

## SYNTHESE

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

Validée par le Collège le 2 juin 2022

## L'essentiel

### ➔ Rééducation de la fonction motrice

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.

D'autres méthodes utilisent des technologies spécifiques, informatiques ou électromécaniques, telles la réalité virtuelle, la marche sur tapis roulant, etc.

Ces RBP excluent les traitements médicamenteux (hors toxine botulinique), les traitements chirurgicaux, les agents physiques de pratique exclusivement médicale (stimulations transmagnétiques corticales simples [TMS] ou répétitives [rTMS] comprises).

Selon leur expérience et les moyens disponibles, les rééducateurs composent les programmes en « mixant » différentes approches thérapeutiques. Dans la plupart des cas, il n'a pas été possible de recommander une posologie d'application des méthodes identifiées.

### ➔ Rééducation des fonctions cognitives

À la phase chronique de l'AVC, un grand nombre de patients présentent des troubles cognitifs. Ces troubles peuvent concerter les fonctions attentionnelles, mnésiques, exécutives et langagières notamment, retentissant alors sur les capacités fonctionnelles des personnes atteintes.

Ils peuvent de plus être associés à d'autres déficiences (motrices, sensitives, etc.), à des troubles psycho-affectifs, à de la fatigue ou encore à une conscience partielle des troubles qui vont rendre la prise en charge rééducative plus délicate.

Après une évaluation cognitive détaillée, il est nécessaire de proposer aux patients concernés par des troubles cognitifs une prise en charge rééducative adaptée et suivie.

Tout comme pour la fonction motrice, il est recommandé que les rééducateurs adaptent leur traitement aux spécificités de la personne concernée par des troubles cognitifs en s'appuyant sur les recommandations de pratique clinique et les connaissances médicales avérées.

Une définition communément acceptée de la rééducation cognitive est « toute stratégie ou technique d'intervention qui permet aux patients et à leur famille de vivre avec, de gérer, de contourner, de réduire ou de surmonter les déficits cognitifs précipités par une lésion du cerveau ». Quels que soient le type d'intervention et la ou les fonctions cognitives concernées, l'objectif est de parvenir à des changements qui soient pertinents pour la vie quotidienne des patients. Cette rééducation cognitive englobe les aspects de psycho-éducation, l'entraînement cognitif visant à améliorer la fonction, et l'apprentissage de l'utilisation d'aides et de stratégies dans un but de compensation.

Ce travail exclut les traitements médicamenteux ainsi que l'éducation thérapeutique. Dans ce travail, nous avons conservé les études pertinentes incluant au minimum 50 % de patients AVC, ainsi que celles mêlangeant les phases subaiguës et chroniques de l'AVC, si une analyse en sous-groupe était réalisée ou si les patients inclus étaient majoritairement à la phase chronique de l'AVC – les grades des recommandations concernées ont été pondérés en conséquence. La durée de rééducation recommandée pour les différentes fonctions cognitives n'a pas pu être déterminée en raison du manque d'informations dans la littérature existante.

## Méthodes de rééducation recommandées pour améliorer la fonction motrice

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

<b>Programmes d'activités physiques et d'exercices physiques</b>	Recommandés	<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 plate-forme vibrante</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<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>

## Méthodes de rééducation pour améliorer les fonctions cognitives

Interventions en rééducation	Recommandation	Niveau de preuve scientifique
<b>Troubles de la mémoire</b>		
<b>Activité physique aérobie</b>	Recommandée	<b>B</b>
<b>Compensation</b>	Recommandée	<b>B</b>
<b>Rééducation et compensation des troubles de la mémoire de travail</b>	Recommandées	<b>B</b>
<b>Restauration et réorganisation</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Syndrome dysexécutif cognitif et comportemental – Trouble des fonctions exécutives</b>		
<b>Compensation</b>	Recommandée	<b>AE</b>
<b>Prise en charge occupationnelle (CO-OP)</b>	Recommandée	<b>C</b>

<b>Restauration</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Négligence spatiale unilatérale</b>		
<b>Adaptation prismatique</b>	Recommandée	<b>C</b>
<b>Contrainte induite</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Réalité virtuelle</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>rTMS</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Smooth pursuit</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Stimulation optokinétique</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Theta-burst stimulation</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Visual Scanning Training</b>	Recommandé	<b>C</b>
<b>Troubles attentionnels</b>		
<b>Rééducation des sous-composantes attentionnelles</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Time Pressure Management</b>	Recommandé	<b>B</b>
<b>Aphasie et troubles de la communication</b>		
<b>Acupuncture</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Aides technologiques à visée de compensation</b>	Recommandées	<b>B</b>
<b>Contrainte induite</b>	Recommandée pour améliorer la dénomination	<b>B</b>
<b>Information, éducation thérapeutique, favorisation de l'implication et l'entraînement de l'aide/du partenaire de communication aux stratégies de communication</b>	Recommandés	<b>A</b>
<b>Musicothérapie</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Rééducation à poursuivre à forte intensité, à forte dose et sur une longue durée</b>	Recommandée	<b>A</b>
<b>Rééducation de la dysarthrie</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Rééducation des alexies et des agraphies</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Rééducation informatisée du langage accompagnée d'un thérapeute</b>	Recommandée pour améliorer la dénomination	<b>A</b>
<b>rTMS</b>	Recommandées	<b>A</b>
<b>Stimulation corticale épidurale</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>tDCS</b>	Recommandée associée à rééducation	<b>B</b>

<b>Thérapies multimodales</b>	Recommandées pour améliorer la dénomination	<b>B</b>
<b>Agnosies</b>		
<b>Rééducation</b>	Pas assez de preuves d'efficacité	
<b>Apraxie gestuelle</b>		
<b>Rééducation</b>	Recommandée	<b>C</b>
<b>Utilisation de la réalité virtuelle</b>		
<b>Rééducation en réalité virtuelle</b>	Recommandée en complément de la rééducation cognitive classique	<b>AE</b>

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

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

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités, Méthode, juin 2022**  
 Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)