Résumé Lutte contre le déconditionnement à l'effort aérobie

Préparation du patient avant l'exercice aérobie :

- Pour tous, repos (si possible couché) avant et après chaque exercice
- Cryothérapie pour patients sclérose en plaques sensibles à la chaleur
- Pédalage rapide pour Parkinsoniens
- A adapter et personnaliser : étirements passifs, auto-assouplissements, pressothérapie, coussins vibrants, massages, balnéothérapie…

Aménagement des conditions de pratique :

- Fruste : 30 mn activités aérobies (position debout) protocole EQUAT ou PREFQ
- Périmètre de marche < 500 m : Protocole PREFQ ou RQ4T
  + renforcement des fléchisseurs si spasticité en extension
- Lit-fauteuil avec aide : Protocole PREFQ ou RQ4T = assis-debout-assis avec coussins devant les genoux et appui antérieur des mains + vélo motorisé
- Paraplégie (ou déficience majeure des muscles extenseurs des MI) : protocole PREFQ ou RQ4T en fauteuil + Musculation des MS
- Tétraplégies : apnées chronométrées + nursing (articulaire, musculaire, respi…)

Chez les patients présentant un périmètre de marche entre 5 et 500 mètres

de :
EDSS 4.5
Périmètre de marche sans aide technique entre 300 et 500 mètres.

à :
EDSS 6.5
Périmètre de déambulation entre 5 et 100 mètres avec aide de marche

Notion de "paramètre de contrôle" :

- La théorie nous apprend qu'un paramètre de contrôle permet de modifier les autres paramètres d'un système dynamique.
- Le périmètre de marche est le "paramètre de contrôle" de la motricité des patients en début de progression.

Lorsque le périmètre de marche augmente, les autres paramètres de la marche s'améliorent automatiquement par auto-organisation des mouvements.

- il s'agit des paramètres spatiaux,
- et des paramètres temporels (chronométrie des mouvements…).
- Le coût énergétique et la demande attentionnelle diminuent.

Outil idéal pour la rééducation et donc pour lutter contre le déconditionnement à l'effort aérobie **des patients dont le périmètre de marche est inférieur à 500 mètres**

RQ4T :

Protocole de Rééducation Quantifiée

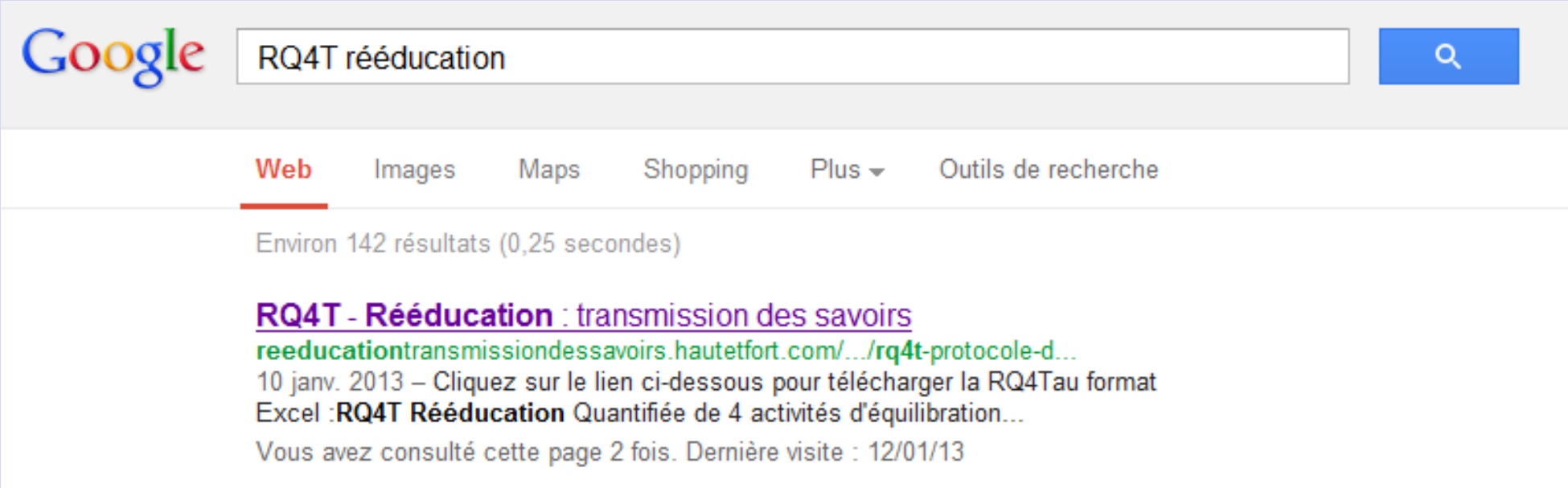
de 4 activités d'équilibration fonctionnelle

avec Traçabilité

RQ4T :

disponible gratuitement sur Internet

http://reeducationtransmissiondessavoirs.hautetfort.com/archive/2013/01/10/rq4t-protocole-de-reeducation-quantifiee-de-4-activites-d-eq.html



http://reeducationtransmissiondessavoirs.hautetfort.com/archive/2013/01/10/rq4t-protocole-de-reeducation-quantifiee-de-4-activites-d-eq.html

Rééducation : transmission des savoirs

Techniques de bilan et de traitement en rééducation fonctionnelle

10/01/2013

RQ4T : Protocole de Rééducation Quantifiée de 4 activités d'équilibration fonctionnelle avec Traçabilité

Protocole idéal pour les patients en début de progression avec un périmètre de marche inférieur à 500 mètres.

Cliquez sur le lien ci-dessous pour télécharger la RQ4Tau format Excel :

RQ4T 080114 Rééduc Quantifiée 4 activités avec Traçabilité.xls

Simple et efficace : pour chaque exercice, un seul paramètre (appelé paramètre de contrôle) à enregistrer.
La quantité de pratique améliore la qualité gestuelle par auto-organisation des mouvements.

Protocole RQ4T = 4 exercices
donc 4 « paramètres de contrôle » à enregistrer

<u>Idéal pour :</u>

- Ne pas négliger de points importants dans le contrôle de l'équilibration fonctionnelle
- Motiver le patient et son thérapeute car chaque « petit » progrès en rééducation est reconnu et quantifié
- Transmettre les informations essentielles entre les différents intervenants (kiné et son éventuel remplaçant, kiné et médecins, kiné et autres soignants)
- Effectuer un travail de recherche et pour les mémoires de nos « chers stagiaires »

Une sensibilité inégalée

- Il permet de **connaître et d'encourager les petits progrès** du patient à chaque séance de rééducation, si importants pour le moral et la motivation
- Exemple : lorsque le patient augmente son périmètre de marche (qui passe de 70 mètres à 75 mètres) cet outil est capable de l'enregistrer et de lui donner une connaissance des résultats (CR) qu'il peut comprendre.
- Notion de « bilan-traitement » créé par des kinésithérapeutes pour des kinésithérapeutes

Ces petits progrès d'une importance capitale en rééducation **ne sont pas enregistrés par les tests classiques** comme la **MIF,** l'indice de BARTHEL, le TM6 (test de marche de 6 minutes), l'EDSS ou le « get up and go test »...

Ces bilans n'ont pas été créés pour être des protocoles de rééducation.

Plutôt destinés aux personnes dont **l'objectif n'est pas de réaliser une progression** de la marche et de l'équilibre,

ils sont très utiles aux médecins et aux infirmières qui ont besoin de connaître rapidement les possibilités fonctionnelles globales du patient, **sans entrer dans les détails.**

Ces tests classiques sont suffisants **pour prescrire :** la rééducation, l'appareillage, les soins infirmiers, les aides techniques et humaines dont le patient a besoin**, calculer les pensions**, la charge de travail des aides soignantes, etc., **mais ne peuvent en aucun cas servir de guide à la rééducation quotidienne.**

Au contraire, pour le patient comme pour le rééducateur, **ces bilans « classiques » peuvent être**

contre-productifs

En effet, lorsque le périmètre de marche avec déambulateur passe de 80 à 800 mètres sans augmentation de la vitesse, ils ne détectent aucune modification, ce qui est plutôt décourageant

Des tests comme la MIF, l'Indice de BARTEL, le « get up and go test » l'EDSS et le « TM6 »

ne donnent pas une connaissance des résultats (CR) exploitable lors de chaque séance de rééducation

ANNEXE 5

SYSTEME UNIFORME DE DONNEES POUR LA
MEDECINE DE REEDUCATION ET READAPTATION (SUDMERR)

Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle

NIVEAUX		
	7 - Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger) 6 - Indépendance modifiée (appareil)	SANS AIDE
	Dépendance modifiée 5 - Surveillance 4 - Aide minimale (autonomie = 75% +) 3 - Aide moyenne (autonomie = 50% +) **Dépendance complète** 2 - Aide maximale (autonomie = 25% +) 1 - Aide totale (autonomie = 0% +)	AVEC AIDE

		ENTREE	SORTIE	SUIVI
	Soins personnels			
A.	Alimentation	7	7	
B.	Soins de l'apparence	6	6	
C.	Toilette	6	6	
D.	Habillage - partie supérieure	6	6	
E.	Habillage - partie inférieure	6	6	
F.	Utilisation des toilettes	6	6	
	Contrôle des sphincters			
G.	Vessie	6	6	
H.	Intestins	7	7	
	Mobilité			
	Transferts :			
I.	Lit, chaise, fauteuil roulant	6	6	
J.	W.C.	6	6	
K.	Baignoire, douche	6	6	
	Locomotion			
L.	Marche *, fauteuil roulant *	5 M et F	5 M F	M F
M.	Escaliers	6	6	
	Communication			
N.	Compréhension **	7 A et V	7 A et V	A V
O.	Expression ***	7 V et N	7 V et N	V N
	Conscience du monde extérieur			
P.	Intéraction sociale	7	7	
Q.	Résolution des problémes	7	7	
R.	Mémoire	7	7	
	TOTAL	114	114	

* M = Marche
* F = Fauteuil roulant

** A : Auditive
** V : Visuelle

*** V : Verbal
*** N : Non verbal

Remarque : si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1.

Ne laisser aucun blanc. Mettre 1 si le patient ne peut être testé pour des raisons de sécurité.

Cibler 4 exercices adaptés au patient et susceptibles d'aboutir à une progression :

- *1. Un exercice de marche*
- *2. Monter et descendre les escaliers (sauf si cet exercice est impossible)*
- *3. Un exercice de changements de positions*
- *4. S'il reste du temps et de l'énergie, un exercice d'équilibre statique*

Il a fallu du temps (plus de 10 ans) pour
identifier
les « paramètres de contrôle »
qui se rapportent à chaque exercice.

Mais on a fini par trouver…

Pour la marche :

Le paramètre de contrôle est

le périmètre de marche

évalué en mètres

Hémiplégie vasculaire

Reprise de la **marche avec canne tripode**

Pour les escaliers :

Le paramètre de contrôle est **le nombre de marches d'escalier** franchies par le patient

Monter + descendre plusieurs fois cet **escalier**

Pour les changements de positions

Le paramètre de contrôle est
le **nombre de répétitions**

« Assis au bord du lit
- couché
- et retour assis »

sans aide technique

Plusieurs fois, en alternant
assis côté droit et gauche

Pour la tenue d'une position

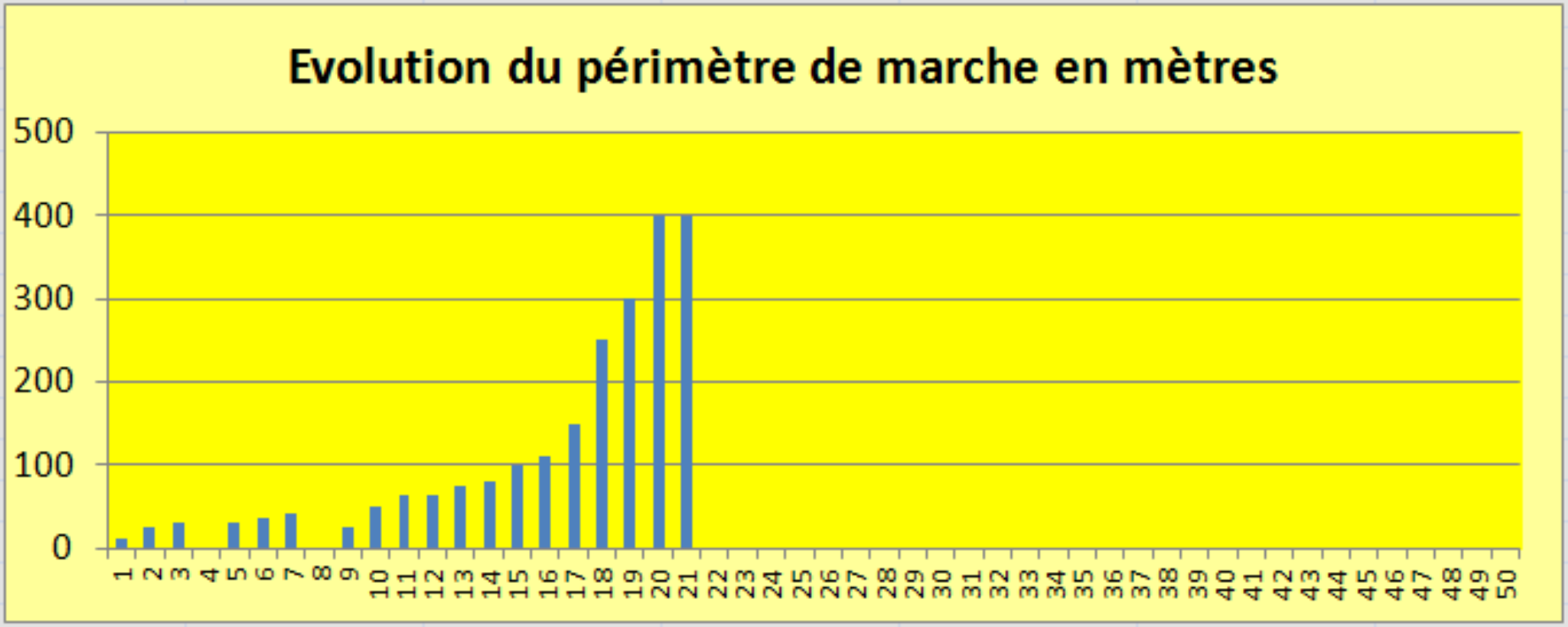
Le paramètre de contrôle est **la durée** (de 10 à 120 secondes)

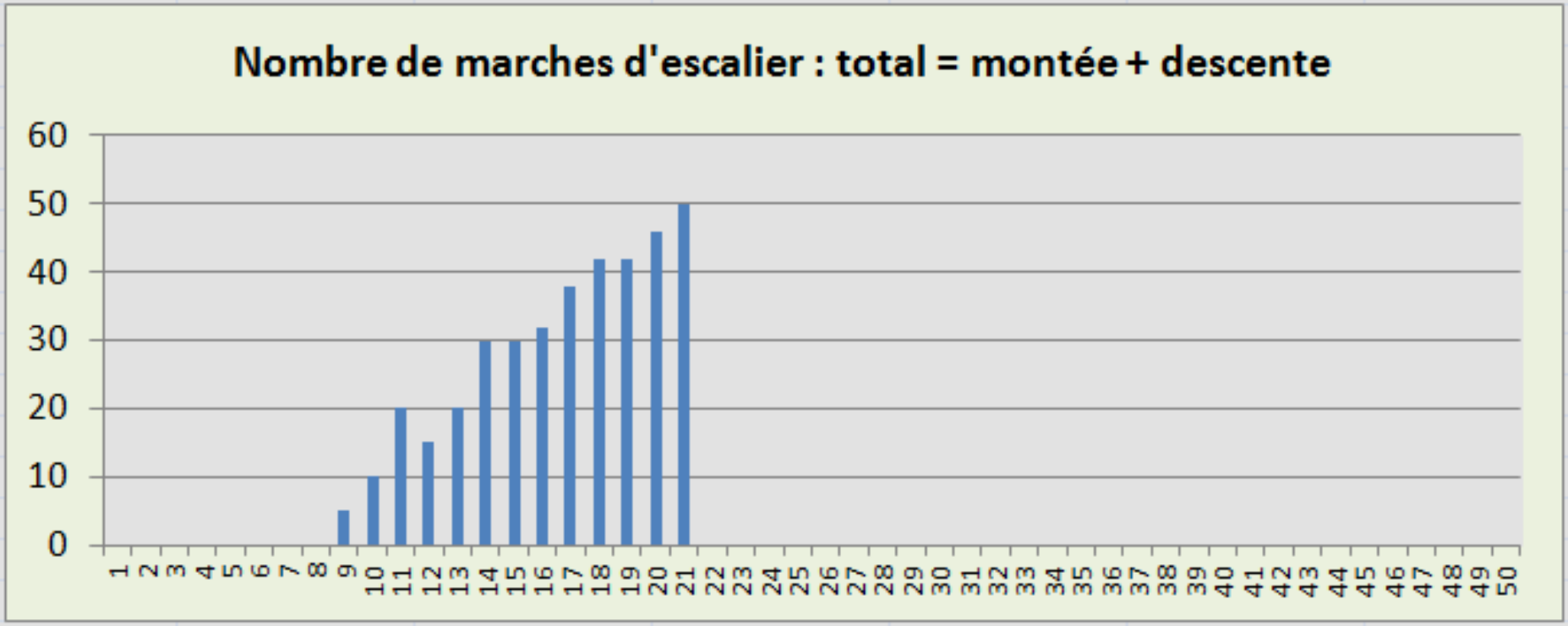
Tenir la position chronométrée. Exemple : « En décubitus dorsal triple flexion du membre inférieur droit »

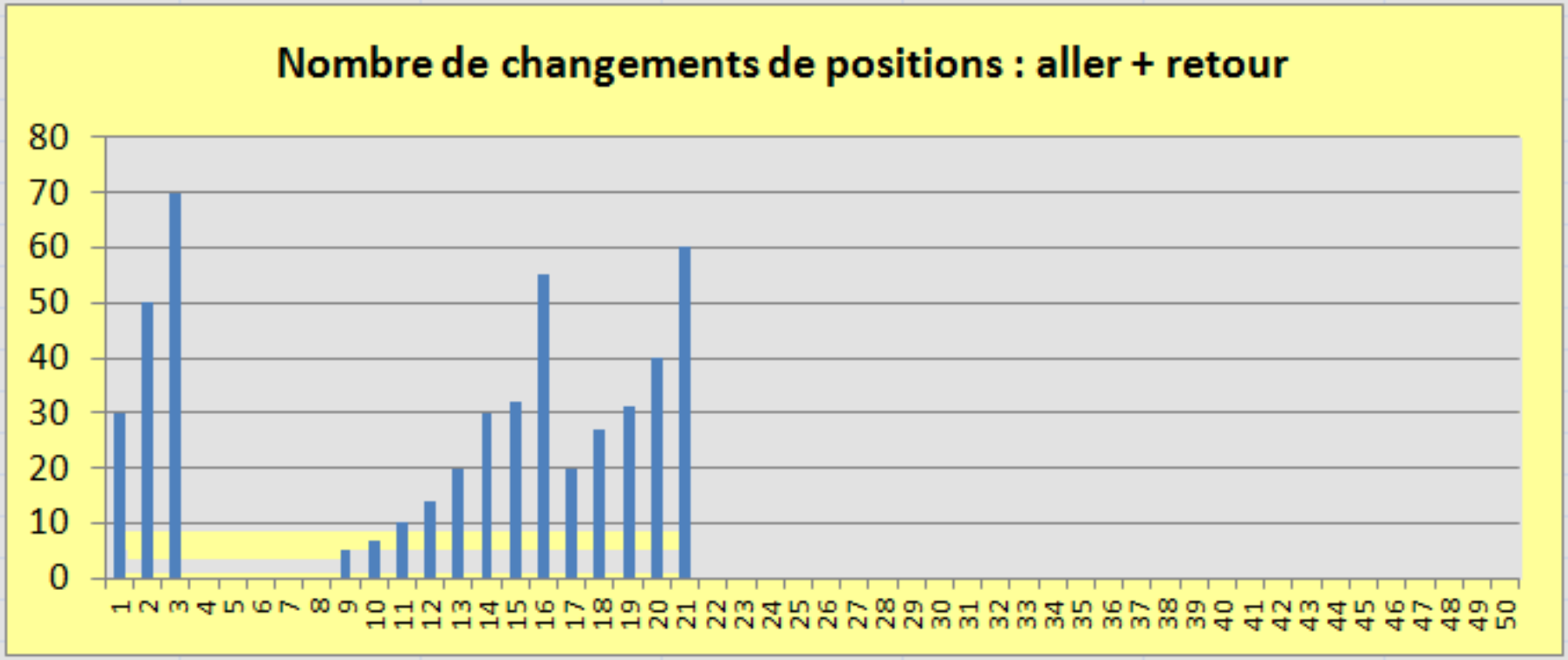
Facilitation de la position par la pesanteur, le réflexe tonique lombaire et la flexion croisée.

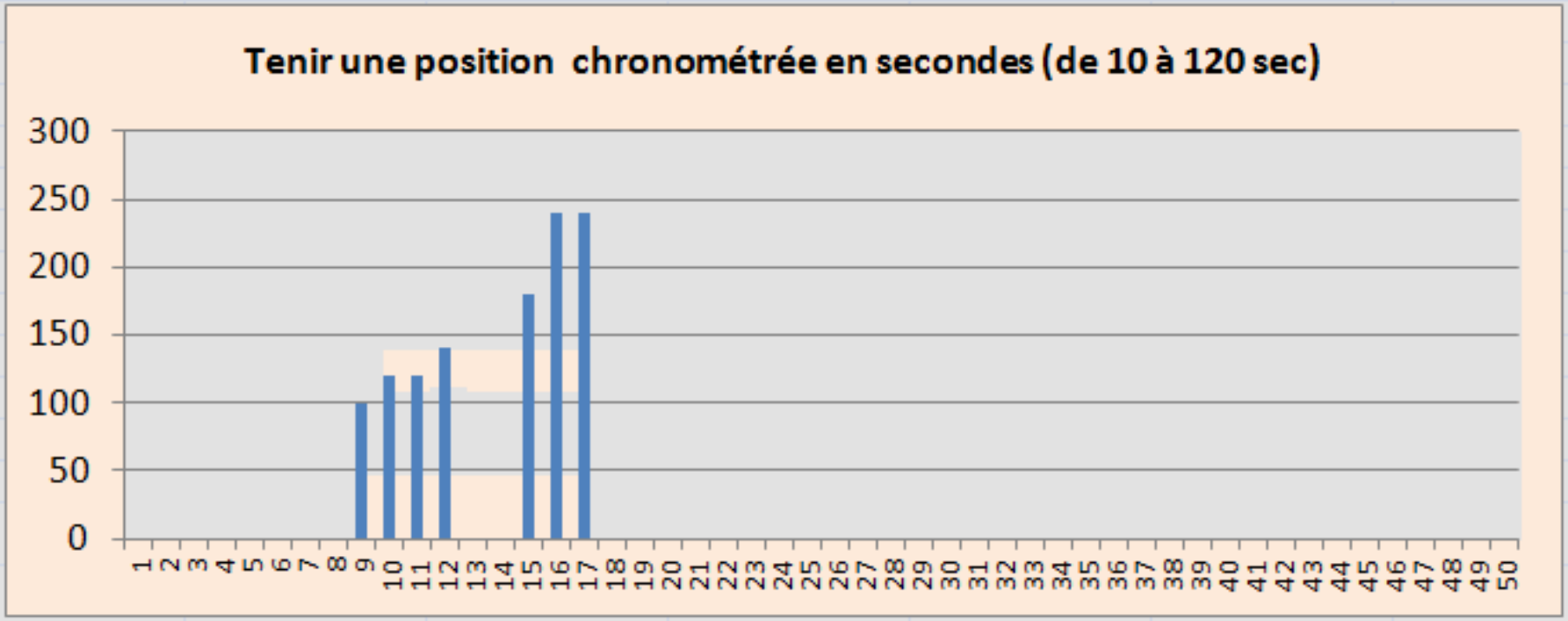
	DATES	Périmètre de marche en mètres	Nombre de marches d'escalier montée + descente	Nombre de changements de positions aller + retour	Tenir une position chronométrée en secondes
1	26/12/2012	12		30	
2	27/12/2012	24		50	
3	28/12/2012	32		70	
4					
5	09/01/2013	30			
6	10/01/2013	35			
7	11/01/2013	42			
8					
9	14/01/2013	25	5	5	100
10	15/01/2013	50	10	7	120
11	16/01/2013	65	20	10	120
12	17/01/2013	65	15	14	140
13	18/01/2013	75	20	20	
14	21/01/2013	80	30	30	
15	22/01/2013	100	30	32	180
16	23/01/2013	110	32	55	240
17	24/01/2013	150	38	20	240
18	25/01/2013	250	42	27	
19	28/01/2013	300	42	31	
20	29/01/2013	400	46	40	
21	30/01/2013	400	50	60	
22					
23					

RQ4T d'un patient


Evolution du périmètre de marche en mètres
500
400
300
200
100
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50


Nombre de marches d'escalier : total = montée + descente
60
50
40
30
20
10
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

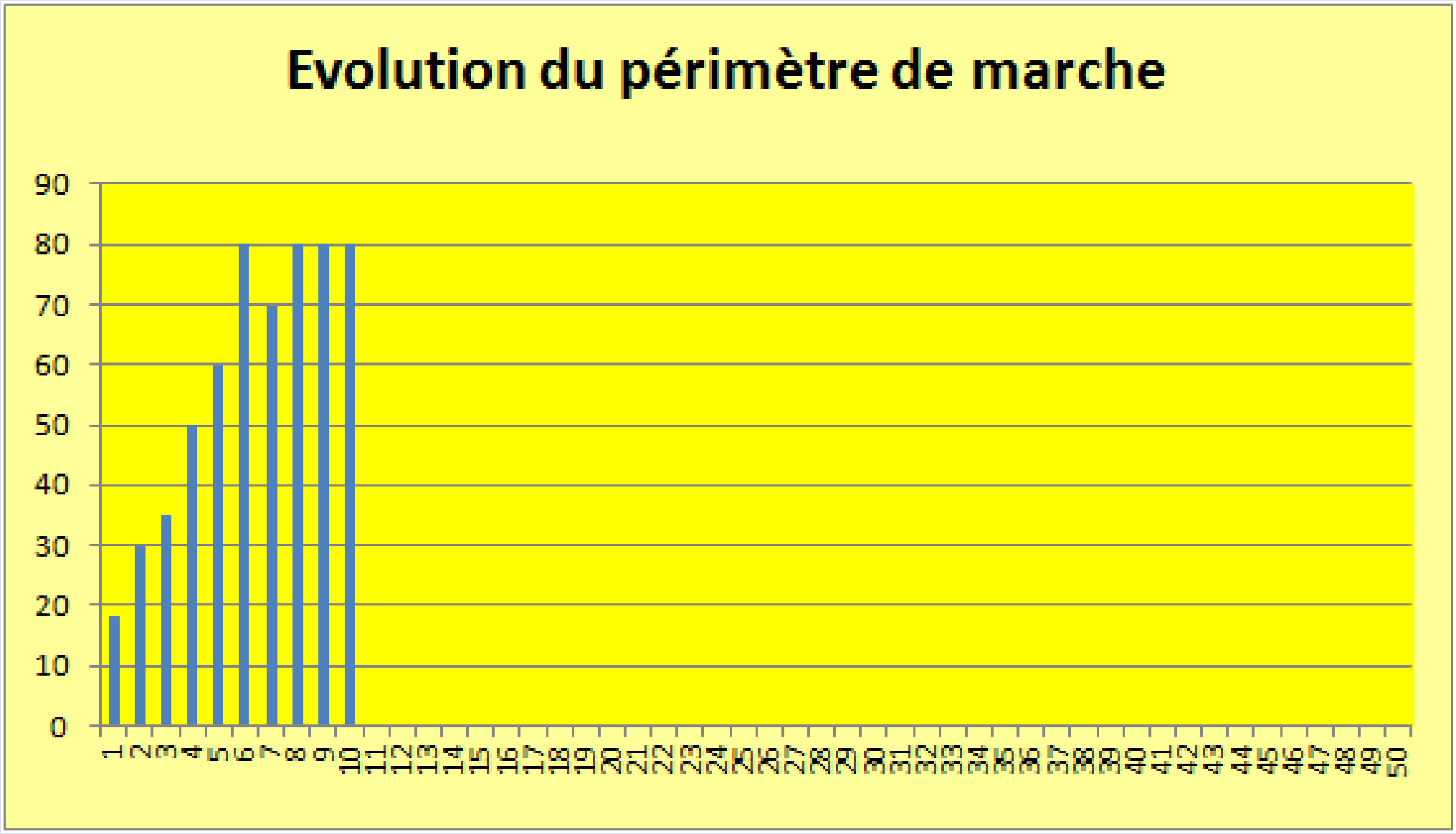

Nombre de changements de positions : aller + retour
80
70
60
50
40
30
20
10
0


Tenir une position chronométrée en secondes (de 10 à 120 sec)
300
250
200
150
100
50
0

Myopathie des ceintures
+ fracture en cours de consolidation
(moins de 2 mois post op)

Décrire brièvement ci-dessous les conditions de pratique (les éventuelles aides de marche) :

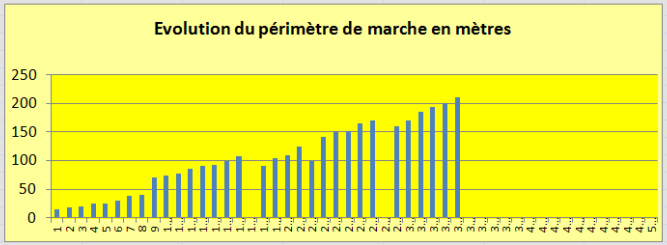
Déambulation avec un Rollator pliant à 2 roues, sous la surveillance d'une tierce personne

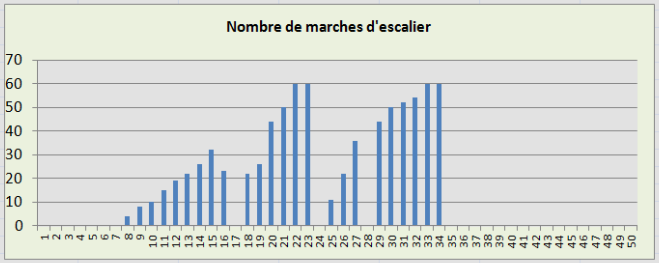


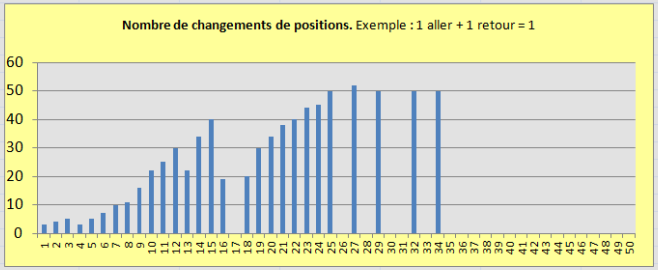
RQ4T : Protocole de Rééducation Quantifiée de 4 activités d'équilibration fonctionnelle avec Traçabilité

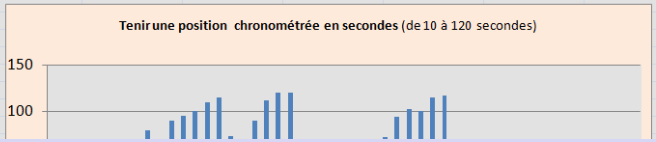
A chaque séance d'entraînement, le patient doit effectuer un (ou plusieurs) exercice(s).
Pour une progression rapide et efficace : effectuer un même exercice 3 fois par semaine (ou plus).
L'augmentation du périmètre de marche sans temps de repos est souvent l'exercice prioritaire.
Entre chaque exercice : un temps de repos égal ou supérieur au temps de travail.

	PRENOM :	Xxxxxxxxxx	NOM DU PATIENT :	Yyyyyyyyyyyyy	
	DATES	Périmètre de marche en mètres	Nombre de marches d'escalier	Nombre de changements de positions aller + retour	Tenir une position chronométrée en secondes
1	05 10 2012	15		3	22
2	08 10 2012	18		4	30
3	09 10 2012	20		5	30
4	10 10 2012	25		3	35
5	11 10 2012	25		5	40
6	12 10 2012	30		7	44
7	15 10 2012	38		10	fatigue
8	16 10 2012	40	4	11	40
9	17 10 2012	70	8	16	80
10	18 10 2012	74	10	22	60
11	19 10 2012	78	15	25	90
12	22 10 2012	85	19	30	95
13	23 10 2012	90	22	22	100
14	24 10 2012	92	26	34	110
15	25 10 2012	100	32	40	115
16	26 10 2012	108	23	19	73
17	malade	absence	fièvre	et gros rhume	absence
18	30 10 2012	90	22	20	90
19	31 10 2012	104	26	30	112
20	02 11 2012	110	44	34	120
21	05 11 2012	125	50	38	120
22	06 11 2012	100	60	40	autre exercice
23	07 11 2012	142	60	44	26
24	08 11 2012	149	autre exercice	45	32
25	12 11 2012	151	11	50	41
26	13 11 2012	165	22		44
27	14 11 2012	170	36	52	58
28	absence			absence	
29	16 11 2012	160	44	50	72
30	19 11 2012	170	50		94
31	19 11 2012	185	52		102
32	20 11 2012	194	54	50	100
33	21 11 2012	200	60		115
34	22 11 2012	210	60	50	117
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					









Marche avec déambulateur sous la surveillance du kiné (risque de chutes)

Décrire ci-dessous les conditions de pratique des escaliers : (montée + descente) ou (montée seule)...

Montée et descente des escalier en se tenant des 2 mains à la rampe.
Le rééducateur se place en aval du patient aussi bien à la montée qu'à la descente et se tient à la rampe.
En cas de perte d'équilibre du patient vers l'aval, il est donc impossible de dégringoler dans les escaliers.

à partir du 08 / 11 / 2012, on effectue le même exercice avec une seule main sur la rampe

Décrire brièvement ci-dessous les conditions de pratique des changements de positions :

Assis-debout-assis, départ en fauteuil avec les freins bloqués
en se tenant à une table placée devant lui

Décrire brièvement ci-dessous les conditions de pratique de "tenir une position chronométrée"

Debout, pieds écartés yeux fermés sans se tenir à la table qui est devant lui
une chaise stable et lourde est plaçée derrière le patient pour la sécurité en cas de perte d'équilibre
mais le patient ne doit pas la toucher.

à partir du 06 / 11 / 2012, on effectue le même exercice avec les pieds joints

Décrire brièvement ci-dessous les conditions de pratique de la marche :

Marche avec déambulateur sous la surveillance du kiné (risque de chutes)

Décrire ci-dessous les conditions de pratique des escaliers : (montée + descente) ou (montée seule)...

Montée et descente des escalier en se tenant des 2 mains à la rampe.
Le rééducateur se place en aval du patient aussi bien à la montée qu'à la descente et se tient à la rampe.
En cas de perte d'équilibre du patient vers l'aval, il est donc impossible de dégringoler dans les escaliers.

à partir du 08 / 11 / 2012, on effectue le même exercice avec une seule main sur la rampe

Décrire brièvement ci-dessous les conditions de pratique des changements de positions :

Assis-debout-assis, départ en fauteuil avec les freins bloqués
en se tenant à une table placée devant lui

Décrire brièvement ci-dessous les conditions de pratique de "tenir une position chronométrée"

Debout, pieds écartés yeux fermés sans se tenir à la table qui est devant lui
une chaise stable et lourde est plaçée derrière le patient pour la sécurité en cas de perte d'équilibre
mais le patient ne doit pas la toucher.

à partir du 06 / 11 / 2012, on effectue le même exercice avec les pieds joints

Retour au menu

RQ4T : Protocole de Rééducation Quantifiée de 4 activités d'équilibration fonctionnelle avec Traçabilité

A chaque séance d'entraînement, le patient doit effectuer un (ou plusieurs) exercice(s).
Pour une progression rapide et efficace : effectuer un même exercice 3 fois par semaine (ou plus).
L'augmentation du périmètre de marche sans temps de repos est souvent l'exercice prioritaire.
Entre chaque exercice : un temps de repos égal ou supérieur au temps de travail.

PRENOM :		NOM DU PATIENT :			
	DATES	Périmètre de marche en mètres	Nombre de marches d'escalier	Nombre de changements de positions aller + retour	Tenir une position chronométrée en secondes
1					
2					
3					
4					

RQ4T : Protocole de Rééducation Quantifiée de 4 activités d'équilibration fonctionnelle avec Traçabilité

Version 210114

Protocole idéal pour les patients en début de progression avec un périmètre de marche inférieur à 500 mètres ou dont la durée de marche est inférieure à 20 minutes.

Simple et efficace : pour chaque exercice, un seul paramètre (appelé paramètre de contrôle) à enregistrer.
La quantité de pratique améliore la qualité gestuelle par auto-organisation des mouvements.

MENU PRINCIPAL

Lien vers : RQ4T : Protocole de Rééducation Quantifiée 4 activités fonctionnelles avec Traçabilité

Lien vers : Mode d'emploi du RQ4T et justifications théoriques

Lien vers : EXEMPLES D'EXERCICES

Lien vers : Exemple d'utilisation du protocole RQ4T pour un patient

Auteurs du "Protocole RQ4T"

Lien vers : Téléchargez gratuitement ce protocole sur Internet

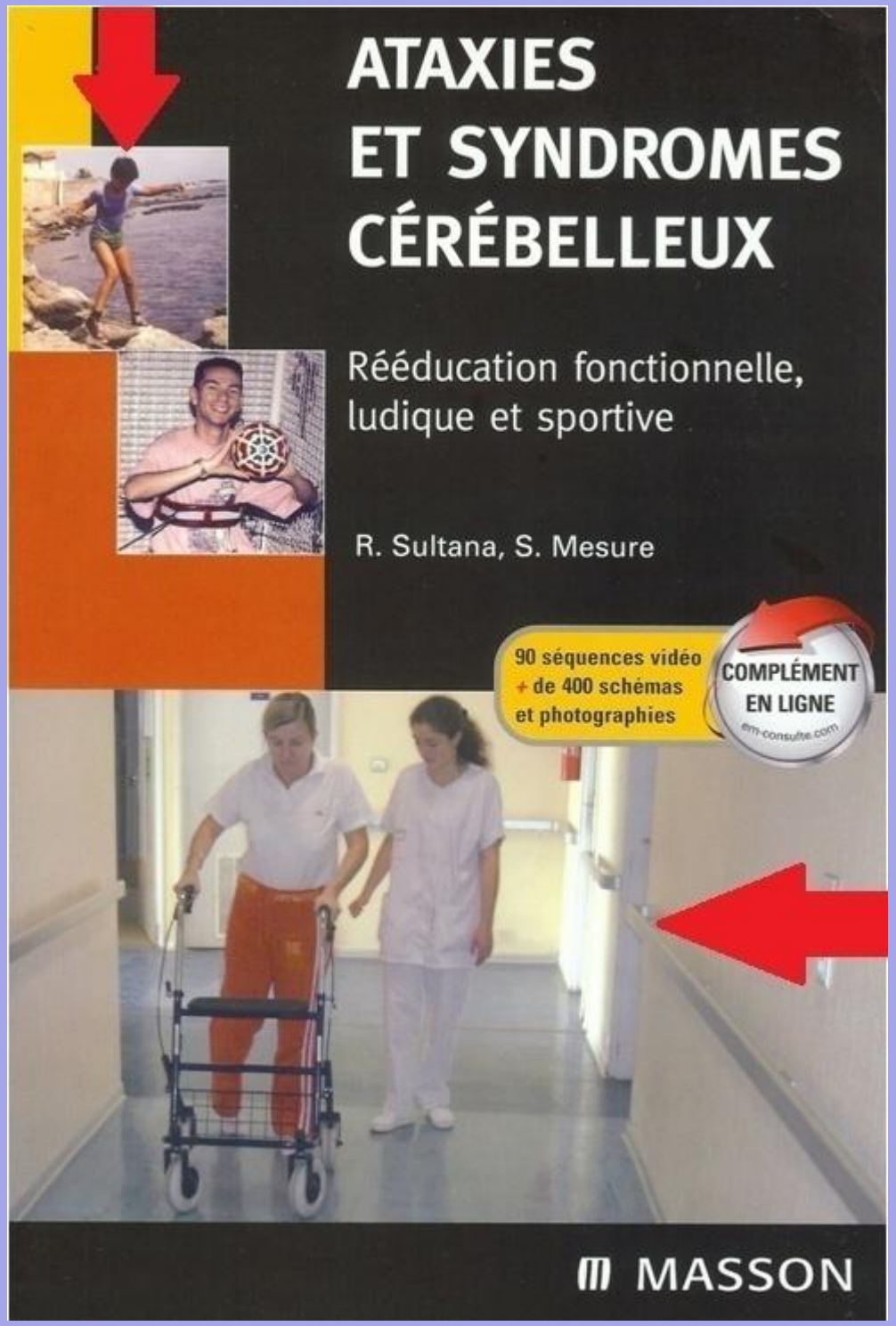
Pour les patients en fin de progression ou pouvant marcher pendant plus de 20 minutes on utilise un autre protocole de rééducation qui permet un travail quantifié de la VITESSE (protocole RQ5F)

http://reeducationtransmissiondessavoirs.hautetfort.com/archive/2014/01/08/rq5f-protocoles-de-reeducation-quantifiee-de-5-activites-d-e-5266197.html

Cas d'une patiente présentant une Ataxie de Friedreich

Exercices indispensables :

- en priorité, la marche (avec ou sans aide technique) quantifiée en mètres,
- les changements de positions quantifiés en nombre de répétitions,
- chez les patients qui en sont capables, la montée et la descente des escaliers seront quantifiées en nombre de marches franchies.



Bibliographie de ces types de protocoles :

http://www.elsevier-masson.fr/product.jsp?id=EHS_FR_BS-PK-470224&navAction=jump&queryTerm=sultana%20mesure%20&_requestid=484747

Bibliographie

CI24

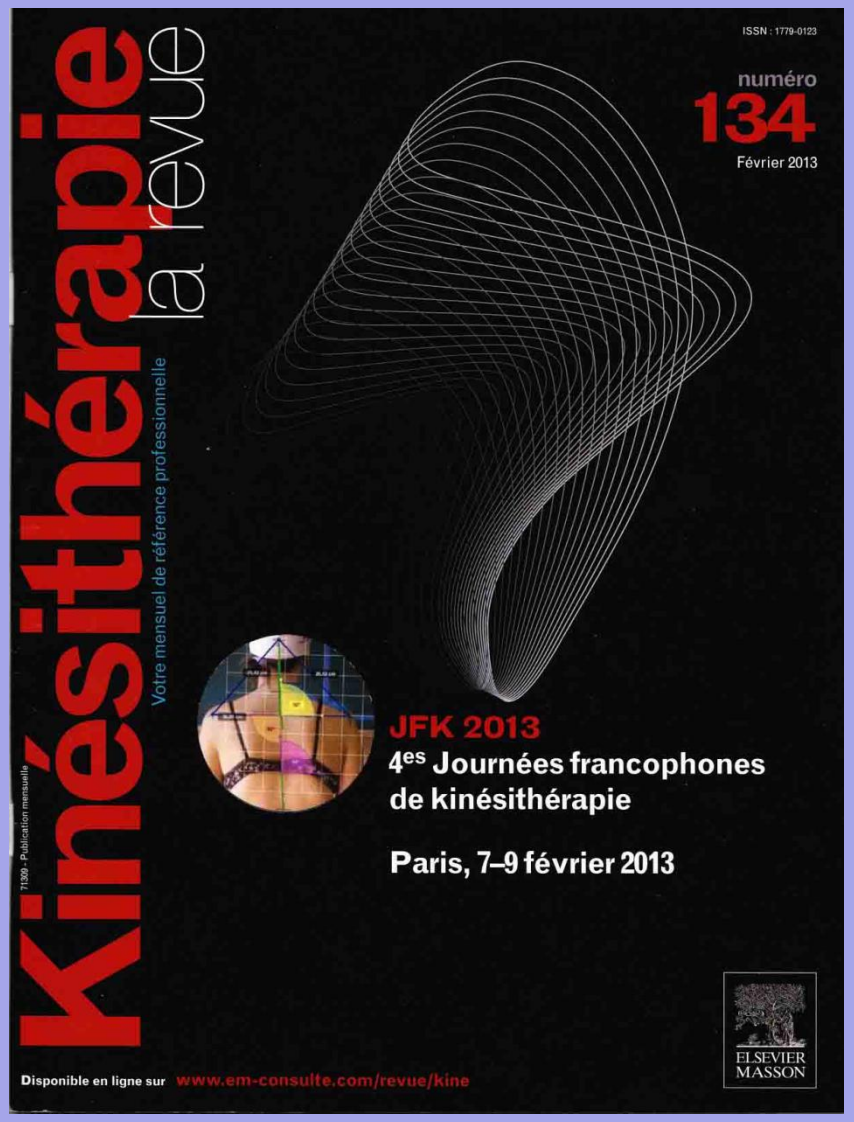
Réentraînement à l'effort des patients en neurologie (SEP, Parkinson...)

Roland Sultana, Gilbert Heurley
Institut de rééducation Pomponiana, BP 41, 83407 Hyères cedex, France
Auteur correspondant. Roland Sultana
Adresse e-mail : roland.sultana@orange.fr

Lutter contre le déconditionnement à l'effort aérobie est une priorité de la rééducation neurologique, toutes pathologies confondues. Cependant, la préparation du patient avant l'exercice aérobie et les conditions de pratique sont différentes en fonction de la pathologie principale et des pluri-pathologies associées.

CI23

AVC et réentrainement à l'effort par la marche

Claire Marsal
Centre européen d'enseignement en rééducation et réadaptation fonctionnelle, Saint-Denis, France
Adresse e-mail : marsal2@orange.fr

Introduction.– De nombreuses pathologies avec des séquelles chroniques invalidantes entraînent une désadaptation à l'effort, dans une spirale de déconditionnement [1]. Le réentrainement à l'effort par la marche pour le patient post AVC permet une « pierre deux coups » : améliorer la marche et les capacités d'endurance du patient. Celui-ci se fait souvent en centre de rééducation, après l'AVC. Le patient