

## ITEM 118 : REEDUCATION - READAPTATION

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rééducation</b> : techniques de <b>réduction</b> des déficiences et des limitations d'activité</li> <li>- <b>Réadaptation</b> : moyens mis en œuvre pour aider le patient à <b>s'adapter</b> aux limitations d'activités</li> <li>- <b>Réinsertion</b> : mesures médico-sociales visant à optimiser le retour dans la société</li> </ul>	
Médicaux	<p><b>Médecin généraliste</b></p> <p>= <b>Prescription médicale de kinésithérapie/orthophoniste en ambulatoire</b> : 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><b>Pratique hospitalière</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Professionnel de rééducation-réadaptation</b></li> <li>- <b>Spécialiste de médecine physique et de réadaptation</b></li> <li>- Structure spécialisée : <b>service</b> ou <b>centre de rééducation-réadaptation</b></li> </ul>
	<p><b>Médecine Physique et de Réadaptation</b></p> <p>= <b>Prévention et réduction des handicaps 2<sup>nd</sup> aux affections médicales ou traumatiques</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation</li> <li>- Prescription et coordination d'actes complexes de rééducation-réadaptation</li> <li>- Education thérapeutique</li> <li>- Suivi médical des personnes handicapées...</li> </ul>
Intervenants	<p><b>Métier de la rééducation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Masseur-kinésithérapeute</b> (formation en 4 ans) : soins effectués à partir d'une prescription médicale, en centre hospitalier, cabinet libéral ou au domicile du patient</li> <li>- <b>Ergothérapeute</b> (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)</li> <li>- <b>Orthophoniste</b> (formation en 5 ans) : activité hospitalière ou libérale en cabinet, <b>prévention et rééducation troubles de la voix, parole et articulation</b></li> <li>- <b>Orthoprothésiste et podo-orthésiste</b> (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...)</li> <li>- <b>Psychomotricien</b> (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</li> <li>- <b>Orthoptiste</b> : rééducation ophtalmologique (trouble de l'oculomotricité et de la vision)</li> <li>- <b>Pédicure-podologue</b> (formation en 3 ans) : soins des pieds, semelles orthopédiques, et orthoplasties, possiblement sans prescription médicale</li> <li>- <b>Diététicien</b> (formation en 2 ans) : établissement régime alimentaire, surveillance équilibre nutritionnel</li> <li>- <b>Psychologue (niveau master)</b> : <b>neuropsychologique (rééducation des troubles cognitifs 2<sup>nd</sup> à des lésions cérébrales : trouble mnésique, de l'attention...), psychologue du travail (réinsertion professionnelle) ...</b></li> <li>- <b>Assistant socio-éducatif</b> : au sein d'équipes de rééducation hospitalières ou dans des organismes d'aide et de réinsertion socio-professionnelle</li> <li>- Autres : <b>éducateurs spécialisés, éducateurs sportifs, moniteurs professionnels, ergonomes, prospecteurs placiers, conseillers de réinsertion...</b></li> </ul> <p><b>/!\ Exercice non salarial des psychomotriciens, ergothérapeutes et diététiciens → pas de remboursement sécurité sociale !</b></p>
<b>Techniques de manipulation</b>	<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>
<b>Techniques de relaxation</b>	<p>= Conditionnement à la relaxation, réduction des contractures musculaires et du stress</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombreuses techniques : concentration mentale, conscience de la sensation de contraction, sophrologie...</li> </ul>
<b>Programme de rééducation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simple : nécessite la collaboration d'un médecin quelle que soit sa spécialité et d'un auxiliaire médical, kinésithérapeute ou orthophoniste essentiellement</li> <li>- Compliqué : nécessite la collaboration d'un médecin MPR et plusieurs auxiliaires de rééducation</li> </ul>

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

## ERGOTHERAPIE

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

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

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

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

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

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