

**Fiche pluridisciplinaire**   
**du parcours de soins sport santé**

PRESCRIRE L'APA

# Accident vasculaire cérébral (AVC)



## ■ Évaluation des capacités

Un bilan cardiovasculaire est nécessaire en post-AVC. Un avis cardiologique et une épreuve d'effort, qui permet aussi de guider le réentraînement individuel, sont recommandés, surtout avant de débiter un programme d'AP d'intensité élevée.

Les limites motrices séquellaires post-AVC peuvent rendre difficile la réalisation de l'épreuve d'effort et/ou du test de marche de 6 minutes.

Tests d'équilibre et posturaux afin de définir des objectifs « SMART\* ».

\* SMART = Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporellement défini

## ■ Les contre-indications

Le bon équilibre tensionnel du patient doit être confirmé par une automesure ou une mesure ambulatoire de la pression artérielle.

Si la prise d'un antiagrégant ne limite a priori pas les pratiques sportives, un éventuel traitement par anticoagulant contre-indique les AP et sportives avec risque de chocs.

## ■ Les points de vigilance

L'entretien motivationnel tiendra compte des freins marqués des patients post-AVC et le professionnel encadrant sensibilisera le patient sur le début progressif des séances et les informera sur les symptômes survenant et méritants de consulter de nouveau leur médecin (dyspnée, douleur, palpitations, malaise, vertiges, pertes d'équilibre).

### La prescription de l'activité physique adaptée

Diminuer le temps total de sédentarité à moins de 7 heures par jour et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.

Développer les activités physiques de la vie quotidienne qui ont souvent une place importante dans la remise en mouvement des patients.

Les programmes de marche avec podomètre ou appli ont montré leur efficacité (cf. [Start'R](#) by IRBMS).

## ■ Prescrire un programme d'APA (FITT)\*

Programme en phase subaiguë (14 jours à 6 mois), et chronique (> 6 mois), doit associer de l'endurance, de type continu ou fractionné moins chronophage, plus ludique et plus efficace, et du renforcement musculaire qui ne majore pas une spasticité éventuelle.

La fréquence des séances est de 2 à 5 par semaine et leur durée de 10 à 60 minutes avec augmentation progressive, adaptée aux capacités et à la tolérance du patient.

La supervision individuelle ou collective de l'APA, surtout lorsqu'elle est intensive donc plus efficace, par un professionnel de l'AP est recommandée au moins initialement, surtout en cas de risque cardiovasculaire élevé. La pratique de cette APA doit être poursuivie à vie. Si nécessaire, la rééducation fonctionnelle de la marche est poursuivie pour maintenir l'autonomie du patient. Afin de pérenniser la pratique, définissez avec le patient des objectifs « SMART ».

Le patient post-AVC relève le plus souvent d'une prise en charge multidisciplinaire, associant «réhabilitation» cognitive et réentraînement physique. Il doit bénéficier d'une AP adaptée régulière précoce qui doit être poursuivie tout au long de sa vie, et d'un traitement optimal de ses facteurs de risque d'AVC, et en particulier de ses facteurs de risque cardiovasculaire.

**Attention !** On accordera une vigilance toute particulière à la sécurisation des pratiques en augmentant aussi les temps d'échauffement.

\* L'APA est abordée en termes d'effets recherchés et non du point de vue des disciplines sportives. Ainsi pour atteindre les objectifs fixés on adaptera les 4 déterminants de l'APA : FITT : F fréquence, I intensité, T temps, T type de pratique.

► **Retrouvez toute la documentation relative à cette fiche sur le site de l'OM2S : [om2s.com](https://om2s.com)**

► Les références de Santé Publique France : [www.mangerbouger.fr/](https://www.mangerbouger.fr/)

