

Sclérose en plaques : des exercices actifs adaptés à chaque patient

Auteurs : Roland Sultana,
Serge Mesure, Philippe Bardot,
Gilbert Heurley, Sébastien Tisserand



Sclérose en plaques et kinésithérapie

R. Sultana^{a, *}, S. Mesure^b : Kinésithérapeute-chef, S. Mesure^b : Maître de conférence des Universités, V. Le Dafniet^a, P. Bardot^a, G. Heurley^a, M. Crucy^a

^a Institut de rééducation fonctionnelle POMPONIANA, BP 41, 83407 Hyères cedex, France

^b Institut des sciences du mouvement, Université Aix-Marseille II / CNRS, France

* Auteur correspondant.

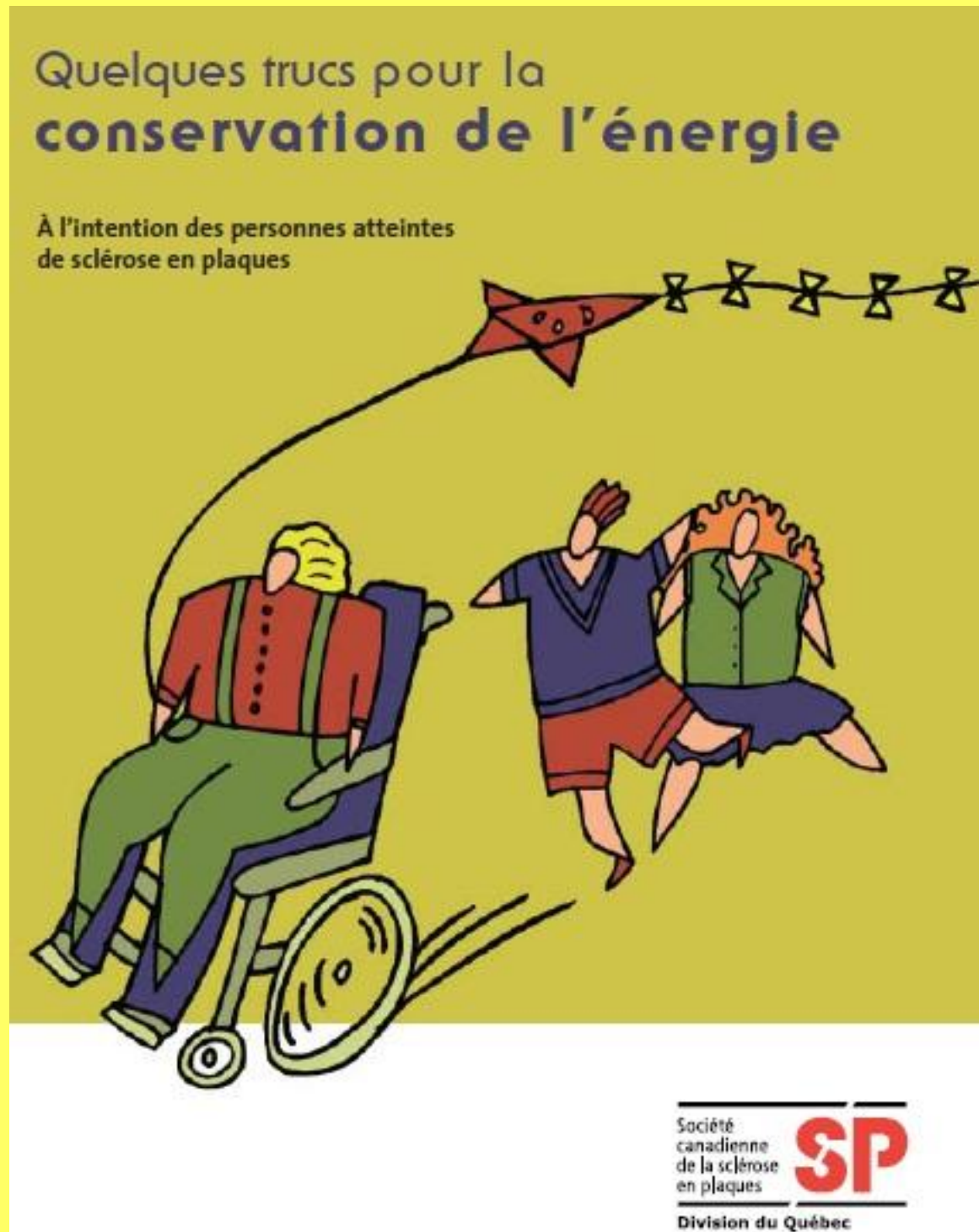
► Résumé

La spécificité de la kinésithérapie des scléroses en plaques (SEP) est liée au « syndrome de fatigue invalidant » que présentent la plupart des patients. Aussi, une séance trop intense est rapidement néfaste. La rééducation active est bridée par cette fatigue et doit donc être axée sur un nombre limité d'exercices fonctionnels bien choisis, alternant avec des périodes de repos. Pour obtenir une progression, la préparation et les conditions de pratique doivent être adaptées à chaque cas particulier. En cas de spasticité en extension, le renforcement des fléchisseurs peut améliorer la qualité de la marche. Lorsque le handicap est plus marqué, pour optimiser les transferts lit-fauteuil, il faut au contraire renforcer les extenseurs. Le rééducateur recherche ce qui facilite la motricité de son patient et ce qui inhibe ses performances. Cette véritable enquête est d'autant plus nécessaire que l'état du patient varie en fonction de l'évolution de la maladie, de l'heure de la journée, de l'efficacité ou non de la cryothérapie et de multiples facteurs qu'il convient de découvrir. Le kinésithérapeute procède donc non seulement par déduction logique, mais aussi par essais-erreurs. Une progression chiffrée d'exercices fonctionnels permet de valider les choix effectués, d'améliorer l'autonomie du patient, sa motivation, sa qualité de vie, de lui donner une connaissance de ses résultats, et de diminuer le déconditionnement à l'effort. Cette rééducation active n'est efficace qu'en dehors des poussées évolutives. Les soins passifs en position couchée sont bien tolérés à toutes les phases de l'affection (lutte contre les troubles orthopédiques, respiratoires, la spasticité, les douleurs, etc.). Enfin, à tous les stades, le rôle psychologique du kinésithérapeute est capital pour apporter motivation, aide, compréhension, présence et bonne humeur.

Mots clés : Sclérose en plaques, Kinésithérapie personnalisée, Rééducation fonctionnelle, Quantification des performances, Fatigue invalidante, Déconditionnement à l'effort, Cryothérapie

Les patients doivent apprendre à gérer leur propre fatigue pour pouvoir **insérer leur séance de rééducation dans un programme global de conservation de l'énergie** selon les principes exposés sur Internet par la Société canadienne de la sclérose en plaques.

http://www.mssociety.ca/chapters/regiondequebec/pdf/conservation_energie.pdf).



Mathiowetz, V, Matuska, K, Finlayson, M, Luo P, Chen H Y.
**One year follow up to a randomized controlled trial of an
energy conservation course for persons with multiple
sclerosis.**

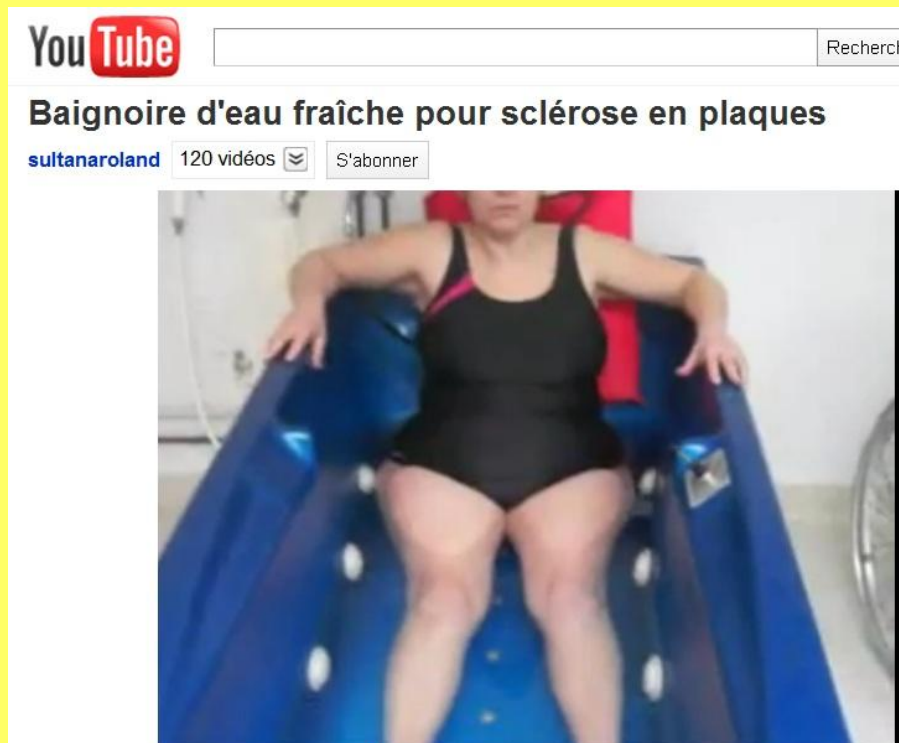
International Journal of Rehabilitation Research, 2007, 30, 305-
313.

Résumé :

In this randomized controlled trial, 169 persons with multiple sclerosis were ...

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17975450>

Pour les patient sensibles à la chaleur,
un bain froid ou une douche fraîche prolongée
(**30 minutes en position assise confortable**)
est indispensable avant la séance de kinésithérapie
<http://www.youtube.com/watch?v=5Swa-PmaF6g>



[Sign In](#) to gain access to subscriptions and/or personal tools.

Neurorehabilitation and Neural Repair

Quick Search this Journal

 [Advanced Search](#)

Journal Navigation

[Journal Home](#)[Subscriptions](#)[Archive](#)[Contact Us](#)[Table of Contents](#)SAGE JOURNALS
Online[Sign In](#) to gain access to subscriptions and/or personal tools.Neurorehabilitation and Neural Repair, Vol. 10, No. 1, 9-15 (1996)
DOI: 10.1177/154596839601000102
© 1996 American Society of Neurorehabilitation

Clinical and Immunological Effects of Cooling in Multiple Sclerosis

P.K. Coyle

Department of Neurology, HSC T-12, SUNY at Stony Brook, Stony Brook, NY 11794

L.B. Krupp

Carol Doscher

Zhidian Deng

Anthony Milazzo

Multiple sclerosis (MS) patients often report that heat makes their symptoms worse. There is anecdotal evidence that the opposite, body cooling, may make MS symptoms better. The goal of this study was to determine whether core body temperature cooling compared to placebo treatment produced objective changes on the neurologic examination, and affected immune parameters, in MS patients. Eleven relapsing-remitting patients who reported heat sensitivity underwent cooling or sham cooling using a commercially available active liquid flow cooling garment. Clinical parameters of visual acuity, timed walk, muscle strength, and coordination, and immune parameters of cytokine production were examined one hour before and after treatment. Cooling produced a significant improvement in acuity, timed walk, and muscle strength compared to sham cooling. Cooling, but not sham cooling, also decreased cytokine production by MS peripheral blood cells. These results suggest that cooling can result in objective clinical improvements in several functional systems of heat-sensitive MS patients. In addition to a clinical effect, cooling may also have an immune effect on MS.

Key Words: Key Words: Multiple sclerosis—Cooling—Cytokine.
 CiteULike
 Connotea
 Del.icio.us
 Digg
 Reddit
 Technorati
 [What's this?](#)
This Article

- ▶ [Full Text \(PDF\)](#)
- ▶ [References](#)
- ▶ [Alert me when this article is cited](#)
- ▶ [Alert me if a correction is posted](#)
- ▶ [Citation Map](#)

Services

- ▶ [Email this article to a friend](#)
- ▶ [Similar articles in this journal](#)
- ▶ [Alert me to new issues of the journal](#)
- ▶ [Add to Saved Citations](#)
- ▶ [Download to citation manager](#)
- ▶ [Reprints and Permissions](#)
- ▶ [Add to My Marked Citations](#)

Citing Articles

- ▶ [Citing Articles via Google Scholar](#)

Google Scholar

- ▶ [Articles by Coyle, P.K.](#)
- ▶ [Articles by Milazzo, A.](#)
- ▶ [Search for Related Content](#)

PubMed

- ▶ [Articles by Coyle, P.K.](#)
- ▶ [Articles by Milazzo, A.](#)

Social Bookmarking
[What's this?](#)

White AT, Wilson TE, Davis SL, Petajan JH.
**Effect of precooling on physical performance
in multiple sclerosis.**

Multiple Sclerosis 2000 ; 6 :176–180

Titre de la vidéo :
Relaxation et repos par un « QI GONG » couché
Lien URL :
http://www.youtube.com/watch?v=Qod_ZIMevsc



Atteintes frustes

Chez les patients présentant une atteinte fruste,

(périmètre de marche supérieur à 500 mètres)

un réentraînement à l'effort aérobic

quantifié en minutes est indispensable.

Si possible on choisira un exercice en position debout qui permet en même temps un travail de l'équilibration :

Marche à l'extérieur, **mais pas en pleine chaleur**, tapis de marche, vélo elliptique, stepper, escalier, etc...



Figure 10. Exemple d'exercice aérobic : le tapis de marche. Les paramètres spatiaux et temporels du mouvement s'affichent devant le patient et lui donnent une connaissance extempore de sa performance.





Recherche

Environ 79 résultats (0,57 secondes)

Rééducation Quantifiée de la Marche (RQM) : Rééducation ...

reeducationreadaptation.hautetfort.com/.../reeducation-quantifiee-de-...

26 sept. 2011 – **Rééducation Quantifiée de la Marche (RQM)** et des déplacements

Pour télécharger le document, il faut cliquer sur le lien ci-dessous :...

Protocole de "Rééducation Quantifiée de la Marche" (RQM) simplifié

En début de progression, le but est avant tout : l'augmentation du périmètre de marche pour lutter contre le déconditionnement à l'effort aérobie et travailler de l'équilibre locomoteur

NOM DU PATIENT :	XXXXXXXXXX	PRENOM :	XXXXXXXXXX
EXAMINATEUR :	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
DATES :	12 05 11	21 05 11	05 06 11
Périmètre de déplacement (en mètres) mesuré et communiqué au patient	600	900	1000
Durée du déplacement sans perte d'équilibre (en minutes)	15	20	20

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

Marche sans aide technique

En fin de progression, lorsque le patient arrive à marcher pendant plus de 20 minutes, on recherche généralement l'augmentation de la vitesse,

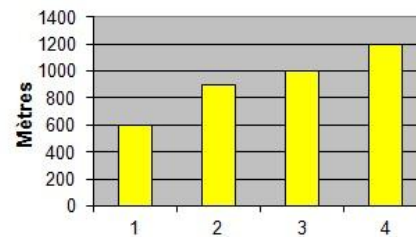
il s'agit alors de la seule possibilité de progrès en rééducation puisque le thérapeute peut rarement consacrer plus de 20 minutes à la marche

Calcul automatique de la vitesse

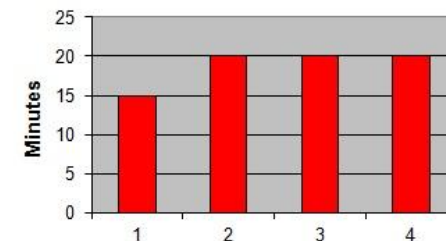
Vitesse calculée en kilomètres / heure	2,400	2,700	3,000	3,600
Temps de marche en sec. sur 7,50M (25 pieds)	11	10	9	8

La connaissance des résultats (CR) permet de motiver le patient et de fixer des objectifs raisonnables à atteindre lors de la prochaine séance de rééducation. Grâce à la CR de la séance précédente, l'estimation du périmètre de marche par le patient avant sa performance est généralement de plus en plus précise.

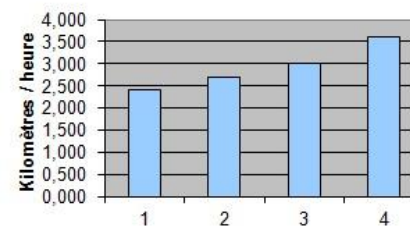
PERIMETRE DE MARCHÉ



DUREE DE LA MARCHÉ



VITESSE



Les conditions de pratique et les aides de marche éventuelles sont notées par le thérapeute dans la case prévue à cet effet. Par exemple, il inscrit :

déambulation avec une canne à droite et un releveur de type "liberté" à gauche sous la surveillance du kinésithérapeute

La Rééducation Quantifiée de la Marche permet :

- Un travail quantifié de la DISTANCE, de l'ENDURANCE, et une recherche de la VITESSE CONFORTABLE de MARCHÉ chez des patients présentant une durée de déplacement inférieure à 20 minutes
- Un travail quantifié de la VITESSE, pour les patients pouvant marcher pendant 20 minutes ou plus, sans arrêt pour se reposer

Exemple protocole permettant une progression de l'endurance

La compétence du rééducateur doit lui permettre de dépasser cette base pour s'adapter au cas particulier de chaque patient.

Première semaine : 3 séries de 10 minutes avec 10 minutes de repos avant et après chaque série (au minimum).

Deuxième semaine : 2 séries de 15 minutes avec 15 minutes de repos avant et après chaque série (au minimum).

Troisième semaine : une seule série de 30 minutes. avec 30 minutes de repos avant et après cette série (au minimum).

Gallien P Nicolas B, Robineau S, Pétrilli S, Houedakor J, Durufle A.

Réentrainement à l'effort et sclérose en plaques.

Ann Réadapt Med Phys 2007 ; 50 : 369-372

E. Gappmaier, M.K. Spencer, A.T. White, L.M. Mino, R.W. Hicks, J.H. Petajan

Fifteen weeks of aerobic training improve fitness of multiple sclerosis.

Med. Sci. Sports Exerc., 26 (1994), p. S29

Mostert S, Kesselring J.

Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of multiple sclerosis.

Mult Scler 2002 ;8 : 161-8

Chez les patients présentant une spasticité prédominant sur les extenseurs

Le travail contre résistance de la flexion du genou permet d'augmenter le tonus des fléchisseurs du MI, et donc d'améliorer la qualité de la marche lorsque la progression est efficace.

Les contractions excentriques sont plus adaptés, car le travail excentrique relâche (et inhibe) les muscles antagonistes spastiques au cours du mouvements.



Rechercher

W isocinétique excentrique de la flexion (SEP)

sultanaroland

111 vidéos



S'abonner





Robineau S ; Nicolas B ; Gallien P ; Petrilli S
Dumfle A ; Edan G ; Rochcongar P

**Renforcement musculaire isocinétique
excentrique des ischiojambiers chez des
patients atteints de sclérose en plaques.**

Annales de réadaptation et de médecine physique
2005, vol. 48, no1 : 29-33

Atteintes de gravité intermédiaire

Chez les patients présentant une atteinte de gravité intermédiaire

périmètre de marche entre 5 et 500 mètres,

Les exercices les plus indispensables sont :

- 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 sera quantifié en nombre de marches franchies par le patient.

La montée des escalier permet de faire travailler la triple flexion. Il s'agit donc d'un exercice qui lutte contre la prédominance de la triple extension et qui améliore indirectement la marche.

Le travail excentrique des fléchisseurs peut être effectué dans les mêmes conditions que pour les atteintes frustes.



équilibre fonctionnel quantifié

Recherche

Environ 243 000 résultats (0,27 secondes)

Tout

Équilibre fonctionnel quantifié : protocole de rééducation ...

reeducationreadaptation.hautetfort.com/.../protocole-de-reeducation-...

Images

29 août 2011 – Pour télécharger le document, il faut cliquer sur le lien ci-dessous : Protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel...

Maps

Vidéos

Pédiatrie : Protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel ...

reeducationreadaptation.hautetfort.com/.../pediatrie-protocole-de-ree...

Actualités

29 nov. 2011 – Pédiatrie : Protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel quantifié de l'enfant . Pour télécharger le document, il faut cliquer sur le lien ...

Shopping

Plus

[PDF] Protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel quantifié c...

www.sfphysio.fr/attachment/280188/

Format de fichier: PDF/Adobe Acrobat - [Afficher](#)

Toulon

Protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel quantifié chez l'adulte. R. Sultana, S. Mesure, S. Tisserand, P. Bardot, G. Heurley et les Kinésithérapeutes de ...

Changer le lieu

Rééducation réadaptation

Transmission des savoirs en rééducation et réadaptation

À propos

Catégories

Science

Derniers weblogs mis à jour

Arielle Prince écrit ...

Yfig en chansons

La souris de bibliothèque

Le blog de ion-ion

[Page d'accueil](#) | [Stage de kinésithérapie à Pomponiana : vidéos à voir et document à remplir avant de venir »](#)

29.08.2011

Équilibre fonctionnel quantifié : protocole de rééducation

Pour télécharger le document, il faut cliquer sur le lien ci-dessous :

[Protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel quantifié.xls](#)

Auteurs : BARDOT Philippe (médecin MPR), HEURLEY Gilbert (médecin MPR), TISSERAND Sébastien (kinésithérapeute), SULTANA Roland (cadre de santé, kinésithérapeute), avec la participation

Janvier 2012

D	L	M	M	J	V	S
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				

Notes récentes

Archives 1980

Etude de 296 dossiers de patients présentant...

Rééducation en piscine

Nom du patient :

Prénom :

Age :

Nom de l'examineur :

Tous les exercices ne sont pas à effectuer : cibler quelques exercices susceptibles d'aboutir à une progression. Si possible un exercice dans chaque rubrique.

Les exercices choisis seront effectués et quantifiés à chaque séance de rééducation pour favoriser le réentraînement, mais la fiche ne sera remplie qu'en début de prise en charge, puis environ tous les 15 jours

DEPLACEMENTS

COTATION de la distance en mètres (de 1 à 1000 mètres, ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5

Déplacements en fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant manuel

Marche "au cabotage" : en se tenant aux meubles, au mur ou barres parallèles

Marcher en se tenant

Autres déplacements en position debout

Marche avec déambulateur

Déambulateur + MI lestés

Marche avec 2 cannes

Marche avec 1 canne

Marche sans cannes

Marche + membres inf lestés

Course

Durée du déplacement en minutes

Périmètre estimé par le patient

avant la marche

Calcul automatique de la vitesse de marche (sur la version informatique)

Vitesse calculée en km / heure

#DIV/0! #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0!

Temps en sec. sur 7,50m 25pièdes

#DIV/0! #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0!

Distance en 6 mn (en mètres)

#DIV/0! #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0!

Marcher sur tapis roulant à vitesse lente et en se tenant peut remplacer la marche + déambulateur

La marche sur tapis roulant sans se tenir peut remplacer la marche sans canne.

La course sur tapis roulant peut être utilisée dans les atteintes frustes.

ESCALIERS

COTATION en nombre de marches franchies (de 1 à 60 marches ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5

Escalier avec appui manuel

monter + 2 mains sur rampe

monter + 1 main sur rampe

descente 2 mains sur rampe

descente 1 main sur rampe

Escalier sans appui manuel (ne pas toucher la rampe, ni le mur, et ni le sol)

monter + 2 pieds par marche

monter + 1 pied par marche

descendre + 2 pieds par marche

descendre + 1 pied par marche

CHANGEMENTS DE POSITIONS

COTATION en nombre de répétitions

il faut aménager les conditions de pratique pour que l'exercice soit effectué sans l'aide d'une tierce personne

1 : sans aide du rééducateur, une exécution

2 : sans aide du rééducateur, deux exécution, etc...

Chaque exécution compte.

Pour les exercices importants comme "assis-debout" chez les patients

en fauteuil, on peut aller jusqu'à 50 exécutions (ou plus)

date 1 date 2 date 3 date 4 date 5

Décubitus, fléchir et reposer un membre inf. (MI) après l'autre

(triple flexion) avec position de départ décrite ci-dessous

MI sur coussin

MI en extension

Assis au bord du lit - couché - et retour assis

avec aide technique : potence ou sangle...

aide technique

sans aide tech.

sans les mains

Assis-debout et retour assis, avec appui genoux sur gros coussins

et appui mains sur un objet stable (espalier...)

siège surélevé

siège normal

Assis-debout et retour assis, avec appui des mains sur un objet stable :

appui des mains

idem sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une marche (alterner dr. et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une chaise (alterner droit et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - sol - et retour en position debout

avec aide technique : chaise ou fauteuil stable ou espalier...

aide technique

sans aide tech.

L'exercice "sans aide technique" est effectué sans autre appui que le sol

L'aide du sol, n'est donc pas considérée comme une aide technique

TENUES DE POSITIONS

COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5

En décubitus dorsal

Soulever le bassin

(pont bustal)

triple flexion des 2 MI

Assis sans dossier sans aide des Membres Supérieurs (MS)

Pieds au sol

Sans pieds au sol

Penché en arrière

avec flexion des 2 MI

Debout pieds écartés avec les Yeux Ouverts (YO) ou Yeux Fermés (YF)

YO avec 2 appuis des MS

YO avec 1 appui MS

YO sans appui des MS

Yeux Fermés pieds écartés

YO pieds écartés 15 cm

YO pieds écartés 10 cm

Debout pieds joints

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) gauche

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI dr.

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) droit

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI g.

Remarque : le travail sur statokinésimètre ou sur plate forme de jeu informatisée (en adaptant l'écartement des pieds et la difficulté des exercices aux possibilités du patient) peut remplacer les tenues de positions

Les exercices en gras et bleu

permettent de renforcer les influx flexogènes, en cas de faiblesse des fléchisseurs ou de spasticité en extension des MI

Inversement, les autres exercices permettent de renforcer les influx extensogènes, en cas de faiblesse des extenseurs

Gestion de la FATIGUE : entre chaque exercice, le temps de repos est égal ou supérieur au temps de travail = particulièrement important pour les patients présentant une sclérose en plaques

Commentaires ou modifications à apporter aux exercices :

Pour tout les exercices, on soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger. Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie

Si les exercices que le thérapeute fait pratiquer ne figurent pas sur cette fiche, Il peut modifier la description des exercices.

Exemple, le rééducateur peut écrire : escaliers « avec une canne et la rampe »

 Téléchargez ce document sur Internet à l'adresse : <http://reeducationreadaptation.hautetfort.com/archive/2011/08/29/protocole-de-reeducation-de-l-equilibre-fonctionnel-quantifi.html>

Présentation du protocole : la rééducation fonctionnelle constitue la voie finale commune de toutes les rééducations des membres inférieurs

A chaque séance, le patient doit effectuer au minimum 1 exercice quantifié.

C'est parfois le cas d'un patient en début de progression ou très fatigable ou pour lequel la rééducation fonctionnelle n'est pas prioritaire.

Dès que possible, le patient devra effectuer 4 exercices quantifiés : 1. se déplacer, 2. monter et descendre les escaliers, 3. changer de position, et s'il reste du temps et de l'énergie, un 4^{ème} et dernier exercice consistant à tenir une position.

A partir du choix effectué en début de progression, une rééducation par apprentissage répétitif s'instaure à chaque séance de rééducation en utilisant ces 4 exercices "clé".

Si la prise en charge du patient est efficace et les exercices du protocole bien choisis, **les performances s'améliorent à chaque séance de rééducation (ou presque) !**

Objectifs du protocole : guider et orienter la rééducation vers les exercices fonctionnels les plus pertinents.

- Valoriser les petits progrès du patient, si importants pour le moral du patient et la progression de la rééducation.

- Utiliser la connaissance des résultats (CR) pour motiver le patient et améliorer l'apprentissage.

- Permettre l'auto-organisation des mouvements grâce à une quantité de pratique suffisante : amélioration des composantes spatiales, temporelles, diminution du coût énergétique et de la demande attentionnelle.

- Lutter contre le déconditionnement à l'effort et donc améliorer les capacités aérobie du patient par des exercices d'endurance.

Gestion de la fatigue et des autres exercices de rééducation : le temps de repos entre deux exercices devra être égal ou supérieur au temps de travail.

Pour en savoir plus sur la prise en charge de la fatigue, voir l'article intitulé « Quelques trucs pour la conservation de l'énergie », sur le site Internet de la « Société canadienne de la sclérose en plaques »

http://scleroseenplaques.ca/chapters/regiondequebec/pdf/conservation_energie.pdf

Choix d'un exercice en fonction de sa difficulté : l'exercice choisi doit être adapté aux possibilités du patient (ni trop facile, ni trop difficile).

Pour en savoir plus sur la prise en charge de la fatigue, voir le site Internet de la « Société canadienne de la sclérose en plaques » http://scleroseenplaques.ca/chapters/regiondequebec/pdf/conservation_energie.pdf

1. Se déplacer : c'est souvent l'exercice le plus important pour le patient dont le périmètre de marche est inférieur à 500 mètres

Une cotation en mètres permet d'évaluer les petits progrès du patient en rééducation et de lui donner une connaissance des résultats simple et efficace.

En début de progression, le but est avant tout : **l'augmentation du périmètre de marche.**

En fin de progression, lorsque le patient arrive à marcher pendant plus de 20 minutes, on recherche généralement **l'augmentation de la vitesse,**

il s'agit alors de la seule possibilité de progrès en rééducation, puisque le thérapeute peut rarement consacrer plus de 20 minutes à la marche

Calcul automatique de la vitesse de marche : il suffit de rentrer le périmètre de marche (en mètres) et la durée du déplacement (en minutes), puis de cliquer sur une autre case (n'importe laquelle)

2. Monter et descendre les escaliers : c'est souvent l'exercice le plus important pour le patient dont le périmètre de marche est supérieur à 500 mètres

Une progression s'instaure en augmentant le nombre de marches franchies par le patient.

3. Changer de position : c'est souvent l'exercice le plus important pour le patient ne pouvant plus marcher

La véritable progression commence lorsque le rééducateur ne touche plus le patient. En effet, l'aide d'une tierce personne nuit à l'auto-organisation des mouvements.

Chaque changement de position est donc quantifié en nombre de répétitions effectuées sans l'aide du rééducateur.

Rôle du thérapeute : aménager les conditions de pratique de l'exercice qu'il a choisi, pour qu'il soit effectué sans l'aide d'une tierce personne, en utilisant si nécessaire les aides techniques permettant la réalisation autonome de l'exercice.

La quantité de pratique (l'augmentation du nombre de répétitions) permet d'améliorer l'endurance et la qualité de la performance par auto-organisation des mouvements.

4. Tenir une position : une quantification de 10 à 120 secondes permet d'évaluer les petits progrès du patient en rééducation.

Le thérapeute compte les secondes à haute voix pour donner au patient une connaissance extemporanée des résultats qui permet d'améliorer les performances.

Si la tenue de position est inférieure à 10 secondes	Exercice non adapté	Mise en échec du patient (exercice trop difficile)							
Si la tenue de position est comprise entre 10 et 120 secondes	Exercice adapté	Le patient peut progresser par apprentissage répétitif							
Si la tenue de position est supérieure à 120 secondes	Exercice non adapté	L'exercice est trop facile pour le patient							

Conclusion :

Ce protocole est souvent associé à d'autres techniques de rééducation : mobilisation, étirement, posture, renforcement musculaire, etc...

Il constitue la preuve de l'efficacité de toutes les techniques de rééducation des membres inférieurs, en particulier dans les affections neurologiques.

Dans une pathologie chronique, ce protocole ne prétend pas faire des miracles. Il permet simplement d'apporter la preuve que le patient progresse à l'intérieur de son handicap.

3 modes de recherche rapide sur Internet : 1- taper les 4 mots-clés « **équilibre fonctionnel quantifié hautetfort** » sur votre moteur de recherche (Google) pour trouver ce protocole

ou 2- télécharger ce document sur Internet à l'adresse : <http://reeducationreadaptation.hautetfort.com/archive/2011/08/29/protocole-de-reeducation-de-l-equilibre-fonctionnel-quantifi.html>

ou 3- Rechercher le blog « hautetfort » sur un moteur de recherche / Cliquer sur « Explorer » / Zoomer sur la carte « Hyères » puis « POMPONIANA » / Cliquer sur le site « Rééducation réadaptation » / Rechercher le dernier document du site

Pour plus d'explications et de vidéos concernant chaque exercice du protocole, et pour nous faire parvenir vos commentaires ou vos questions, cliquer sur le lien ci-dessous :

<http://reeducationreadaptation.hautetfort.com/archive/2011/09/20/explications-concernant-chaque-exercice-du-protocole-de-reed.html>

Vidéos illustrant les exercices du protocole ci-dessus

Voici les titres à afficher sur votre moteur de recherche Google, et les liens URL sur lesquels il suffit de cliquer pour voir la vidéo

Ces vidéos sont visibles gratuitement sur le site Internet YouTube et ne nécessitent aucune inscription.

Vidéo concernant "les escaliers", "la marche avec 1 canne anglaise", "Debout pieds joints yeux ouverts" et "Debout-sol avec aide technique"

Titre de la vidéo : **Bilan-traitement de la Sclérose en Plaques en kinésithérapie libérale**

<http://www.youtube.com/watch?v=NS9gECGVCzU>



Vidéo concernant l'exercice "déplacements avec un déambulateur"

Titre de la vidéo : **Sclérose en plaques : comment faciliter la marche ?**

<http://www.youtube.com/watch?v=J6dDStLUpAQ>

Vidéo concernant l'exercice "Soulever le bassin (Pont bustal)"

Titre de la vidéo : **Comment exécuter l'exercice « Pont bustal, soulever le bassin »**

<http://www.youtube.com/watch?v=GnSliUB-ljw>



Vidéo concernant l'exercice "Assis-debout et retour assis, avec appui des genoux sur gros coussins"

Titre de la vidéo : **Sclérose en plaques : comment se remettre debout**

http://www.youtube.com/watch?v=wHxgra11Dyk&feature=channel_video_title



Vidéo concernant l'exercice " Penché en arrière avec flexion des 2 MI "

voir la vidéo : **Assis et penché en arrière avec flexion des 2 MI pour lutter contre la spasticité en extension**

<http://www.youtube.com/watch?v=CKG7ty7M1JU>



Nom du patient :

Prénom :

Age :

Nom de l'examineur :

Tous les exercices ne sont pas à effectuer : cibler quelques exercices susceptibles d'aboutir à une progression. Si possible un exercice dans chaque rubrique.

Les exercices choisis seront effectués et quantifiés à chaque séance de rééducation pour favoriser le réentraînement, mais la fiche ne sera remplie qu'en début de prise en charge, puis environ tous les 15 jours

DEPLACEMENTS

COTATION de la distance en mètres (de 1 à 1000 mètres, ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Déplacements en fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant manuel

Marche "au cabotage" : en se tenant aux meubles, au mur ou barres parallèles

Marcher en se tenant

Autres déplacements en position debout

Déambulateur	150	200	300		
2 cannes anglaises				300	350
1 canne anglaise					
Marche sans cannes					
Course					
durée du déplacement en minutes	12	15	19	18	17

Périmètre estimé par le patient avant la marche	300	180	300	300	330
---	-----	-----	-----	-----	-----

Calcul automatique de la vitesse de marche (sur la version informatique)

Vitesse calculée en km / heure	0,750	0,800	0,947	1,000	1,235
Temps en sec. sur 7,50m 25pieds	36	34	29	27	22
Distance en 6 mn (en mètres)	75	80	95	100	124

Remarque : la marche sur tapis roulant à vitesse lente et en se tenant peut remplacer la marche avec déambulateur.

La marche sur tapis roulant sans se tenir peut remplacer la marche sans canne.

La course sur tapis roulant peut être utilisée dans les atteintes frustes.

ESCALIERS

COTATION en nombre de marches franchies (de 1 à 60 marches ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Escalier avec appui manuel

monter + 2 mains sur rampe	16	32	48		
monter + 1 main sur rampe				32	64
descente 2 mains sur rampe	16	32	48		
descente 1 main sur rampe				32	64

Escalier sans appui manuel (ne pas toucher la rampe, ni le mur, et ni le sol)

monter + 2 pieds par marche					
monter + 1 pied par marche					
descendre + 2 pieds par marche					
descendre + 1 pied par marche					

CHANGEMENTS DE POSITIONS

COTATION en nombre de répétitions

il faut aménager les conditions de pratique pour que l'exercice soit effectué sans l'aide d'une tierce personne

1 : sans aide du rééducateur, une exécution
2 : sans aide du rééducateur, deux exécution, etc...
Chaque exécution compte.

 Pour les exercices importants comme "assis-debout" chez les patients en fauteuil, **on peut aller jusqu'à 50 exécutions (ou plus)**

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Décubitus, fléchir et reposer un membre inf. (MI) après l'autre (triple flexion) avec position de départ décrite ci-dessous
MI sur coussin
MI en extension
Assis au bord du lit - couché - et retour assis
avec aide technique : potence ou sangle...

aide technique					
sans aide tech.					
sans les mains					

Assis-debout et retour assis, avec appui genoux sur gros coussins et appui mains sur un objet stable (espalier...)

siège surélevé	7				
siège normal		10	15	25	40

Assis-debout et retour assis, avec appui des mains sur un objet stable :

appui des mains					
idem sans appui					

Debout - mettre 1 pied sur une marche (alterner dr. et g.)

appui des mains					
sans appui					

Debout - mettre 1 pied sur une chaise (alterner droit et g.)

appui des mains					
sans appui					

Debout - sol - et retour en position debout

avec aide technique : chaise ou fauteuil stable ou espalier...

aide technique					
sans aide tech.					
L'exercice "sans aide technique" est effectué sans autre appui que le sol					
L'aide du sol, n'est donc pas considérée comme une aide technique					

TENUES DE POSITIONS

COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

En décubitus dorsal

Soulever le bassin (pont bustal)

triple flexion des 2 MI

Assis sans dossier sans aide des Membres Supérieurs (MS)

Pieds au sol

Sans pieds au sol

Penché en arrière avec flexion des 2 MI

Debout pieds écartés avec les Yeux Ouverts (YO) ou Yeux Fermés (YF)

YO avec 2 appuis des MS

YO avec 1 appui MS

YO sans appui des MS

Yeux Fermés pieds écartés

YO pieds écartés 15 cm

YO pieds écartés 10 cm

Debout pieds joints

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) gauche

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI dr.

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) droit

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI g.

Remarque : le travail sur statokinésimètre ou sur plate forme

de jeu informatisée (en adaptant l'écartement des pieds et la difficulté des exercices aux possibilités du patient) peut remplacer les tenues de positions

Les exercices en gras et bleu
permettent de renforcer les influx flexogènes, en cas de faiblesse des fléchisseurs ou de spasticité en extension des MI

Inversement, les autres exercices permettent de renforcer les influx extensogènes, en cas de faiblesse des extenseurs

Gestion de la FATIGUE : entre chaque exercice, le temps de repos est égal ou supérieur au temps de travail = particulièrement important pour les patients présentant une sclérose en plaques

Commentaires ou modifications à apporter aux exercices :

 Pour toutes les performances, on soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger.

Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie

Si les exercices que le thérapeute fait pratiquer ne figurent pas sur cette fiche,

 Il peut **modifier la description des exercices**.

Exemple, le rééducateur peut écrire : escaliers « avec une canne et la rampe »

 Téléchargez ce document sur Internet à l'adresse : <http://reeducationreadaptation.hautetfort.com/archive/2011/08/29/protocole-de-reeducation-de-l-equilibre-fonctionnel-quantifi.html>

Nom du patient :

Prénom :

Age :

Nom de l'examineur :

Tous les exercices ne sont pas à effectuer : cibler quelques exercices susceptibles d'aboutir à une progression. Si possible un exercice dans chaque rubrique.

Pour chaque exercice, noter la date de réalisation et le nombre de répétitions. La fiche ne sera remplie qu'en début de prise en charge, puis environ tous les 15 jours

DEPLACEMENTS

TENUES DE POSITIONS

TENUES DE POSITIONS

COTATION de la distance en mètres (de 1 à 1000 mètres, ou plus)

nombre de répétitions

COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

il faut gérer les conditions de pratique pour que l'exercice soit effectué sans l'aide d'une tierce personne
1 : sans aide du rééducateur, une exécution
2 : sans aide du rééducateur, deux exécution, etc...
Chaque exécution compte.
Pour les exercices importants comme "assis-debout" chez les patients en fauteuil, on peut aller jusqu'à 50 exécutions (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Déplacements en fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant manuel

Marche "au cabotage" : en se tenant aux meubles, au mur ou barres parallèles

Marcher en se tenant

Autres déplacements en position debout

Déambulateur

150

200

300

300

350

2 cannes anglaises

300

350

1 canne anglaise

Marche sans cannes

Course

durée du déplacement en minutes

12

15

19

18

17

Périmètre estimé par le patient

300

180

300

300

330

avant la marche

300

180

300

300

330

Calcul automatique de la vitesse de marche (sur la version informatique)

Vitesse calculée en km / heure

0,750

0,800

0,947

1,000

1,235

Temps en sec. sur 7,50m 25pieds

36

34

29

27

22

Distance en 6 mn (en mètres)

75

80

95

100

124

Remarque : la marche sur tapis roulant à vitesse lente et en se tenant peut remplacer la marche avec déambulateur.

La marche sur tapis roulant sans se tenir peut remplacer la marche sans canne.

La course sur tapis roulant peut être utilisée dans les atteintes frustes.

ESCALIERS

COTATION en nombre de marches franchies (de 1 à 60 marches ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Escalier avec appui manuel

monter + 2 mains sur rampe

16

32

48

32

64

monter + 1 main sur rampe

16

32

48

32

64

descente 2 mains sur rampe

16

32

48

32

64

descente 1 main sur rampe

16

32

48

32

64

Escalier sans appui manuel (ne pas toucher la rampe, ni le mur, et ni le sol)

monter + 2 pieds par marche

16

32

48

32

64

monter + 1 pied par marche

16

32

48

32

64

descendre + 2 pieds par marche

16

32

48

32

64

descendre + 1 pied par marche

16

32

48

32

64

Assis-debout et retour assis, avec appui des mains sur un objet stable :

appui des mains

idem sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une marche (alterner dr. et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une chaise (alterner droit et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - sol - et retour en position debout

avec aide technique : chaise ou fauteuil stable ou espalier...

aide technique

sans aide tech.

L'exercice "sans aide technique" est effectué sans autre appui que le sol

L'aide du sol, n'est donc pas considérée comme une aide technique

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) gauche

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI dr.

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) droit

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI g.

Remarque : le travail sur statokinésimètre ou sur plate forme

de jeu informatisée (en adaptant l'écartement des pieds et la difficulté des

exercices aux possibilités du patient) peut remplacer les tenues de positions

Les exercices en gras et bleu

permettent de renforcer les influx flexogènes, en cas de

faiblesse des fléchisseurs ou de spasticité en extension des MI

Inversement, les autres exercices permettent de renforcer

les influx extensogènes, en cas de faiblesse des extenseurs

Gestion de la FATIGUE : entre chaque exercice, le temps de repos est égal ou supérieur au temps de travail = particulièrement important pour les patients présentant une sclérose en plaques

Commentaires ou modifications à apporter aux exercices :

Pour toutes les performances, on soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger.

Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie

Si les exercices que le thérapeute fait pratiquer ne figurent pas sur cette fiche, il peut modifier la description des exercices.

Exemple, le rééducateur peut écrire : escaliers « avec une canne et la rampe »

 Téléchargez ce document sur Internet à l'adresse : <http://reeducationreadaptation.hautefort.com/archive/2011/08/29/protocole-de-reeducation-de-l-equilibre-fonctionnel-quantifi.html>



Causes les plus probables :

Explications et vidéos concernant les exercices de rééducation

Explications et vidéos concernant les exercices de rééducation

À propos

« durée du déplacement | Page d'accueil | télécharger le document »

Catégories

Science

Derniers weblogs mis à jour

Waugh Gary

Christmas

Mandataire Auto - Import Auto

Sheridan Blaze

Le Forum d'Esbly

Trass ta route

Ulmer Antony

Dominique Le Tourneau

l'oiseau lire

THEATRUM BELL

01.01.2012

DEPLACEMENTS

Exercice de DEPLACEMENT

Deux cotations pour chaque déplacement :

1. Distance évaluée en mètres
2. Durée du déplacement en minutes.

La connaissance des résultats (CR) par le patient (et par le thérapeute) est un facteur important de progrès.

Un des effets les plus remarquables de la CR est de permettre au patient (et au thérapeute) de fixer l'objectif de chaque séance de rééducation.

Exemple : avec mon déambulateur, j'avais marché 60 mètres à la séance précédente, et je vais essayer de battre ce « record personnel ».

Une précision absolue est inutile, voir contre-productive (par exemple 61 mètres et 47 centimètres).

C'est une perturbation pour le patient avec risque d'incompréhension et d'impossibilité d'utiliser la connaissance des résultats.

Janvier 2012

D	L	M	M	J	V	S
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				

Notes récentes

télécharger le document

DEPLACEMENTS

durée du déplacement

Périmètre estimé

Calcul automatique de la vitesse

Déplacements en fauteuil roulant

Marcher en se tenant

Marche avec déambulateur

Déambulateur + MI lestés

Nom du patient :

Prénom :

Age :

Nom de l'examineur :

Tous les exercices ne sont pas à effectuer : cibler quelques exercices susceptibles d'aboutir à une progression. Si possible un exercice dans chaque rubrique.

Les exercices choisis seront effectués et quantifiés à chaque séance de rééducation pour favoriser le réentraînement, mais la fiche ne sera remplie qu'en début de prise en charge, puis environ tous les 15 jours

DEPLACEMENTS

COTATION de la distance en mètres (de 1 à 1000 mètres, ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Fauteuil roulant manuel

Marche sur tapis roulant (ou sur tapis roulant) ou sur barres parallèles

Marcher en se tenant

Autres déplacements en position debout

Déambulateur	150	200	300		
2 cannes anglaises				300	350
1 canne anglaise					
Marche sans cannes					

Course

durée du déplacement en minutes

Périmètre estimé par le patient

avant la marche

Calcul automatique de la vitesse de marche (sur la version informatique)

Vitesse calculée en km / heure

Temps en sec. sur 7,50m 25pieds

Distance en 6 mn (en mètres)

Remarque : la marche sur tapis roulant à vitesse lente et en se tenant

peut remplacer la marche avec déambulateur.

La marche sur tapis roulant sans se tenir peut remplacer la marche sans canne.

La course sur tapis roulant peut être utilisée dans les atteintes frustes.

ESCALIERS

COTATION en nombre de marches franchies (de 1 à 60 marches ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Escalier avec appui manuel

monter + 2 mains sur rampe

monter + 1 main sur rampe

descente 2 mains sur rampe

descente 1 main sur rampe

Escalier sans appui manuel (ne pas toucher la rampe, ni le mur, et ni le sol)

monter + 2 pieds par marche

monter + 1 pied par marche

descendre + 2 pieds par marche

descendre + 1 pied par marche

CHANGEMENTS DE POSITIONS

COTATION en nombre de répétitions

il faut aménager les conditions de pratique pour que l'exercice soit effectué sans l'aide d'une tierce personne

1 : sans aide du rééducateur, une exécution

2 : sans aide du rééducateur, deux exécutions, etc...

Chaque exécution compte.

Pour les exercices importants comme "assis-debout" chez les patients

en fauteuil, on peut aller jusqu'à 50 exécutions (ou plus)

date 1 date 2 date 3 date 4 date 5

03 08 11 12 08 11 19 08 11 26 08 11 02 09 11

Décubitus, fléchir et reposer un membre inf. (MI) après l'autre

(triple flexion) avec position de départ décrite ci-dessous

MI sur coussin

MI en extension

Assis au bord du lit - couché - et retour assis

avec aide technique : potence ou sangle...

aide technique

sans aide tech.

sans les mains

Assis-debout et retour assis, avec appui genoux sur gros coussins

et appui mains sur un objet stable (espalier...)

siège surélevé

siège normal

appui des mains

idem sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

appui des mains

sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une marche (alterner dr. et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une chaise (alterner droit et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - sol - et retour en position debout

avec aide technique : chaise ou fauteuil stable ou espalier...

aide technique

sans aide tech.

L'exercice "sans aide technique" est effectué sans autre appui que le sol

L'aide du sol, n'est donc pas considérée comme une aide technique

aide technique

sans aide tech.

aide technique

sans aide tech.

TENUES DE POSITIONS

COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

En décubitus dorsal

Soulever le bassin

(pont bustal)

triple flexion des 2 MI

Assis sans dossier sans aide des Membres Supérieurs (MS)

Pieds au sol

Sans pieds au sol

Penché en arrière

avec flexion des 2 MI

Debout pieds écartés avec les Yeux Ouverts (YO) ou Yeux Fermés (YF)

YO avec 2 appuis des MS

YO avec 1 appui MS

YO sans appui des MS

Yeux Fermés pieds écartés

YO pieds écartés 15 cm

YO pieds écartés 10 cm

Debout pieds joints

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) gauche

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI dr.

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) droit

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI g.

Remarque : le travail sur statokinésimètre ou sur plate forme

de jeu informatisée (en adaptant l'écartement des pieds et la difficulté des

exercices aux possibilités du patient) peut remplacer les tenues de positions

Les exercices en gras et bleu

permettent de renforcer les influx flexogènes, en cas de

faiblesse des fléchisseurs ou de spasticité en extension des MI

Inversement, les autres exercices permettent de renforcer

les influx extensogènes, en cas de faiblesse des extenseurs

Gestion de la FATIGUE : entre chaque exercice, le temps de repos est égal ou supérieur au temps de travail = particulièrement important pour les patients présentant une sclérose en plaques

Commentaires ou modifications à apporter aux exercices :

Pour toutes les performances, on soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger.

Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie

Si les exercices que le thérapeute fait pratiquer ne figurent pas sur cette fiche, il peut modifier la description des exercices.

Exemple, le rééducateur peut écrire : escaliers « avec une canne et la rampe »

 Téléchargez ce document sur Internet à l'adresse : <http://reeducationreadaptation.hautetfort.com/archive/2011/08/29/protocole-de-reeducation-de-l-equilibre-fonctionnel-quantifi.html>

01.01.2012

Déplacements en fauteuil roulant



Sous la rubrique : **Déplacements en fauteuil roulant manuel**

Explication de l'exercice « **Fauteuil roulant manuel** » :

Cet exercice convient aux patients ne pouvant pas se déplacer en position debout.

Le rééducateur note :

- la distance (en mètres) parcourue sans aucune aide extérieure,
- et la durée du déplacement en minutes.

Cet exercice est généralement utilisé pour des patients à faible rayon d'action (moins d'un kilomètre)

Deux cotations pour chaque déplacement :

1. Distance évaluée en mètres
2. Durée du déplacement en minutes.

On peut noter dans la case « Commentaires ou modifications à apporter aux exercices » les aménagements qui permettent d'adapter le protocole au cas particulier du patient.

Exemple : déplacement en fauteuil roulant avec les pieds et la main gauche sans utilisation de la main droite.

On soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger.

Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie.

Nom du patient :

Prénom :

Age :

Nom de l'examineur :

Tous les exercices ne sont pas à effectuer : cibler quelques exercices susceptibles d'aboutir à une progression. Si possible un exercice dans chaque rubrique.

Les exercices choisis seront effectués et quantifiés à chaque séance de rééducation pour favoriser le réentraînement, mais la fiche ne sera remplie qu'en début de prise en charge, puis environ tous les 15 jours

DEPLACEMENTS

COTATION de la distance en mètres (de 1 à 1000 mètres, ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Déplacements en fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant manuel

Marcher en se tenant

Déambulateur 150 0 300

2 cannes anglaises 300 350

1 canne anglaise

Marche sans cannes

Course

durée du déplacement en minutes 12 15 19 18 17

Périmètre estimé par le patient

avant la marche 300 180 300 300 330

Calcul automatique de la vitesse de marche (sur la version informatique)

Vitesse calculée en km / heure 0,750 0,800 0,947 1,000 1,235

Temps en sec. sur 7,50m 25pieds 36 34 29 27 22

Distance en 6 mn (en mètres) 75 80 95 100 124

Remarque : la marche sur tapis roulant à vitesse lente et en se tenant

peut remplacer la marche avec déambulateur.

La marche sur tapis roulant sans se tenir peut remplacer la marche sans canne.

La course sur tapis roulant peut être utilisée dans les atteintes frustes.

ESCALIERS

COTATION en nombre de marches franchies (de 1 à 60 marches ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Escalier avec appui manuel

monter + 2 mains sur rampe 16 32 48

monter + 1 main sur rampe 32 64

descente 2 mains sur rampe 16 32 48

descente 1 main sur rampe 32 64

Escalier sans appui manuel (ne pas toucher la rampe, ni le mur, et ni le sol)

monter + 2 pieds par marche

monter + 1 pied par marche

descendre + 2 pieds par marche

descendre + 1 pied par marche

CHANGEMENTS DE POSITIONS

COTATION en nombre de répétitions

il faut aménager les conditions de pratique pour que l'exercice soit effectué sans l'aide d'une tierce personne

1 : sans aide du rééducateur, une exécution

2 : sans aide du rééducateur, deux exécution, etc...

Chaque exécution compte.

Pour les exercices importants comme "assis-débout" chez les patients en fauteuil, on peut aller jusqu'à 50 exécutions (ou plus)

date 1 date 2 date 3 date 4 date 5

03 08 11 12 08 11 19 08 11 26 08 11 02 09 11

Décubitus, fléchir et reposer un membre inf. (MI) après l'autre (triple flexion) avec position de départ décrite ci-dessous

MI sur coussin

MI en extension

Assis au bord du lit - couché - et retour assis

avec aide technique : potence ou sangle...

aide technique

sans aide tech.

sans les mains

Assis-débout et retour assis, avec appui genoux sur gros coussins et appui mains sur un objet stable (espalier...)

siège surélevé

7

siège normal

10

15

25

40

Assis-débout et retour assis, avec appui des mains sur un objet stable :

appui des mains

idem sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une marche (alterner dr. et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une chaise (alterner droit et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - sol - et retour en position debout

avec aide technique : chaise ou fauteuil stable ou espalier...

aide technique

sans aide tech.

L'exercice "sans aide technique" est effectué sans autre appui que le sol

L'aide du sol, n'est donc pas considérée comme une aide technique

TENUES DE POSITIONS

COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

En décubitus dorsal

Soulever le bassin (pont bustal)

triple flexion des 2 MI

Assis sans dossier sans aide des Membres Supérieurs (MS)

Pieds au sol

Sans pieds au sol

Penché en arrière

avec flexion des 2 MI

Debout pieds écartés avec les Yeux Ouverts (YO) ou Yeux Fermés (YF)

YO avec 2 appuis des MS

YO avec 1 appui MS

YO sans appui des MS

Yeux Fermés pieds écartés

YO pieds écartés 15 cm

YO pieds écartés 10 cm

Debout pieds joints

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) gauche

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI dr.

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) droit

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI g.

Remarque : le travail sur statokinésimètre ou sur plate forme de jeu informatisée (en adaptant l'écartement des pieds et la difficulté des exercices aux possibilités du patient) peut remplacer les tenues de positions

Les exercices en gras et bleu

permettent de renforcer les influx flexogènes, en cas de faiblesse des fléchisseurs ou de spasticité en extension des MI

Inversement, les autres exercices permettent de renforcer les influx extensogènes, en cas de faiblesse des extenseurs

Gestion de la FATIGUE : entre chaque exercice, le temps de repos est égal ou supérieur au temps de travail = particulièrement important pour les patients présentant une sclérose en plaques

Commentaires ou modifications à apporter aux exercices :

Pour toutes les performances, on soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger.

Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie

Si les exercices que le thérapeute fait pratiquer ne figurent pas sur cette fiche,

Il peut modifier la description des exercices.

Exemple, le rééducateur peut écrire : escaliers « avec une canne et la rampe »

 Téléchargez ce document sur Internet à l'adresse : <http://reeducationreadaptation.hautetfort.com/archive/2011/08/29/protocole-de-reeducation-de-l-equilibre-fonctionnel-quantifi.html>

Explications et vidéos concernant les exercices de rééducation

Explications et vidéos concernant les exercices de rééducation

À propos

Catégories

Science

Derniers weblogs mis à jour

Waugh Gary

Christmas

Mandataire Auto - Import Auto

Sheridan Blaze

Le Forum d'Esblly

Trass ta route

Ulmer Antony

Dominique Le Tourneau

l'oiseau lire

THEATRUM BELLI

« Marche avec déambulateur | Page d'accueil | Déplacements en fauteuil roulant »

01.01.2012

Marcher en se tenant

Marche "au cabotage"



Sous la rubrique :
**Marche "au cabotage" :
en se tenant aux
meubles, au mur ou
barres parallèles**

Explication de
l'exercice
**« Marcher en se
tenant » :**
Cet exercice convient
aux patients ayant des
troubles de l'équilibre
importants.

Le rééducateur note :
- la distance (en mètres) parcourue sans aucune aide extérieure,
- et la durée du déplacement en minutes.

Janvier 2012

D	L	M	M	J	V	S
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				

Notes récentes

télécharger le document

DEPLACEMENTS

durée du déplacement

Périmètre estimé

Calcul automatique de la vitesse

Déplacements en fauteuil roulant

Marcher en se tenant

Marche avec déambulateur

Déambulateur + MI lestés

Marche avec 2 cannes



On peut noter dans la case « Commentaires ou modifications à apporter aux exercices » les aménagements qui permettent d'adapter le protocole au cas particulier du patient. Exemple : marche en se tenant aux barres parallèles placées très haut sous les aisselles

et rapprochées l'une de l'autre pour plus de stabilité.

Titre de la vidéo : **Marche dans barres parallèles placées sous les aisselles et rapprochées**

Lien URL vers cette vidéo : <http://www.youtube.com/watch?v=AYz-7el8TNY>

On soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger.

YouTube



Marche dans barres parallèles placées sous les aisselles et rapprochées

rehabilitation7



1:34 / 3:23

240p

Syndrome neurologique dégénératif d'une gravité exceptionnelle.

Marche dans barres parallèles placées sous les aisselles et rapprochées.



Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie.

Exemple de déplacement quantifié dans les barres parallèles :
Titre de la vidéo : « **Syndrome cérébelleux chronique en fauteuil** »

On trouvera une séquence concernant « **la marche dans les barres parallèles** » à 6 minutes du début de la vidéo.

<http://www.youtube.com/watch?v=6gZYs8w8dLc&feature=relmfu>

Nom du patient :

Prénom :

Age :

Nom de l'examineur :

Tous les exercices ne sont pas à effectuer : cibler quelques exercices susceptibles d'aboutir à une progression. Si possible un exercice dans chaque rubrique.

Les exercices choisis seront effectués et quantifiés à chaque séance de rééducation pour favoriser le réentraînement, mais la fiche ne sera remplie qu'en début de prise en charge, puis environ tous les 15 jours

DEPLACEMENTS

COTATION de la distance en mètres (de 1 à 1000 mètres, ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Déplacements en fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant manuel

Marche "au cabotage" : en se tenant aux meubles, au mur ou barres parallèles

Marcher en se tenant

Autres déplacements en position debout

Déambulateur	150	200	300		
2 cannes anglaises				300	350
1 canne anglaise					
Marche sans cannes					
Course					
durée du déplacement en minutes	12	15	19	18	17

Périmètre estimé par le patient avant la marche	300	180	300	300	330
---	-----	-----	-----	-----	-----

Calcul automatique de la vitesse de marche (sur la version informatique)

Vitesse calculée en km / heure	0,750	0,800	0,947	1,000	1,235
Temps en sec. sur 7,50m 25pieds	36	34	29	27	22
Distance en 6 mn (en mètres)	75	80	95	100	124

Remarque : la marche sur tapis roulant à vitesse lente et en se tenant peut remplacer la marche avec déambulateur.

La marche sur tapis roulant sans se tenir peut remplacer la marche sans canne.

La course sur tapis roulant peut être utilisée dans les atteintes frustes.

ESCALIERS

COTATION en nombre de marches franchies (de 1 à 60 marches ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Escalier avec appui manuel

monter + 2 mains sur rampe	16	32	48		
monter + 1 main sur rampe				32	64
descente 2 mains sur rampe	16	32	48		
descente 1 main sur rampe				32	64

Escalier sans appui manuel (ne pas toucher la rampe, ni le mur, et ni le sol)

monter + 2 pieds par marche					
monter + 1 pied par marche					
descendre + 2 pieds par marche					
descendre + 1 pied par marche					

CHANGEMENTS DE POSITIONS

COTATION en nombre de répétitions

il faut aménager les conditions de pratique pour que l'exercice soit effectué sans l'aide d'une tierce personne

1 : sans aide du rééducateur, une exécution

2 : sans aide du rééducateur, deux exécution, etc...

Chaque exécution compte.

Pour les exercices importants comme "assis-debout" chez les patients en fauteuil, on peut aller jusqu'à 50 exécutions (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

Décubitus, fléchir et reposer un membre inf. (MI) après l'autre (triple flexion) avec position de départ décrite ci-dessous

MI sur coussin

MI en extension

Assis au bord du lit - couché - et retour assis

avec aide technique : potence ou sangle...

aide technique

sans aide tech.

sans les mains

Assis-debout et retour assis, avec appui genoux sur gros coussins et appui mains sur un objet stable (espalier...)

siège surélevé

7

siège normal

10

15

25

40

Assis-debout et retour assis, avec appui des mains sur un objet stable :

appui des mains

idem sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une marche (alterner dr. et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - mettre 1 pied sur une chaise (alterner droit et g.)

appui des mains

sans appui

Debout - sol - et retour en position debout

avec aide technique : chaise ou fauteuil stable ou espalier...

aide technique

sans aide tech.

 L'exercice "sans aide technique" est effectué sans autre appui que le sol
L'aide du sol, n'est donc pas considérée comme une aide technique

TENUES DE POSITIONS

COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)

date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
03 08 11	12 08 11	19 08 11	26 08 11	02 09 11

En décubitus dorsal

Soulever le bassin (pont bustal)

triple flexion des 2 MI

Assis sans dossier sans aide des Membres Supérieurs (MS)

Pieds au sol

Sans pieds au sol

Penché en arrière avec flexion des 2 MI

Debout pieds écartés avec les Yeux Ouverts (YO) ou Yeux Fermés (YF)

YO avec 2 appuis des MS

YO avec 1 appui MS

YO sans appui des MS

Yeux Fermés pieds écartés

YO pieds écartés 15 cm

YO pieds écartés 10 cm

Debout pieds joints

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) gauche

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI dr.

équilibre unipodal en appui sur le membre inférieur (MI) droit

Yeux Ouverts (YO)

Yeux Fermés (YF)

YO triple flexion MI g.

Remarque : le travail sur statokinésimètre ou sur plate forme de jeu informatisée (en adaptant l'écartement des pieds et la difficulté des exercices aux possibilités du patient) peut remplacer les tenues de positions

Les exercices en gras et bleu

permettent de renforcer les influx flexogènes, en cas de

faiblesse des fléchisseurs ou de spasticité en extension des MI

Inversement, les autres exercices permettent de renforcer

les influx extensogènes, en cas de faiblesse des extenseurs

Gestion de la FATIGUE : entre chaque exercice, le temps de repos est égal ou supérieur au temps de travail = particulièrement important pour les patients présentant une sclérose en plaques

Commentaires ou modifications à apporter aux exercices :

Pour toutes les performances, on soulignera la cotation chaque fois que le patient peut effectuer l'exercice seul et sans danger.

Cette précision incite le rééducateur à s'éloigner du patient dès que possible, pour lui permettre de prendre confiance en ses propres possibilités et d'augmenter ainsi son autonomie

Si les exercices que le thérapeute fait pratiquer ne figurent pas sur cette fiche,

Il peut modifier la description des exercices.

Exemple, le rééducateur peut écrire : escaliers « avec une canne et la rampe »

 Téléchargez ce document sur Internet à l'adresse : <http://reeducationreadaptation.hautetfort.com/archive/2011/08/29/protocole-de-reeducation-de-l-equilibre-fonctionnel-quantifi.html>

Bilan-traitement de la Sclérose en Plaques en kinésithérapie libérale

Éditeur d'annotations



★★★★★ 1 avis

Vues : 36

♥ Favoris + Partager + Playlists 🚩 Signaler



sultanaroland

8 mai 2009

[\(moins d'infos\)](#)

[S'abonner](#)

Bilan-traitement de la Sclérose en Plaques en kinésithérapie libérale.

But du réseau PACASEP : prise en charge optimisée et décentralisée des patients présentant une Sclérose en Plaques par les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, etc) de la région PACA.

Le réseau PACASEP est présidé par le Pr. PELLETIER (Hôpital de LA TIMONE, Marseille).

Remerciements à :

Philippe TARGET (Kinésithérapeute),
Anne REGGANI (Kinésithérapeute),
Philippe BARDOT (Médecin MPR),
Gilbert HEURLEY (Médecin MPR),
Roland SULTANA Kinésithérapeute Cadre de Santé,
et bien sûr la patiente (très motivée) qui a signé une autorisation audio-visuelle aux normes.

Catégorie : [Science et technologie](#)

Tags : [Bilan traitement SEP kinésithérapie libérale réseau PACASEP Sclérose en Plaques](#)

Rééducation réadaptation

Transmission des savoirs en rééducation et réadaptation

À propos

« Rééducation en piscine, hydrothérapie, kinébalnéothérapie, rééducation dans l'eau | Page d'accueil | Archives 1980 »

Catégories

Science

Derniers weblogs mis à jour

Gall's Blog

Mcpherson's Blog

Carter's Blog

Mais regarde donc le chemin !

Quelques pages

Mcmullin's Blog

Crook's Blog

Nightswimming

Crosby's Blog

Burke Geoffrey

01.12.2011

Etude de 296 dossiers de patients présentant une SEP

Analyse du protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel quantifié à travers l'étude de 296 dossiers de patients présentant une sclérose en plaques

Les dossiers des patients présentant une sclérose en plaques et ayant effectué un séjour à l'Institut de Rééducation POMPONIANA de 2007 à 2009 ont été étudiés. Au total 296 dossiers. Sur ces 296 dossiers seuls 128 présentaient des fiches bien remplies et exploitables

Cette analyse a été présentée pour la première fois au 27^{ème} congrès de la SOFMER (Marseille) le vendredi 15 octobre 2010 sous le titre :

Bardot P et Sultana R. Rééducation de l'équilibre et de la marche des patients atteints de sclérose en plaques: intérêt de l'échelle de Pomponiana [1].

Pour l'année 2007 on a pu exploiter 25 fiches sur 92 soit 27% de fiches

Janvier 2012

D	L	M	M	J	V	S
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				

Notes récentes

Kinésithérapie et sclérose en plaques

Bilans de sensibilité

Archives 1980

Etude de 296 dossiers de patients présentant...

Rééducation en piscine, hydrothérapie,...

Pédiatrie : Protocole de rééducation de...

Mesure des distances à l'Institut de...

AVQ = ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE :...

ACTIVITES LUDIQUES OU SPORTIVES : Protocole de...

Le kinésithérapeute conseillera des **loisirs** permettant une activité physique modérée, si possible dans une ambiance fraîche.

Exemple : la **fréquentation régulière d'une piscine dont la température n'excède pas 29 degrés**, à conditions de ne pas vouloir battre des records de distance et ou de durée.



**Atteintes
profondes**

**Chez les patients présentant une
atteinte profonde,**

avec impossibilité d'effectuer les transferts entre
le lit et le fauteuil sans l'aide d'une tierce personne

et le plus souvent faiblesse des muscles
extenseurs.

Cet exercice est prioritaire (s'il est possible)



On tentera de lutter
contre le
déconditionnement
à l'effort.

Par exemple en
utilisant le pédalage
sur vélo motorisé
(Motomed), car le
sujet n'est jamais
mis en situation
d'échec puisque le
moteur effectue
l'exercice lorsque le
patient est fatigué.



Travail de l'équilibre assis

Titre de la vidéo :

Ma kinésithérapie contre la sclérose en plaques FILM 1

Lien URL : http://www.youtube.com/watch?v=V9dC_0e4s-E



Travail de muscles encore actifs
et en particulier des extenseurs du membre inf.



Fauteuil roulant électrique informatisé avec toutes les options

sultanaroland

111 vidéos



S'abonner



10213

À ce stade, on peut généralement améliorer par l'exercice une (ou plusieurs) activité(s) de la vie quotidienne (quantifié en nombre de répétitions). Par exemple mettre et enlever un vêtement, **utiliser une télécommande, un fauteuil électrique**, un ordinateur, etc... Pour ce type de patient, les soins de rééducation se situent dans le cadre d'une prise en charge globale du patient coordonnée par un médecin.

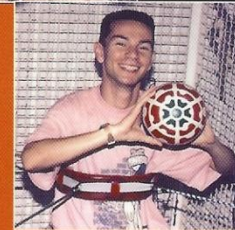
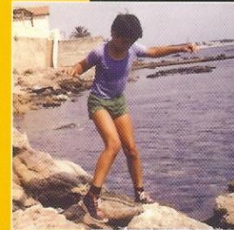
Le rééducateur participe donc aux techniques de nursing : installation et **mobilisations à visée orthopédique**, désencombrement et travail respiratoire, etc. en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante (infirmière, aide soignante, agent de service hospitalier, auxiliaire de vie...) et les proches du patient (famille, amis, garde malade...).



Il faut encourager les loisirs permettant au patient de sortir de son lieu de vie.



Quelque soit le stade du patient,
le kinésithérapeute joue un rôle
psychologique
pour apporter sur le long terme,
compréhension, motivation,
aide, présence, humour
et bonne humeur.



ATAXIES ET SYNDROMES CÉRÉBELLEUX

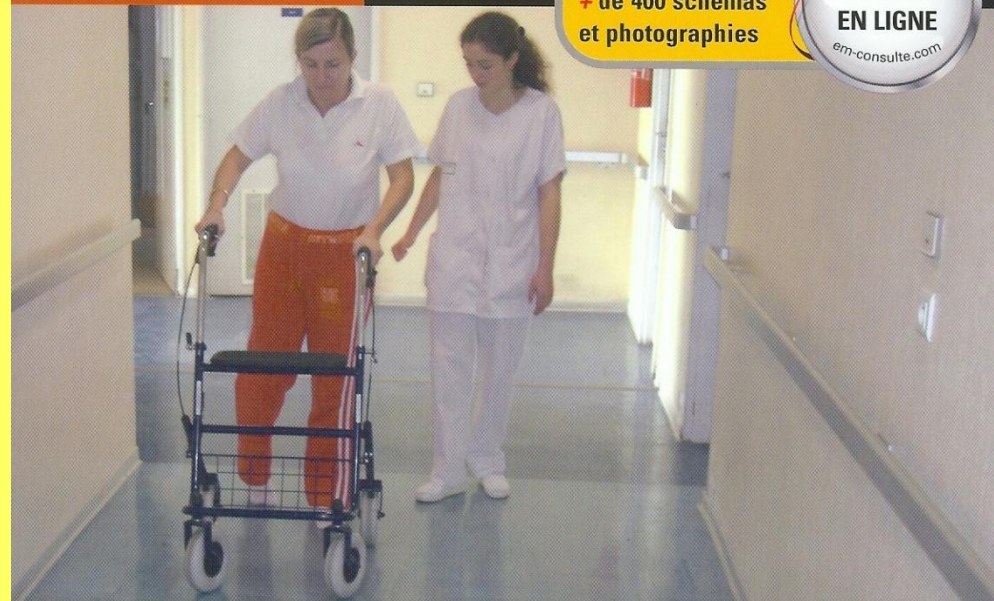
Rééducation fonctionnelle,
ludique et sportive

R. Sultana, S. Mesure

90 séquences vidéo
+ de 400 schémas
et photographies

COMPLÉMENT
EN LIGNE

em-consulte.com



 **MASSON**



8 résultats (0,19 secondes)

[Kinésithérapie et sclérose en plaques : Rééducation réadaptation](#)

[reeducationreadaptation.hautetfort.com/.../kinesitherapie-et-sclerose-e...](#)

il y a 1 jour – 1 Sultana **Sclérose** en plaques **rééducation** CIFEPK 2012.ppt. Les patients doivent apprendre à gérer leur propre fatigue pour pouvoir insérer ...

Vous avez consulté cette page le 12/01/12.



Recherche

Environ 17 résultats (0,78 secondes)

[Kinésithérapie et sclérose en plaques : Rééducation réadaptation](#)

[reeducationreadaptation.hautetfort.com/.../kinesitherapie-et-sclerose-e...](#)

il y a 1 jour – **Kinésithérapie** et **sclérose** en **plaques**. Présentation du diaporama le 04/02/2012 à Rennes, au congrès du **CIFEPK**. Pour voir le diaporama, ...

Vous avez consulté cette page le 12/01/12.

À propos

« Bilans de sensibilité | Page d'accueil

11.01.2012

Kinésithérapie et sclérose en plaques

Présentation du diaporama le 04/02/2012 à Rennes, au congrès du CIFEPK

Pour voir le diaporama, il faut cliquer sur le lien suivant :

[1 Sultana Sclérose en plaques rééducation CIFEPK 2012.ppt](#)

Les patients doivent apprendre à gérer leur propre fatigue pour pouvoir **insérer leur séance de rééducation dans un programme global de conservation de l'énergie** selon les principes exposés sur Internet par la Société canadienne de la sclérose en plaques.

<http://www.mssociety.ca/chapters/regiondequebec/>

Mathiowetz, V, Matuska, K, Finlayson, M, Luo P, Chen H Y.

One year follow up to a randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis.

International Journal of Rehabilitation Research, 2007, 30, 305-313.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17975450>