), 249-258. 2021
- Moumeni, I. N., Mapoure, Y. N., Gracies, J. M., Moyses, E., Temgoua, M., Moulanguou, J. P., & Moumeni, N. N. (2021). Plasticité musculaire et traitement physique dans la parésie spastique déformante: physiopathologie de la sous-utilisation et réversibilité par le réentraînement intensif. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 21(124), 227-242. 2021

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

- Page, S. J., Schmid, A., & Harris, J. E. (2012). Optimizing terminology for stroke motor rehabilitation: recommendations from the American Congress of Rehabilitation Medicine Stroke Movement Interventions Subcommittee. Archives of physical medicine and rehabilitation, 93(8), 1395-1399.
- Person M., Rééducation de la préhension après AVC, l'apport des nouvelles techniques, KS n°505, dec 2009
- Picard Y., La plasticité cérébrale après AVC, KS, n°475, mars 2007
- Pinon-Desclaux C, Diplopie post-AVC, Revue Francophone d'Orthoptie,2022
- Pradeau, Agata Krasny, Erwan Bagot, Alexandre Neis, Marie-Eve Isner-Horobet, Comment avancer dans la prise en charge de la spasticité en 2022, Revue Neurologique, Volume 178, Supplement,2022,
- Prost, M. . Quand le pointage permet de tromper le cerveau pour réduire l'héminégligence. Revue Francophone d'Orthoptie, 15(3), 115-121. 2022.
- Purves D. et al, Neurosciences, De Boeck, 6 ème édition 2019
- Quintal I. et al. Méthode de rééducation sensitive de la douleur, EMC, 2013
- 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
- Rulleau T., Toussaint L., L'imagerie motrice en rééducation, Kinesither Rev 2014 ;14 (148) ;51-54
- Yelnik, Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation,Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine,Volume 206, Issue 5, 2022,
- Shepherd R., Carr J, Performances motrices et AVC, Kinésithérapie, les annales, n°44-45,2005
- Shepherd R., Carr J., Rééducation neurologique : les données de la science pour la pratique clinique, Kinésithérapie, les annales, n°38-39,2005
- Stinear, C., Ackerley, S., & Byblow, W. (2013). Rehabilitation is initiated early after stroke, but most motor rehabilitation trials are not: a systematic review. Stroke, 44(7), 2039-2045.
- Sultana R., La méthode de Brunnstrom, Masson, 1994
- Viel E., La méthode de KABAT, Masson,1970
- Viel E., Le diagnostic kinésithérapique, Masson, 2000
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... & Lang, C. E. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 47(6), e98-e169.
- Yelnik A.,Daniel F., Griffon A., Actualités dans la prise en charge de l'AVC,,Sauramps medical, 2010.
- Yelnik, Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation,Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine,Volume 206, Issue 5,

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK

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"/>
28 - Il est possible de réduire le déficit de force musculaire post-AVC par des techniques de renforcement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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