

Protocole de rééducation de l'équilibre fonctionnel quantifié de l'enfant

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.

SE DEPLACER

CHANGER de POSITION

TENIR UNE POSITION sans perdre l'équilibre

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

Echelle polyvalente : cotation en nombre de répétitions

COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)

SE DEPLACER						CHANGER de POSITION						TENIR UNE POSITION sans perdre l'équilibre					
COTATION de la distance : de 1 à 1000 mètres (ou plus)						Echelle polyvalente : cotation en nombre de répétitions						COTATION de 1 à 120 secondes (ou plus)					
	date 1	date 2	date 3	date 4	date 5		date 1	date 2	date 3	date 4	date 5		date 1	date 2	date 3	date 4	date 5
Fauteuil R. Manuel, distance :						A : avec aide des deux mains du rééducateur B : avec aide d'une main du rééducateur 1 : sans aide, une exécution 2 : sans aide, deux exécutions, etc... Chaque exécution compte jusqu'à 10 exécutions ou plus Pour les exercices importants comme : "assis-débout et debout-assis" chez les patients en fauteuil, on peut aller jusqu'à 50 exécutions (ou plus) pour lutter contre le déconditionnement à l'effort aérobie	En décubitus dorsal										
Tricycle							Pont bustal (bassin)										
Déplacements sur un tapis de sol							triple flexion des 2 MI										
Déplacement en roulant à droite							Exercices sur un tapis de sol										
en roulant à gauche							Quadrupédie										
en rampant sur plan incliné							A genoux dressé										
en rampant sur le tapis							Assis tailleur										
Déplacement quadrupédique							Chevalier droit										
Déplacement assis sol							Chevalier gauche										
Déplacement à genoux							Sirène à droite										
Marche de l'ours						Sirène à gauche											
Déplacements en position debout						Assis-couché et couché-assis											
Barres parallèles						aide tech.											
Déambulateur						sans aide tech.											
Déambulateur + MI lestés						Décubitus, fléchir et reposer un membre inf. (MI) après l'autre											
2 cannes anglaises						MI sur coussin											
1 canne anglaise						Lit-fauteuil et fauteuil-lit											
Marche sans canne						aide technique											
Marche +membres inf lestés						sans aide tech.											
Course						Assis-débout et debout-assis (chaise adaptée à la taille)											
La marche sur tapis roulant à vitesse lente et en se tenant peut remplacer la marche avec déambulateur.						aide technique											
La marche sur tapis roulant sans se tenir peut remplacer la marche sans canne.						sans aide techniq.											
La course sur tapis roulant peut être utilisée dans les atteintes frustes.						Assis sur le sol - 4 pattes et 4 pattes - assis sur le sol											
Monter et descendre les ESCALIERS :						4 pattes-à genoux et à genoux-4 pattes											
COTATION du nombre de marches de 1 à 60 (ou plus)						aide technique											
	date 1	date 2	date 3	date 4	date 5	sans aide techniq.											
Escalier avec appui manuel						4 pattes-sirène à droite et retour sirène-4 pattes											
monter 2 mains au sol						aide technique											
monter 2 mains sur rampe						sans aide techniq.											
monter 1 main sur rampe						4 pattes-sirène à gauche et retour sirène-4 pattes											
descendre 2 mains au sol						aide technique											
descente 2 mains sur rampe						sans aide techniq.											
descente 1 main sur rampe						Debout-sol et sol-débout											
Escalier sans aide manuelle (ne pas toucher la rampe, ni le mur, ni le sol)						aide technique											
monter 2 pieds par marche						sans aide techn.											
monter 1 pied par marche						Debout-accroupi et accroupi-débout (squat)											
descendre + 2 pieds par marche						aide technique											
descendre + 1 pied par marche						sans aide techniq.											
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 renforcent les influx flexogène											
Commentaires :						Entre chaque exercice, le temps de repos est égal ou supérieur au temps de travail.											

Sur la fiche du protocole, pour toutes les performances effectuées sans aide, la cotation est soulignée 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.

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.

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.

Le rééducateur devra continuer (si possible) les exercices susceptibles d'améliorer les performances du patient.

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).

1. Se déplacer : C'est souvent l'exercice le plus important pour le patient

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.

2. Monter et descendre les escaliers

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

3. Changer de position

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 1 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 très 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 très facile pour le patient, il est donc inefficace

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.

