

ITEM 118 : REEDUCATION - READAPTATION

<ul style="list-style-type: none"> - Rééducation : techniques de réduction des déficiences et des limitations d'activité - Réadaptation : moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter aux limitations d'activités - Réinsertion : mesures médico-sociales visant à optimiser le retour dans la société 	
Médicaux	<p>Médecin généraliste</p> <p>= Prescription médicale de kinésithérapie/orthophoniste en ambulatoire : lutte contre les conséquences de l'immobilité/décubitus, pathologie bronchique, orthopédie traumatique, rhumatologie (arthrose...), neurologie (après AVC, maladie de Parkinson, SEP...), incontinence urinaire, retard scolaire</p>
	<p>Pratique hospitalière</p> <ul style="list-style-type: none"> - Professionnel de rééducation-réadaptation - Spécialiste de médecine physique et de réadaptation - Structure spécialisée : service ou centre de rééducation-réadaptation
	<p>Médecine Physique et de Réadaptation</p> <p>= Prévention et réduction des handicaps 2nd aux affections médicales ou traumatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation - Prescription et coordination d'actes complexes de rééducation-réadaptation - Education thérapeutique - Suivi médical des personnes handicapées...
Intervenants	<p>Métier de la rééducation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masseur-kinésithérapeute (formation en 4 ans) : soins effectués à partir d'une prescription médicale, en centre hospitalier, cabinet libéral ou au domicile du patient - Ergothérapeute (formation en 3 ans) : soins effectués sur prescription médicale, généralement en milieu hospitalier ou en centre de rééducation (non remboursé par la Sécurité Sociale en libéral) - Orthophoniste (formation en 5 ans) : activité hospitalière ou libérale en cabinet, prévention et rééducation troubles de la voix, parole et articulation - Orthoprothésiste et podo-orthésiste (formation en 3 ans) : fabrication d'appareils sur mesures (prothèse de membre, corset pour scoliose, orthèse pour membre paralysé, semelles et chaussures orthopédiques...) et petit appareillage (orthèse de main, canne anglaise, cadre de marche...) - Psychomotricien (formation en 3 ans) : rééducation neurologique chez les enfants (bilan psychomoteur, éducation précoce, rééducation des troubles du développement psychomoteur, PEC des déficients intellectuelles, troubles caractériels...) et de l'adulte, notamment traumatisé crânien - Orthoptiste : rééducation ophtalmologique (trouble de l'oculomotricité et de la vision) - Pédicure-podologue (formation en 3 ans) : soins des pieds, semelles orthopédiques, et orthoplasties, possiblement sans prescription médicale - Diététicien (formation en 2 ans) : établissement régime alimentaire, surveillance équilibre nutritionnel - Psychologue (niveau master) : neuropsychologique (rééducation des troubles cognitifs 2nd à des lésions cérébrales : trouble mnésique, de l'attention...), psychologue du travail (réinsertion professionnelle) ... - Assistant socio-éducatif : au sein d'équipes de rééducation hospitalières ou dans des organismes d'aide et de réinsertion socio-professionnelle - Autres : éducateurs spécialisés, éducateurs sportifs, moniteurs professionnels, ergonomes, prospecteurs placiers, conseillers de réinsertion... <p>/!\ Exercice non salarial des psychomotriciens, ergothérapeutes et diététiciens → pas de remboursement sécurité sociale !</p>
Techniques de manipulation	<p>= Mouvement forcé des articulations du rachis ou des membres (au-delà du jeu physiologique) à but antalgique, principalement dans les dérangements intervertébraux mineurs</p> <p>→ Un diagnostic préalable de pathologie mécanique non symptomatique est indispensable</p>
Techniques de relaxation	<p>= Conditionnement à la relaxation, réduction des contractures musculaires et du stress</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombreuses techniques : concentration mentale, conscience de la sensation de contraction, sophrologie...
Programme de rééducation	<ul style="list-style-type: none"> - Simple : nécessite la collaboration d'un médecin quelle que soit sa spécialité et d'un auxiliaire médical, kinésithérapeute ou orthophoniste essentiellement - Compliqué : nécessite la collaboration d'un médecin MPR et plusieurs auxiliaires de rééducation

ORTHOPHONIE

= Prévention, évaluation et prise en charge des **troubles de la voix, de l'articulation, de la parole** et des **troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression**

- **Orthophoniste** : personnel paramédical, formation en 5 ans, activité hospitalière ou libérale en cabinet

- Rééducation : acquisition/correction des fonctions altérées

- Réadaptation en cas de déficit sévère non corrigeable = communication non verbale : **langage des signes, téléthèse de communication, PACE** (incitation à la communication par tous les moyens à disposition : geste, mimique, dessin...)

Prescription		<ul style="list-style-type: none"> → Doit être la plus précoce possible → Sur prescription médicale, possible par tout médecin
	Bilan orthophonique avec rééducation	<ul style="list-style-type: none"> - Compte-rendu adressé au médecin prescripteur : indication ou non de séances de rééducation, et en cas d'indication de séances de rééducation, objectifs, nombre et nature déterminés - Demande d'accord préalable à la Caisse d'Assurance Maladie par l'orthophoniste
	Bilan orthophonique d'investigation	<ul style="list-style-type: none"> - Compte-rendu adressé au médecin prescripteur : diagnostic orthophonique accompagné des propositions de l'orthophoniste - Prescription d'une rééducation orthophonique par le médecin prescripteur - Demande d'accord préalable à la Caisse d'Assurance Maladie par l'orthophoniste
	En fin de traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Note d'évolution adressée au prescripteur - Prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement si la rééducation doit être poursuivie après 50 ou 100 séances - Compte-rendu communiqué au service médical de la Caisse d'Assurance Maladie à sa demande
Indication		<ul style="list-style-type: none"> - Surdité : - Indispensable chez l'enfant <ul style="list-style-type: none"> - Seulement en cas de surdité profonde handicapante chez l'adulte → Si un enfant n'entend pas avant un 5 ans, l'acquisition d'un langage oral correct est impossible - Trouble du langage oral : retard de la parole, bégaiement, trouble de l'articulation - Trouble du langage écrit : dyslexie, dysorthographe, dysgraphie - Enfant polyhandicapé (retard mental, moteur, autisme...) : même en l'absence de surdité - Enfant prématuré : stimulation de la sphère buccale et de l'oralité - Trouble pharyngo-laryngé (notamment post-chirurgical) : dysphonie, trouble de la déglutition → En cas de laryngectomie totale : acquisition de la voie œsophagienne utilisant les muscles pharyngés - Atteinte vélo-palato-pharyngée et buccale (fente labio-palatine, autres malformations) - Atteinte neurologique (AVC, maladie neurodégénérative...) : trouble du langage (aphasie, démence), trouble de la parole (dysarthrie), trouble de l'écriture (atteinte cérébrale neuro-visuelle), dysphonie, trouble de la déglutition

ERGOTHERAPIE

Rôle	Rééducation	<ul style="list-style-type: none"> = Evaluation et rééducation - Des déficiences physiques : notamment motrice et sensorielle du <u>membre supérieur</u> - Des troubles des fonctions supérieures : mémoire, apraxie, fonctions exécutives
	Réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Education à des techniques de compensation : s'habiller avec un bras paralysé, monter dans une voiture à partir d'un fauteuil roulant... - Utilisation d'aides techniques, parfois fabriquées sur mesure : orthèses de poignet ou de main - Aménagement de l'environnement : modification d'emplacement ou de type de mobilier, élargissement des portes, suppression des marches, plans inclinés, agrandissement des sanitaires...
	Indication	<ul style="list-style-type: none"> - Déficience motrice, sensitive ou articulaire du membre supérieur - Troubles de la préhension - Troubles fonctions supérieures (praxies, mémoire, fonctions exécutives...) - Installation et positionnement

KINESITHERAPIE

= Réalisation d'actes manuels et instrumentaux ayant pour finalité la prévention, le rétablissement ou la suppléance d'une incapacité fonctionnelle

- **Masseur-kinésithérapeute** : personnel paramédical, formation en 4 ans, en hospitalier, cabinet libéral ou à domicile
- Domaine de compétence : douleur, œdème, troubles trophiques, raideur articulaire, faiblesse musculaire, altération de la commande motrice, troubles du tonus, troubles sensitifs, instabilité articulaire, gênes au déplacement, intolérance à l'effort, gênes à la préhension, encombrement bronchique, troubles vésico-sphinctériens
- **Prescription possible de certains dispositifs médicaux** : orthèse de série, aide à la marche, prévention des escarres...

Prescription	Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Identification du prescripteur (avec n° RPPS) - Date - Nom et prénom du patient - Nature de la prescription : masso-kinésithérapie - Région à rééduquer et objectif thérapeutique - Statut accident du travail/maladie professionnelle ou ALD du patient
	Recommandé	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic et traitement effectué (sur un courrier à part pour maintenir le secret professionnel vis-à-vis du personnel administratif de la CPAM) - Lieu : au domicile ou au cabinet - Prise en charge « en urgence » si besoin (= sans attendre les 10 jours d'accord préalable) - Rééducation nécessaire le dimanche et jours fériés si besoin - Réalisation de balnéothérapie : indiquer « kinébalnéothérapie » ou « rééducation en piscine » - Nombre et rythme des séances : possiblement décidé ou réévalué par le kiné - Recours à certaines techniques - Contre-indications éventuelles à certaines techniques
	Rôle du kinésithérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan diagnostique kinésithérapique - Détermine le nombre de séances nécessaires, les techniques à utiliser - Adresse à la Sécurité Sociale une demande d'entente préalable avec l'ordonnance du médecin - Si le nombre de séance est > 10 : fiches de synthèse initiale et finale adressées au médecin
	Arrêt de rééducation	<ul style="list-style-type: none"> - Objectif atteint - Rééducation non tolérée - Patient non-coopérant - Objectif non atteignable
	Rééducation d'entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Dans certaines situations → nécessaire (ex : si spasticité post AVC, nécessaire de 2 séances/semaine d'entretien) - Dans la plupart des cas → autoentretien avec prescription d'objectifs personnels. Programmes doivent être simples avec nombre limité d'exercices
Indication	Cas particulier	- Il existe 14 indications de rééducation pour lesquelles il est fixé un nombre de séances de kinésithérapie fixé par la HAS et prise en charge par l'assurance maladie, au-delà une entente préalable sera nécessaire.
	Douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au repos et installation confortable : - Installation : position couchée, assise, lors des soins... - Orthèse de repos = statique - Massothérapie (effleurage, pétrissage, frictions, vibrations...) : effet décontractant et vasomoteur - Physiothérapie : - Electrostimulation transcutanée (TENS) - Chaud : infrarouge - Ondes électromagnétiques - Froid : cryothérapie - Vibrations - Bains écossais (alternance chaud-froid) - Balnéothérapie - Comportement adapté face à la douleur : éducation posturale, économie articulaire, apprentissage des transferts et de l'installation, relaxation, soutien psychologique - Reprise de l'activité progressive et raisonnée : - Réafférentation sensitive, sensorielle et motrice - Activités variées en situation
	Œdème	
Drainage veineux		<ul style="list-style-type: none"> - Manceuvres d'appels : exercices respiratoires, pression le long des troncs veineux - Manceuvre de chasse : pression disto-proximale
	Drainage lymphatique	<ul style="list-style-type: none"> - Drainage manuel et instrumental - Bandage multicouche - Activités physiques douces intermittentes

Indication	Troubles trophiques	- Traitement des fibroses et cicatrices : massage, pétrissage, friction , usage de jet, posture de mise en capacité cutanée maximale (installation d'orthèse) avec compression, ultrasons	
	Raideur articulaire	Entretien de la mobilité articulaire	= Prévention des raideurs : - Installation et mise en position - Mobilisations passives et actives aidées - Auto-postures, apprentissage de l'économie articulaire
		Récupération de mobilité articulaire	- Etirements musculaires et musculo-tendineux passifs et actifs - Mobilisation articulaire passive, auto-passive et actives aidées - Posture des articulations : manuelle et instrumentale (orthèse, plâtre)
	Faiblesse musculaire	= Récupération d'une force musculaire normale : techniques de renforcement	
		Travail analytique	= Techniques de renforcement adaptées à la force musculaire initiale, utilisant les différents types de contraction musculaire : - Statique : - Isométrique = sans mouvement segmentaire - Cinétique : - Isotonique = à charge constante - Isocinétique = à vitesse constante
		Travail global	= Tapis de marche, vélo, machine de musculation... - En résistance = anaérobie : intensité élevée et durée courte - En endurance = aérobie : intensité moins élevée et durée prolongée
	Altération de la commande motrice	- Techniques spécifiques de facilitation du mouvement ou d'inhibition des mouvements anormaux - Techniques favorisant la récupération de la commande motrice par apport d'information sensitive - Travail des automatismes moteurs	
	Troubles du tonus	= Lutte contre la spasticité : - Postures quotidiennes d'étirement - Exercices de mobilisation articulaire - Apprentissage d'auto-exercices - Kiné-balnéothérapie	
	Troubles sensitifs	= Réduction des troubles sensitifs et de leur retentissement : - Exercices d'éveil sensitif et de discrimination - Exercices de contrôle articulaire des membres et du tronc - Exercices de contrôle de l'équilibre	
	Instabilité articulaire	- Amélioration de la stabilité articulaire : renforcement musculaire des muscles contrôlant l'articulation (statique, puis dynamique concentrique, puis excentrique) - Amélioration du contrôle neuromusculaire : travail proprioceptif (en décharge, puis en charge)	
	Gêne au déplacement	= Remise en position debout et reprise de la marche après un alitement prolongé : - Verticalisation progressive : au lit → assis → debout → marche entre barres parallèles → réduction progressive de l'aide à la marche → activités élaborées de la marche (terrain instable, pente, escalier) - Si la marche reste impossible : apprentissage de l'usage du fauteuil roulant	
	Intolérance à l'effort	= Après une pathologie ayant entraîné une ↘ d'activité prolongée : maladie cardiaque ou respiratoire - Travail musculaire : - Segmentaire en puissance - Global en kiné-balnéothérapie, endurant sur cyclo-ergomètre, manivelle à bras, tapis roulant ou vélo, marche rapide - Surveillance rapprochée de la tolérance : angor, fièvre, malaise...	
	Gêne à la préhension	- Amélioration de la qualité et de la force des prises : correction des défauts de préhension , travail sur l'approche, l'ouverture, l'adaptation de la main, le transport et le lâcher - Adaptation aux défauts de préhension : développement de compensations gestuelles	
Encombrement bronchique	- Ventilation dirigée : basse fréquence, grand volume, expiration lèvres pincées, toux dirigée - Pressions manuelles et vibrations thoraciques - Drainage postural - Masque de pression expiratoire positive - Aspiration nasopharyngée et/ou bucco-pharyngée - Education : apprentissage de l'auto-drainage - Dans certaines indications graves (en milieu spécialisé) : drainage instrumenté par insufflateur-exsufflateur ou oscillations à haute fréquence		
Troubles vésico-sphinctériens	Incontinence urinaire d'effort pure	= Par faiblesse relative de la musculature périnéale - Réveil des muscles du périnée : électrostimulation endocavitaire, travail manuel - Renforcement musculaire : travail contre résistance manuelle, biofeedback - Automatisme de verrouillage : apprentissage de la contraction du périnée dans les situations à risque - Apprentissage des exercices d'auto-rééducation	

	Troubles vésico-sphinctériens	Incontinence urinaire par urgenterie	= Par hyperactivité vésicale - Renforcement musculaire : travail contre résistance manuelle, biofeedback - Inhibition vésicale : électrothérapie endocavitaire - Apprentissage d'exercices d'auto-rééducation
	→ Nouvelles séances utiles en cas d'échec de rééducation après un délai de 6 à 12 mois		
En rhumatologie	Epaule douloureuse chronique	- Mobilisation passive et active - Renforcement musculaire global et spécifique (notamment des abaisseurs extrinsèques : grand dorsal et grand pectoral)	
	Capsulite rétractile de l'épaule	- Mobilisation globale et spécifique glénohumérale - Entretien musculaire global - Auto-rééducation : mobilisation, entretien musculaire - Balnéothérapie	
	Tendinopathie superficielle	- Technique antalgique directe : massage (transverse profond), physiothérapie (ultrasons) - Mobilisation articulaire - Etirement et renforcement musculaire	
	Rachialgie commune chronique	- Mobilisation axiale - Renforcement musculaire axial - Etirement musculaire sous-pelvien (en cas de lombalgie) - Auto-rééducation : mobilisation, posture, entretien et renforcement musculaire	
	Arthrose de membre inférieur	- En poussée : repos, décharge (cane du côté sain), mobilisation douce, postures antalgiques - Hors poussée : mobilisation articulaire, renforcement musculaire (gonarthrose = appareil extenseur du genou (quadriceps, ischio-jambiers) , coxarthrose = muscles pelvi-fémoraux) - Auto-rééducation : mobilisation, postures, entretien et renforcement musculaire	
	Rhumatisme inflammatoire	- En poussée : orthèse périphérique, physiothérapie (application de froid), mobilisation douce - Hors poussée : mobilisation, posture, entretien musculaire, physiothérapie (application de chaud), travail fonctionnel (économie articulaire) - Ergothérapie, orthèse, aide technique à la demande - Auto-rééducation : mobilisation, postures, entretien musculaire	
	Algodystrophie	- Lutte contre la douleur, l'œdème et les troubles trophiques : massage, physiothérapie - Technique de gain articulaire : mobilisation articulaire - Technique de gain musculaire : travail de renforcement musculaire isométrique puis libre - Technique de rééducation sensitive si signes sensitifs (hyper ou hypoesthésie, allodynie) - Techniques de travail fonctionnel : marche en décharge partielle, balnéothérapie - Techniques cognitives : techniques d'imagerie motrice et de thérapie miroir	
En neurologie	Radiculgie	- Récupération de la force motrice : sollicitation et renforcement des muscles déficitaires - Récupération ou prévention des limitations d'amplitudes articulaires et attitudes vicieuses : mobilisation articulaire passive, étirement des muscles antagonistes non déficitaires, postures du segment déficitaire en attitude fonctionnelle, protection distale contre l'équin du MI déficitaire au repos par arceau, attelle anti-steppage	
	Poly-radiculonévrite	= Rééducation prolongée (souvent > 2 ans), en hospitalisation initialement, en MPR puis ambulatoire - Antalgie : massage, orthèse de repos, kiné-balnéothérapie en phase de récupération, TENS - Prévention des complications cutanées - Lutte contre l'encombrement respiratoire : kinésithérapie respiratoire - Amélioration de la récupération motrice = uniquement après la phase d'extension : renforcement musculaire actif prudent, analytique et global, électrostimulation musculaire contrôlée - Lutte contre les rétractions : postures et mobilisations articulaires, auto-postures, orthèse de repos - Amélioration de la récupération sensitive : exercice d'éveil sensitif et de discrimination - Amélioration de l'autonomie : compensation fonctionnelle, appareillages/aides techniques	

En neurologie	Sclérose en plaque	<p>= Rééducation en hôpital lors des poussées, et en ambulatoire jusqu'à un stade avancé de perte d'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la spasticité : posture quotidienne d'étirement, kiné-balnéothérapie, cryothérapie - Lutte contre les rétractions musculo-tendineuses : mobilisation articulaire, auto-exercices d'étirement - Amélioration de la commande motrice : renforcement moteur pour l'équilibre, la marche et la préhension, réentraînement progressif à l'effort → fractionner les exercices pour éviter la fatigue - Réduction des troubles sensitifs et de leur retentissement : exercices d'éveil sensitif - Amélioration de l'autonomie : compensations fonctionnelles, appareillages, aides techniques - Dysarthrie cérébelleuse, paralytique ou spastique : orthophonie
	Maladie de Parkinson	<p>= Rééducation à tous les stades de la maladie par des séances quotidiennes, courtes, adaptées à la fatigue et de préférence le matin avant la prise de L-dopa</p>
	Débutante	<ul style="list-style-type: none"> - Exercice en aérobie (bicyclette ergométrique...) avant la prise de L-dopa : production de dopamine endogène, améliore l'absorption et l'utilisation du L-dopa - Amélioration de l'équilibre et lutte contre la rigidité musculaire : renforcement moteur (aux membres inférieurs et paravertébraux ++) - Amélioration de la performance motrice : utilisation de signaux sensoriels, acoustiques (métronome), visuels (barres sur le sol), émotionnels et cognitifs (musique, travail de groupe, instructions verbales) - Maintien de la capacité au lever (d'une chaise, du sol) - Maintien/augmentation de la longueur du pas : travail de marche en se concentrant sur la longueur du pas et non sur la vitesse de marche - Phonation et articulation (en orthophonie) : LSVT (Lee Silverman Voice Therapy)
	Avancée	<ul style="list-style-type: none"> - Préservation des capacités fonctionnelles : séparation des tâches quotidiennes en sous-tâches (décomposition des séquences motrices), répétition mentale avant les tâches difficiles, utilisation de signaux sensoriels au domicile (barres colorées au bord des marches d'escalier et dans les espaces exigus...) - Prévention des chutes : demi-tour en arc de cercle, éviter les tâches simultanées, stratégies de lutte contre les enrayages cinétiques (« STOP et UN grand pas seulement »), mise en place des aides techniques - Aide à la marche : retarder autant que possible l'usage du déambulateur et préférer une canne simple (déconditionnement des réactions d'équilibres antéro-postérieures) - Préservation de la statique rachidienne et de la capacité respiratoire - Mobilisation articulaire - Amélioration de la phonation et de la déglutition (en orthophonie) : utilisation de masqueur de voix pendant les conversations, LSVT, manger devant un miroir...
	Trouble de la marche et de l'équilibre du sujet âgé	<ul style="list-style-type: none"> - Correction des facteurs de risque de chute : conseils, réassurance, avertissement des dangers, aménagement du logement (sols, éclairage, appuis, téléphonie mobile, alarme), chaussage adapté (chaussure plate maintenant l'arrière-pied) - Amélioration de l'orientation dans l'espace : position correcte - Amélioration de la stabilité posturale : sollicitation des muscles posturaux, exercices posturaux (lancer de ballon, plan instable...), privation du contrôle visuel, mises en situation
AVC	<p>= Rééducation systématique en cas de troubles moteurs ou sensitifs, à débiter dès le 1^{er} jour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivi tant que les progrès sont possibles : 6 mois à 1 an (marche), > 1 an (préhension) - Apprentissage d'exercices d'auto-rééducation 	
AVC < 8 jours	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la commande motrice : exercices d'éveil moteur, renforcement analytique et global (préhension, équilibre, marche), postures d'étirement - Réduction des troubles sensitifs : exercices d'éveil sensitif et de discrimination - Lutte contre les complications : rétractions musculo-tendineuses, douleurs d'épaule (dont l'algodystrophie), encombrement bronchique - Contribuer à la prise de conscience d'une éventuelle négligence visuo-spatiale → Éviter les compensations fonctionnelles à ce stade 	
AVC < 2 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la commande motrice : exercices d'éveil moteur, renforcement, amélioration de la force progressivement si commande analytique, réentraînement progressif à l'effort - Réduction des troubles sensitifs et de leur retentissement - Lutte contre les rétractions musculo-tendineuses et les douleurs d'épaule - Amélioration de l'autonomie : compensations fonctionnelles, appareillages, aides techniques, entraînement intensif de la marche et de l'équilibre, compensation des préhensions par le membre supérieur sain, réentraînement à l'effort 	

	AVC	AVC < 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la commande motrice → une certaine plasticité cérébrale reste possible quel que soit le délai après l'AVC (surtout si elle n'avait pas été stimulée) - Réduction du retentissement des troubles sensitifs - Lutte contre les rétractions musculo-tendineuses - Amélioration de l'autonomie
En orthopédie	Lésions ligamentaires de genou		<p>= Rééducation après une phase d'immobilisation (de quelques jours jusqu'à 6 semaines)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la douleur : glaçage, attelle d'extension amovible, appui contrôlé guidé par la douleur, massage, physiothérapie - Lutte contre la raideur articulaire : mobilisation articulaire passive précoce - Récupération de la stabilité articulaire : renforcement musculaire des quadriceps et ischio-jambiers, travail de proprioception (co-contraction des muscles agonistes et antagonistes en appui stable puis instable, avec puis sans contrôle de la vue, puis avec sollicitation extérieure déstabilisante)
	Lésions ligamentaires de cheville		<p>= Rééducation sans délai en cas d'entorse bénigne ou moyenne, ou après immobilisation semi-rigide ou rigide (botte plâtrée) en cas d'entorse grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la douleur : glaçage, attelle antalgique, appui contrôlé guidé par la douleur, massage, physiothérapie - Lutte contre la raideur articulaire : mobilisation articulaire passive précoce - Récupération de la stabilité articulaire : renforcement musculaire des fibulaires, jambier postérieur, triceps sural et tibial antérieur, travail de proprioception
En ORL	Rééducation maxillo-faciale		<p>= Dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire : douleur et diminution de l'ouverture buccale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectif : amélioration de l'ouverture buccale, réduction des contractures
	Paralysie faciale		<p>= A la phase initiale puis au stade de séquelles (contractures, syncinésies, spasme facial)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massages faciaux à type de drainage lymphatique - Travail par groupes musculaires (expression mimique) → Stimulation électrique, contraction faciale globale et travail en force proscrits → Toxine botulique : possiblement indiqué à but esthétique, injecté dans les muscles du côté sain pour lutter contre l'hyperactivité compensatrice et symétriser la face
	Rééducation vestibulaire	VPPB	<ul style="list-style-type: none"> - Manœuvre libératoire de Sémont : déclenchement du vertige puis bascule rapide du de l'autre côté pour déplacer les otolithes et les libérer du canal semi-circulaire postérieur → Réalisé par un kinésithérapeute après avis médical
		Autres	<p>= Névrite vestibulaire, neurinome de l'acoustique, atteinte vestibulaire bilatérale, trouble de l'équilibre chez la personne âgée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulation au fauteuil rotatoire - Stimulation optocinétique (projection de points lumineux en mouvement avec un patient debout) : correction d'une éventuelle dépendance visuelle - Plate-forme proprioceptive : développement de la proprioception - Exercices de la tête des yeux : poursuite oculaire, fixation dans le mouvement
Autres	BPCO		<p>= En poussée aiguë (10 séances de drainage bronchique) et à titre préventif en cas de risque d'aggravation (alitement, chirurgie, surinfection broncho-pulmonaire...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désencombrement et drainage des voies respiratoires - Education à l'utilisation des inhalateurs, oxygénothérapie (titration des besoins en oxygène pour saturation > 90% lors de l'exercice), expiration lèvres pincées - Réentraînement à l'effort : travail sur l'endurance aérobie (en endurance sur cyclo-ergomètre, manivelle à bras, tapis, roulant, vélo elliptique...), travail musculaire en puissance → Après épreuve d'effort préalable pour déterminer la FC cible et la résistance au seuil aérobie
	SCA	Evaluation initiale	<p>= Réadaptation en centre spécialisée sous contrôle cardiologique, en hospitalisation complète, de jour en en externe pendant 3 à 6 semaines, avec 3 à 5 jours ou séances/semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque évolutif : - Risque bas/intermédiaire : réadaptation d'emblée - Risque élevé : renforcement du traitement pharmacologique et/ou revascularisation avant réadaptation - Adaptation du programme : consommation maximale en oxygène, FC maximale théorique, test de marche de 6 minutes...
		Réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la capacité à l'effort : activités gymniques, activités aérobies (endurance) et résistance, renforcement musculaire faible → Intensité à 50-85% de la consommation maximale en oxygène, puis progression par paliers hebdomadaires de 10-30% - Conseils de vie et éducation thérapeutique (sevrage tabagique, alimentation...)