

Station debout supportée

Auteurs : SCIRE Community Team | Réviseur : [Darryl Caves](#) | Publié : 17 janvier 2018 | Mise à jour : ~

La station debout avec de l'équipement de soutien est une option de thérapie après une lésion de la moelle épinière (LME). Ce document présente des informations de base sur l'utilisation de la station debout supportée après une LME.

Points clés

- La station debout passive avec équipement de soutien est une option de thérapie pour les personnes dont la mobilité quotidienne n'inclue pas la position debout.
- La station debout passive implique l'utilisation d'équipement comme des cadres à station debout, des tables inclinables, des orthèses ou des fauteuils roulants en position debout pour supporter la station debout pour une certaine période de temps.
- Être debout implique un changement de posture qui défie le système circulatoire, met du poids sur les jambes et fournit différentes stimulations sensorielles.
- Les preuves scientifiques suggèrent qu'être debout peut améliorer le contrôle de la pression artérielle et la gestion de la spasticité. Il existe des preuves contradictoires quant à savoir si la station debout passive contribue à la densité osseuse ou à la santé intestinale et vésicale.
- Plus de recherche est nécessaire pour mieux comprendre les avantages de la station debout après une LME et combien de temps la station debout devrait être maintenue pour obtenir ces bénéfices.

Pourquoi la station debout est-elle utilisée comme thérapie ?

Être debout est une partie importante des mouvements fonctionnels chez les humains. La position debout est nécessaire pour marcher et défie le système circulatoire, les os et les muscles d'une manière qui ne peut être faite en position assise ou couchée.

La station debout passive (station debout supportée plutôt que par l'activation musculaire) peut avoir des avantages thérapeutiques après une LME, même lorsque la récupération des capacités de marche ou de station debout est peu probable. La position debout peut avoir des avantages dans le traitement des conditions médicales associées aux LME, telles que des conditions impliquant le système musculo-squelettique, circulatoire, respiratoire, intestinal et vésical. Cela demeure un outil de traitement clé utilisé en réadaptation.



La station debout est une option de thérapie après une LME.¹

Quels types d'équipement sont utilisés pour la station debout?

La station debout supportée implique l'utilisation d'équipement spéciale pour supporter une position verticale. Le type d'équipement utilisé dépend des caractéristiques uniques de la personne et de ses capacités (quantité de contrôle musculaire dans les bras, les jambes et le tronc), l'équipement disponible ainsi que d'autres problèmes médicaux comme les contractures articulaires, la spasticité et l'ostéoporose. L'équipement utilisé pour la station debout peut inclure une large gamme d'appareils différents tels que :



Les tables inclinables peuvent être bougées de la position horizontale à la position verticale.²

Tables inclinables

Les tables inclinables sont des surfaces plates qui peuvent être inclinées à partir de la position horizontale jusqu'à la position verticale. La personne est solidement attachée à la table lorsque celle-ci est horizontale, puis elle peut être inclinée verticalement. Les tables inclinables sont habituellement les premiers appareils utilisés pour travailler vers la station debout puisque la table peut être inclinée graduellement par degrés. Cela est souvent nécessaire puisqu'un certain temps peut être requis pour tolérer la position verticale et maintenir une pression artérielle sécuritaire. C'est aussi un bon appareil pour tester la tolérance physique et la sécurité d'une personne en position debout.

Cadres à station debout

Les cadres à station debout sont des cadres simples qui ont des appuis rembourrés aux articulations pour supporter la position debout. Il existe plusieurs types de cadres à station debout. Le cadre doit être adapté aux capacités physiques uniques de la personne et à son type de corps tout en minimisant les zones de pression excessive.



Être debout en utilisant un cadre à station debout.³

Fauteuils roulants en position debout

Les fauteuils roulants en position debout sont des fauteuils roulants qui peuvent s'étendre d'une position assise à debout. Il existe plusieurs types différents de fauteuils roulants en position debout, autant des appareils manuels que des systèmes motorisés. Cependant, les fauteuils roulants en position debout sont chers et sont peu disponibles.

Systèmes suspendus de support du poids corporel

Les systèmes suspendus de support du poids corporel impliquent un système de harnais qui est suspendu par le haut pour supporter un pourcentage du poids corporel en position debout. Ces systèmes sont habituellement utilisés durant la marche sur un tapis roulant (entraînement sur tapis roulant avec support du poids corporel) or parfois lors de la marche sur le sol. Ce type de système est habituellement utilisé avec les personnes ayant une lésion incomplète qui peuvent travailler à se tenir debout ou marcher de façon indépendante.

Orthèses et appareils orthopédiques

Les orthèses et appareils orthopédiques peuvent être utilisés pour soutenir les articulations de la hanche, du genou et /ou des chevilles pour les empêcher de plier. Cela peut aider à supporter la personne en position debout avec de l'entraînement et de la réadaptation. Les orthèses et appareils orthopédiques sont habituellement faits sur mesure et sont utilisés par les personnes ayant une paraplégie qui ont une bonne force du haut du corps et de la flexibilité aux hanches. Les orthèses et appareils orthopédiques utilisés pour la station debout peuvent inclure :

- *L'orthèse cruro-pédieuse (KAFO)* fournie du support au genou, à la cheville et au pied.
- *Orthèse de marche antagoniste (RGO)* sont des orthèses plus complexes qui sont faites d'une orthèse KAFO gauche et d'une orthèse KAFO droite, liées ensemble par une attelle rigide au niveau du bassin ou de l'abdomen. L'attelle a des articulations de la hanche qui sont construites avec un mécanisme de pas alternés. Lorsqu'une jambe est en extension, l'autre jambe se fléchit vers l'avant, ce qui aide à la marcher. Quoiqu'elles sont habituellement utilisées pour marcher, les orthèses de marche antagoniste peuvent aussi être utilisées pour aider à supporter la position debout.

Exosquelettes robotiques

Les exosquelettes robotiques sont une technologie émergente relativement nouvelle qui est habituellement utilisée pour la marche et l'entraînement à la marche, mais elle peut aussi avoir des bénéfices associés à la position debout. Cependant, cet équipement est cher et n'est pas disponible dans la plupart des établissements.

Marchettes, béquilles ou cannes

Les marchettes, béquilles ou cannes peuvent être utilisées par les personnes ayant une LME incomplète et une bonne force dans les bras et qui nécessitent seulement un support minimal en position debout.



La SEF peut être appliquée aux muscles des jambes durant la marche assistée.⁴

Stimulation électrique fonctionnelle

La stimulation électrique fonctionnelle (SEF) implique l'utilisation de stimulation électrique pour activer, lors d'une activité déterminée, les muscles faibles ou paralysés après une LME. La SEF sur les muscles du tronc ou des jambes peut être utilisée durant la station debout supportée avec de l'équipement pour des bénéfices supplémentaires.

Veuillez consulter **Stimulation électrique fonctionnelle (SEF)** pour plus d'information.



L'équipement pour la station debout peut coûter cher et nécessite parfois des visites répétées aux établissements de santé, ce qui peut parfois être une barrière à la position debout régulière. Il est important pour l'individu de travailler avec ses professionnels de la santé pour trouver l'équipement adapté, sécuritaire et adéquat.

Comment la station debout se déroule-t-elle?

Une fois que l'équipement et les stratégies appropriés pour la station debout sont sélectionnés avec l'aide d'un professionnel de la santé, la station debout est progressivement introduite avec le temps. Le temps passé debout, la quantité de poids supporté par les jambes et la position debout finale seront ajustés jusqu'à ce qu'une position debout appropriée puisse être maintenue. Au cours de ces premières séances, le personnel médical surveillera tout effet indésirable lié au traitement.



Les activités de position debout et de pas peuvent être combinées pour optimiser la thérapie.⁵

Les résultats de recherches actuels sont incapables de nous dire pendant combien de temps ou à quelle fréquence la station debout doit être faite pour avoir des bénéfices. Les études ont utilisé la station debout pendant 20 à 60 minutes, de trois à quatre fois par semaine, pour étudier les effets de ce traitement. Ce sera différent pour tout le monde. La prescription de station debout sera basée sur la situation unique de la personne.

Selon les buts du traitement, la station debout peut aussi inclure :

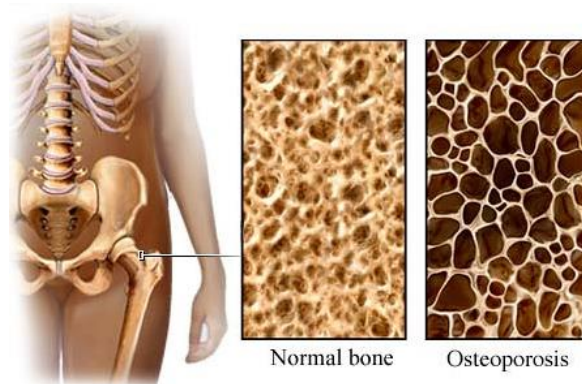
- Ajout de poids supplémentaire en position debout
- Utilisation de la station debout conjointement avec la stimulation électrique fonctionnelle (SEF) pour activer les muscles des jambes et/ou du tronc
- Activités de transfert de poids, d'équilibre ou de pas

Est-ce que la station debout supportée est sécuritaire ?

La station debout supportée est considérée comme étant un traitement relativement sécuritaire à utiliser après une LME. Cependant, dans certaines situations, la station debout peut ne pas être appropriée et peut comporter certains risques. Ceci n'est pas une liste complète ; veuillez consulter un professionnel de la santé pour plus d'informations sur la sécurité.

La station debout ne devrait pas être utilisée dans les situations suivantes :

- Par des personnes ayant eu récemment des fractures osseuses ou qui sont à risque élevé de fracture (telles que les personnes souffrant d'ostéoporose sévère)
- À des endroits où les équipements exercent un excès de pression sur les zones où il y a des blessures, des lésions et des plaies ; ou sur les zones de peau sujettes aux plaies de pression



Les personnes souffrant d'ostéoporose ont des os plus faibles qui peuvent poser problème durant la station debout supportée.⁶

- Par des personnes dont les membres ne peuvent pas être bien positionnés pour être debout en raison d'autres conditions telles que des contractures articulaires, de la spasticité ou de l'ossification hétérotopique
- Par des personnes ayant des conditions médicales où le rythme cardiaque ou la pression artérielle ne sont pas contrôlés, comme celles qui sont incapables de rester debout sans une baisse importante de la pression artérielle
- Par des personnes ayant des blessures musculaires ou articulaires ou d'autres conditions qui pourraient être empirées par la position debout

Les risques de la station debout supportée peuvent inclure :

- Plaies de pression si la position et l'équipement utilisé pour se tenir debout créent trop de pression ou de cisaillement en station debout – il est essentiel que l'équipement utilisé soit bien ajusté pour prévenir les dommages cutanés
- L'accumulation de sang dans les jambes peut mener à des sensations d'étourdissement, de vertige ou d'évanouissement (hypotension orthostatique)
- Les fractures osseuses sont possibles dans les positions de mise en charge chez les personnes souffrant d'ostéoporose
- Augmentation de la spasticité ou dysréflexie autonome chez certaines personnes
- Douleur en position debout

Veuillez consulter
Spasticité, Dysréflexie
autonome et
Stimulation électrique
fonctionnelle (SEF)
pour plus
d'informations.



Si la stimulation électrique est utilisée, les précautions de sécurité et les risques associés avec l'usage de la stimulation électrique fonctionnelle (SEF) s'appliquent aussi.

La station debout supportée fonctionne-t-elle ?

Santé osseuse

Il n'est pas clair si la position debout aide à maintenir ou augmenter la densité osseuse dans les jambes après une LME. Les preuves de recherche actuelles ne sont pas concluantes et plus de recherche est donc nécessaire.

Pression artérielle et circulation



Une autre utilisation proposée dans la station debout après une LME est d'aider à contrôler la pression artérielle. Une étude fournit une preuve scientifique faible soutenant que d'être debout avec un harnais et de l'aide provenant de l'équipe médicale aide à augmenter la pression artérielle et réduit les baisses de pression artérielle en position debout (hypotension orthostatique) chez les personnes avec une LME cervicale.

Spasticité

Il y a des preuves scientifiques faibles soutenant que la position debout peut aider à réduire la spasticité à court terme chez les personnes ayant une LME. Il existe aussi des sondages qui rapportent que plusieurs personnes ayant une LME indiquent que la position debout régulière aide à réduire leur spasticité.

Problèmes intestinaux

Il n'y a pas assez de preuves scientifiques pour déterminer si la position debout peut aussi contribuer à la fonction intestinale. Plus de recherche dans ce domaine est nécessaire.

Ressources associées

Hypotension orthostatique : community.scireproject.com/topic/orthostatic-hypotension/

Spasticité : community.scireproject.com/topic/spasticity/

Liste de références abrégée

Des sections de ce document ont été adaptées des modules «Bone Health», «Orthostatic Hypotension», «Spasticity» et «Bowel Dysfunction and Management», tirés du SCIRE Professional.

Craven C, Lynch CL, Eng JJ (2014). Bone Health Following Spinal Cord Injury. In Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Hsieh JTC, Connolly SJ, Noonan VK, Loh E, McIntyre A, editors. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 5.0. Vancouver: p 1- 37.

Disponible au : scireproject.com/evidence/bone-health/

Krassioukov A, Wecht JM, Teasell RW, Eng JJ (2014). Orthostatic Hypotension Following Spinal Cord Injury. In: Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Hsieh JTC, Connolly SJ, Noonan VK, Loh E, McIntyre A, editors. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 5.0. Vancouver: p. 1-26.

Disponible au : scireproject.com/evidence/orthostatic-hypotension/

Hsieh JTC, Connolly SJ, McIntyre A, Townson AF, Short C, Mills P, Vu V, Benton B, Wolfe DL (2016). Spasticity Following Spinal Cord Injury. In Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Hsieh JTC, Connolly SJ, Curt A, Mehta S, Sakakibara BM, editors. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 6.0.

Disponible au : scireproject.com/evidence/spasticity/

Coggrave M, Mills P, Willms R, Eng JJ, (2014). Bowel Dysfunction and Management Following Spinal Cord Injury. In Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Hsieh JTC, Connolly SJ, Noonan VK, Loh E, McIntyre A, editors. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 5.0. Vancouver: p 1- 48.

Disponible au : scireproject.com/evidence/bowel-dysfunction-and-management/

La liste complète des références est disponible au : community.scireproject.com/topic/standing/

Le glossaire des termes est disponible au : community.scireproject.com/topics/glossary/

Crédits des images :

1. [58/365](#) ©John Lustig, [CC BY 2.0](#)
2. Illustration par SCIRE Community Team
3. [Cadre à station debout](#) par Memasa ©Memasa, [CC BY-SA 3.0](#)
4. [Functional Electrical Stimulation Therapy for walking](#) ©MilosRPopovic, [CC BY-SA 4.0](#)
5. Image par SCIRE
6. Modified from: [osteoporosis_eng](#) @go elsewhere..., [CC BY-NC 2.0](#)
7. [KRT LIFE HEALTH-BLOOD-PRESSURE PG](#)
©Fort George G. Meade Public Affairs Office, [CC BY 2.0](#)



Avertissement : Ce document ne fournit pas de conseils médicaux. Ces informations sont diffusées dans un but éducatif uniquement. Pour des informations supplémentaires ou des conseils médicaux spécifiques, consulter un professionnel de la santé qualifié. Le Projet SCIRE, ses partenaires et ses collaborateurs excluent toute responsabilité à toute personne pour toute perte ou dommage dû à des erreurs ou des omissions dans cette publication.