

Tour d'été
Best of

Médecine physique et de réadaptation

Gilles RODE

Mardi 9 juillet 2024



415 étudiants

Taux de réussite (99,5%)

104 étudiants note comprise entre 15 et 17,35/20

271 étudiants note comprise entre 12 et 15/20

3 étudiants < 10/20

Corrélation attendue entre EDN et ECOS mais seulement 0,65

Effet significatif sur le classement final en lien avec la performance évaluée aux ECOS – analyse complémentaires en cours.

Effet significatif de la pondération x 2 des stations en fonction des groupes de DES (>> pondération aux EDN).



VALORISATION DU PARCOURS DE FORMATION

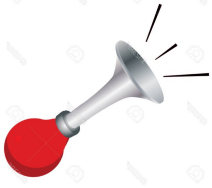


Promotion de 428 étudiants inscrits
13 redoublants

415 étudiants

404 étudiants ont atteints les 60 points (97,4%)

11 étudiants ont en dessous des 60 points (entre 10 et 55 points)



EDN

Nous vous encourageons à consulter et télécharger les annales des épreuves nationales disponibles sur le site du CNG, en particulier celles de l'ECN NF et de l'EDN 2023 et 2024, représentatives de la nouvelle docimologie R2C, via le lien suivant :

<https://www.cng.sante.fr/candidats/internats/concours-medicaux/etudiants/epreuves-classantes-nationales-ecn>

Comme vous le constaterez, le nombre de questions de raisonnement qui concernent l'examen clinique, l'anatomie et l'imagerie médicale est important.

Ces questions, même si elles apparaissent faciles, sont systématiquement les plus discriminantes

De plus nombre croissant de QROC : Choisissez le **MOT JUSTE!** discriminant

Attention aux spécialités avec peu d'items
tous les items de rang A de tous les collègues et des fiches LiSA

Référence pour l'EDN : une seule !



OBJECTIFS



Rang	Rubrique	Intitulé
N°21 : Mesure de l'état de santé de la population		
A	Définition	Connaître les définitions relatives au handicap
N°118 La personne handicapée : base de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique		
A	Définition	Connaître l'histoire et les principaux enjeux des définitions du handicap
B	Définition	Connaître le cadre législatif
B	Prise en charge	Connaître et savoir développer des partenariats avec l'utilisateur
A	Prise en charge	Connaître les principaux moyens pour le retour au domicile des personnes handicapées
A	Diagnostic positif	Connaître les modalités d'évaluation d'une déficience motrice (examen clinique, démarche diagnostique)
A	Diagnostic positif	Connaître les modalités d'évaluation des déficiences sensorielles (examen clinique, démarche diagnostique)
A	Diagnostic positif	Connaître les modalités d'évaluation d'une déficience cognitive (examen clinique, démarche diagnostique)
A	Définition	Connaître la définition des principales fonctions cognitives
A	Diagnostic positif	Savoir évaluer la mémoire
A	Diagnostic positif	Connaître les différents temps de l'évaluation du langage
A	Diagnostic positif	Savoir reconnaître une négligence unilatérale
A	Diagnostic positif	Savoir évaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne
B	Diagnostic positif	Connaître les principes et principaux moyens d'évaluation des limitations d'activité et de participation
B	Prise en charge	Transformation du logement et handicap
B	Prise en charge	Conduite automobile et handicap
A	Prise en charge	Connaître les structures d'hébergements des personnes lourdement handicapées
B	Prise en charge	Retour au travail des personnes handicapées

OBJECTIFS



Rang	Rubrique	Intitulé
N°21 : Mesure de l'état de santé de la population		
A	Définition	Connaître les définitions relatives au handicap
N°118 La personne handicapée : base de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique		
A	Définition	Connaître l'histoire et les principaux enjeux des définitions du handicap
B	Définition	Connaître le cadre législatif
B	Prise en charge	Connaître et savoir développer des partenariats avec l'utilisateur
A	Prise en charge	Connaître les principaux moyens pour le retour au domicile des personnes handicapées
A	Prise en charge	Connaître les structures d'hébergements des personnes lourdement handicapées
B	Prise en charge	Retour au travail des personnes handicapées



Connaître le cadre législatif



La CIF a été adoptée par l’OMS en 2001, par l’ Union Européenne en 2002, puis par la France en 2005.

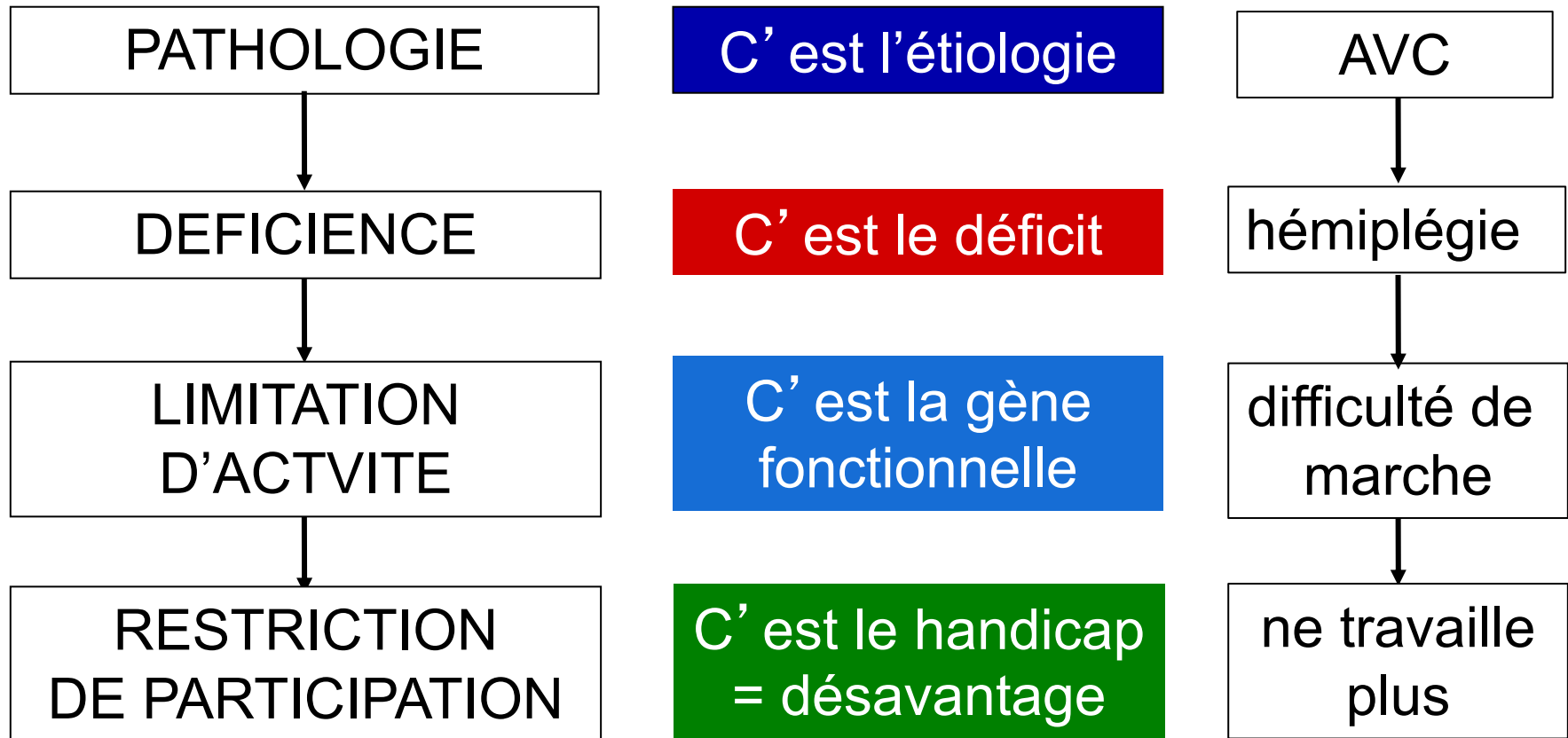
La loi N°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Article 2: ‘Constitue un **handicap** toute **limitation d’activité** ou **restriction de participation** à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’ une altération substantielle, durable ou définitive d’ une ou plusieurs **fonctions** physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’ un polyhandicap ou d’ un trouble de santé invalidant’ .

118 La Classification Internationale du Fonctionnement



Les 4 niveaux d'expression d'une maladie sont



Connaitre les définitions relatives au handicap

Les 4 dimensions de la CIF sont :

- les fonctions organiques
- les structures anatomiques
- l'activité et la participation
- les facteurs environnementaux

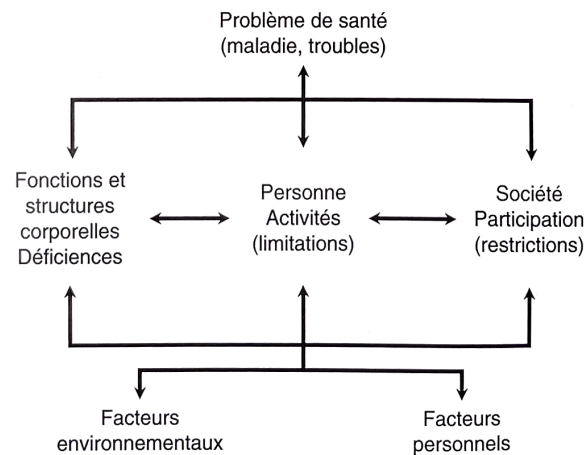



Fig. 1.1.  Modèle bio-psycho-social du handicap selon l'OMS.

QUESTION N°6



A propos de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s)?

A – la CIF distingue 3 niveaux d'expression d'une maladie: déficience, limitation d'activité et handicap

B – la déficience désigne les altérations de la fonction ou de la structure anatomique

C – La limitation d'activité désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle

D – la CIF prend en compte également les facteurs personnels et environnementaux

E – La CIF a été adoptée par l'OMS en 2001

QUESTION N°6



A propos de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s)?

A – la CIF distingue 3 niveaux d’expression d’une maladie: déficience, limitation d’activité et handicap **déficience limitation activité et restriction participation**

B – **la déficience désigne les altérations de la fonction ou de la structure anatomique**

C – La limitation d’activité désigne l’implication d’une personne dans une situation de vie réelle **restriction participation**

D – **la CIF prend en compte également les facteurs personnels et environnementaux**

E – **La CIF a été adoptée par l’OMS en 2001 UE 2002 RF 2005**

118 La Classification Internationale du Fonctionnement



ETIOLOGIE	AVC, cancers, maladies infectieuses, inflammatoires, génétiques, traumatismes
DEFICIENCES = déficits cliniques	Neurologiques Motrices Sensorielles = visuelles, auditives, sensibles Cognitives Locomotrices, cardiovasculaires, respiratoires
LIMITATION d'ACTIVITE	Marche, équilibre Préhension Communication Contrôle sphinctérienne AVQ
RESTRICTION DE PARTICIPATION	Travail Loisirs Sports Vie sociale

ECHELLES D'EVALUATION DES DEFICIENCES

Echelle	Caractéristiques
Testing moteur MRC	Force musculaire
Echelle d'Ashworth modifiée	Spasticité (AVC, SEP, TC, lésions médullaires)
ASIA (American Society Injury. Association)	Force, sensibilité (lésions médullaires)
NHSS (National Institute of Health Stroke Score)	Déficiences neurologiques. Spécifique de l'AVC
MMSE (Mini Mental State Examination)	Toutes fonctions cognitives
MOCA (Montréal Cognitive Assessment)	Toutes fonctions cognitives. AVC
EVA (Echelle Visuelle Analogique)	Douleur. En l'absence de troubles cognitifs
EVS (Échelle verbale simple)	Douleur. En l'absence de troubles cognitifs
Questionnaire DN4	Douleur neuropathique
Echelle DOLOPLUS 2	Douleur utilisée en présence de troubles cognitifs (démence)
BREF (Batterie Rapide d'Effcience Frontale)	Fonctions exécutives
Test des 5 mots	Mémoire à long terme épisodique

ECHELLES D'ÉVALUATION DES LIMITATIONS D'ACTIVITÉ

Echelle	Caractéristiques
Score de Rankin	Générique, AVC
Index de Barthel	AVC
MIF (Mesure Indépendance Fonctionnelle)	Générique, utilisable pour toutes les pathologies
IADL (instrumental Activities of Daily Living)	Générique
AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)	Gériatrie après 60 ans. Pour attribution APA
T6M (Test des 6 minutes)	Marche
Echelle de Berg	Equilibre
Get-up and go test	Equilibre dynamique
Box and Block test	Préhension

Concernent les activités, l'aspect fonctionnel

La marche, la préhension, cognition-communication,

Le contrôle sphinctérien, les AVQ



ECHELLES D'EVALUATION DES LIMITATIONS D'ACTIVITE

Echelle	Caractéristiques
Echelle de Borg	Dyspnée
Index algo-fonctionnel de Lequesne	Coxarthrose
EDSS (Expanded Disability Status Scale)	SEP
IFMC (Indice Fonctionnel de la Main de Cochin)	Poly-arthrite rhumatoïde
HAQ (Health Assessment Questionnaire)	Polyarthrite rhumatoïde
Echelle de DALLAS	Conséquences fonctionnelles lombalgie
Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour Evaluation des Lombalgies (EIFEL)	Conséquences fonctionnelles douleurs rachis
Echelle de DIJON	Conséquences fonctionnelles douleurs rachis

L'échelle de Dijon concerne les activités physiques,

L' échelle de Dallas (pas du tout à tout le temps)

L' échelle EIFEL (réponses oui ou non) sont des questions sur les conséquences et impact des douleurs sur les activités plus que le chiffrage de l'intensité de la douleur (la déficience)

ECHELLES D'EVALUATION DES RESTRICTIONS DE PARTICIPATION

Echelles	Caractéristiques
WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)	Générique, utilisable pour toutes les pathologies
NHP (Nottingham Health Profile)	Générique, utilisable pour toutes les pathologies
SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36)	Générique, utilisable pour toutes les pathologies

Concernent la vie sociale, le travail, les loisirs

Le testing musculaire manuel



Il permet une évaluation manuelle de la commande motrice volontaire

0/5 **Contraction nulle**

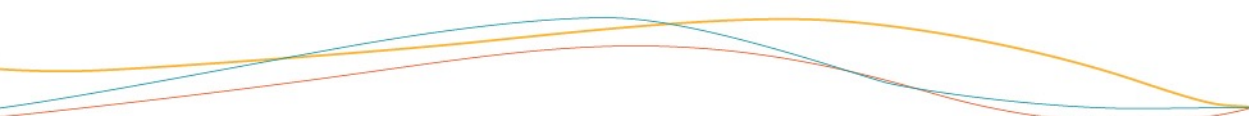
1/5 Contraction visible sans mouvement

2/5 Mouvement partiel contre la pesanteur/complet sans pesanteur

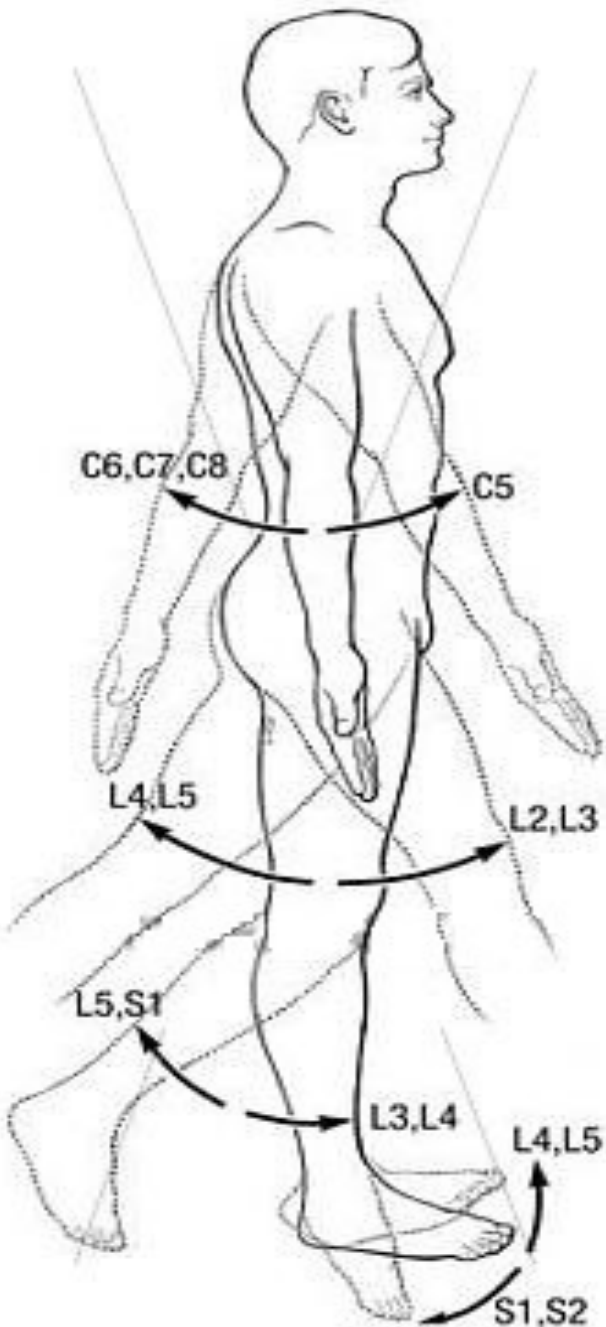
3/5 Mouvement complet contre la pesanteur

4/5 Mouvement complet contre résistance

5/5 Force normale



Myotomes



- C5: **biceps** – flexion du coude
- C6: **extenseurs du poignet** et des doigts
- C7: **triceps** – extension du coude
- C8: **fléchisseurs des doigts** et m. **interosseux**
- L3: **quadriceps** – extension du genou
- L4: **tibial antérieur** – dorsiflexion de cheville
- L5: **extenseur des orteils**
- S1: **triceps sural** – flexion plantaire (marche sur la pointe)

Le score d'Ashworth (tonus, spasticité)



Il est utilisé pour évaluer l'hypertonie pyramidale (spasticité) secondaire à une lésion du système pyramidal

La spasticité est due à **une hyperexcitabilité** de l'arc réflexe myotatique responsable d'une exagération **vitesse-dépendante** du réflexe d'étirement avec exagération des réflexes ostéotendineux.

C'est une hypertonie élastique par opposition à l'hypertonie extrapyramidale qui est plastique non vitesse-dépendante

0	Tonus musculaire normal
1	Légère augmentation du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minimale en fin de mouvement
1+	Légère augmentation du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minimale perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire
2	Augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement
3	Augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile
4	L'articulation concernée est fixée en flexion ou extension, abduction ou adduction

La spasticité peut être à l'origine de rétractions musculo-tendineuses, d'une limitation des amplitudes articulaires et de douleurs

Elle peut entraîner des positions anormales des membres à l'origine de limitations fonctionnelles (attitudes vicieuses, gêne à la marche (fauchage))

SPASTICITE	TRAITEMENTS
GLOBALE SEP Tétraplégies, paraplégies	KINESITHERAPIE N°1 (recommandation HAS) Médicamenteux (Baclofène, Valium, Dantrium) Neurochirurgie (pompe à baclofène)
Spasticité FOCALE Hémiplégie (main, pied)	KINESITHERAPIE N°1 (recommandation HAS) Toxine botulique Neurochirurgie fonctionnelle (neurotomie tibiale post, du nerf musculocutané)

Kinésithérapie

Masso-kinésithérapie, étirements musculaires

choisir le mot juste (QROC)

Le score ASIA (American Spinal Injury Association)



Le score de déficience ASIA permet une classification standardisée internationale des lésions médullaires

Il repose sur le testing de 10 muscles clés (5 au MS et 5 au MI) et 2 scores sensitifs (l'un à la pique l'autre au tact)

Il détermine le niveau neurologique de la lésion qui correspond par convention au dernier niveau sain

Le score ASIA comprend 5 grades selon la sévérité de la déficience complet (ASIA A) / incomplet (ASIA B)

Le caractère complet ou incomplet de la lésion est défini par la préservation motrice et sensitive au niveau des segments sacrés(S4-S5)

Le score a une valeur pronostique. Il est utile pour le suivi de la récupération

Le score ASIA (American Spinal Injury Association)



Évaluation motrice		Score ASIA		Identité du patient
	D	G	Date de l'examen _ _ _ _ _	
C2			<p><u>Niveau neurologique</u>* { Sensitif droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Moteur droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/></p> <p>*Segment le plus caudal ayant une fonction normale</p> <p><u>Lésion médullaire</u>** : Complète ou Incomplète</p> <p>** Caractère incomplet défini par une motricité ou une sensibilité du territoire S4-S5</p> <p><u>Échelle d'anomalie ASIA</u> : A B C D E</p> <p>A = complète : aucune motricité ou sensibilité dans le territoire S4-S5</p> <p>B = incomplète : la sensibilité mais pas la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4-S5</p> <p>C = incomplète : la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau a un score < 3</p> <p>D = incomplète : la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés au-dessous du niveau a un score 3</p> <p>E = normale : la sensibilité et la motricité sont normales</p> <p><u>Préservation partielle</u>*** { Sensitif droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Moteur droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/></p> <p>*** Extension caudale des segments partiellement inclus <input type="checkbox"/></p> <p><u>Syndrome clinique</u> :</p> <p>Centromédullaire <input type="checkbox"/></p> <p>Brown-Sequard <input type="checkbox"/></p> <p>Moelle antérieure <input type="checkbox"/></p> <p>Cône terminal <input type="checkbox"/></p>	
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4-5				
<p>Flexion du coude</p> <p>Extension du poignet</p> <p>Extension du coude</p> <p>Flexion du médius (P3)</p> <p>Abduction du 5^e doigt</p>				
<p>0 = paralysie totale</p> <p>1 = contraction visible ou palpable</p> <p>2 = mouvement actif sans pesanteur</p> <p>3 = mouvement actif contre pesanteur</p> <p>4 = mouvement actif contre résistance</p> <p>5 = mouvement normal</p> <p>NT, non testable</p>				
<p>Score « motricité » : /100</p> <p>Contraction anale : oui/non</p>				
<p>Flexion de la hanche</p> <p>Extension du genou</p> <p>Dorsiflexion de cheville</p> <p>Extension du gros orteil</p> <p>Flexion plantaire de cheville</p>				

Évaluation sensitive

Toucher

D

G

Piqûre

D

G

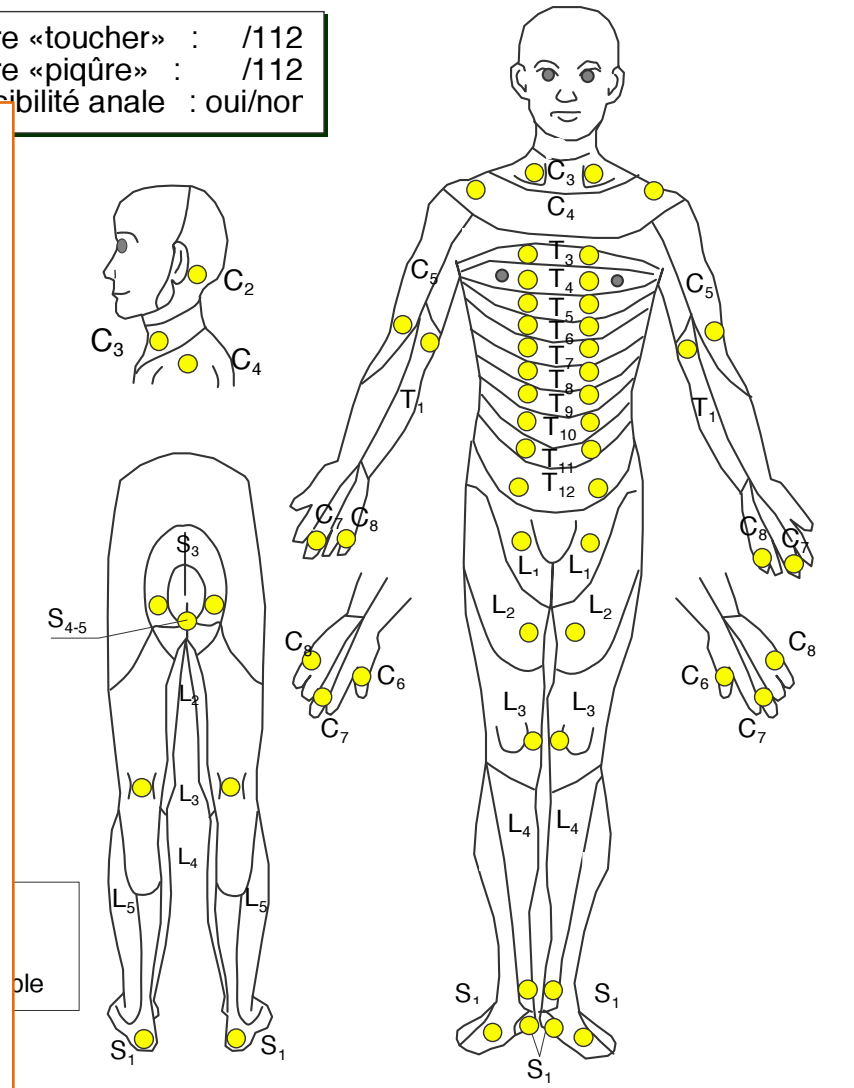
Score «toucher» : /112

Score «piqûre» : /112

Sensibilité anale : oui/nor

Repères

- C2: visage et crâne
- C5 à T1 : membre supérieur
- T4: mamelon
- T6 : xyphoïde
- T10: ombilic
- L1 à S1 : membre inférieur
- S4-S5 : anus



Connaître les modalités d'évaluation d'une déficience **motrice** (examen clinique, démarche diagnostique)



ATTENTION

Il ne faut pas confondre le niveau neurologique de la lésion du score ASIA qui correspond, par convention, au dernier niveau sain avec le niveau lésionnel

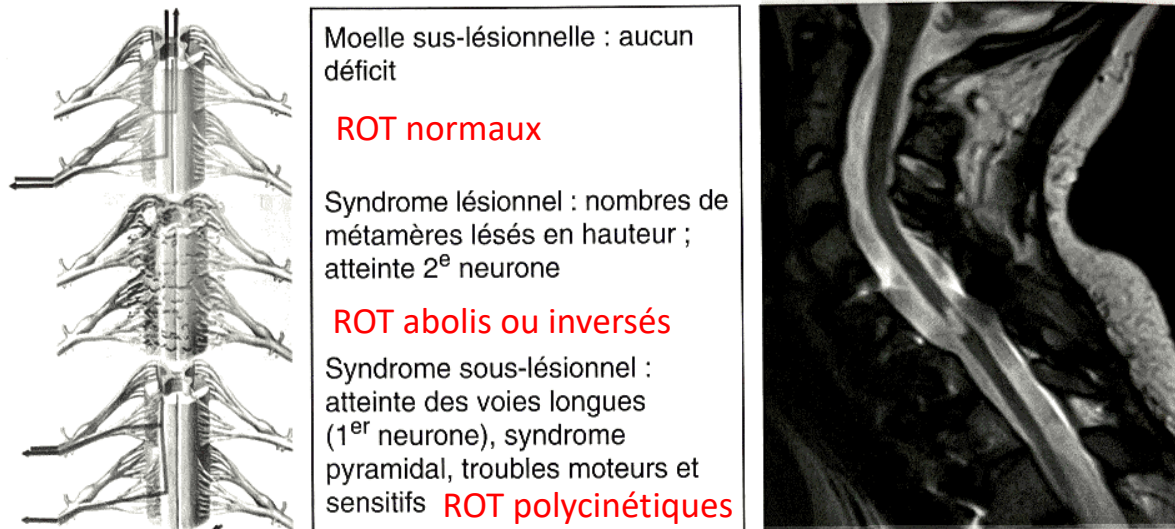


Fig. 9.1. **A** Notion de syndrôme lésionnel et sous-lésionnel.



Connaître les modalités d'évaluation d'une déficience **sensorielle** (examen clinique, démarche diagnostique)



Pour les déficiences sensorielles visuelle et auditive
Voir les polycopié des collèges d'ophtalmologie et d'ORL

Rappel de la séméiologie sensitive:

Hypoesthésie: diminution de la sensation tactile

Hyperesthésie : perception exagérée d'une sensation tactile (non douloureuse)

Hyperpathie : perception exagérée d'une sensation douloureuse*

Allodynie : perception douloureuse d'une sensation tactile*

Paresthésie : sensation subjective non douloureuse (fourmillements)

Dysesthésie : sensation subjective douloureuse (froid douloureux, décharge électrique*)

*Ces symptômes sont très évocateurs de douleurs d'origine neurologique

Echelle d'évaluation de la douleur	Caractéristiques
EVA (Echelle Visuelle Analogique) 0 à 10 ou 0 à 100	Douleur. En l'absence de troubles cognitifs
EVS (Échelle verbale simple) 0 à 4	Douleur. En l'absence de troubles cognitifs
Questionnaire DN4 score sur 10	Douleur neuropathique
Echelle DOLOPLUS 2	Douleur utilisée en présence de troubles cognitifs (démence)

OBJECTIFS



Rang	Rubrique	Intitulé
N°118 La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique		
A	Diagnostic positif	Connaître les modalités d'évaluation d'une déficience cognitive (examen clinique, démarche diagnostique)
A	Définition	Connaître la définition des principales fonctions cognitives
A	Diagnostic positif	Savoir évaluer la mémoire
A	Diagnostic positif	Connaître les différents temps de l'évaluation du langage
A	Diagnostic positif	Savoir reconnaître une négligence unilatérale
A	Diagnostic positif	Savoir évaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne
B	Diagnostic positif	Connaître les principes et principaux moyens d'évaluation des limitations d'activité et de participation

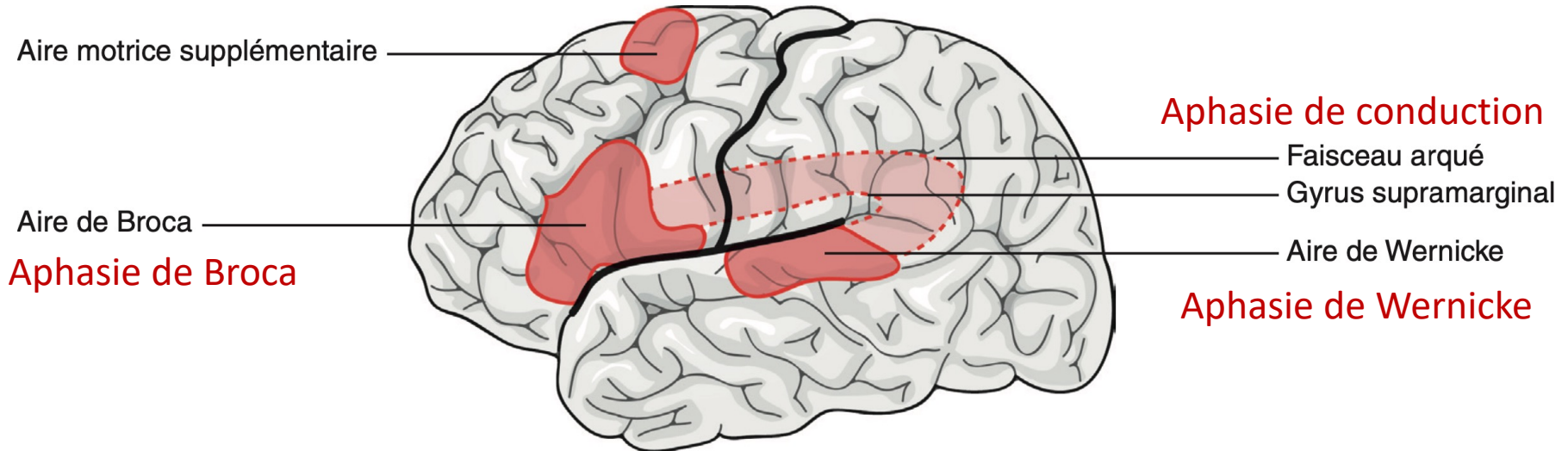


L'aphasie



Troubles acquis du langage secondaires à une lésion cérébrale

	Expression	Compréhension
Langage Oral	Exp. orale	Comp. orale
Langage Ecrit	Exp. écrite	Comp. écrite



Représentation schématique des principales aires du langage chez le sujet droitier (source: CEN, 2019)

L'aphasie



	Expression Langage spontané Caractéristiques	Compréhension (élémentaire)	Lésions
Aphasie de Broca	Non fluent, laborieux Paraphasies phonétiques, phonémiques, agrammatisme	Normale	Aire de Broca (pars opercularis et triangularis de la 3 ^e circonvolution frontale)
Aphasie de Wernicke	Fluent, logorrhée Paraphasies phonémiques, sémantiques, néologismes, jargon	Atteinte	Aire de Wernicke (partie postérieure du gyrus temporal supérieur)
Aphasie de conduction	Fluent Déficit de répétition Paraphasies phonémiques	Normale	Faisceau arqué, gyrus supra-marginalis
Aphasie globale	Non fluent Sévère Mutisme	Atteinte sévère	Lésion étendue corticale ± noyaux gris ou lésions doubles (Broca et Wernicke)

(Source : CEN, 2019).

L'apraxie



Trouble de réalisation du geste en l'absence de déficit moteur et sensitif

apraxie motrice (ou dynamique) **Lésion préfrontale G ou D**

Trouble de la programmation de séquences gestuelles

(mains croisées par les pouces, anneaux)

apraxie idéomotrice **Lésion pariétale G**

(pantomimes (se brosser les dents, se coiffer),

symboliques (salut militaire, signe de croix)

apraxie idéatoire **Carrefour temporopariétal G**

réalisation de gestes avec objet (mettre une lettre dans une enveloppe)

apraxie de l'habillement **Lésion pariétale Dte ou D et G**

mettre et boutonner une veste



L'agnosie



Agnosie visuelle d'objet

Déficit de reconnaissance des objets, des couleurs en l'absence de déficit visuel

Lésion temporo-occipitale bilatérale



Prosopagnosie

Déficit de reconnaissance des visages

Atteinte temporobasale bilatérale ou D (gyrus fusiforme)

Agnosie topographique

atteinte temporobasale bilatérale ou D (gyrus parahippocampique)

La négligence unilatérale unilatérale



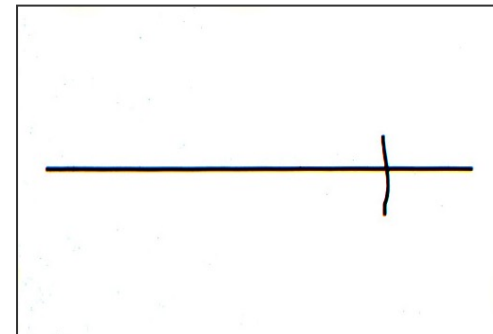
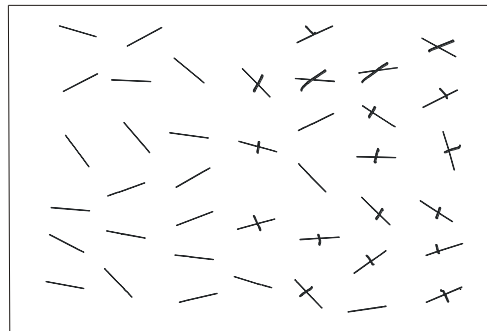
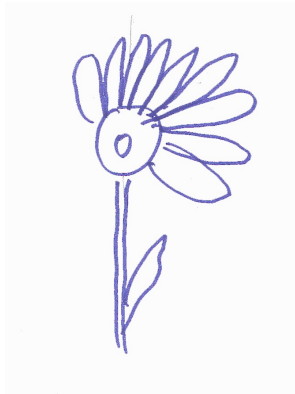
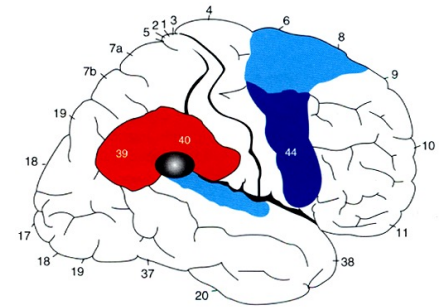
Définition

incapacité de répondre à et/ou de s'orienter vers les stimuli contro-latéraux à la lésion, non expliquée par un déficit sensoriel ou moteur

Déviaton de la tête et des yeux du côté de la lésion

concerne le plus souvent l'*hémi-espace gauche* secondaire à une lésion hémisphérique droite

Facteur de mauvais pronostic fonctionnel++



Les fonctions exécutives frontales



Définition

Fonctions de **contrôle**: organiser les opérations pour atteindre un objectif et mettre en place une stratégie

faire un choix, planifier, mettre en action, contrôler, vérifier

Dimension cognitive (initiation, flexibilité, inhibition, mise à jour...)

Dimension comportementale (apathie ou hyperactivité, irritabilité, intolérance à la frustration...)

Lésion frontale

Les fonctions exécutives frontale



Batterie Rapide d'Efficiace Frontale (Dubois et Pillon)

Cotation

<p>1- Epreuve des similitudes</p> <p><i>Demander en quoi se ressemblent</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> une orange et une banane <input type="checkbox"/> une chaise et une table <input type="checkbox"/> une tulipe, une rose et une marguerite 	<ul style="list-style-type: none"> . les trois réponses correctes = 3 . 2 réponses seulement = 2 . 1 réponse = 1 . aucune réponse = 0
<p>2- Epreuve de fluence verbale</p> <p><i>Demander au patient de donner le maximum de mots commençant par la lettre S</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . plus de 10 mots = 3 . entre 5 et 10 mots = 2 . entre 3 et 5 mots = 1 . moins de 3 mots = 0
<p>3- Comportement de préhension</p> <p><i>L'examineur s'assoit devant le patient dont les mains reposent sur les genoux. Il place alors ses mains dans celles du patient afin de voir s'il va les saisir spontanément.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . le patient ne saisit pas les mains de l'examineur = 3 . le patient hésite et demande ce qu'il doit faire = 2 . le patient prend les mains sans hésitation = 1 . le patient prend les mains alors que l'examineur lui demande de ne pas le faire = 0
<p>4- Séquences motrices de Luria</p> <p><i>Le patient doit reproduire la séquence "tranche - point - paume" après que l'examineur lui ait montré seul 3 fois, et après qu'il l'ait réalisé 3 fois avec l'examineur.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . le patient réussit seul 6 séquences consécutives = 3 . le patient réussit seul au moins 3 séquences consécutives = 2 . le patient peut y arriver seul mais réussit correctement avec l'examineur = 1 . le patient n'est pas capable de réussir 3 séquences correctes même avec l'examineur = 0
<p>5- Epreuve des consignes conflictuelles</p> <p><i>Demander au patient de taper 1 fois lorsque l'examineur tape 2 fois et vice-versa (séquence proposée 1-1-2-1-2-2-2-1-1-1-2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . aucune erreur = 3 . seulement 1 ou 2 erreurs = 2 . plus de 2 erreurs = 1 . le patient suit le rythme de l'examineur = 0
<p>6- Epreuve de Go - No Go</p> <p><i>Le patient doit taper 1 fois quand l'examineur tape 1 fois et ne pas taper lorsque l'examineur tape 2 fois (1-1-2-1-2-2-2-1-1-1-2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . aucune erreur = 3 . seulement 1 ou 2 erreurs = 3 . plus de 2 erreurs = 1 . le patient est perdu ou suit le rythme de l'examineur = 0



La(les) mémoire(s)



Mémoire à court terme, mémoire de travail

stockage bref des informations, capacité limitée

mémoire de travail:

capacité à manipuler les informations maintenues en mémoire à court terme

Mémoire à long terme

capacité en théorie illimitée, 2 composantes :

mémoire non déclarative ce que je sais faire

non consciente (implicite)

mémoire procédurale = habiletés motrices – noyaux gris centraux (*surf, vélo*)

mémoire déclarative ce que je sais

consciente (explicite)

mémoire épisodique = faits autobiographiques (*réussite concours PACES*)

circuit de Papez **test 5 mots**

mémoire sémantique = connaissances générales (*Marignan 1515*)

lobe temporal G

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

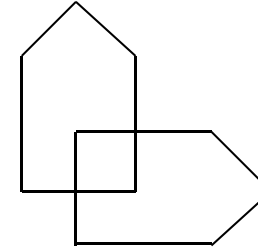
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

« FERMEZ LES YEUX »



Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Langage

/ 8

22. Quel est le nom de cet objet ?*
23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM : _____
Scolarité : _____ Date de naissance : _____
Sexe : _____ DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS ____/5			
[]		[]		[] [] []		____/5			
DÉNOMINATION									
						____/3			
[]		[]		[]		____/3			
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	1 ^{er} essai	2 ^{ème} essai	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).	Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4		Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2		____/2			
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB		____/1					
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	____/3		
4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt									
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []	____/2							
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N≥11 mots)		____/1					
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle	____/2							
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement		____/5
Optionnel		Indice de catégorie							
		Indice choix multiples							
ORIENTATION	[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville	____/6		
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		____/30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			



Connaître le cadre législatif



La loi N°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Introduit un nouveau droit : le **DROIT A LA COMPENSATION**

Toute personne confrontée à un handicap dans sa vie a le droit de demander une compensation pour lui permettre de poursuivre son projet de vie

Élaboration de plan de compensation avec Prestation de Compensation du Handicap (**PCH**)

Création de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (**CNSA**) au niveau national, pour le financement du handicap.

Création des Maison départementales des personnes handicapées (**MDPH**) en local, pour l'évaluation de la PCH.

Financement
Santé = Assurance maladie
Handicap = CNSA <60 ans





Les missions des MDPH (**CDAPH**)

AVANT 60 ans : via sa commission pluridisciplinaire **CDAPH**

Aides financières, en plus de la sécurité sociale

AAH selon activité antérieure et ressources

PCH = prestation compensation du handicap (aides matérielles et/ou humaines)

Mesures d'insertion professionnelle

- **RQTH** = reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- reclassement et orientation professionnelle
- mise en relation avec AGEFIPH (travailleur dans privé) ou FIPHFP (travailleur dans le public)

Attribution de la **Carte Mobilité Inclusion** (01/01/2017)

Hébergement établissements médicosociaux (**MAS, FAM**)

Attention la pension d'invalidité est gérée par la sécurité sociale

Attention l'autorisation de la conduite est gérée par la Préfecture, validation par un médecin agréé sur liste départementale

POUR les plus de de 60 ans

la MDPH accorde uniquement la CMI

possibles aides sociales accordées à partir de l'évaluation de la dépendance avec la grille AGGIR:

- GIR < ou = 4 : APA = allocation personnalisée d'autonomie (Conseil général)
- GIR 5 ou 6 : PAP = plan d'action personnalisée

Sous item 118

Quelle(s) est(sont) la(les) allocation(s) attribuées par la MDPH?

- A. Allocation logement
- B. Allocation pour adulte handicapé (AAH)
- C. Allocation pour Perte d'Autonomie (APA)
- D. Allocation Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH)
- E. Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)
- F. Indemnités journalières
- G. Rente accident du travail

Sous item 118

Quelle(s) est(sont) la(les) allocation(s) attribuées par la MDPH?

- A. Allocation logement (CAF)
- B. Allocation pour adulte handicapé (AAH)
- C. Allocation pour Perte d'Autonomie (APA)
- D. Allocation Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH)
- E. Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)
- F. Indemnités journalières
- G. Rente accident du travail

Connaître les principaux moyens pour le retour au domicile des personnes handicapées



Le retour à domicile d'une personne handicapée nécessite :

Le médecin traitant

La famille

Des aides humaines

Des aides matérielles

Les aides en lien avec la **santé** et la personne sont financées par L'Assurance maladie (CPAM)



Les aides en lien avec le **handicap** et l'autonomie sont financées par La CNSA (MDPH)



Connaître les principaux moyens pour le retour au domicile des personnes handicapées






AIDES HUMAINES	QUI PAYE
IDE SOINS	SS 100%
HAD SOINS	SS 100%
SSIAD service soins infirmiers à domicile SOINS	SS 100%
Auxiliaire de vie HANDICAP Toilette, habillage, repas	< 60 ans : PCH MDPH > 60 ans : APA
Aide ménagère	< 60 ans : Mutuelle, assurance privée > 60 ans : idem + APA
SAVS HANDICAP Service aide vie sociale	MDPH
SAMSAH HANDICAP Service accompagnement médicosocial Pour adulte handicapés	MDPH

Connaître les principaux moyens pour le retour au domicile des personnes handicapées



Aides matérielles

pour la personne	QUI PAYE
<p>Lit médicalisé Matelas anti-escarre Fauteuil roulant Lève malade Chaise garde-robe Cannes, déambulateur Oxygène, système d'aspiration</p>	<p>Assurance maladie Prise en charge à 100% possible Sur prescription médicale</p>  
pour l'environnement (handicap)	
<p>Barres d'appui, rehausseur WC Télé-alarme Domotique, aide à la communication Siège pivotant de baignoire</p>	<p>< 60 ans : PCH MDPH > 60 ans : APA</p> 

Connaître les structures d'hébergements des personnes lourdement handicapées



Etablissement	Avant 60 ans
Foyer hébergement	Ne nécessitant pas de soins Gîte et couvert pouvant travailler (ESAT, entreprise adaptée)
Foyer de vie ou foyers occupationnels	Ne nécessitant pas de soins Mais ne pouvant pas travailler
FAM Foyer d'accueil médicalisé	Nécessitant des soins Financement Assurance maladie 50%
MAS Maison d'accueil spécialisées	Nécessitant des soins totalement dépendants Handicap physique et psychique Financement Assurance maladie 100%
Etablissement	Après 60 ans
Foyer logement	
EHPAD Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante	Financement Assurance maladie 50%
USLD Unité de soins de longue durée	Besoins de soins médico-techniques continus

Sous item 118



Quelle(s) est(sont) le(les) organisme(s) impliqué(s) dans la réinsertion professionnelle?

- A. MDPH (la CDAPH)
- A. AGEFIPH Ass de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
- B. FIPH (Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées)
- C. Assurance Maladie
- D. Médecine du travail

Sous item 118



Quel(s) est(sont) le(les) organisme(s) impliqués dans la réinsertion professionnelle d'une personne handicapée?

A. MDPH (la CDAPH)

RQTH – reclassement – milieu normal protégé

A. AGEFIPH Ass de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

Pour le PRIVE

A. FIPH (Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées)

Pour le PUBLIC

A. Assurance Maladie

MI TEMPS THERAPEUTIQUE

A. Médecine du travail



CARTE MOBILITE INCLUSION



3 MENTIONS

Invalidité

Taux d'incapacité permanente supérieur au moins à 80%

Priorité pour personnes handicapées

Taux d'incapacité permanente inférieure à 80%
rendant la position debout pénible

Stationnement pour personnes handicapées



Connaître et savoir développer des partenariats avec l'utilisateur



Usagers de la santé : personne qui utilise ou est susceptible d'avoir à utiliser les services de santé.

Personne de confiance : désigne par l'utilisateur pour l'accompagner et exprimer sa volonté en cas d'impossibilité pour l'utilisateur de le faire lui-même.

Patient expert : patient atteint d'une maladie chronique et ayant développé des connaissances solides sur sa maladie, ainsi qu'une expertise dans le vécu quotidien de sa pathologie.

Partenariats avec les usagers

Recommandés par la HAS.

Pour améliorer la qualité des soins (démarche centrée patient, pair-aidance, éducation thérapeutique)

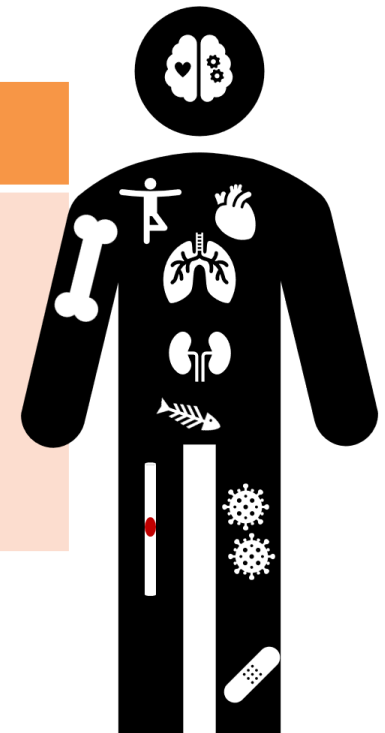
Enseignement

Il existe des associations d'utilisateurs du système de santé agréées (liste disponible sur solidarites-sante.gouv),



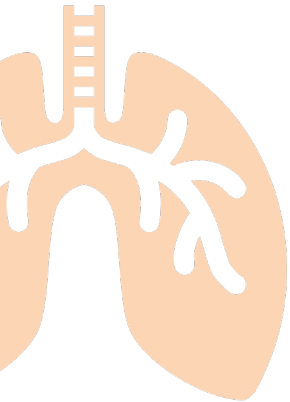
Complications décubitus

Précoces	Tardives
<p>Thromboembolique Compressions nerveuses Escarres (3-4h) Troubles urinaires (dysurie, IU) Constipation Reflux gastrique, fausses routes Désadaptation cardiaque Désadaptation posturale</p>	<p>Escarres Rétractions musculaires Ostéoporoses Troubles psychiques</p>



Thromboemboliques /!\ ATCDs, Hypotonie flasque, déshydratation, SIB
→ HBPM, contention veineuse élastique

Complications respiratoires



Stase des sécrétions bronchiques



Encombrement
bronchique



Atélectasie



Pneumopathie
nosocomiale



72h

Stase veineuse



Embolie Pulmonaire



Penser aussi:

Trouble de la déglutition



Pneumopathie d'inhalation



Reco 2019

Etiologies:

Paralysie du carrefour

Atteinte nerfs crâniens IX et X, (XII V VII) (PRN)

Syndrome bigéniculé, bulbaire, pseudo-bulbaire,

AVC, Wallenberg

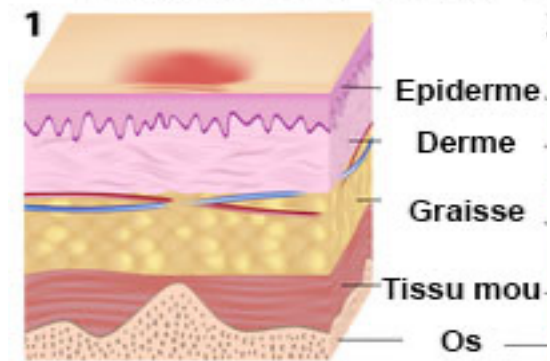
Troubles de la vigilance

Item 120. ESCARRE



Stade	Clinique
-------	----------

« 0 »	Hyperhémie réactionnelle, avec érythème disparaissant à la pression digitale
-------	--

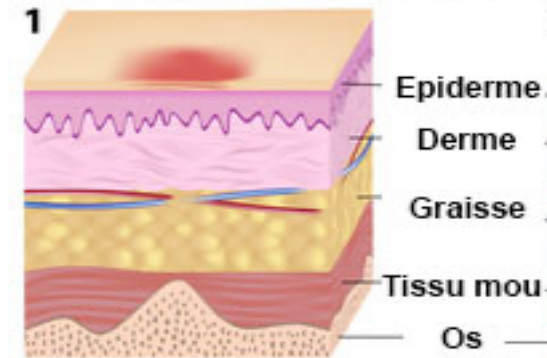


Item 120. ESCARRE



Stade Clinique

1	Erythème persistant <u>ne disparaissant pas à la pression</u> et modifications par rapport à la peau du voisinage (chaleur, sensibilité...)
---	---



Traitement = pas appui

« On peut tout mettre sur une escarre sauf le patient »

Localisations

Décubitus = sacrum talons occiput

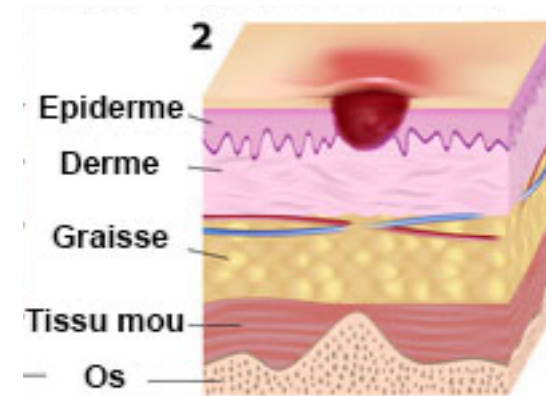
Assis = ischions

Item 120. ESCARRE



Stade	Clinique
-------	----------

2	Abrasion, phlyctène ou ulcération <u>peu profonde</u>
---	---



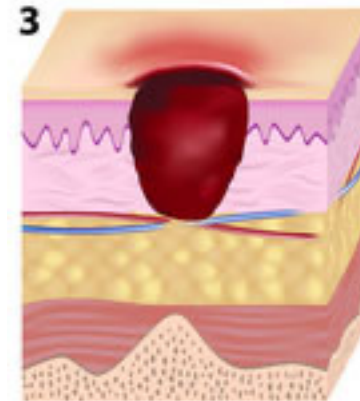
Traitement =
pas appui
+ évacuation par ponction ou bistouri
+ pansement hydrocolloïde ou gras

Item 120. ESCARRE



Stade	Clinique
-------	----------

3	Altération ou nécrose des trois plans cutanés et du tissu sous-cutané pouvant atteindre le fascia
---	---



Traitement =
pas appui
+ détersion (alginate, hydrogel, VAC)
+ pansement
hydrocolloïde
hydrocellulaire
gras

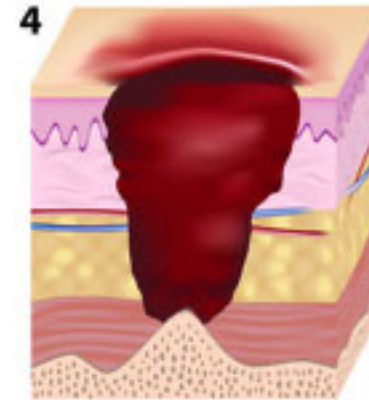
Si bourgeonnement : corticoïde, nitrate d'argent

Item 120. ESCARRE



Stade Clinique

4	Destruction importante des tissus sous-cutanés dépassant le fascia et <u>pouvant toucher les os, muscles, tendons...</u>
---	--



Traitement =
pas appui
+ détersion (alginate, hydrogel, VAC)
+ pansement
hydrocolloïde
hydrocellulaire
gras

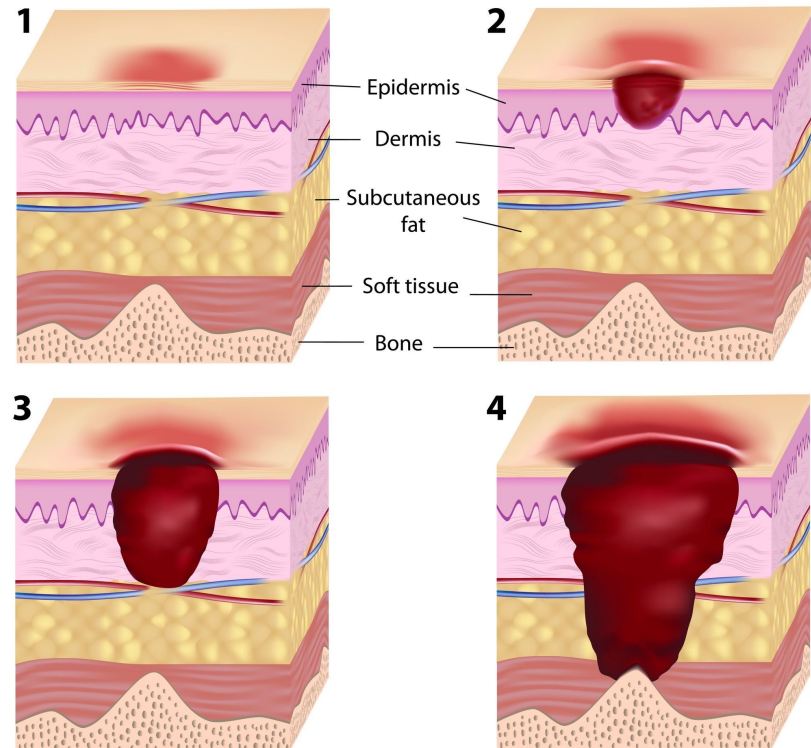


Escarres

- 0 : Hyperhémie réactionnelle
 - = érythème s'effaçant à la pression
- 1 : érythème persistant
 - = ne s'effaçant pas à la pression
- 2 : Phlyctène, abrasion
ou ulcération (épiderme +/- derme)
- 3 : Ulcération profonde < fascia
- 4 : destruction +++ > fascia

Source : Alila Medical Media / Shutterstock

Stages of Pressure Sores



OBJECTIFS



Rang	Rubrique	Intitulé
N°122 – Principales techniques de rééducation et de réadaptation		
A	Définition	Connaître le rôle du médecin
A	Définition	Connaître le rôle du médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR)
A	Définition	Connaître le rôle des auxiliaires médicaux
A	Prise en charge	Connaître les principales indications d'un programme de rééducation
A	Prise en charge	Connaître les principales indications d'un programme de masso-kinésithérapie
A	Prise en charge	Connaître les principales indications d'un programme d'ergothérapie
A	Prise en charge	Connaître les principales indications de l'orthophonie
A	Prise en charge	Connaître les principaux objectifs de la rééducation
A	Prise en charge	Connaître les règles de prescription de la masso-kinésithérapie
A	Prise en charge	Connaître les règles de prescription de l'orthophonie
B	Définition/Prise en charge	Connaître les principales techniques de masso-kinésithérapie
B	Prise en charge	Connaître les indications de la rééducation d'entretien
B	Prise en charge	Connaître les règles d'arrêt de la rééducation

La prescription de kinésithérapie

- **Les mentions obligatoires**

- Nom et prénom du patient (pas l'âge)
- Date
- Coordonnées du prescripteur avec numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)
- Nature de la prescription (masso kinésithérapie)
- Région à traiter (« *membres inférieurs* » par exemple) ou grand syndrome (« *hémiplegie* » par exemple)

Le diagnostic médical ne doit pas figurer sur l'ordonnance.

La prescription de kinésithérapie

- **Les mentions à ajouter quand il y a une indication particulière**
 - **Balnéothérapie** (ou « rééducation en piscine »)
 - **Contre indication** éventuelle
 - **A domicile**
 - **Dimanche et jours fériés**
 - **Urgent** (si nécessaire: c'est-à-dire si vous voulez que le kiné débute la rééducation avant l'accord de la Caisse dans les situations où il est obligé de faire une demande d'entente préalable)



La prescription de kinésithérapie

- **Les choses non obligatoires**

Nombre et fréquence des séances

Objectifs attendus de la rééducation

Préconisations sur les techniques à utiliser

Lettre d'accompagnement (pathologie)



PRESCRIPTION DE L'ORTHOPHONIE

Elle doit être précédée de la prescription d'un bilan orthophonique précisant le motif de réalisation.

Nouveau bilan nécessaire en fin de rééducation ou au delà de 50 séances.

Séances de minimum 30 minutes. Entre 45 minutes et 1h pour les affections neurologiques.

Objectifs de rééducation

Le nombre de séances et la fréquence

Item 122 techniques de rééducation



Orthophonie : les indications à connaître

CHEZ L' ADULTE

- Aphasies : AVC, TC, tumeur, démence
- Déficits cognitifs : mémoire verbale, syndrome dysexécutif
- Dysphonies : paralysie corde vocale, KC larynx, AVC
- Dysarthries : Parkinson, cérébelleuse (SEP), paralytique (PF)
- Troubles de déglutition : AVC, SLA, Parkinson, KC pharynx

CHEZ L' ENFANT

- Retard d'acquisition du langage : IMC
- DYS : dysphasie, dyslexie, dysorthographe, dyscalculie
- implants cochléaires
- Bégaiement

Item 122 techniques de rééducation



Ergothérapie = rééducation par activité
érgon + therapeia = travail + soin

- Evaluation des déficiences et des limitations d'activité
- Rééducation des déficiences motrices du membre supérieur (AVC, SEP, main traumatique, amputation)
- Rééducation des déficiences cognitives
négligence, mémoire, fonctions exécutives, geste
- Réduction des limitations d'activités
compensation, aides techniques
- Autonomie du patient
domicile, accessibilité, fauteuil roulant

Item 122 techniques de rééducation

Bien distinguer:



LES OBJECTIFS



LES MOYENS



Item 122 Raideur articulaire

A

B

OBJECTIFS

MOYENS

Prévenir la raideur

Réanimation, post-opératoire

Installation du patient

Mobilisations passives

Récupérer les amplitudes

Ankylose articulaire

Rétractions musculo-tendineuses

Spasticité, hypertonie

Installation du patient

Postures manuelles

Postures instrumentales (orthèses, plâtres)

Massages

Mobilisations manuelles

Mobilisations instrumentales (Kinetec)

Étirements musculaires

Auto-étirements

Balnéothérapie



BILAN ARTICULAIRE



Articulation	Mouvements	Amplitudes physiologiques
Epaule	Abduction	180°
	Rot. externe	60°
	Rot. Interne	80°
	Flexion	180°
	Extension	45°
Coude	Extension	0° (flessum)
	Flexion	170°
	Prono-supination	0-180°
Poignet	Extension	80°
	Flexion	90°
	Inclinaison ulnaire	40°
	Inclinaison radiale	20°
Métacarpo-phalangienne	Extension	60°
	Flexion	90°



BILAN ARTICULAIRE



Articulation	Mouvements	Amplitudes physiologiques
Hanche	Flexion	135°
	Extension	20° (flessum)
	Abduction	45°
	Adduction	30°
	Rot. externe	45°
	Rot. interne	35°
Genou	Extension	0° (flessum)
	Flexion	140°
Cheville	Flexion	45°
	Extension	20°

Hanche = flexion/0/extension

Genou = flexion/0/extension

Item 122 Renforcement musculaire



OBJECTIFS	MOYENS
Le renforcement GLOBAL Récupérer la force d'un de plusieurs membres	Tapis de marche Vélo Activités physiques Machines de musculation
Le renforcement ANALYTIQUE Récupérer la force d'un muscle ou d'un segment de membre	Statique ou isométrique Dynamique ou isotonique Concentrique = le muscle se raccourcit Excentrique = le muscle s'allonge Isocinétique = vitesse constante

S'il existe un déficit de force

S'il persiste une commande volontaire

Item 122. Encombrement bronchique



OBJECTIFS

Drainage des voies respiratoires

BPCO

Bronchiolites du nourrisson

tétraplégies

atélectasies

MOYENS

Drainage postural (latéral, proclive)

Pressions manuelles

Vibrations thoraciques

Accélération du flux expiratoire (AFE) +
toux dirigée

Ventilation dirigée à basse fréquence et
grand volume, expiration lèvres pincées

Aspiration nasopharyngée

Aspiration buccopharyngée

Apprentissage de l'autodrainage

VNI (drainage instrumentalisé Cough-

Assit, percussioneaire





A ce stade chronique de l'AVC, quelle autre méthode de rééducation est recommandée pour améliorer la fonction motrice?





Activités physiques adaptées (APA)

Exercices de marche

Exercices physiques

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHESE

Rééducation à la phase
chronique de l'AVC de l'adulte :
pertinence, indications et
modalités

Validée par le Collège le 2 juin 2022

OBJECTIFS



Rang	Rubrique	Intitulé
N° 328 – Thérapeutiques non médicamenteuses et dispositifs médicaux		
A	Evaluation	Expliquer les principes d'évaluation des thérapeutiques non médicamenteuses
A	Définition	Connaître la définition d'un dispositif médical
A	Définition	Connaître les généralités sur les orthèses
A	Définition	Connaître les généralités sur les prothèses
A	Définition	Connaître la définition du chaussage orthopédique
A	Définition	Connaître les modalités de prescription d'un fauteuil roulant
B	Définition	Connaître la définition et les indications des différentes aides techniques
B	Définition	Connaître la définition du petit appareillage et du grand appareillage
B	Définition	Connaître la définition d'une cure thermique
B	Prise en charge	Connaître les aspects réglementaires et médico-économiques des thérapeutiques non médicamenteuses
B	Prise en charge	Connaître les principales orthèses
B	Prise en charge	Connaître les modalités de prescription des orthèses

Petit appareillage

Série

Pas cher

Orthèses plantaires

Simple ordonnance

Tous médecins

APPAREILLAGE

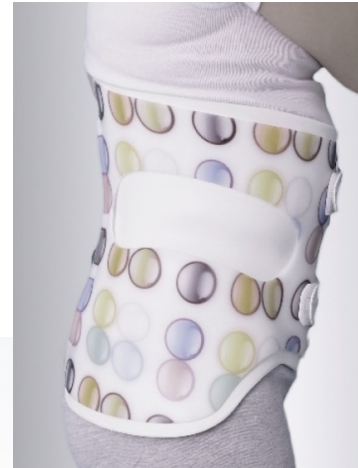
Grand appareillage

sur mesure

CHER

Chaussures orthopédiques

ordonnance spécifique



800€



Item 122. ORTHESES



ORTHESES	OBJECTIFS
REPOS	Prévenir les DEFORMATIONS et éviter les DOULEURS Orthèse de main (rhizarthrose ou PR) Collier cervical (entorse, cervicalgie aiguë) Orthèse lombaire (lumbago, hernie discale opérée)
STABILISATION	Orthèse anti-équien Pour maintenir une ACTIVITE Orthèse de stabilisation du genou (rupture LCA) Orthèse anti-steppage (paralysie SPE) Orthèse anti-équien (pied hémiplégique) Orthèse du tronc (fracture vertébrale)
CORRECTION	Pour corriger une DEFORMATION Orthèse de tronc (corset) (scoliose)
SUPPLEANCE	Pour suppléer un DEFICIT Orthèse dynamique d'extension (paralysie radiale)
SEMELLES CHAUSSURES	Corriger une DEFORMATION Pied creux Pied plat



FAUTEUIL ROULANT

FR manuel

Simple ordonnance

Tous les médecins

FR électrique

Ordonnance simple

*Validation par **certificat** par*

médecin MPR (aptitude)

Autorisation car véhicule

Aides techniques (à la marche, à la préhension...)

Cures thermales Indication: affection chronique (rhumato++)

Prescription médicale

Remboursement au forfait

Item 122 techniques de rééducation



Réadaptation cardiaque

Reconditionnement à l'effort

- Prescription individualisée
- **Epreuve d'effort (EE) préalable (donc possible si pas de CI à l'EE)** -> permet de déterminer le seuil d'intensité de l'entraînement en endurance (VO2max) et la progression
- Education ++ (disparition des effets après 3-4 sem de sédentarité)

Patient coronarien

Après chir cardiaque, SCA
Stratification des patients selon
risque d'évolution (faible->élevé)

- ✧ **Endurance et renfo musculaire faible**
- ✧ **Contrôle des FRCV**

→ améliore survie, capacité
fonctionnelle, QdV

Patient Ins. Cardiaque

✧ Qui? **NYHA II ou III Stable**, pas de
CI

✧ Comment?

- ✧ **Kiné Respiratoire**
- ✧ **Endurance classique**
- ✧ **Marche ou gym globale**

→ diminution dyspnée et fatigabilité



Item 122 techniques de rééducation



BPCO

Ambulatoire ++
Kiné
APA

Phase Aigue

Lutte Encombrement
Kiné respiratoire de drainage bronchique

Phase Chronique = Réhabilitation respiratoire

Chez **tout patient dyspnéique**

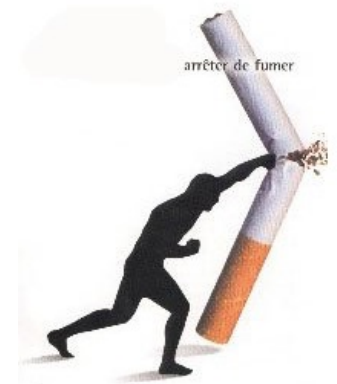
Objectifs: Améliorer capacités physiques pour marche, QdV et dyspnée

Activité physique

- ✧ Endurance: vélo, vélo à bras, tapis...
- ✧ Renforcement musculaire
- ✧ Marche, marche nordique

Education thérapeutique (drainage, médicaments, O2)

Rôle social et psychologique



Item 56. Enfant handicapé





Aides financières et sociales **HANDICAP + SANTE**

	MDPH	AUTRE - CPAM
Aides financières	<p>AEEH = Allocation d'Education Enfant Handicapé</p> <p>PCH = Prestations de Compensation du Handicap</p> <p>AEEH et PCH sont cumulables complément AEEH et PCH non cumulable</p>	
Aides Humaines	<p>AVS = Auxiliaire de Vie Scolaire</p> <p>AESH = Accompagnement enfant situation de handicap</p>	<p>CPP = congé de présence parentale Demande à l'employeur = cessation d'activité non rémunérée avec conservation du poste</p> <p>AJPP = allocation journalière de présence parentale Demande à CAF après accord CPAM = allocation de compensation du salaire perdu lors d'on congé de présence parentale Durée de 310 j à prendre sur 3ans</p> <p>NB : cumulable avec AEEH simple sans complément</p>
Soins		ALD 30
Vie quotidienne	<p>Carte mobilité inclusion (CMI) remplace la carte d'invalidité et de stationnement</p>	

Orientation scolaire et médico-sociale de l'enfant handicapé



	MDPH 	Education Nationale	CNAM 
<p>ECOLE ORDINAIRE</p>	<p>ULIS unité localisée d'inclusion scolaire école – collège</p>	<p>SEGPA Section d'enseignement général ou professionnel adapté</p> <p>EREA Etab régionaux d'enseignement adapté</p>	
<p>ECOLE ORDINAIRE + rééducation et soins</p> <p>EXTERNAT</p>	<p>SESSAD = moteur, cognitif Service d'éducation spéciale et de soins à domicile</p> <p>SSAD = polyhandicap</p> <p>SAFEP, SSFIS, SAAIS = sensoriel</p>		<p>CAMSP Centre action médicosociale < 6ans</p> <p>CMP Centre médico-psychologique 0->20 ans</p>
<p>INSTITUT MEDICO-EDUCATIF = école adaptée + rééducation</p> <p>EXTERNAT INTERNAT</p>	<p>IEM = institut d'éducation motrice (moteur)</p> <p>CEM = centre d'éducation motrice (moteur)</p> <p>IES = Institut d'éducation spécialisée (visuel/auditif)</p> <p>IME = institut médico-éducatif (cognitif) IMPro</p> <p>ITEP = institut thérapeutique éducatif et pédagogique (tb comportement)</p>	<p>Education Action d'élever, de former un enfant, un jeune homme il faut des AIDES</p> <p>Enseignement Action de transmettre des connaissances, des savoirs</p>	

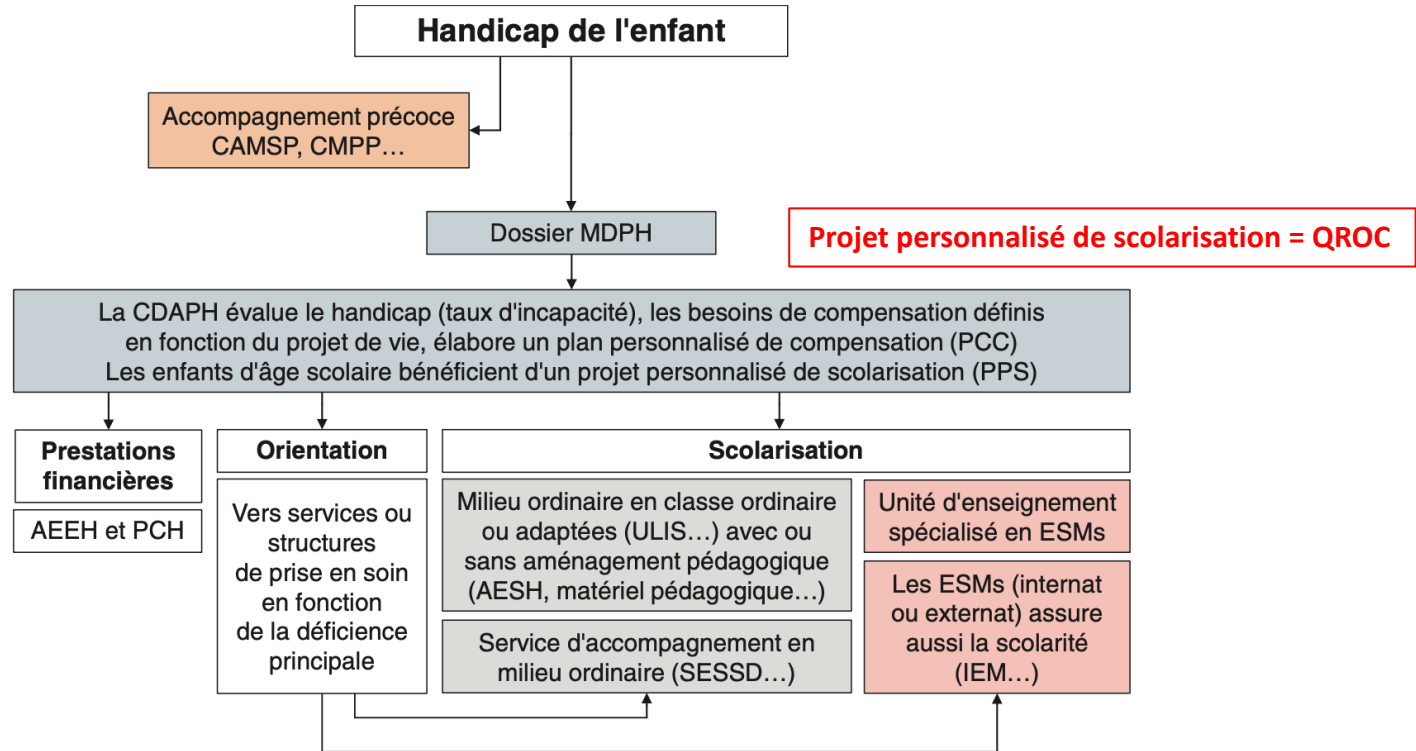


Fig. 8.7. A Diagramme schématisant l'orientation et les aides possibles d'un enfant en situation de handicap *via* la MDPH.

MDPH : maison départementale des personnes handicapées ; AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé, AESH : accompagnant d'élève en situation de handicap, CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce, CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CMPP : centre médico-psycho-pédagogique, ESMs : établissements et structures médico-sociaux, IEM : institut d'éducation motrice, PPC : projet personnalisé de compensation, PPS : projet personnalisé de scolarisation, SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire.

Item 56. Enfant handicapé



ORIENTATION MDPH

AEEH = Allocation d'Education Enfant Handicapé

PCH = Prestations de Compensation du Handicap

AEEH et PCH sont cumulables

complément AEEH et PCH non cumulable

PPS = PROJET PERSONALISE SCOLARITE

AVS = Auxiliaire de Vie Scolaire

AESH = Accompagnement enfant situation de handicap

Etablissement scolaire = école

ULIS = unité localisée d'inclusion scolaire (école – collège)

Etablissement médico-éducatif = école + rééducation

IEM = institut d'éducation motrice (moteur)

IES = Institut d'éducation spécialisé (visuel/auditif)

CEM = centre d'éducation motrice (moteur)

IME = institut médico-éducatif (cognitif)

ITEP = institut thérapeutique éducatif et pédagogique (tb comportement)

Des questions

gilles.ode@univ-lyon1.fr

AYEZ CONFIANCE EN VOUS

ET SURTOUT NE LACHEZ RIEN !!



Faculté de Médecine
Lyon Est