

# REENTRAINEMENT, REEDUCATION AU LONG COURS, ET ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES CHEZ LES PATIENTS APRES AVC

Raphaël Gross

DES MPR Module 5 - Rééducation & SNC

24 mars 2023

 Nantes  
Université

**Pôle Santé**  
UFR Médecine

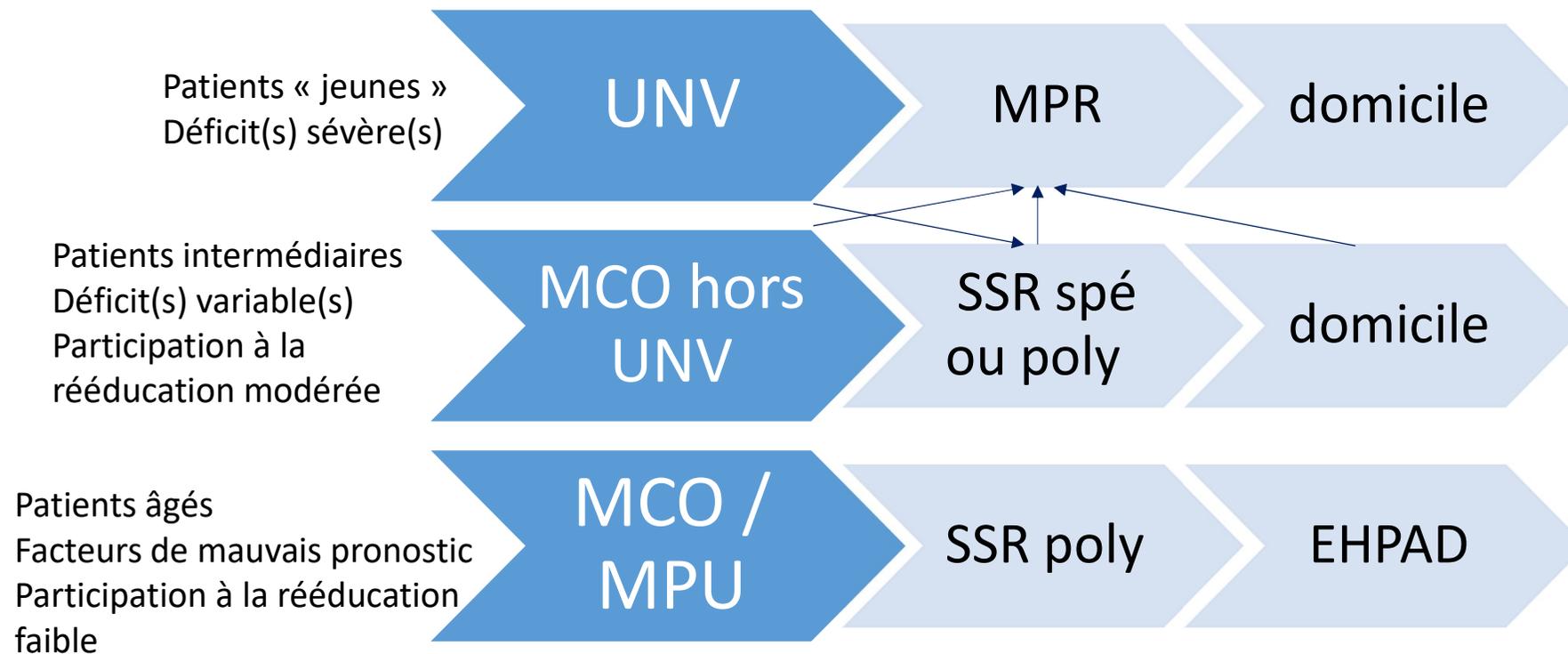
 cofemer  
collège français des  
enseignants universitaires de  
médecine physique et de réadaptation

  
CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

# PLAN DU COURS

1. Orientation des patients AVC
2. Structures intervenant dans la PEC des AVC au stade chronique
3. Recommandations de PEC : rééducation motrice à la phase chronique
4. Activités Physiques Adaptées
5. Rééducation en programmes
6. Autorééducation guidée

# 1. ORIENTATION DES PATIENTS : GRANDES FILIERES



**ROLE des CEP AVC**  
**ROLE des EQUIPES MOBILES de READAPTATION**  
**(Rôle des HAD-R ?)**

# PARCOURS DE SOINS

- Définition de 4 parcours de patient selon CIF:
- **Déficiences : 4 catégories**
  - Catégorie 1 : Une seule déficience/ possibilité marche
  - Catégorie 2 : plusieurs déficiences / impossibilité de marche
  - Catégorie 3 : plusieurs déficiences avec troubles cognitifs ou comportementaux
  - Catégorie 4 : AVC gravissime, LIS
- **Pronostic fonctionnel**
  - Pathologies associées ayant incidence fonctionnelle
  - Pathologie psychiatrique ayant incidence fonctionnelle
- **Facteurs contextuels internes et externes**
  - Nécessité adaptation environnement
  - Inadaptation ou insuffisance réseau médical
  - Difficultés sociales et psychosociales

# PARCOURS DE SOINS : recommandations SOFMER/SFNV/SFGG 2008

Pratiques professionnelles et Recommandations

## Orientation des patients atteints d' AVC

Conférence d'Experts avec Audition Publique

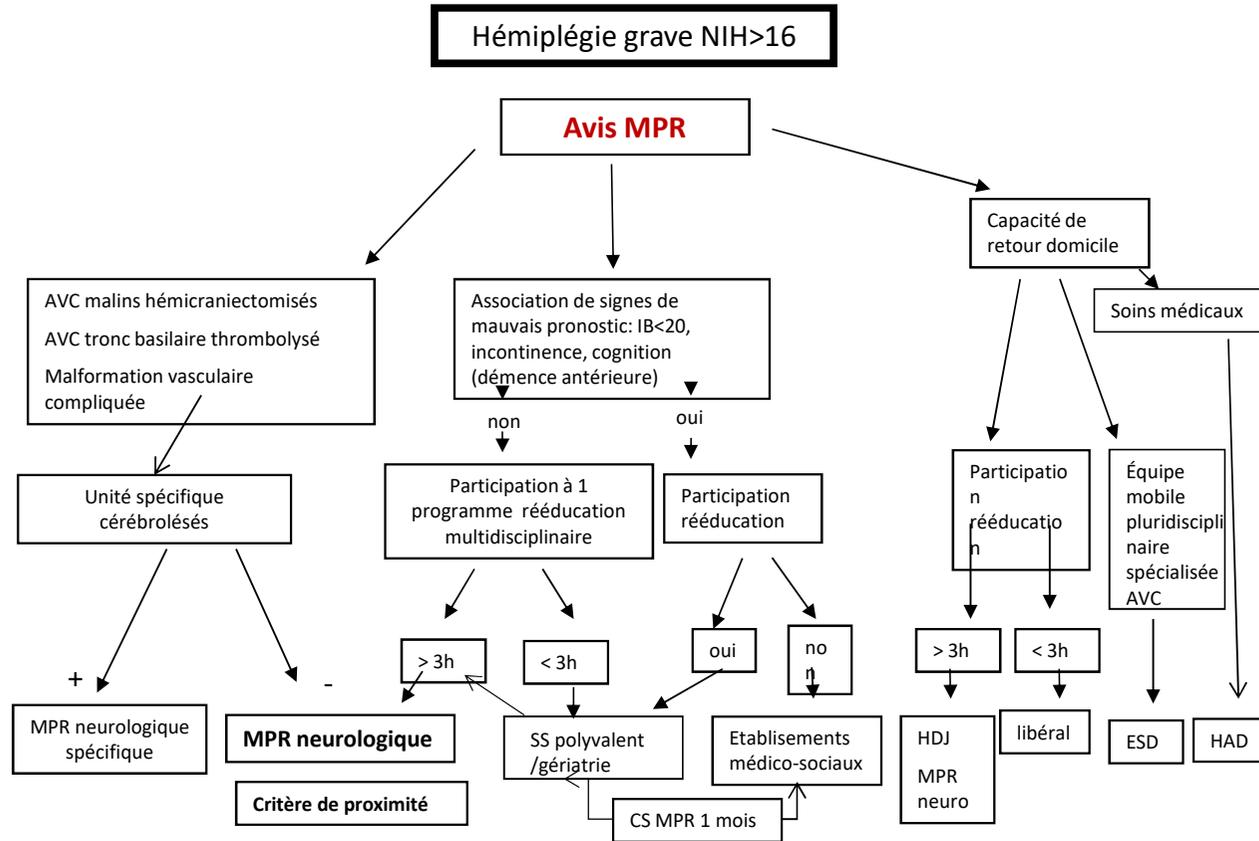
Mulhouse le 22 octobre 2008

*Promoteurs : la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (Sofmer), la Société Française de Neuro Vasculaire (SFNV) et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG).*

Seront orientés préférentiellement :

1. vers une structure intermédiaire de post réanimation puis une **structure de rééducation et réadaptation spécialisée pour cérébrolésés**, - les déficit sévères (NIHSS supérieur à 16), lorsqu'ils sont conscients, sevrés de la ventilation artificielle sans ou avec trachéotomie, - les AVC cérébraux malins après hémicraniectomie décompressive, - les AVC par occlusion du tronc basilaire après recanalisation par thrombolyse.
2. vers le **SSR spécialisé en affections neurologiques** les hémiplésies de gravité intermédiaire (NIHSS entre 5 et 15 et Barthel Index  $\geq 20$ ) avec un début d'amélioration dans les 7 premiers jours, et les hémiplésies plus graves chez des sujets plus jeunes dans la mesure où il n'y a pas à proximité de structure de rééducation et réadaptation spécialisée pour cérébrolésés.
3. vers **les SSR non spécialisés ou spécialisés en affections de la personne âgée polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance** les hémiplésies graves sans signe de récupération dans les 7 premiers jours avec présence de signes de mauvais pronostic (Barthel Index  $< 20$ , persistance d'une incontinence, multiplicité et complexité des déficiences) et qui n'ont pas besoin d'un programme de rééducation multidisciplinaire coordonné ou ne sont pas en mesure de participer à au moins 3 heures de rééducation par jour à brève échéance.
4. vers **un établissement pour personne âgée dépendante (EHPAD)** les patients d'âge avancé, surtout au delà de 80 ans, avec isolement social, dont l'AVC est sévère (déficit moteur et cognitif, troubles de la déglutition et incontinence).

# PARCOURS DE SOINS : recommandations SOFMER/SFNV/SFGG 2008

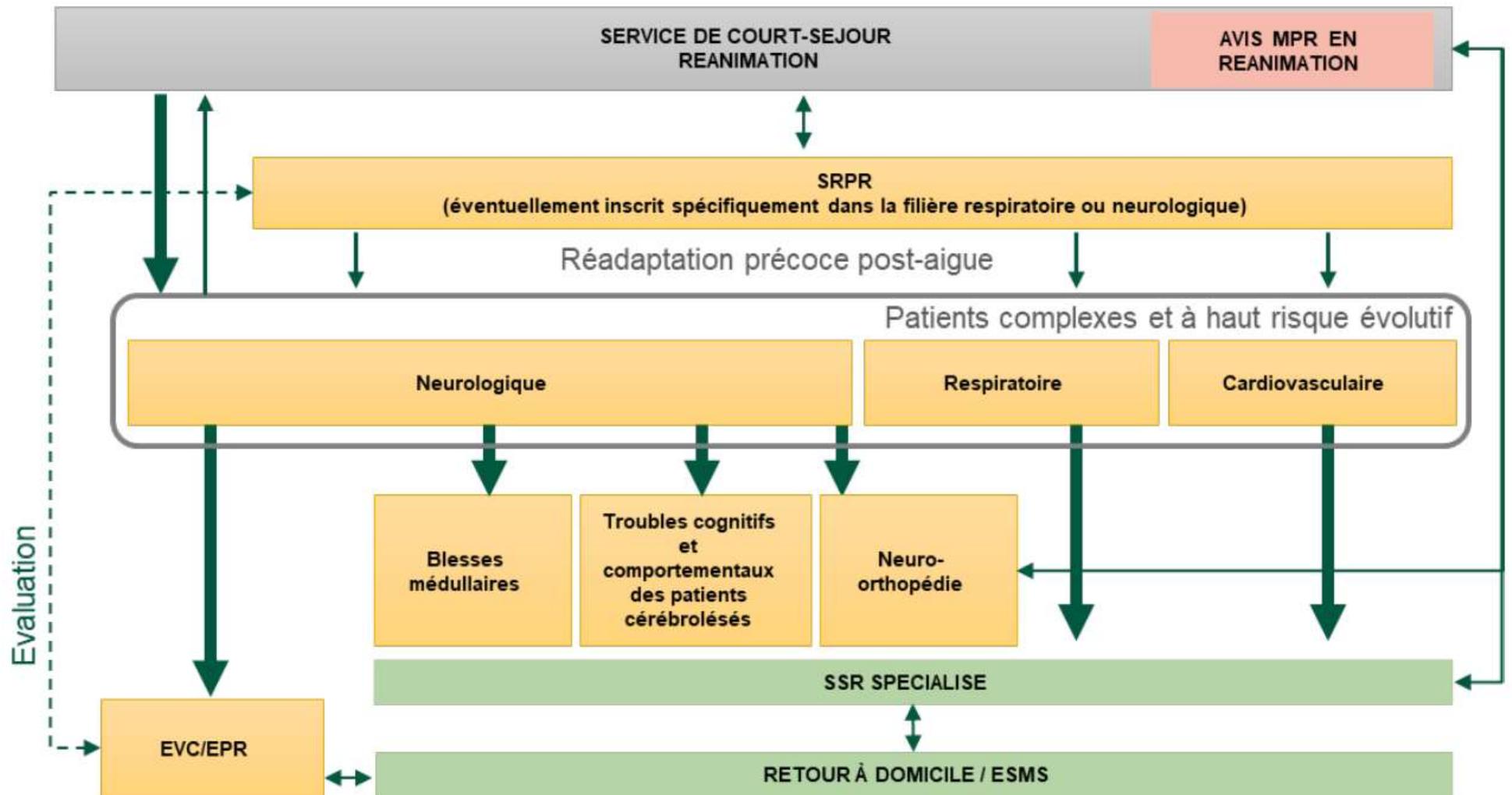


ESD: early supported discharge

## PARCOURS DE SOINS : orientations pratiques

- OBJECTIFS ?
- CAPACITES DE REEDUCATION ?

# PARCOURS DE SOINS : réorganisations avec la réforme SMR ?



## **FOCUS : Réadaptation / Réinsertion PATIENTS JEUNES avec troubles cognitifs et/ou psycho-émotionnels**

- Intervenants multiples
- Coordination indispensable = médecin **MPR**, centre de MPR
- **Orientation initiale +++**
- Suivi au long cours
- Dispositif **précoce d'insertion / Réseau COMETE** France.

## **2. STRUCTURES INTERVENANT DANS LA PRISE EN CHARGE DES AVC à la phase chronique**

- Centres de MPR et MCO : suivi médical (dont EMER)
- Structures médico-sociales pour adultes handicapés (SAMSAH, SAVS)
- MDPH
- Associations de patients
- Maisons de Santé Pluridisciplinaires

# RÉÉDUCATION MOTRICE A LA PHASE CHRONIQUE

## Principes & Pratiques

Bull Acad Natl Med 206 (2022) 594–603



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

EM|consulte

[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



REVUE GÉNÉRALE

## Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation<sup>☆</sup>

*Motor control recovery after stroke: Pronostic factors and rehabilitation*

A. Yelnik

# RÉÉDUCATION MOTRICE A LA PHASE CHRONIQUE

## Principes & Pratiques

- Révolution de la prise en charge des AVC depuis ≈ 30 ans
  - À la phase aiguë (thrombolyse, thrombectomie, filières spécifiques)
  - A la phase subaiguë / chronique : stratégies de rééducation/réadaptation
- D'une approche (trop) prudente à des techniques
  - Actives
  - Intensives
  - Plus précoces
  - Plus prolongées
- Approche moderne :
  - Réduit les complications
  - Diminue le handicap
  - Diminue le recours aux institutionnalisations

# RÉÉDUCATION MOTRICE À LA PHASE CHRONIQUE

## Principes & Pratiques

- Les facteurs pronostiques de l'autonomie : cf cours Pr Rémy-Néris (lésion, parenchyme restant, âge/état physiologique, **soins spécialisés**)
- Des patients de bon pronostic nécessitent une PEC de neurorééducation motrice intensive
- Des patients avec AVC sévère nécessitent une prise en charge multidisciplinaire intensive (limitation des complications, rééducation, réadaptation...)
- Récupération motrice : 3 premiers mois ---> 6 mois : travail intensif
- AVC sévères : récupération plus lente, travail > 6 mois, risque régression si arrêt de la PEC intensive.

# RÉÉDUCATION MOTRICE À LA PHASE CHRONIQUE

## Principes & Pratiques

- Pas de traitements médicamenteux recommandés : ni IRS (Legg et al. Cochrane 2021), ni gabaergiques, ni toxine.
- Techniques d'inhibition de la spasticité « neurofacilitation »: pas de preuve d'efficacité (Kollen et al. Stroke 2009) ... mais... (SEF, toxine au cas par cas)
- Techniques d'entraînement du mouvement basées sur les principes de l'apprentissage moteur +++
  - Allègement et guidage (robotique/exosquelettes/harnais)
  - Simulation / imagerie mentale motrice
  - Répétition (robotique)
  - Contrainte
  - Feedback et réalité augmentée
  - Stimulations cérébrales directes électrique / magnétique
  - Renforcement
  - Réentraînement à l'effort

# 3. RECOMMANDATIONS DE PEC : RÉÉDUCATION MOTRICE À LA PHASE CHRONIQUE



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHESE

Rééducation à la phase  
chronique de l'AVC de l'adulte :  
pertinence, indications et  
modalités

Validée par le Collège le 2 juin 2022

SYNTHÈSE

Rééducation à la phase  
chronique de l'AVC de l'adulte :  
pertinence, indications et  
modalités

Il est nécessaire de proposer un programme de rééducation adapté et suivi, aussi bien pour le membre inférieur que pour le membre supérieur, aux personnes présentant des séquelles d'une paralysie initiale au-delà de six mois après un accident vasculaire cérébral (AVC).

Il est recommandé que les rééducateurs adaptent leur traitement aux spécificités de la personne concernée en s'appuyant sur les recommandations de pratique clinique et les connaissances médicales avérées.

La rééducation motrice de l'AVC est définie comme l'application de méthodes thérapeutiques pratiquées manuellement ou à l'aide d'instruments dont l'objet est la prévention secondaire, la conservation, le rétablissement, l'optimisation ou la suppléance des troubles de la fonction motrice consécutifs à un accident vasculaire cérébral avéré.

SYNTHÈSE

## Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités

### Grade des recommandations

<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
<b>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b> En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

SYNTHÈSE

Rééducation à la phase  
chronique de l'AVC de l'adulte :  
pertinence, indications et  
modalités

**Méthodes de rééducation recommandées pour améliorer la  
fonction motrice**

Interventions en rééducation	Recommandation	Niveau de preuve scientifique
<b>Balnéothérapie</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Bandages adhésifs</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b><i>Biofeedback</i></b>	Recommandé	<b>B</b>
<b>Contrainte induite du membre supérieur</b>	Recommandée	<b>C</b>
<b>Étirements</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Exercices de marche</b>	Recommandés	<b>A</b>
<b>Imagerie mentale motrice</b>	Recommandée en association avec une autre méthode	<b>C</b>
<b>Orthèses</b>	Recommandées au membre inférieur	<b>B</b>

**SYNTHÈSE**

**Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités**

<b>Programmes d'activités physiques et d'exercices physiques</b>	<b>Recommandés</b>	<b>A</b>
<b>Réalité virtuelle</b>	Recommandée en association avec une autre méthode	<b>B</b>
<b>Rééducation assistée par robotique</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Rééducation de la posture et de l'équilibre</b>	Recommandée	<b>C</b>
<b>Stimulation électrique neuromusculaire</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Thérapie bimanuelle intensive (IBT), l'entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT) et l'entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Thérapie miroir</b>	Recommandée au membre supérieur	<b>B</b>
<b>Thérapie vibratoire et l'utilisation de plateforme vibrante</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	

## 1.1. Programmes d'activité physique et d'exercices physiques

Les programmes d'activité physique et exercices physiques consistent en un entraînement structuré suivant des programmes pour améliorer la condition physique, en particulier pour corriger ou prévenir le déconditionnement cardio-respiratoire et améliorer la force et l'endurance musculaires.

**A**

**Les programmes d'activité physique et d'exercices physiques sont recommandés pour améliorer la fonction motrice à la phase chronique de l'AVC.**

SYNTHÈSE

Rééducation à la phase  
chronique de l'AVC de l'adulte :  
pertinence, indications et  
modalités

<b>Thérapies neurodéveloppementales, de neuro-facilitation proprioceptive et d'intégration sensorimotrice</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Toxine botulinique</b>	Recommandée en association avec une autre méthode	<b>C</b>

SYNTHÈSE

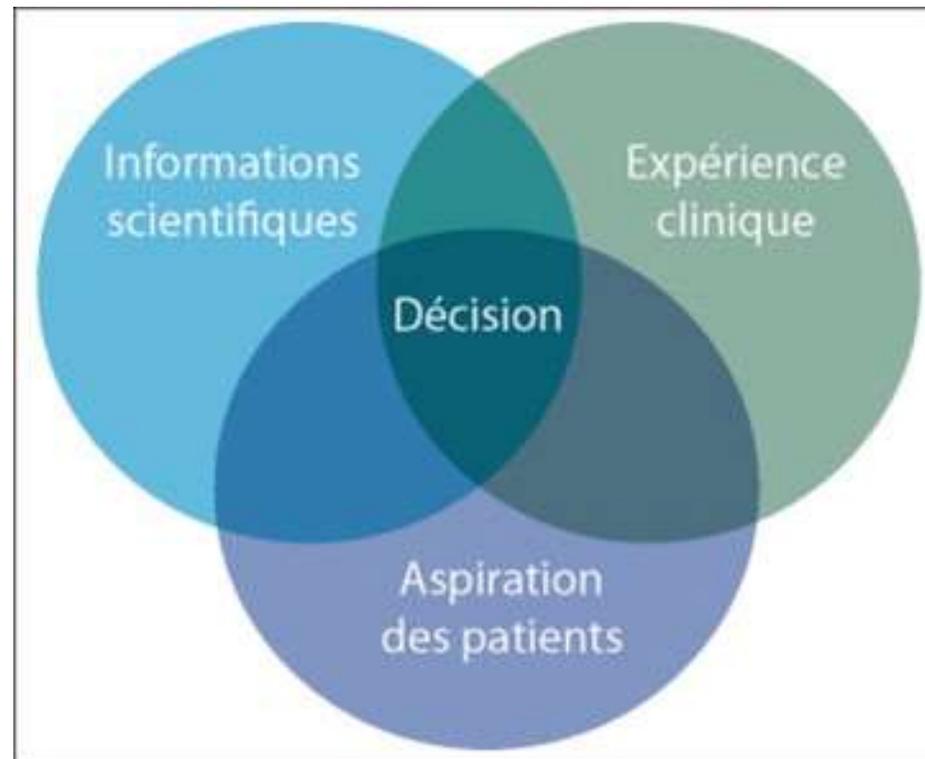
Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités

**Reprise de la rééducation en hospitalisation à la phase chronique de l'AVC**

Interventions en rééducation	Recommandation	Niveau de preuve scientifique
Évaluation spécialisée courte	Possible pour optimiser les stratégies de prise en charge à domicile ou en structures médico-sociales	AE
Rééducation cognitive (hors langage)	Pas assez de preuves d'efficacité	
Rééducation du langage et de la communication	Possibilité d'intensification sur 2-4 semaines en milieu hospitalier	B
Rééducation motrice	Pas assez de preuves d'efficacité	

# RÉÉDUCATION MOTRICE À LA PHASE CHRONIQUE

## Evidence-Based Practice



## 4. ACTIVITE PHYSIQUE A LA PHASE CHRONIQUE EN POST-AVC : PRINCIPES ET PRESCRIPTION

- L'article L. 1172-1 du **Code de la santé publique** prévoit que dans le cadre du parcours de soins des **patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée (APA)** à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.
- Prescription = puissant levier de changement de comportement

## 4. ACTIVITE PHYSIQUE A LA PHASE CHRONIQUE EN POST-AVC : PRINCIPES ET PRESCRIPTION

- Liste des affections « sévères »
- Professionnels concernés / type d'AP :
- Professionnels du sport / Prof de santé
- Aucune limitation / limitation minimale / modérée / sévère :
- Brevets fédéraux / brevets professionnels / éducateurs sportifs / enseignants en APA / MK

# Prescrire l'activité physique

- Prescription type
- Formulaire

Tampon du Médecin	
-------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant ....., à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique<sup>1</sup>), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire<sup>2</sup>:

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu      date      signature      cachet professionnel

<sup>1</sup> Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

<sup>2</sup> Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)

# Prescrire l'activité physique

- quantifier les habitudes en termes d'activité physique et sédentarité par un entretien ouvert ou un questionnaire (ex : IPAQ ou q. de Dijon);
- caractériser le comportement vis-à-vis de l'activité physique et de la sédentarité ;
- identifier les freins et les leviers à l'activité physique ;
- réaliser un examen physique orienté sur le bilan des déficiences et l'absence de contre-indication à la pratique d'activité physique

# Prescrire l'activité physique

Ne pas confondre !

- Prescrire de l'AP : état de santé, fonction physique globale
- Prescrire de la rééducation : réduire des déficiences ou des limitations d'activité(s)
- Réentraînement à l'effort des maladies cardiaques ou respiratoires : programme médical et rééducatif et AP : en hospitalisation.

# Prescrire l'activité physique

Ne pas rêver !

- Le décret autorise la prescription d'AP
- La Sécurité Sociale ne rembourse pas l'AP ! (LPPR)
- Sur fonds propres patient ou collectivités locales, associations, mutuelles (hors CPAM)

## Activité physique chez un patient avec séquelles d'AVC – phase chronique

Effets de l'activité physique en **prévention** primaire, secondaire et tertiaire :

- L'effet de l'AP en prévention primaire des AVC est prouvé (grade B) (amélioration des facteurs de risque et effets sur la vasomotricité)
- En prévention secondaire, l'AP est le meilleur facteur de bon pronostic à long terme, avec une baisse des risques de récurrence d'AVC, IDM, ou décès de cause vasculaire.

## Prévention « tertiaire »

- Après un AVC, la mise en place d'une AP adaptée aux capacités individuelles des patients est recommandée.
- Elle a des effets bénéfiques sur la santé, réduit le handicap et améliore la qualité de vie :
  - L' AP a des effets bénéfiques sur la neuroplasticité impliquée dans les fonctions cognitives.
  - L' AP améliore la récupération fonctionnelle en particulier neuromusculaire,
  - L' AP a des effets bénéfiques prouvés sur la capacité cardio-respiratoire des patients post-AVC
  - L' AP adaptée ne présente pas de risque particulier chez les patients post-AVC et n'aggrave pas la spasticité musculaire, y compris les AP en renforcement musculaire (grade B)
  - L' AP diminue le risque de syndrome dépressif chez les patients post-AVC.

# Précautions

- Chez des patients post-AVC, un avis cardiologique et une EE sont recommandés, avant de débiter un programme d'AP d'intensité élevée.
- L'AP(A) est-elle du ressort du MK ou de l'enseignant en APA ?
- L'APA est prescrite par un médecin.

# Objectifs

## SIMPLES

### 4 grands domaines d'APA :

- ENDURANCE : améliore la capacité physique, l'adaptation générale à l'effort et l'indépendance fonctionnelle;
- EQUILIBRE ET COORDINATION
- RENFORCEMENT MUSCULAIRE : peut améliorer la trophicité et la force musculaire. Ne modifie ni la fonction musculaire ni la commande neuromotrice, et ne permet pas d'améliorer la vitesse et le périmètre de marche des patients.
- SOUPLESSE

## 5. Rééducation en programmes

- Développement ++
- Regrouper des patients avec un problème commun (pathologie / déficience / limitations)
- Proposer un programme de rééducation semi-standardisé
  - Parkinson
  - Hémiplégie
  - Groupe cancer du sein
  - ...

## 5. Rééducation en programmes : avantages

- Emulation entre pairs
- Activité de groupes
- Contractualisation : programme « SMART » en particulier Début / Fin
- Expertise des rééducateurs
- Filières avec responsables : lisibilité
- Lien avec Education Thérapeutique du Patient
- Recherche
- Enseignement (DU...)

# Intérêt d'une démarche d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

- Le diagnostic éducatif.
- La négociation d'objectifs.
- L'intervention éducative.
- L'évaluation des résultats.

PROGRAMMES ETP AVC : en Neurologie / en MPR

## 6. AUTOREEDUCATION GUIDEE DANS LA PARESIE SPASTIQUE

- Exemple de Nantes (CHU – HDJ MPR neuro)
  - Début de l'EPP en mars 2020 : constat de l'impossibilité de prendre les patients en HDJ dans des délais raisonnables ou de les orienter vers des professionnels compétents.
  - Durant un an :
    - Revue de la littérature
    - Mise en place du bilan spécifique et de l'organisation
    - Rédaction du livret d'autorééducation
  - Inclusion des trois premiers patients en juin-juillet 2021
  - Bilan des pratiques après un an d'ARG : mise en place d'une nouvelle organisation (mai-juin 2022)
  - Au 1<sup>er</sup> septembre 2022 : une trentaine de patients sont suivis en autorééducation guidée

## Quels patients sont inclus ?

A l'origine :

- Patients atteints du syndrome de parésie spastique (AVC, lésion médullaire, paralysie cérébrale)
- Patients *suivis en externe, dans la phase chronique* de leur pathologie

Dans un second temps, depuis mai 2022 :

- Inclusion également de *patients hospitalisés* dans le service de MPR neurologique
- Patients en *phase subaiguë*
- Objectif : prise en charge plus tôt pour prévenir un certain nombre de troubles et mettre en place dès que possible la routine d'autoréducation

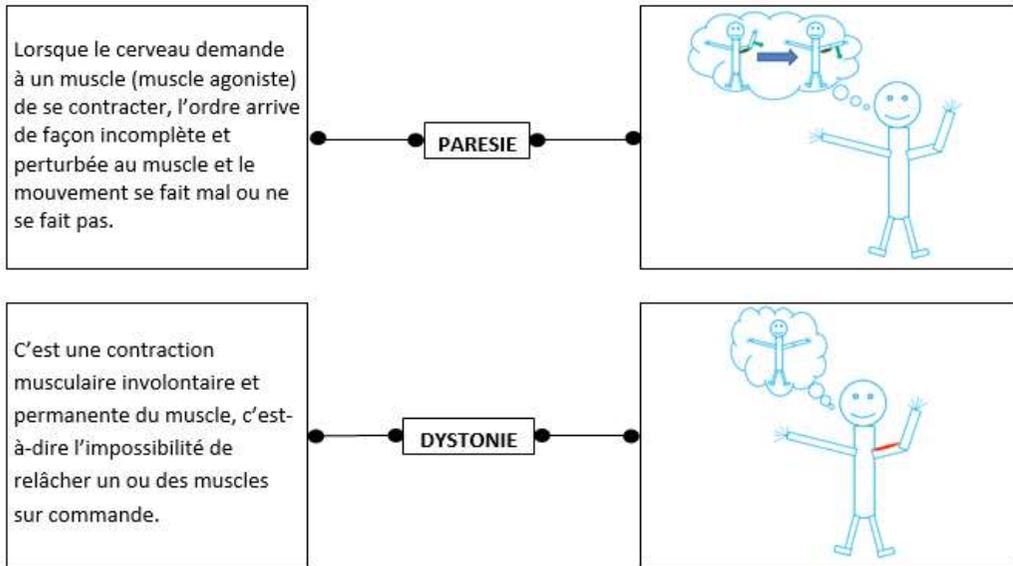
## Parcours du patient

- Point de départ : prescription médicale d'un programme d'ARG. Rédaction d'une fiche de programmation remise aux MK.
- Les MK convoquent les patients sur leur temps dédié aux PEC externes
- Programme sur un an :
  - J 0 : Séance d'éducation du patient
  - Dans les deux semaines : bilan clinique, prescription des exercices, remise des fiches d'ARG
  - Dans les trois semaines : 3 séances d'ARG de groupe pour bien s'approprier les exercices, rencontrer d'autres patients
  - A 2 mois : Cs médicale GO ou STOP
  - Tous les trois mois : bilan ARG
  - Sur besoin (évalué / MK ou patient) : séance de groupe
  - Après un an : fin de la prise en charge d'ARG en HDJ : GO (autonomie) ou STOP
  - Suivi standard

## Séance J 0 : éducation du patient

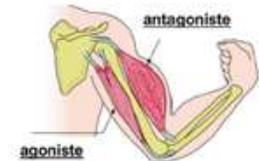
- **Compétences de l'auto-rééducation :**
  - Mettre en place au quotidien un programme d'auto-rééducation.
  - Comprendre l'intérêt de ce programme.
- **Objectifs de la séance :**
  - Connaître les effets de sa « maladie neurologique ».
  - Connaître les auto-traitements.
- **Organisation**
  - 2h30
  - 6 patients
  - 2 thérapeutes
- **Trame de la séance :**
  - Présentation des personnes
  - Effets de la maladie
  - Organisation du traitement par auto-rééducation

# Séance J 0 : éducation du patient



## Auto-Rééducation - Théorie

Le muscle **agoniste** est le muscle qui souhaite faire le mouvement.  
Le muscle **antagoniste** est le muscle qui fait le mouvement contraire.



### La maladie neurologique

La lésion au niveau cérébral et/ou médullaire entraîne une **parésie**. Lorsque le cerveau demande à un muscle (muscle agoniste) de se contracter, l'ordre arrive de façon incomplète et perturbée au muscle et le mouvement se fait mal.



# Prescription des exercices

- Exercices d'étirements et de contrôle moteur
- Muscles visés, durée et nombre de répétitions en fonction des résultats du bilan
- Pas plus de trois exercices pour commencer (30-40 minutes de rééducation)
- Exercices à effectuer tous les jours



Nantes : liste d'exercices écrite et filmée avec smartphone du patient.

# Fiches exercices (Créteil)

**GUIDÉE**

Performance :

Enseignant :

Pratiquant :

Thème :

**Passifs** | **Actifs**

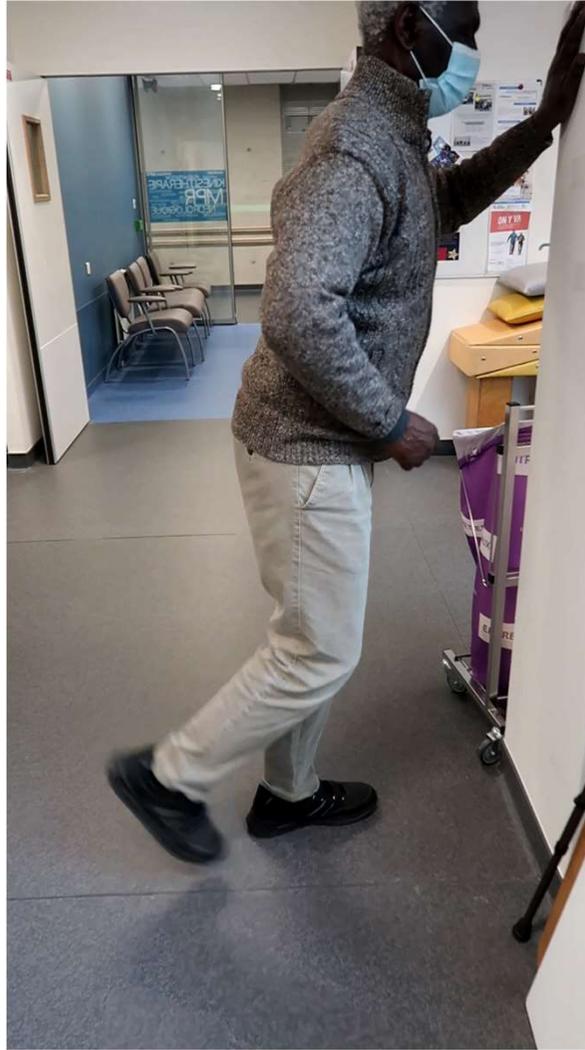
Exercice	Passifs	Actifs
<b>GRAND FESSIER</b>	<p>Flexions actives de la hanche, genou fléchi</p>	<p>Flexions actives de la hanche, genou fléchi</p>
<b>ISCHIO-JAMBIERS</b>	<p>Flexions actives de la hanche, genou tendu</p>	<p>Flexions actives de la hanche, genou tendu</p>
<b>ADDUCTEURS DE HANCHE</b>	<p>Abductions actives de la hanche</p>	<p>Abductions actives de la hanche</p>
<b>ROTATEURS INTERNES DE LA HANCHE</b>	<p>Rotations externes actives de la hanche</p>	<p>Rotations externes actives de la hanche</p>

**Passifs** | **Actifs**

Exercice	Passifs	Actifs
<b>DROIT ANTÉRIEUR / FÉMORAL</b>	<p>Flexions actives du genou, hanche en extension</p>	<p>Flexions actives du genou, hanche en extension</p>
<b>GENOU</b>	<p>Flexions actives du genou, hanche fléchi</p>	<p>Flexions actives du genou, hanche fléchi</p>
<b>SOLÉAIRE</b>	<p>Flexions dorsales actives de la cheville, genou fléchi</p>	<p>Flexions dorsales actives de la cheville, genou fléchi</p>
<b>GASTROCNÉMIUS</b>	<p>Flexions dorsales actives de la cheville, genou tendu</p>	<p>Flexions dorsales actives de la cheville, genou tendu</p>

**ARTIFS**


**ARTIFS**









# Séances de groupe

- **Calendrier**
  - 3 séances sur 3 semaines au moment de la mise en place
  - Sur demande du patient (maximum 3 à 4 fois par an)
- **Objectifs de la séance :**
  - Corriger les erreurs de réalisation des exercices
  - Motiver le patient à réaliser ses exercices par l'émulation inter-patients
- **Organisation**
  - 1h30
  - 3 patients
  - 1 thérapeute

# Suivi

Patients vus tous les trois mois en bilan :

- Pour réaliser un bilan 5 étapes et évaluer les progrès
- Pour adapter le programme en fonction des progrès

Rôle du registre :

- Permet de renforcer la motivation du patient
- Permet de suivre la progression du patient

# Variantes

- Créteil (rien ne vaut l'original)
- Garches
- Application iFlexo (Merz®)

## CONCLUSION :

### Prise en charge des déficiences motrices post-AVC à la phase chronique

- Au long cours... questionner les orientations et PEC initiales.
- Supervision médicale et gestion des complications
- Relais de prise en charge et compétences d'autosoins (interprofessionnalité, ARG, ETP)
- Activités physiques (adaptées) et exercices globaux (marche, endurance, équilibre, coordination, renforcement moteur) cf recos HAS 2022
- Dans un paradigme Evidence Based Practice
- Des principes valables dans de nombreuses affections chroniques du SNC