rehab4neuro

Troubles neurologiques fonctionnels (TNF)

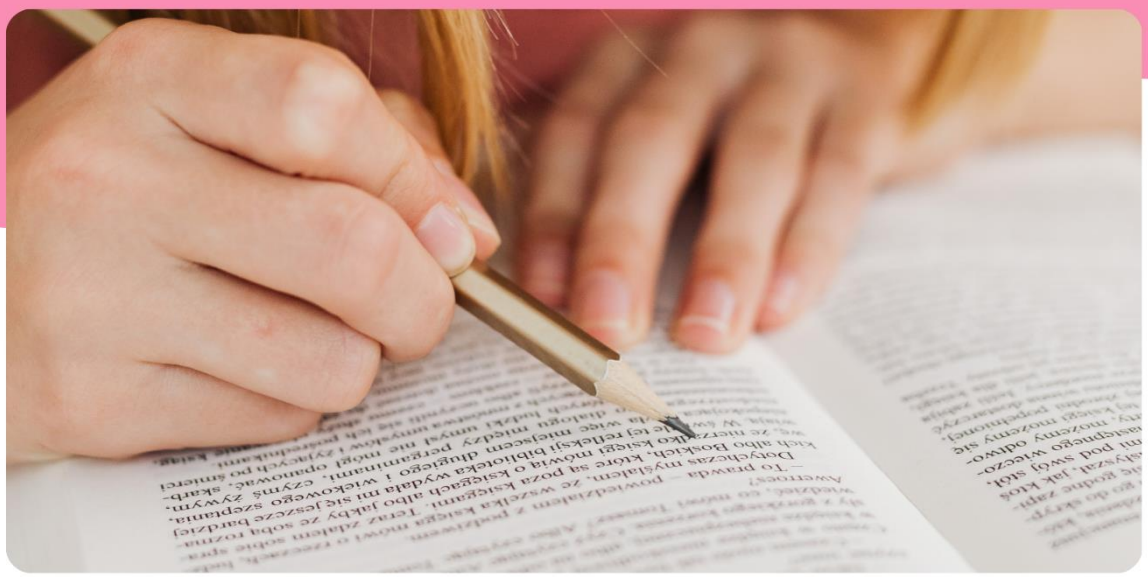
Prise en charge rééducative sur 20 séances

Ce document présente un protocole de rééducation détaillé et structuré pour les patients atteints de TNF. Conçue pour être mise en œuvre sur 20 séances, cette approche intensive vise à optimiser les résultats pour le patient.

Le programme s'articule autour de plusieurs piliers fondamentaux :

- L'évaluation initiale (subjective et physique).
- L'éducation thérapeutique pour aider le patient à comprendre le diagnostic de TNF dans un cadre biopsychosocial.
- L'exploration et la rééducation du mouvement visant à normaliser la fonction motrice en utilisant des stratégies de redirection de l'attention.
- La prise en charge des symptômes secondaires tels que la douleur et la fatigue.
- La consolidation des acquis via un plan d'autogestion pour une autonomie durable.

Enrichi d'idées de traitements spécifiques pour des symptômes variés (troubles de la marche, tremblements, chutes, vertiges posturaux persistants), ce guide se veut un outil pratique et fondé sur des données probantes pour les kinésithérapeutes souhaitant accompagner efficacement leurs patients vers la récupération fonctionnelle



1. Aperçu de l’intervention

1.1 Nombre et fréquence des séances

L'intervention est composée de 19 séances de kinésithérapie, à réaliser sur une période de 7 semaines. Chaque séance devrait durer environ 1 heure. De plus, une séance de suivi est prévue environ 3 mois après la dernière séance.

Cette intensité plus élevée de traitement (c'est-à-dire plus fréquente que les séances hebdomadaires) est l'un des principaux moyens par lesquels l'intervention différera du traitement habituel.

Les traitements de plus haute intensité sont un élément important de plusieurs études cliniques positives sur la rééducation des TNF, et les patients ont reconnu les bénéfices thérapeutiques d'une intensité de traitement plus élevée.

1.2 Plan séance par séance

Les séances 1 à 2 se concentreront sur l'évaluation initiale et l'identification des cibles de traitement.

Les séances 2 à 3 porteront sur l'éducation du patient, expliquant le diagnostic de TNF en référence au « modèle de symptômes » et à la façon dont celui-ci peut être lié à l'expérience particulière du patient.

Les séances 2 à 4 se pencheront sur l'exploration du problème de mouvement du patient, en identifiant les facteurs exacerbants et en développant des stratégies pour normaliser le mouvement.

Les sessions 3 et suivantes travailleront sur la reconversion de problèmes de mouvement et de posture particuliers, tels que s'asseoir, les transferts, se tenir debout et marcher.

Les séances 6 à 9 poursuivent le travail sur les problèmes de mouvement et de posture selon les besoins, et progressent vers l'exploration d'autres problèmes de santé courants liés aux TNF. Cela inclut la compréhension des médicaments, de la douleur, de la fatigue et des symptômes cognitifs.

Les séances 7 à 9 : la rééducation du mouvement est terminée et l'accent est mis sur la réalisation du plan d'autogestion inscrit dans le cahier d'exercices.

Les séances 10 à 19 : En s'appuyant sur les principes de l'apprentissage moteur, l'introduction d'une double-tâche ou d'un distracteur favorise le passage d'un focus attentionnel interne à externe. Ce transfert d'attention est essentiel pour automatiser un mouvement fonctionnel.

Toutes les séances (à l'exception de l'évaluation initiale) doivent commencer par la révision de la réflexion de kinésithérapie du patient dans son cahier d'exercices. Le kinésithérapeute doit résumer la séance précédente, répondre à toutes les questions du patient, puis élaborer en collaboration un plan pour la séance en cours.

Élément de traitement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 à 19	20
1. Évaluation initiale – subjective	X	X									
2. Évaluation initiale – physique		X									
3. Plan de traitement		X									
4. Éducation des patients		X	X								
5. Exploration du mouvement				X	X	X					
6. Rééducation du mouvement				X	X	X	X	X	X	X	
7. Distractibilité, multitâche, apprentissage moteur										X	
8. Problèmes secondaires							X	X	X		
9. Rassembler tout cela										X	
10. Révision											X

2. Détails des séances

2.1 L'évaluation initiale : histoire subjective

Durée de la séance	L'évaluation subjective peut durer plus d'une heure.
Objectifs	1. Établir la confiance et la relation avec le patient. 2. Obtenir une compréhension approfondie du problème de mouvement du patient. 3. Prendre en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pertinents associés au problème de mouvement du patient.
Conseils	• L'évaluation subjective initiale peut s'étendre sur 2 séances, mais vous devez vous efforcer de commencer au moins votre évaluation physique le premier jour. • Permettez au patient de raconter son histoire afin qu'il ait le sentiment d'avoir été entendu. Les brusquer pourrait leur donner l'impression que vous ne comprenez pas ou que vous ne vous en souciez pas. • Il ne sert à rien de contredire le patient à ce stade s'il dit quelque chose avec lequel vous n'êtes pas d'accord. • Validez leur détresse et leur souffrance (par exemple « cela semble être une expérience vraiment difficile »). • Prenez des notes au fur et à mesure.

2.2 L'évaluation initiale : examen physique

Durée de la séance	Séance 2. Environ 30 minutes
Objectifs	1. Pour comprendre le problème de mouvement du patient et l'étendue de son invalidité. 2. Évaluez le risque de chute. 3. Compléter les mesures par des résultats objectifs (échelle d'équilibre de Berg, Test de marche de 10 mètres, etc.). 4. Filmez le mouvement du patient. 5. Recherchez la variabilité des symptômes avec distraction et attention. Ceux-ci peuvent être utilisés pour démontrer le rôle de l'attention et comme une « voie d'entrée » pour normaliser les mouvements pendant le traitement.
Conseils	• L'examen physique initial peut être relativement bref dans la mesure où vous continuez à explorer les mouvements du patient lors des séances de suivi. • L'observation des postures et des activités fournissent généralement des informations plus pertinentes sur le problème du patient qu'une neuro-évaluation structurée classique (force musculaire, tonus, cartographie des pertes sensorielles, etc.). • Ce temps peut être utilisé pour permettre au patient de vous montrer ce qu'il juge important. Ils se sentiront peut-être plus à l'aise une fois qu'ils vous auront démontré à quel point les choses peuvent être mauvaises. • Laissez-vous guider par la liste des problèmes signalés par le patient. • Essayez d'évaluer et d'explorer les problèmes signalés.

2.3 Plan et objectifs de traitement

Durée de la séance	Séance 2. 5 à 10 minutes
Objectifs	1. Clarifier ce sur quoi le patient souhaite travailler en kinésithérapie pour garantir que le traitement soit significatif et réponde à leurs préoccupations. 2. Convenez en collaboration d'une liste de domaines à aborder pendant le traitement.
Conseils	• Il est préférable d'éviter de fixer des objectifs trop structurés/SMART au début du traitement. • Des objectifs SMART peuvent être fixés vers la fin du traitement dans le plan d'autogestion, ceux-ci peuvent être revus au suivi de 3 mois.

2.4 Éducation sur les TNF

Durée de la séance	Séance 2 et 3. 30 à 60 minutes
Objectifs	1. Aider le patient à comprendre le diagnostic de TNF dans un cadre biopsychosocial et lui inspirer confiance dans le diagnostic. 2. Aider le patient à faire correspondre son expérience de la maladie avec le diagnostic explication. 3. Aider le patient à comprendre la justification du traitement.
Conseils	• Une séance entière devrait être consacrée à l'éducation si nécessaire. • La complexité de votre explication et le langage utilisé doivent être adaptés au niveau de compréhension, d'éducation et d'intérêt du patient. • Dans la mesure du possible, planifiez 2 séances ce jour-là pour vous assurer qu'une certaine activité est entreprise.

2.5 Exploration du mouvement

Durée de la séance	Session 4 à 6. 30 minutes
Objectifs	1. Pour que le kinésithérapeute et le patient développent une compréhension approfondie du problème du mouvement. 2. Identifier la façon dont le patient bouge. 3. Identifier les facteurs qui normalisent et les facteurs qui exacerbent le mouvement problème. 4. Identifier les problèmes à résoudre en kinésithérapie. 5. Commencer à développer des stratégies qui normalisent le mouvement.
Conseils	• Expliquez au patient que le but de cette séance est d'explorer et d'expérimenter le mouvement. • Vidéo du mouvement et visionnage avec le patient. • Permettez au patient de vous montrer comment ses mouvements se passent mal, avant de chercher des moyens de normaliser ses mouvements.

2.6 Rééducation du mouvement et de la posture

Durée de la séance	Séances 9 à 19. 30 minutes
Objectifs	1. Développer des stratégies qui aident à normaliser les mouvements. 2. Aidez le patient à reconnaître le rôle de l'attention dans son problème de mouvement et développer des stratégies pour déplacer leur attention motrice. 3. Aidez le patient à reconnaître que ses mouvements peuvent être normaux. 4. Aidez le patient à mieux comprendre son problème de mouvement.
Conseils	• Travailler en collaboration avec le patient tout en explorant le mouvement et en développant des stratégies pour qu'il ait l'impression de découvrir des choses sur son problème, plutôt que de simplement se faire dire (par exemple « Que remarquez-vous lorsque vous marchez à reculons ? »). • Encouragez le patient à prendre des notes sur ces séances dans la section Réflexion sur la kinésithérapie de son cahier d'exercices.

2.7 Distractibilité, multitâche, apprentissage moteur

Durée de la séance	Séances 9 à 19. 30 minutes
Objectifs	1. Rendre les tâches motrices problématiques (ex: la marche) plus automatique pour libérer des ressources attentionnelles. 2. Développer la capacité du patient à allouer et à basculer son attention de manière flexible entre deux tâches (contrôle attentionnel). 3. Aider le patient à réaliser un mouvement normal dans un contexte de détournement de l'attention. 4. Favoriser le transfert des acquis en situation écologique et imprévisible, se rapprochant des activités de la vie quotidienne (AVQ).
Conseils	• Commencer par une double-tâche simple (motrice + cognitive simple) puis augmenter progressivement la complexité de la tâche secondaire et/ou de l'environnement pour maintenir un niveau de défi optimal (Challenge Point Framework). • Utiliser le principe de pratique variable : changer la tâche cognitive (calcul mental, conversation), la tâche motrice (marcher sur différents terrains) et l'environnement (calme vs bruyant) pour améliorer l'adaptabilité. • Guider le patient vers un focus attentionnel externe pour la tâche motrice (ex: « concentrez-vous sur la cible au mur ») afin de favoriser l'automatisation du mouvement, tout en dirigeant l'attention explicite sur la tâche secondaire. • Fournir un feedback pertinent mais non-intrusif, en diminuant sa fréquence au fur et à mesure des progrès (feedback estompé). Privilégier le feedback sur le résultat de l'action (Knowledge of Results) pour encourager l'auto-évaluation par le patient. • Créer un environnement sécurisé où l'erreur est permise et utilisée comme une opportunité d'apprentissage pour ajuster les stratégies.

2.8 Problèmes secondaires et autres symptômes

Durée de la séance	Séances 7 à 9 (en plus de la rééducation par le mouvement)
Objectifs	1. Pour traiter les problèmes secondaires et les comorbidités qui contribuent au problème. 2. Le cas échéant, s'attaquer aux douleurs persistantes, à la fatigue et aux schémas d'activité en expansion récession (variabilité des activités). 3. Le cas échéant, rassurez le patient sur le fait que les problèmes de mémoire et de concentration sont une plainte courante dans les TNF et sont liés à une altération du traitement sensoriel et moteur, plutôt qu'à un problème supplémentaire/distinct. 4. Considérez l'impact des effets secondaires des médicaments sur le fardeau des symptômes.
Conseils	• Cette section du traitement peut être dispensée entre des blocs de rééducation par le mouvement, en utilisant le temps de repos. • Lorsque la douleur persistante représente une part importante du fardeau des symptômes, il est généralement préférable d'aborder ce problème plus tôt dans le plan de traitement.

2.9 Rassembler tout cela

Durée de la séance	Dernières séances de soins, séances 18 et 19
Objectifs	1. Pour conclure le traitement. 2. Évaluez les progrès du traitement avec le patient. 3. Examinez les informations couvertes dans le cahier d'exercices et les conclusions spécifiques aux individus. 4. Élaborer en collaboration un plan pour assurer le maintien des acquis de la réadaptation et promouvoir les progrès futurs. 5. Fixez -vous des objectifs qui seront révisés lors de la séance de suivi de 3 mois. 6. Félicitez le patient pour ses réalisations et renforcez positivement les changements sains.
Conseils	• Assurez vous de consacrer suffisamment de temps à cette section (envisagez de planifier une double séance). La consolidation du travail effectué jusqu'à présent est un élément essentiel pour permettre au patient de gérer lui- même son problème. • Impliquez la famille et les soignants si possible.

2.9 bis Suivi à trois mois (session 20)

Durée de la séance	Environ 3 mois après la dernière séance de traitement.
Objectifs	1. Rassurez le patient. 2. Résoudre les problèmes que le patient a pu rencontrer. 3. Renforcez positivement les exemples d'autogestion ou de dépassement d'un revers. 4. Révisez et réinitialisez les objectifs.
Conseils	• Si possible, réservez la date de la séance de 3 mois au plus tard lors de la dernière séance de kinésithérapie. • Rappelez au patient d'apporter son cahier d'exercices à la séance de suivi. • Il est facile de sous-estimer la valeur de cette séance pour les patients. Avoir un suivi réservé apporte du réconfort et renforce la confiance.

3. Idées de traitement spécifiques aux symptômes

3.1 Marche et faiblesse des membres inférieurs

• Il est important de demander au patient de ne pas penser à marcher et de se concentrer uniquement sur le mouvement rythmique de son centre de masse.

• Gestion du centre de gravité devant un miroir

• Entraînement sur tapis roulant : Une fois que votre patient a amélioré ses mouvements entre deux socles, il est souvent utile de passer à un tapis roulant, idéalement avec un miroir placé devant. Le tapis roulant délivre un élan continu extérieur, il favorise la fluidité et l'automaticité.

• Progression de la marche : Passer du tapis roulant à la marche au sol en visant à conserver le rythme obtenu sur le tapis roulant.

• Expérimentez la marche dans différents environnements, à l'extérieur, sur différentes surfaces, etc.






• Installation : Asseyez le patient devant un miroir afin qu'il ait un retour visuel. Se déplacer devant un miroir peut aider à détourner leur attention de l'expérience sensorielle interne du tremblement.

• Lorsque le patient a obtenu un changement dans ses symptômes en position assise détendue, vous pouvez expérimenter la position allongée, debout, la marche, etc.

• Lutter contre les habitudes inutiles : Les patients auront souvent développé des habitudes d'adaptation inutiles au fil du temps, comme s'asseoir sur une main tremblante ou contracter les muscles pour tenter de supprimer les tremblements.

• Expliquez que le tremblement est essentiellement un problème de « trop » d'activité musculaire, et que les habitudes d'adaptation telles que tendre le bras pour essayer de le maintenir immobile conduisent en fait à une « accumulation » d'énergie et de tension dans les muscles. Le patient doit apprendre à arrêter l'activité musculaire. Il aura besoin de certaines stratégies pour y parvenir.

• Changer les postures habituelles problématiques. Par exemple, les patients présentant un « tremblement du genou rebondissant » sont souvent assis avec seulement l'avant pied en contact avec le sol, ce qui génère un tremblement via un mécanisme de type clonus. Souvent, un simple repositionnement du pied et du bassin sur le siège peut éliminer ou atténuer ce type de tremblement.

• Effectuer des « mouvements concurrents » qui nécessitent une réorientation de l'attention motrice. Demandez au patient de se concentrer sur le maintien de mouvements fluides et continus. Par exemple roulement bilatéral des épaules, passage fluide des paumes des mains sur les cuisses, applaudir sur un rythme, mouvement de vissage de l'ampoule (la rotation de l'avant-bras inhibe souvent un tremblement de type « flexion extension »), verrouillez les doigts et faites pivoter les poignets en gardant les paumes en contact, en position assise, glisser les pieds alternativement vers l'avant et vers l'arrière…

3.3 myoclonies fonctionnelles

• Installation : Il est souvent bon de commencer à se tenir debout ou à s'asseoir devant un miroir pour obtenir un retour visuel et une réorientation de l'attention loin de la sensation interne de la secousse.

• Parfois, les patients ressentiront des signes avant-coureurs ou envies avant que la secousse ne se produise. Si tel est le cas, demandez-leur d'essayer de vous décrire cela. Notez les signes avant-coureurs dans le cahier du patient.

• Si le patient a des signes avant-coureurs, aidez-le à développer une stratégie de redirection. Par exemple, si un patient subit une secousse du membre supérieur, il peut effectuer de légères contractions des muscles inter-scapulaires pour modifier l'attention motrice de son cerveau et, espérons-le, contourner l'escalade des symptômes.

• Les secousses sont souvent précédées d'une apnée. La respiration par expansion thoracique profonde peut être un bon moyen de contourner les secousses, notamment au niveau abdominal.

• Certains patients ont des épisodes où les secousses se transforment en « crises » qui durent des minutes ou des heures. Dans ce cas, le traitement doit viser à reconnaître l'apparition d'une crise et intervenir avant qu'elle ne commence. Cela peut inclure la gestion de la douleur et de la fatigue avec une stimulation, des stratégies pour réorienter l'attention, des changements de posture, des exercices de relaxation, du repos, une promenade, etc.

• Un patient avec des saccades à l'épaule : le mouvement peut habituellement maintenir son épaule dans une position très prolongée liée à des muscles pectoraux tendus, avec un réflexe d'étirement hypersensible. Des étirements doux et une mobilisation des tissus mous sont parfois utiles.

• Un patient présentant des secousses abdominales peut avoir tendance à s'asseoir dans une position affalée où ses muscles abdominaux sont dans une position raccourcie, plus « prête à se contracter ».

3.4 Chute de pied

• Le traitement doit viser à provoquer une dorsiflexion automatique de la cheville en testant des mouvements différents et inédits.

• Le transfert de poids antéro-postérieur en position statique produit une réaction posturale (stratégie de cheville) qui active le muscle tibial antérieur. Effectuer ce mouvement devant un miroir et demander au patient d'observer la mise sous tension des tendons de sa cheville est un moyen puissant de démontrer que les « muscles de levage du pied » sont correctement câblés.

• Demander au patient d'essayer de marcher sur ses talons pour déclencher une certaine dorsiflexion.

• Glisser les pieds à plat sur le sol (comme si on marchait/glisser en portant des patins à glace ou des skis) peut activer les fléchisseurs dorsaux de cheville.

• Marcher à reculons peut déclencher une activité des fléchisseurs dorsaux de cheville.

• Marcher sur un tapis roulant sur une pente peut parfois améliorer la dorsiflexion en fournissant une « poussée » plus forte.

• La stimulation électrique/électrostimulation fonctionnelle du tibial antérieur peut être utile. Cela doit être considéré comme un complément de traitement ou une forme de facilitation plutôt que comme un dispositif d'assistance et éliminé progressivement en diminuant l'intensité du courant.

• Les orthèses pédieuses rigides peuvent être réduites à des attelles Liberty et à des dispositifs similaires.

3.5 Faiblesse bilatérale des membres inférieurs

• Certains patients atteints de TNF se présentent de la même manière que les patients présentant une lésion médullaire. Cela peut être cliniquement difficile à traiter. Certaines idées de traitement sont répertoriées ci-dessous.

• Test de flexion de la hanche : demander au patient de s'allonger, passer de la position assise à la position couchée de manière contrôlée sans utiliser leurs mains. La descente est souvent/ généralement contrôlée de manière excentrique par les fléchisseurs de la hanche. Essayez de palper cette activité musculaire et de la démontrer au patient.

• Transferts : Les patients ont souvent développé des habitudes telles que le transfert uniquement à travers leurs bras sans que leurs pieds ne touchent le sol. C'est une activité importante à changer, apprenez-leur à bien se préparer pour chaque transfert et à se pencher en avant sur leurs orteils pendant le transfert afin de supporter le poids sur leurs jambes.

• Marche fessière : Apprenez au patient la marche fessière sur le siège de sa chaise en déplaçant son poids (plutôt que de simplement soulever ses bras). Expliquez que c'est un bon moyen de déclencher l'action des muscles des membres inférieurs.

• Position à 4 pattes et à genoux dressés : Facilitez la position couchée sur le ventre puis le passage à 4 pattes et à genoux dressés. Utilisez un ballon thérapeutique pour soutenir la position à 4 pattes.

• Activités sur table inclinable : utilisez une table inclinable devant un miroir pour introduire du poids sur les membres inférieurs. Les tables inclinables permettent souvent un meilleur alignement et donc une meilleure activité musculaire qu'un repose-pieds électrique. Sur la table inclinable, le patient peut être soutenu pour effectuer un léger déplacement latéral de son poids.

• L'entraînement sur tapis roulant avec support du poids corporel peut avoir une valeur thérapeutique.

3.6 Faiblesse des membres supérieurs

• La faiblesse des membres supérieurs en tant que problème dominant est rare, mais elle accompagne souvent une faiblesse fonctionnelle des membres inférieurs/hémiplégique.

• S'appuyer contre un mur, marcher/ glisser les mains vers le haut, vers le bas.

• En position debout, placez le bras faible sur un socle, en portant votre poids sur la main le bras restant tendu, et faites le tour de la main pour stimuler les muscles proximaux des membres supérieurs.

• Mouvements bilatéraux les mains jointes. Expliquez au patient qu'il peut utiliser son bras le plus fort pour « guider et enseigner » au bras le plus faible comment bouger.

• Demandez au patient de serrer les mains ensemble et effectuez des mouvements de haut en bas des bras, des mouvements de prière, etc.

• Demandez-leur de tenir une canne/une balle avec les deux mains et de la soulever de haut en bas, derrière la tête, etc.

• Tâches et jeux quotidiens bilatéraux. Expliquez au patient que souvent les muscles s'activent automatiquement s'il pense à un objectif/une tâche plutôt que d'essayer explicitement de bouger sa main. En effet, la tâche sera associée à des programmes moteurs automatiques.

• C'est pour cette raison que les patients trouvent souvent que les tâches bilatérales sont plus faciles (par exemple utiliser leur téléphone, taper sur un ordinateur, tricoter, etc.). Lancer et attraper une balle et les jeux informatiques peuvent être des exercices thérapeutiques utiles. Le nettoyage, la toilette et la douche sont des activités bilatérales pour lesquelles le patient doit être encouragé à utiliser des stratégies thérapeutiques (par exemple se laver les cheveux).

3.7 Chutes

• Les patients atteints de TNF chutent pour plusieurs raisons et il est important d'en connaître les facteurs déterminants. Est-ce un déséquilibre général ? Vertiges/ déséquilibre ? Les jambes cèdent ? Chutes sans signes avant-coureurs ? Anxiété et peur de tomber associées ?

• L'exposition et les répétitions progressives sont importantes pour renforcer la confiance.

• Encouragez le patient à explorer sa base d'appui dans un environnement sécurisé (entre 2 socles surélevés avec une chaise derrière)

• Corriger les postures dystoniques et promouvoir un mouvement symétrique améliorera l'équilibre.

• Apprenez au patient à aller et se relever du sol. Souvent, la dernière fois qu'ils se sont retrouvés au sol, c'est à cause d'une chute. Aller et se relever régulièrement du sol peut les aider à « se connecter avec le sol » et à en avoir moins peur.

• De nombreux patients décrivent des chutes « cédant ». Souvent, ces chutes peuvent ressembler à des descentes au sol contrôlées et généralement le patient ne se blesse pas.

• Ces chutes sont souvent associées à des signes avant-coureurs tels qu'une lourdeur dans les jambes, un sentiment de panique ou une fatigue intense.

• Aidez le patient à reconnaître les signes avant-coureurs et à concevoir des stratégies à utiliser dans ces cas-là. Par exemple : arrêtez-vous et réinitialisez- vous, élargissez vos pieds et déplacez doucement votre poids sur place, prenez quelques respirations profondes avant de recommencer.

• Stimulation : Apprenez au patient le principe de s'arrêter lorsque (ou mieux encore, avant) les signes avant- coureurs apparaissent.

• Il existe un groupe de patients qui subissez des attaques de chute très soudaines. Le patient ne peut pas facilement identifier les signes avant- coureurs et ne signale que lorsqu'il tombe. Il tombe lourdement. Dans ces cas-là, les chutes et les blessures ne sont pas rares.

• Nous utilisons souvent un support de poids corporel harnais pour ces patients, permettant une configuration sûre pour explorer la nature de leurs attaques de chute.

• La vidéo des chutes (dans un harnais pour éviter les blessures) peut révéler des événements précédents dont le patient n'est pas conscient (par exemple, sa respiration peut devenir superficielle, sa posture peut changer, la chute peut être associée à la mise en charge d'une articulation douloureuse du genou, etc.).

• Expérimentez en marchant de côté/ vers l'arrière/en diagonale à l'intérieur du harnais. Parfois, les attaques de chute ne se produisent qu'en marchant vers l'avant, donc bouger de différentes manières peut aider à reconditionner la marche et à arrêter une attaque de chute conditionnée.

• Il peut être important que ces patients contrôlent la progression. Ils peuvent décider quand desserrer le harnais/accélérer le tapis roulant/faire quelques pas autour de leur lit sans harnais, etc. La confiance en leurs capacités et la diminution des peurs de tomber peuvent être essentielles pour progresser.

3.8 Vertiges, déséquilibre et vertiges perceptuels posturaux persistants (PPPD)

• Il existe un groupe de patients qui peuvent avoir comme déclencheur un événement vestibulaire transitoire. Au cours de la phase aiguë des vertiges, ils peuvent avoir développé des habitudes et des comportements qui perpétuent le déséquilibre.

• Le patient a peut-être essayé des exercices de rééducation vestibulaire avant de venir chez vous. La rééducation vestibulaire a une approche différente, dans la mesure où elle vise à provoquer puis à désensibiliser les symptômes. Cela peut ne pas être utile pour certains patients.

• De nombreux patients ferment les yeux en réponse à un étourdissement. Il peut s'agir d'un comportement d'évitement des symptômes inutile. Cela peut également aggraver le déséquilibre. Encouragez-les à garder les yeux ouverts et à se concentrer sur les objets dans la pièce lorsqu'ils ont un étourdissement.

• La plupart des patients atteints de PPPD corrigent la position de leur tête et de leur cou pour éviter l'exacerbation des symptômes liés aux mouvements. La kinésithérapie doit viser à désensibiliser et à éviter les postures fixes (par exemple, pratiquer la marche et se pencher pour toucher le sol, ou les courses d'obstacles qui nécessitent des mouvements de la tête, du cou et des yeux tout en contournant les obstacles).

• Certains patients se penchent trop en arrière sur leurs talons pour éviter de tomber en avant. Aidez-les à explorer leur base de support avec un transfert de poids rythmé dans un environnement sûr.

• Certains patients adoptent paradoxalement une base de support étroite lorsqu'ils se sentent déséquilibrés. Le cas échéant, encouragez une base de support plus appropriée.

• Certains patients évitent de sortir dehors ou dans des environnements avec des stimuli visuels importants. Ce problème peut être résolu par une exposition progressive.

• Des bâtons nordiques placés en hauteur peuvent être utiles pour les patients qui ont peur de se déplacer à l'extérieur et qui ont moins de connotations que les béquilles et les cannes.

• Les patients atteints de PPPD comptent généralement trop sur leur entrée visuelle pour leur équilibre. Des stratégies de pondération sensoriel et le fait de diriger l'attention vers d'autres sens peuvent être utiles.