

# La rééducation après un AVC

## Ce qui se passe

Un **accident vasculaire cérébral ou AVC**, aussi appelé « **attaque cérébrale** », est une perte soudaine de la fonction du cerveau. Il est provoqué par un arrêt brutal de la circulation sanguine à l'intérieur du cerveau.

L'arrêt de la circulation du sang ne permet plus un apport suffisant en oxygène et en nutriments. De fait, des cellules cérébrales meurent au niveau de la zone du cerveau touchée. La gravité d'un AVC dépend de la localisation et de l'étendue des zones cérébrales touchées.

## Ce que je ressens

Si le patient peut sortir indemne d'un AVC, il peut aussi subir des **séquelles** plus ou moins lourdes. Selon l'Inserm, un an après l'accident, 60% des survivants récupèrent une indépendance fonctionnelle alors qu'environ 40% gardent des séquelles importantes, qui impactent leur autonomie dans leur vie quotidienne.

Les séquelles les plus courantes sont les troubles de l'équilibre et de la mémoire (50 et 42% des personnes qui restent handicapées), les atteintes motrices d'un ou de plusieurs membres (37,2%) pouvant les empêcher de parcourir une distance à pied de 500 mètres (dans 42% des cas). On note aussi l'importance des troubles du langage ou de l'articulation (33,9%), troubles visuels (23,1%), troubles sensitifs (19,6%), incontinence urinaire (16,5%) et troubles de la déglutition (13,3%).

## La prise en charge par le kiné

Le rôle du kinésithérapeute est de s'occuper des **séquelles d'ordre fonctionnel/motrice** en jouant sur **la plasticité cérébrale** du patient et cela en phases aiguë (J1 à un mois), subaiguë (1 à 6 mois) et chronique (au delà de 6 mois).

Un bilan et un début de rééducation sont recommandés dans les 24 heures qui suivent l'AVC.

La rééducation motrice est habituellement proposée pour :

- La prévention ou le traitement des complications directement liées à l'AVC, à l'alitement ou à l'immobilité aux phases aiguë ou subaiguë : encombrement pulmonaire, troubles thrombo-emboliques, troubles trophiques, rétractions capsulaires et musculotendineuses ;
- La mobilité du tronc et des membres qui implique la réduction des déficits moteurs et la normalisation du tonus musculaire ;
- La station debout et l'équilibre impliquant la tête, le tronc et les membres inférieurs ;
- La marche ;
- La mobilité du membre supérieur et la fonction de préhension ;
- La déglutition
- La suppléance des fonctions lésées ;
- L'indépendance dans les fonctions de la vie quotidienne.

Elle vise à optimiser la récupération des déficits de la fonction motrice, à diminuer les conséquences des lésions cérébrales sur cette fonction et à inventer des stratégies de compensation assurant la suppléance des fonctions lésées.

L'objectif est de permettre au patient de retrouver des activités physiques et sociales ainsi qu'un mode de vie plus autonome.

La prise en charge, qui évolue avec les progrès du patient et s'adapte à son état, différentes approches et s'appuie sur des concepts neurodéveloppementaux, de neurofacilitation proprioceptive, d'intégration sensitive, d'apprentissage et réapprentissage moteur, sollicitant la dimension cognitive du mouvement ou une contrainte induite (par exemple, en immobilisant le bras "sain").

## ● LE SAVIEZ-VOUS ?

Même en phase chronique, les séquelles ne sont pas nécessairement définitives et si les progrès sont plus longs, ils sont néanmoins possibles