Points clés du raisonnement pour pathologies neurologiques

Blessés médullaires :

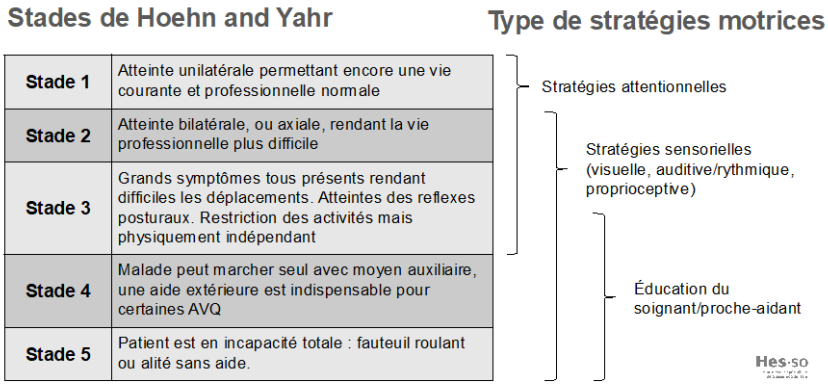
- Renforcer en endurance ce qui est au-dessus de l'atteinte, selon besoin pour la tâche, l'activité fonctionnelle, si pas déjà « exercés ou forts » (si en fin de rééducation par ex.)
- Renforcer dans le but d'améliorer la force des muscles qui sont partiellement innervés lors de muscles dans la zone de préservation partielle, mais viser ceux qui limitent l'activité fonctionnelle
- Améliorer la stratégie de l'activité visée (transfert ou maniement du FR) : répéter pour améliorer la coordination, le timing
- Penser à la prévention des complications (escarres, rétraction musculaire, tendineuses, para-ostéo-arthropathies neurogènes)

Maladie de Parkinson :

Maladie dans laquelle il y a la **triade** : bradykinésie, rigidité, tremblements au repos (→ les tremblements auront peu d'impact sur la fonction donc jamais dans les objectifs).
Identifier quelle(s) problématique(s) à résoudre :

1. Qu'est ce qui est atteint de cette triade dans la situation décrite (quel objectif) ?
    a. Bradykinésie ?
    b. Rigidité ?
    c. Faiblesse ?
2. Problématique ON /**OFF** ? → on traite les patients en phase ON la plupart du temps, si c'est phase OFF cf Patients simulés et indiçage
3. Les enrayages cinétiques → freezing, festination

⇨ Moyen de ttt : Utilisation des stratégies **sensorielles** (visuels, auditifs, tactile/proprio) et **attentionnelles** (la personne imagine elle-même des repères visuels ou rythmiques) cf tableau suite au Patients Simulés
⇨ Rigidité : mobilisation passive, puis active-assistée et ensuite aller chercher une activité active dans l'ouverture, rotation, extension du tronc



Héminégligence :

Trouver si c'est une atteinte visuelle/spatiale (extra-corporelle) ou corporelle :

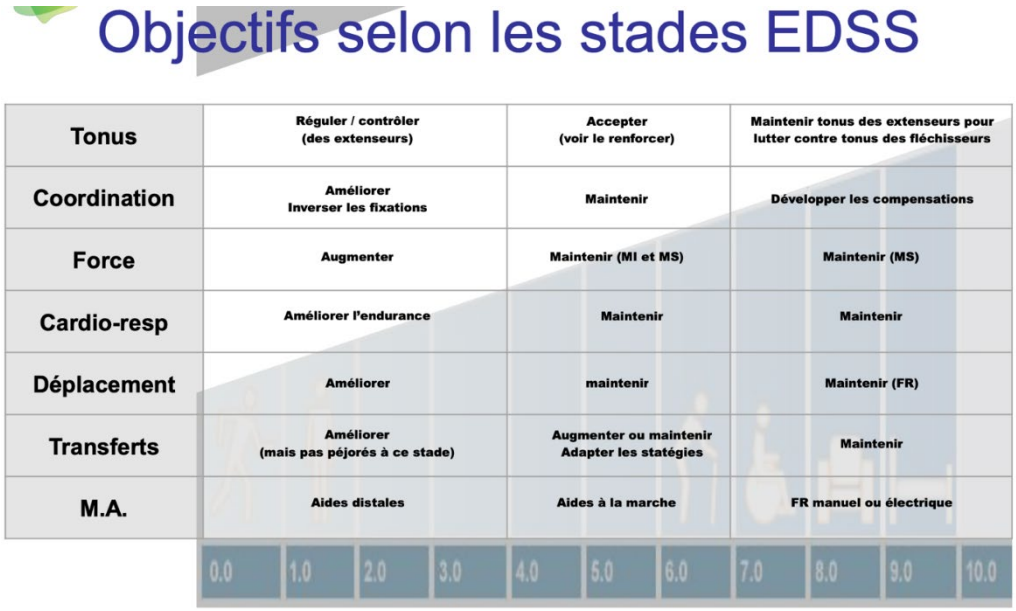
- Visuelle/spatiale : intégrer l'hémichamp (moyen de ttt : explorer les champs, en progression : faire balayage depuis la ligne médiane vers l'hémichamp négligé)
- Corporelle : intégration de l'hémicorps atteint (ou négligé) à visée d'intégration spontanée du patient (moyen de ttt notamment : stimuli tactiles)

Syndrome cérébelleux/Ataxie :
Dans l'ataxie, savoir **quelle partie du corps est atteinte** lors du bilan.
Ensuite, il faut analyser la partie du corps qui est la plus impactante dans **l'activité fonctionnelle** → dans la plupart des cas liés à la marche ou à une activité debout, le problème de coordination aux niveaux des **hanches** impacte fortement la marche, car toute atteinte de la coordination au niveau hanche limite le déplacement du poids du corps en unipodal, donc la marche.

SEP :
Il est important d'identifier si on vise un objectif de **maintien** ou d'**amélioration** → dépend de la situation (primaire ou secondaire progressive ; stable ou post-poussée), du stade et donc du niveau d'atteinte de la personne (cf tableau).

➔ On va **améliorer/**récupérer état antérieur du patient :
  - Après une poussée
  - Après une situation particulière (fractures, atteinte cardiaque, pulmonaire, infection, maladie, etc)
  - Lors d'un EDSS de 1-3.5 (stade 1)

➔ On va maintenir les capacités du patient en stades 2 et 3 en-dehors des poussées ou en situation progressive.



TCC :
La plupart du temps, les personnes victimes d'un TCC ont quelques troubles moteurs et des troubles cognitifs à travailler. Chercher dans ces 2 « domaines » d'atteinte des sous-objectifs reliés à l'activité.