

MINISTERE DE LA SANTE  
REGION LORRAINE  
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE  
DE NANCY



# "GYMSEP" : KINESITHERAPIE COLLECTIVE EN FAVEUR DES PERSONNES ATTEINTES DE SCLEROSE EN PLAQUES

Rapport de travail écrit personnel  
présenté par **Loïc ANTZEMBERGER**  
étudiant en 3<sup>ème</sup> année de kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat  
de Masseur-Kinésithérapeute  
2006-2007.

# SOMMAIRE

RESUME	page
<b>1. INTRO</b> .....	1
<b>1.1. Présentation</b> .....	1
<b>1.2. Présentation du partenaire L.O.R.S.E.P.</b> .....	2
<b>1.3. Projet et hypothèse</b> .....	3
<b>2. LA SCLEROSE EN PLAQUES</b> .....	4
<b>2.1. Définition et rappels</b> .....	4
<b>2.2. Traitements existants</b> .....	5
2.2.1. Le traitement de la SEP repose sur trois types de traitements.....	6
2.2.2. La rééducation fonctionnelle.....	6
<b>3. MATERIEL ET METHODE DE L' ETUDE</b> .....	7
<b>3.1. La population</b> .....	7
<b>3.2. Le cadre expérimental</b> .....	8
<b>3.3. Le calendrier</b> .....	8
<b>3.4. Les indicateurs</b> .....	8
<b>3.5. Méthode</b> .....	9
<b>3.6. La séance</b> .....	9
<b>4. RESULTATS</b> .....	14
<b>4.1. Présentation du groupe</b> .....	14
<b>4.2. Retentissements physiques</b> .....	15
4.2.1. La spasticité du triceps sural.....	15
4.2.2. Distance doigt-sol.....	16
4.2.3 EVA pour la douleur physique.....	16
<b>4.3. Retentissements psychologiques</b> .....	17
<b>4.4. Retentissements fonctionnel et social</b> .....	19
<b>5. DISCUSSION</b> .....	19
<b>5.1. Pertinence de la prise en charge collective</b> .....	19
5.1.1. Les points positifs.....	19
5.1.2. Les points négatifs.....	21
<b>5.2. Pertinence des techniques utilisées</b> .....	22
<b>5.3. Pertinence des résultats obtenus</b> .....	23
5.3.1. Difficultés liées à la maladie.....	23
5.3.2. Choix des indicateurs.....	24
<b>6. CONCLUSION</b> .....	25
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Présentation

En France, la prise en charge kinésithérapique des patients atteints de la sclérose en plaques (SEP) s'effectue la plupart du temps à domicile, auprès d'un kinésithérapeute libéral et parfois dans un centre de rééducation fonctionnelle.

Une enquête de 2005 interrogeant des kinésithérapeutes libéraux, montre que la prise en charge de la SEP se réalise presque toujours en individuel (14 praticiens sur 16) <sup>[18]</sup>. Ces mêmes praticiens, ont répondu, que des séances en groupe apparaissaient comme non envisageables pour une raison de temps, qui les oblige à privilégier d'autres moyens techniques tels que le massage, la mobilisation passive, les étirements, le travail actif et l'électrothérapie.

Les différents soins proposés pour la SEP nous apparaissent quelque peu cloisonnés et les traitements tiennent trop peu compte du patient dans sa globalité.

Ainsi, nous avons élaboré notre démarche de soin en plaçant le patient atteint de SEP au coeur d'un triptyque dont les 3 pôles sont physique, psychique et social et où chaque versant interagit sur les deux autres (fig.1).

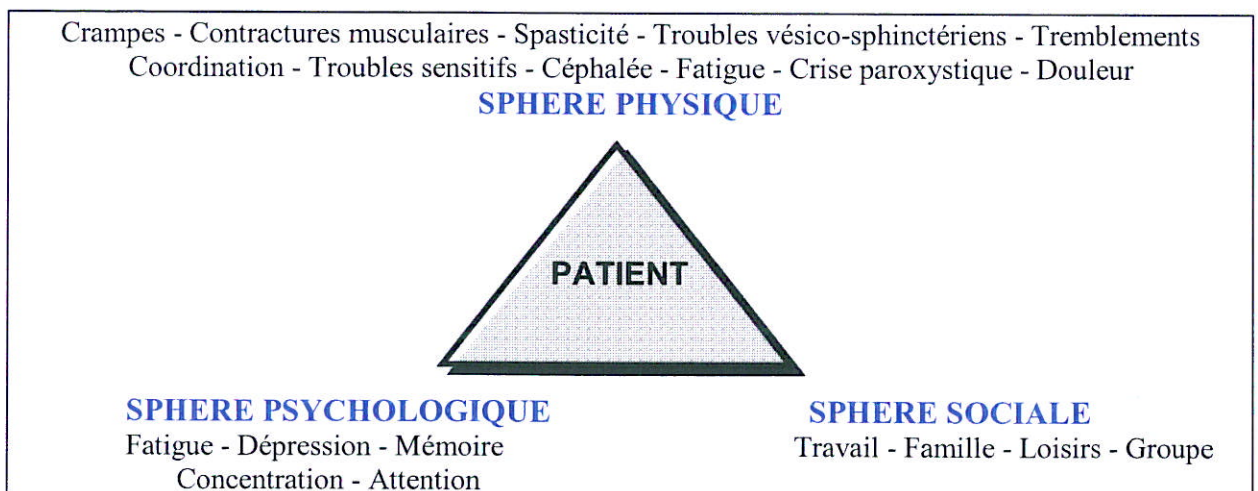


Figure 1 : Triptyque du patient SEP



En outre, il nous est apparu pertinent de se tourner vers l'un des quinze réseaux de France qui se consacrent à la SEP, afin d'obtenir le maximum de moyens pour l'organisation de notre projet (courriers aux patients, trouver une salle pour les séances). Ces réseaux sont l'interface entre l'hôpital et la ville et ils disposent d'une base de données répertoriant les patients atteints de SEP tout en garantissant leur anonymat.

Le Ministère de la Santé, au travers de différentes publications et notamment la loi de 2002 relative aux droits des malades, encourage la prise en charge de maladies chroniques par des réseaux de soins, en mettant l'accent sur l'éducation du patient et la démarche participative de ce dernier. Pourtant, aucun de ces réseaux, n'a, à ce jour, mis en place un projet de kinésithérapie sous forme collective.

Aussi, nous avons décidé de travailler en partenariat avec LORSEP (fig.2), dans l'élaboration et l'analyse d'une cure en groupe, que l'on peut appeler "GYMSEP" qui tentera de donner au patient atteint de SEP, tous les moyens dont nous disposons pour gérer sa maladie.

### **1.2. Présentation du partenaire L.O.R.S.E.P.**

En lorraine, LORSEP : le réseau **L**orrain sur la **S**clérose **E**n **P**laque, propose une démarche de globalisation des soins auprès de patients atteints de sclérose en plaque <sup>[13,27]</sup>.



*Figure 2 : Logo de LORSEP*

Cette association type "loi 1901", existe depuis 1999 et fonctionne dans le cadre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) depuis 2003.



Elle coordonne et assure la continuité des soins à proximité du lieu de vie du malade et permet un accès à l'information pour tous les patients atteints de SEP et leur entourage. Le réseau s'inscrit dans une volonté de prise en charge sociale, uniforme et harmonieuse par l'élaboration de référentiels communs. La formation, la sensibilisation et l'évaluation des professionnels concernés par la SEP sont également un enjeu.

Ces missions sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée d'une secrétaire, d'une psychologue, d'un neuropsychologue, d'une infirmière et d'une coordinatrice.

### **1.3. Projet et hypothèse**

Notre projet consiste à réaliser une "cure" collective kinésithérapique sous forme de "GYMSEP" prenant en considération le patient dans sa globalité (fig.1).

Nous indiquerons les différentes étapes suivies pour mener à bien notre projet ainsi que les intérêts et les inconvénients de ce type de prise en charge. Comment construire le projet ? Comment réaliser la séance ? Nous montrerons par quels moyens nous nous inscrivons dans une gestion de la maladie sur du court et du long terme.

La loi de 2002, relative aux droits des malades, met l'accent sur l'éducation du patient et sur la démarche participative de ce dernier. Aussi, celle-ci doit être en cohérence avec le niveau fonctionnel des patients et permettre de le responsabiliser afin qu'il devienne acteur de sa rééducation.

La SEP est une maladie évolutive et nous ne pouvons prétendre la guérir, les objectifs ne sont pas curatifs, mais réadaptatifs.

Nous défendrons la thèse selon laquelle cette "cure", sous forme de séances collectives, permet au patient atteint de SEP de mieux gérer son handicap sur le plan physique, psychique et social. Nous tenterons d'apprécier les points positifs et négatifs de cette prise en charge.

Aussi, pour évaluer et légitimer notre démarche et avec le souci de faire progresser la nature de la prestation kinésithérapique, nous utiliserons des indicateurs physiques, psychiques et sociaux qui nous paraissent pertinents.

## 2. LA SCLEROSE EN PLAQUES

### 2.1. Définition et rappels <sup>[3, 14, 19]</sup>

La sclérose en plaques peut être définie comme étant une affection neurologique chronique, évolutive, idiopathique, à prépondérance féminine (deux cas sur trois), atteignant des adultes jeunes en âge de travailler. La fréquence imprévisible et l'agressivité des poussées inflammatoires privent progressivement le malade de l'usage habituel de son corps et l'entraînent en moyenne au bout d'une quinzaine d'année vers une grabatisation.

Physiologiquement cette leuco-encéphalite se caractérise par une démyélinisation qui peut revêtir plusieurs profils :

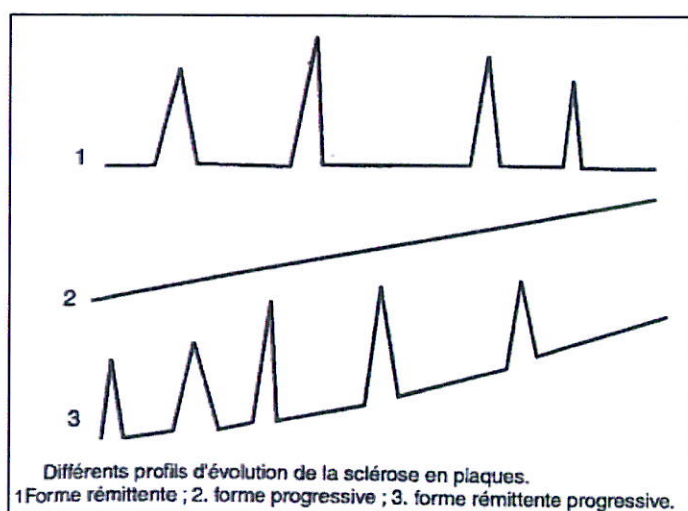


Figure 3 : Différents profils d'évolution de la SEP<sup>[3]</sup>

La topographie des lésions est très différente d'un individu à un autre, ce qui rend son expression clinique très variable. Il existe des SEP spinales, des SEP de l'encéphale ou les deux.

La SEP se caractérise le plus souvent par l'association de plusieurs troubles neurologiques qui s'associent et se potentialisent.

Le retentissement fonctionnel dépend des voies nerveuses en souffrance et nous pouvons identifier plusieurs déficiences :

- motrice : trouble de la commande volontaire, syndromes cérébelleux, spasticité <sup>[6]</sup>, fatigue, atteinte des nerfs crâniens, dysarthrie <sup>[16]</sup> ;
- sensorielle : névrite optique rétro bulbaire (NORB), douleurs, trouble de la sensibilité profonde ou la sensibilité superficielle, trouble de l'équilibre, problèmes de déglutition ;
- viscérale : troubles vésico-sphinctériens, trouble de la miction ;
- cognitive : trouble des fonctions supérieures, désordres émotionnels, diminution de l'idéation, problèmes amnésiques, dépression, anosognosie.

Toutes ces déficiences conduisent à un état de fatigue qui constitue souvent une plainte dominante et précoce sans corrélation avec le degré de handicap <sup>[3]</sup>. Trois quarts des patients atteints de sclérose en plaques se plaignent de fatigue <sup>[15]</sup>.

## **2.2. Traitements existants <sup>[7]</sup>**

Il n'existe aucun traitement connu prétendant guérir la maladie. Cependant l'observance du traitement médical ainsi que la prise en charge pluridisciplinaire permet au patient de gérer au mieux ses déficiences tout en conservant le maximum d'autonomie et d'estime de soi.



### 2.2.1. Le traitement de la SEP repose sur trois types de traitements

- Le traitement de la poussée, basé sur l'administration de corticoïdes instaurés par voie veineuse en bolus, c'est à dire à fortes doses mais sur une durée brève ;
- Le traitement de fond quotidien composé d'immunomodulateurs per os qui modifient la réponse immunitaire sans entraîner de diminution des défenses du système immunitaire ;
- Les traitements symptomatiques qui permettent d'améliorer la condition de vie en limitant le handicap. Ils agissent sur les différents symptômes de la maladie comme la spasticité.

### 2.2.2. La rééducation fonctionnelle [2, 5, 21, 23].

Elle comprend une équipe pluridisciplinaire composée de psychothérapeutes, ergothérapeutes et kinésithérapeutes. Le traitement kinésithérapique classique s'adapte aux différents syndromes et à l'évolution de la maladie. Il favorise l'entretien du périmètre de marche, les exercices d'équilibre, le travail de la proprioception. Il entretient la force, la souplesse et la respiration. Il lutte contre les attitudes vicieuses et les limitations articulaires. Le kinésithérapeute utilise la cryothérapie et les bains froids contre la spasticité<sup>[10]</sup>.

Il conseille le patient sur son état de fatigue : cette approche repose sur l'idée selon laquelle les patients atteints de SEP disposent d'un "capital d'énergie" pour la journée, plus réduit que celui des sujets sains. En conséquence, il peut être utile de planifier la journée afin d'éviter que le patient ne "s'écroule" trop tôt en fin de journée<sup>[4]</sup>.

Des adaptations de la vie quotidienne peuvent être utiles : aides techniques, aide d'une tierce personne. C'est parfois la reprise d'une activité physique qui est préconisée, ou une réorganisation du mode de vie : siestes, aménagement du temps de travail.

Le patient, démuni par le manque d'efficacité des traitements proposés, peut s'orienter vers des activités collectives de relaxation dans les "MJC", des entretiens individuels psychologiques ou des groupes de paroles qui sont peu ou non spécifiques à la SEP.

Même si elles sont préconisées, peu de kinésithérapeutes utilisent les techniques corporelles de relaxation. Pourtant, pour faire face au caractère anxiogène de la maladie, il nous semble tout à fait justifié d'intégrer ces pratiques dans la prise en charge kinésithérapique.

### **3. MATERIEL ET METHODE DE L' ETUDE**

#### **3.1. La population**

Nous utilisons l'échelle **EDSS de Kurtzke (Expanded Disability Status Scale)** afin de déterminer une population la plus homogène possible. Cette échelle évalue les fonctions neurologiques et établit un score EDSS (Annexe I).

Chaque patient a un EDSS compris entre 4 et 6, c'est à dire que les patients sont autonomes et capables de marcher une centaine de mètres avec ou sans aide technique.

LORSEP se charge de prendre contact avec les patients dont 6 ont répondu favorablement. L'échantillon de la population est sélectionné de manière aléatoire.

Nous nous sommes également procurés, auprès des neurologues, une fiche signalétique de chaque patient détaillant l'EDSS pour connaître les fonctions neurologiques altérées afin de préparer au mieux nos séances.

### 3.2. Le cadre expérimental

Nous avons obtenu une salle avec des tapis de sol, au centre hospitalier inter-communal de Golbey (88190). Tous les patients viennent du département des Vosges, dans un rayon de 30 km autour de Golbey, afin de limiter le trajet pour se rendre aux séances. LORSEP fait parvenir un plan d'accès au site à chaque patient. Les séances sont sous la responsabilité civile des patients.

### 3.3. Le calendrier

La prise en charge du groupe s'effectue pendant une heure par semaine sur 8 semaines. Les séances ont lieu l'après midi de 15h à 16h. Ces horaires ont été choisis afin de faciliter la venue des patients au centre, sans modifier les habitudes de siestes.

### 3.4. Les indicateurs

Nous avons choisi d'utiliser certains indicateurs pour déterminer l'impact de notre prise en charge collective :

#### Indicateurs des déficiences physiques :

Nous utilisons **l'échelle d'Ashworth** pour évaluer la spasticité sur le triceps sural (Annexe II).

Nous effectuons **une distance doigt sol (DDS)** afin de déterminer la souplesse de la chaîne musculaire postérieure du membre inférieur. Cette mesure est prise jambes tendues avec un écart de jambe identique.

Nous avons choisi **l'EVA** pour connaître la douleur physique ressentie au cours des quatre dernières semaines (0 -10).



#### Indicateurs des incapacités et désavantages sociaux :

Nous utilisons la **Mesure de l'Incapacité Fonctionnelle (MIF)** <sup>[11]</sup> pour déterminer les difficultés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et connaître le niveau de qualité de vie des patients d'un point de vue fonctionnel (Annexe III).

#### Indicateurs désordres psycho-affectifs :

Nous utilisons les réponses aux questions : **9D, 9F, 9H** de la **SF36 Medical Outcome Study Short Form**, qui nous sont parues pertinentes pour évaluer le retentissement psycho-affectif de la SEP <sup>[26]</sup>. Dans sa totalité, cette échelle comprend 20 items sur le statut fonctionnel, 11 items sur le bien-être et 6 items sur l'évaluation globale de la santé (Annexe IV).

### **3.5. Méthode**

Nous faisons une étude comparative de la qualité de vie lors de la première séance du **02/11/06** et lors de la dernière séance du **18/12/06**, en utilisant les indicateurs physiques, psycho-affectifs et sociaux. Cette étude se fait selon un traitement de statistique descriptive.

### **3.6. La séance**

Nous avons construit nos séances en nous interrogeant sur la manière d'agir sur les trois versants physiques, psychiques et sociaux (fig.1).

La sélection et le temps de réalisation des exercices dépendent de la progression, des affinités et nécessités du groupe (Annexe V).

De quels moyens kinésithérapiques disposons-nous pour agir sur le versant physique ?

Nous utilisons des techniques actives, alternées avec des postures passives, adaptées à l'EDSS des patients et destinées à l'entretien des muscles et articulations. Nous luttons par ailleurs, contre la désadaptation à l'effort. Les exercices de faible intensité, entrecoupés de pauses et basés sur la respiration sont privilégiés pour ne pas mettre les patients en échec. Par ailleurs, ces techniques entretiennent les récepteurs proprioceptifs articulaires et neuromusculaires (fig.4).



*Figure 4 : Travail actif des membres supérieurs à genoux dressés puis assouplissement de la ceinture scapulaire*

Les étirements actifs basés sur les techniques de "stretching" sont utilisés pour redonner de la souplesse aux tissus et plus spécifiquement à la jonction myotendineuse<sup>[9]</sup> (fig.5).



*Figure 5 : Etirement du psoas avec contraction isométrique en amenant le talon controlatéral le plus loin possible en caudal*

Les exercices de proprioception avec suppression ou non de l'entrée visuelle informent le patient sur son positionnement dans l'espace (fig.6).



*Figure 6 : Exercice de contraste dos rond, dos creux*

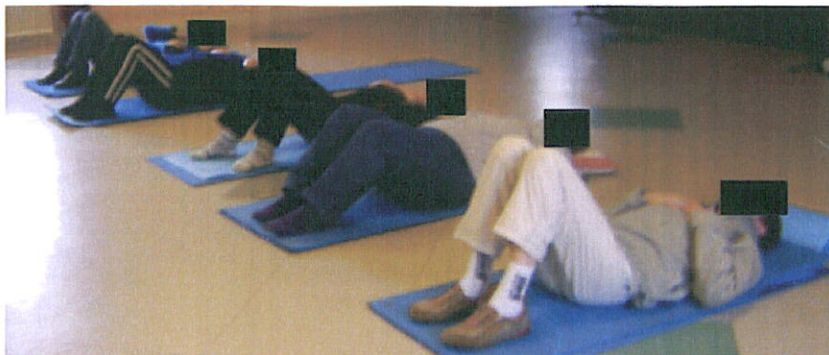
Les exercices d'équilibre statique ou dynamique entraînent au maintien du centre de gravité dans le polygone de sustentation (fig.7).



*Figure 7 : Position de chevalier servant à partir de la position genou dressé*

Les différents types de respiration permettent de conserver une mobilité de la cage thoracique et d'entretenir le volume courant (fig.8).





*Figure 8 : Respiration abdomino-diaphragmatique, puis thoracique basse, puis claviculaire*

L'apprentissage des transferts permet d'économiser son capital d'énergie pour la journée. Cet apprentissage peut être inspiré du guidage des Niveau d'Evolution Moteurs (NEM) : passage dos-ventre (fig.9), puis quadrupédie, genoux dressés, chevalier servant puis debout. Il constitue un bon apprentissage du relevé du sol.

L'apprentissage des chutes permet au patient de moins appréhender celles-ci et permet d'éviter les accidents qui compliqueraient la maladie.



*Figure 9 : Retournement dos ventre*

### De quelles techniques disposons-nous pour agir sur le versant psychologique ?

Comme nous l'avons vu précédemment la SEP a un caractère anxiogène très important <sup>[8]</sup>. La prise en charge doit améliorer la qualité de vie subjective des malades en leur permettant de trouver ou de retrouver un état de bien-être.

Nous nous sommes inspirés de la sophrologie, du Yoga, de la technique d'Edmund Jacobson et du training autogène de Schultz, pour insérer dans notre séance de la relaxation (fig.11) [17,24].

Le but est de donner d'une part un maximum de détente physique et mentale au patient [3,15], et d'autre part de jouer sur la commande volontaire et peut-être de permettre une plasticité cérébrale.

Les patients sont allongés sur les tapis soit en décubitus strict, soit en décubitus les membres inférieurs en crochet pour soulager la colonne lombaire. Nous utilisons la respiration abdomino-diaphragmatique, préambule à toute relaxation.

La technique de Schultz propose de faire l'expérience des différentes sensations comme la pesanteur, la chaleur, le contrôle du cœur, de la respiration, les exercices de chaleur abdominale ou de fraîcheur du front.

La sophrologie invite le patient à ressentir les points d'appui sur le sol, de prendre conscience des différentes parties du corps en les explorant mentalement et ensuite de les relâcher [24].

La relaxation progressive de Jacobson (fig.10) est une thérapie qui utilise l'alternance "contracté-relâché", tout en portant attention sur les nouvelles sensations. Cela permet au patient de prendre conscience de l'abstention de tensions musculaires et de lutter contre le gaspillage d'énergie. Selon E.Jacobson, les émotions de toute sorte cessent lorsque les potentiels d'action des muscles indiquent une intensité pratiquement nulle [24].



*Figure 10 et 11 : Relaxation en décubitus et technique de Jacobson*

#### Comment agir sur le versant social ?

Le groupe a un effet de socialisation qui s'oppose à l'exclusion. Il permet de ne pas se sentir seul face à la maladie. Il favorise l'échange, la verbalisation. Il donne l'occasion de voir comment se comportent les autres personnes atteintes et ainsi, de se situer à posteriori par rapport à la SEP.

## **4. RESULTATS**

Nous envisagerons dans un premier temps d'étudier le retentissement physique, puis dans un second temps, l'impact psychologique et enfin, dans un troisième temps, les manifestations fonctionnelles et sociales de notre "cure" sur le groupe.

### **4.1. Présentation du groupe**

Le groupe est composé de 6 patients : cinq femmes et un homme. Les EDSS sont assez homogènes et varient entre 4 et 6.



Tableau 1 : Présentation des patients

NOM Prénom	Sexe	Date de naissance	Profession	E.D.S.S.	Nb de séances effectués
BER. N	F	28/04/1956	A.L.D (aide soignante)	6	6
COQ. E	F	14/05/1961	Aide luthier à mi-temps	4	4
FRE. M	F	30/09/1937	retraîtée	5	6
JAC. M	F	20/08/1960	agricultrice	4,5	3
LAR. C	F	17/01/1962	A.L.D (Agent de fabrication opératrice sur presse le week end)	5	8
LHO. L	M	16/05/1967	A.L.D (technicien méthode)	5,5	7

## 4.2. Retentissement physique

### 4.2.1. La spasticité du triceps sural

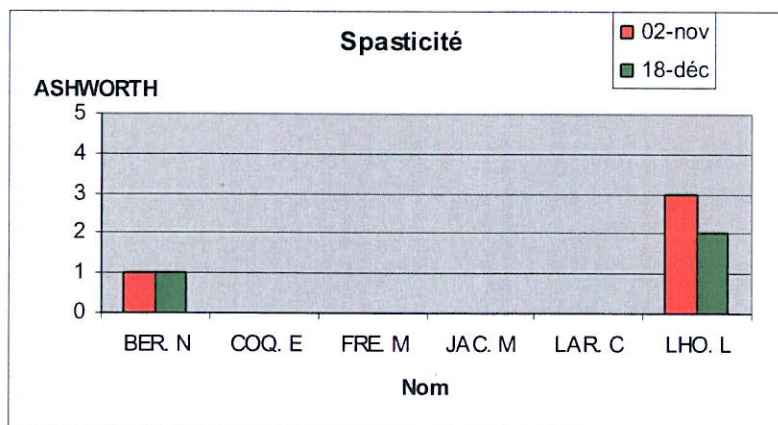


Figure 12 : Evolution de la spasticité

La spasticité reste globalement identique. Il y a une seule modification pour Monsieur LHO qui passe de la cotation 3 à la cotation 2, mais cette modification est à prendre avec précaution car celui-ci était en cours de changement de traitement médicamenteux.

#### 4.2.2. Distance doigt-sol

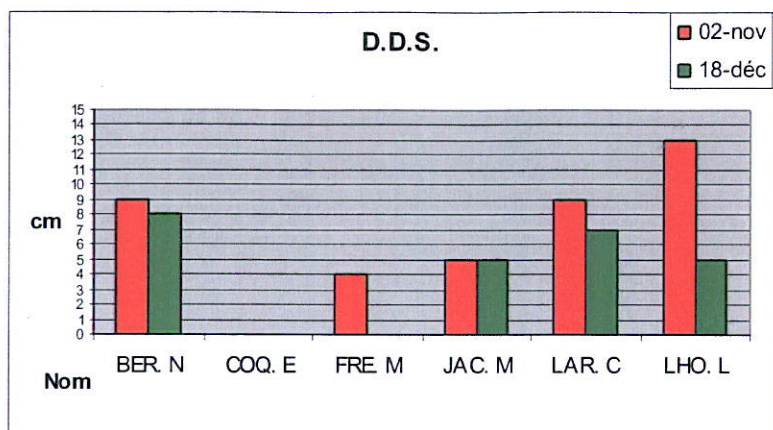


Figure 13 : Evolution de la distance doigt –sol (DDS)

Nous observons une amélioration significative pour 4 patients sur 6 : une amélioration de 1cm pour Mme BER, de 4cm pour Mme FRE de 2cm pour Mme LAR et de 8cm pour Mr LHO. Nous observons également un maintien pour Mme COQ et Mme JAC. Le gain moyen est d'environ 2,5 cm par patient et il semble corrélé avec le nombre de séances effectuées puisque Mme LAR et MR LHO ont respectivement effectué 8 et 7 séances.

#### 4.2.3. EVA pour la douleur physique

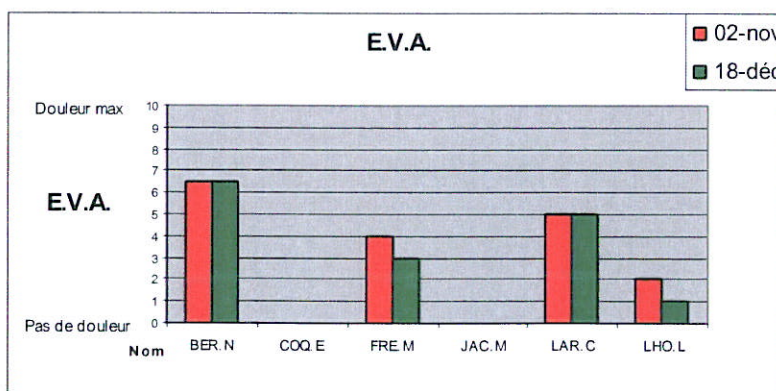


Figure 14 : Evolution de la douleur perçue

2 patients sur 6 présentent une amélioration de la douleur physique.

### 4.3. Retentissements psychologiques

**Question 9, D :** Au cours de ces quatre dernières semaines y'a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?

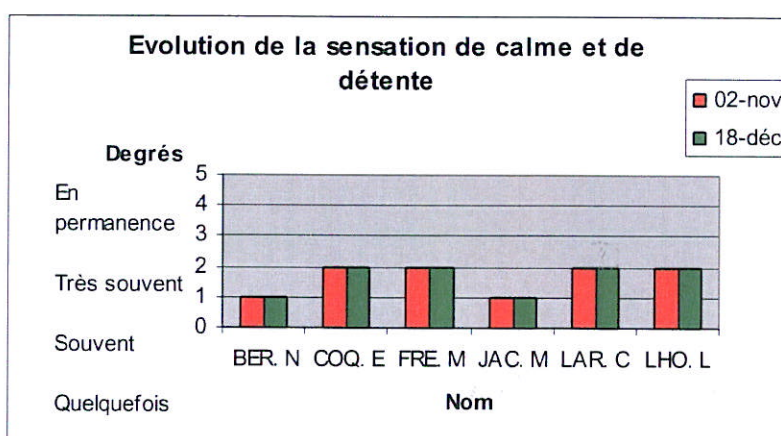


Figure 15 : Evolution de la sensation de calme et de détente

Nous ne notons aucune modification significative.



**Question 9, F :** Au cours de ces quatre dernières semaines y'a t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?

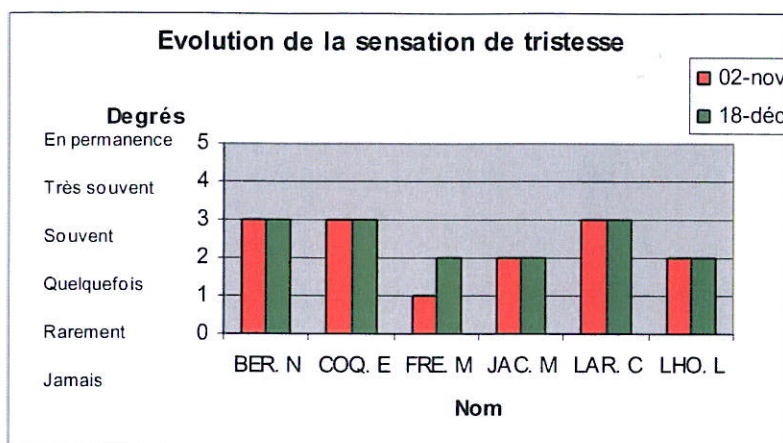


Figure 16 : Evolution de la sensation de tristesse

Mme FRE est la seule patient pour laquelle nous obtenons une évolution favorable.

**Question 9, H :** Au cours de ces quatre dernières semaines y'a t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?

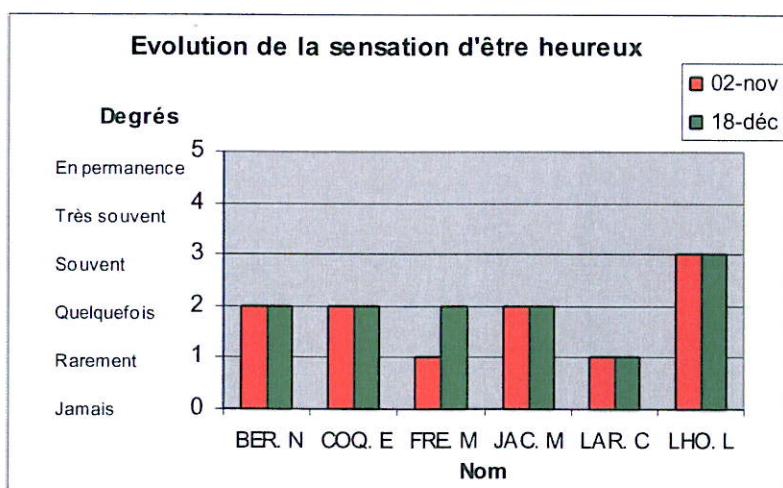


Figure 17 : Evolution de la sensation d'être heureux

Tous les patients se maintiennent au même niveau, sauf Mme FRE qui progresse d'un degré.

#### 4.4. Retentissements fonctionnel et social

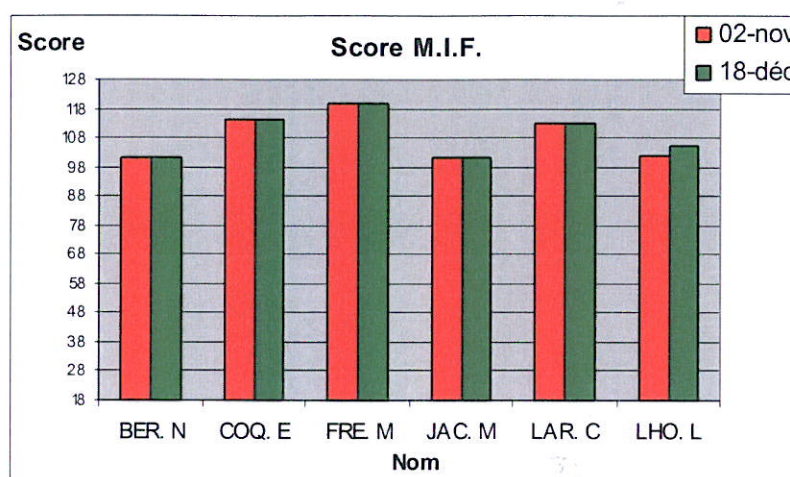


Figure 18 : Evolution de la M.I.F.

Il n'y a pas de modification significative des scores de MIF sauf pour Mr LHO qui augmente son score de 3 points avec une meilleure capacité à faire face aux interactions sociales.

## 5. DISCUSSION

### 5.1. Pertinence de cette prise en charge collective

#### 5.1.1. Les points positifs

Nous n'avons pas rencontré de difficultés dans la réalisation de ce projet et ceci grâce à la contribution de LORSEP qui a su prendre contact rapidement avec les patients et la direction de l'hôpital intercommunal de Golbey. Le réseau permet un bon suivi des dossiers des patients en faisant parvenir l'historique de la maladie, le type de traitement et l'EDSS, ce qui permet aux professionnels de disposer rapidement des éléments dont ils ont besoin pour connaître l'hétérogénéité du groupe.

De plus, notre "GYMSEP" correspond à une demande. Le tableau de présence (Tab.1), nous montre une participation régulière et satisfaisante. Cette régularité des présences témoigne de la motivation des patients et constitue un critère positif pour le renouvellement de ce type de prise en charge. Le patient semble s'investir d'avantage dans son entretien physique, puisque c'est lui qui fait les exercices et ce n'est pas le kinésithérapeute qui le mobilise et l'étire passivement. A noter que Mme JAC, agricultrice, a fait l'effort de venir à 3 séances, malgré un travail lui demandant, chaque jour, beaucoup d'énergie.

Le groupe permet aux patients d'échanger leur point de vue par rapport à la maladie et le kinésithérapeute fait référence à ses connaissances scientifiques pour corriger les idées fausses. Régulièrement, les patients s'interrogent les uns les autres pour connaître les traitements de chacun. Cela nous a permis de constater, que d'une manière générale, les patients ont une bonne connaissance de leur maladie grâce aux recherches sur internet.

Le groupe participe à la restauration de l'image et de l'estime de soi et permet de ne pas se sentir seul face à la maladie. Les patients se retrouvent avec des gens qui sont capables de les comprendre, ce qui est différent du quotidien. «Ici nous pouvons parler librement» m'avait confié Mme FRE. Dans certaines situations comme l'apprentissage de la chute, le patient timoré ose devant la difficulté en se disant «si ils le font, je peux également le faire».

D'autre part, le kinésithérapeute qui travaille au sein du réseau LORSEP peut prétendre à une rémunération ainsi qu'à une indemnité des frais kilométriques. Il travaille en régime "hors convention" sur fond d'intervention de la qualité de soin de ville puisqu'il n'entre pas dans le cadre d'une prescription médicale.



### 5.1.2. Les points négatifs

La préparation des séances de groupe prend du temps et implique un déplacement du kinésithérapeute important du fait de la répartition géographique des patients.

De plus, le bilan de la population est difficile. Cette prise en charge ne permet pas l'utilisation de bilans standardisés, et oblige le thérapeute à évaluer subjectivement son groupe. Il en découle un choix des exercices qui peut parfois être inadapté et qui devra être corrigé sur le terrain.

Le polymorphisme de la maladie est également difficile à gérer pour le kinésithérapeute : les EDSS sont assez homogènes puisqu'ils varient de 4 à 6. Cependant il faut admettre qu'entre ces deux niveaux neurologiques, on se retrouve avec des inégalités de capacités motrices importantes.

Il en est de même pour deux patients ayant le même EDSS. Les atteintes sont diverses et le patient à prédominance cérébelleuse a plus de difficultés à effectuer les exercices d'équilibre que les autres patients. A EDSS 5, le patient cérébelleux présente de grosses difficultés pour passer de la position "genoux dressés" à la position "chevalier servant". En revanche, le patient à prédominance pyramidal y parvient plus facilement.

La prise en charge individuelle permet de s'intéresser plus spécifiquement aux déficits de chacun.

D'autre part, notre "cure" peut convenir au début de l'évolution de la maladie, mais par la suite, lors de stades avancés, il convient de limiter les déplacements des patients pour ne pas les fatiguer. Un suivi individualisé à domicile semble être le plus adéquat.

Enfin, il est important pour le kinésithérapeute d'avoir conscience du caractère négatif de l'effet de groupe et du revers de l'émulation. En effet, certains patients peuvent être tentés de vouloir trop en faire et il est indispensable de les canaliser pour ne pas les fatiguer et conserver le capital d'énergie nécessaire à la journée. Il est important de faire prendre conscience au patient que le but de la cure n'est pas de soigner, mais de faire passer les conséquences de la maladie en second plan.

## 5.2. Pertinence des techniques utilisées

**La relaxation** constitue un bon moyen d'entrée dans l'activité, car il n'y a pas de situation d'échec. Chacun est confronté à soi-même et à son propre ressenti. La respiration abdomino-diaphragmatique est le préambule de la relaxation, mais son utilisation à haut volume respiratoire peut avoir pour conséquence une hyperpression vésicale pouvant engendrer une incontinence urinaire. Le kinésithérapeute s'inscrit dans une démarche préventive pour pallier aux probables futures désadaptations respiratoires mais sans trop forcer sur le volume de réserve inspiratoire.

En outre, nous pensions que la relaxation et les exercices de relâchement permettraient de modifier de manière significative les indicateurs de la SF-36, or nous n'avons pas observé de modifications significatives. La durée de la cure est à remettre en cause et il serait intéressant de reproduire cette prise en charge sur une longue durée et d'en analyser les modifications.

Il est également possible de s'interroger sur l'utilisation du **stretching** qui convient mieux à la préparation physique du sportif en pré-effort. Mais, il semblerait que son utilisation soit appropriée sur le plan de la sensation qu'il génère pendant et après la

contraction. De plus nos résultats concordent avec son utilisation puisque nous avons une augmentation des DDS des patients. Les afférences sensibles provenant de l'étirement des muscles et du positionnement des articulations permettent de conserver une bonne sensibilité intéroceptive.

Les exercices de stretching ont été adaptés aux possibilités motrices (EDSS) des patients. Ils sont effectués au sol de manière à ne pas fatiguer et permettent ainsi d'éviter les risques de chutes. Les exercices ont été la plupart du temps simplifiés pour éviter les situations d'échec génératrices de découragement.

Enfin, **l'entretien articulaire et musculaire, l'apprentissage des transferts, de la chute et du relevé du sol** constituent des mesures prophylaxiques. Notre cure de "GYMSEP" s'inscrit dans une démarche préventive en donnant tous les éléments nécessaires à la gestion de la maladie.

### **5.3. Pertinence des résultats obtenus**

#### **5.3.1. Les difficultés liées à la maladie.**

Nous sommes face à une maladie inflammatoire, évolutive et nous ne pouvons prétendre améliorer significativement les éléments mesurés. Pourtant nous pouvons considérer l'entretien des mesures comme quelque chose de positif. Mais nous devons prendre avec précaution les résultats obtenus car la SEP est une maladie fluctuante.

D'un jour à l'autre ou d'une séance à l'autre les capacités fonctionnelles des patients peuvent se retrouver complètement changées favorablement ou défavorablement, selon qu'ils sont en phase de poussée inflammatoire ou de récupération. Ces fluctuations peuvent être également corrélées avec les variations de prises médicamenteuses. Prenons pour exemple le cas de Mr



LHO, patient à prédominance cérébelleuse : il est venu pour sa première séance avec une canne tripode, des tremblements très importants, une démarche ébrieuse et un polygone de sustentation très élargi. La séance suivante, il est arrivé sans aides techniques avec des tremblements nettement moins importants et une marche beaucoup plus naturelle. Quand je lui ai demandé ce qui était advenu de son aide de marche, il m'a répondu qu'il n'en avait plus besoin car son nouveau traitement médicamenteux était plus efficace.

En conséquence, il peut exister une variation des résultats dans les différents tests.

### 5.3.2. Choix des indicateurs

Nous n'avons pas obtenu de réelles modifications pour le **pôle physique**. Le seul indicateur qui s'est réellement vu modifié est la **DDS**, mais comme nous l'avons vu précédemment, les résultats sont à prendre avec précaution puisqu'ils sont soumis aux fluctuations de la maladie.

Les indicateurs sont difficiles à utiliser en bilan parce qu'ils amputent sur le temps de la séance. Seul, l'échelle **EVA** pour la douleur physique est simple et rapide d'utilisation.

Nous avons utilisé **la MIF** pour analyser le **retentissement social**, mais celle-ci n'a pu être évaluée dans son contexte écologique. Les résultats ont été obtenus par questionnements aux patients et cela implique leur bonne foi quant à leurs réponses et la mise de côté de profil anosognosique. Ce type de bilan est également difficile à mettre en place parce qu'il prend également du temps de la séance.

En ce qui concerne le **pôle psychologique** : **la SF-36**, celle-ci n'a été utilisée que partiellement. Cette échelle nécessite l'utilisation d'un logiciel pour décrypter les résultats

obtenus. Ce logiciel n'étant pas gratuit, nous avons renoncé à l'utiliser dans sa forme complète. Nous n'avons utilisé que les questions faisant appel à la souffrance psychique pour voir si notre cure la faisait passer au second plan. Mais ce type de questionnaire semble être relativement intéressant et adapté à la SEP, parce qu'il balaye le statut fonctionnel, le bien-être du patient et son évaluation globale de la santé. De plus il s'agit d'un auto-questionnaire qui peut être rempli en dehors des séances. Nous encourageons donc les kinésithérapeutes à l'utiliser.

## **6. CONCLUSION**

Notre double objectif est partiellement atteint. Nous avons été capables de mener notre projet à bien en proposant une thérapie active où le patient est acteur de sa santé. Cependant, les résultats obtenus ne nous permettent pas d'affirmer que cette cure permet au patient atteint de SEP, de mieux gérer son handicap.

Toutefois, notre démarche, éducative, préventive, ayant pour but l'autonomie et le renforcement de la confiance en soi est largement envisageable, mais elle nécessite une organisation appropriée. Le réseau LORSEP constitue un atout majeur dans l'élaboration du projet.

Notre "GYMSEP" ne prétend pas se substituer au traitement classique en centre ou en cabinet libéral, mais elle peut être envisagée en complément d'une kinésithérapie individuelle avant que les déficiences ne deviennent trop invalidantes.

Des indicateurs plus spécifiques, et plus pratiques à l'emploi collectif sont à prévoir pour réaliser les bilans et une augmentation de la durée de la "cure" est à considérer.

En conclusion, nous encourageons les kinésithérapeutes, en partenariat avec les réseaux de France, à développer cette prise en charge originale et à son évaluation sur du long terme.



## BIBLIOGRAPHIE

- 1- BAKER D., PRYCE G. - The therapeutic potential of cannabis in multiple sclerosis - Expert opin on invest drugs, 2003, 12, p 561 - 567.
- 2 - BELLEC L. - Les difficultés dans la vie quotidienne des personnes atteintes de SEP. - réadaptation, 1990, n° 371, p. 26 - 28.
- 3 - BENETON C. / BESSON P. / GRANJON M. - Sclérose en plaques et rééducation - Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Kinésithérapie Rééducation fonctionnelle, 26- 472-A-10,1996, 12 p.
- 4 - BETHOUX F. - Fatigue et sclérose en plaques. - Ann. Readapt. Med. Phys, 2006, vol. 49, n° 6, p. 265 - 271.
- 5 - BORGEL F. - La prise en charge rééducative dans le suivi neurologique du patient SEP - Rev. Neurol. (Paris), 2001, vol. 157, n° 8-9 .p. 1135 - 1138.
- 6 - BUSSEL B., REMY NERIS O., MAILHAN L. - Spasticité et SEP. - Rev. Neurol. (Paris), 2001, vol. 157, n° 8-9, p. 1041 - 1044.
- 7 - CLANET M. - Les essais thérapeutiques dans la sclérose en plaques : quel avenir ? - Neurologies, 2006, vol. 9, n° suppl.1, p. 12 - 17.
- 8 - DE JOUVENCEL M. - Sclérose en plaques - Le point de vue du neuropsychologue - Neurologie, 2002, 5, p. 27 - 29.
- 9 – ESNAULT M., VIEL E. - Stretching. Auto- entretien musculaire et articulaire. - Médecine du sport - Masson, 2002, 172 p.
- 10 - EYSSETTE M., BOISSON D. - Le rééducateur et l'évolutivité de la sclérose en plaques. - Sclérose en plaques et médecine de rééducation. - Publ. Sous la dir. de Pelissier J. et Simon L. – Paris : Masson, 1987, 9, p. 145 - 150.
- 11 - FOURN L., BROSSEAU L., DASSA C. J. - Validation factorielle de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) auprès des personnes atteintes de la sclérose en plaques (SEP). Readapt.Med.1994, vol. 14, n° 1, p. 7 - 16.
- 12 - GERBAUD L., DEFFOND D., MULLIEZ A., BENAUSSE F., VERNAY D., CLAVELOU P. - Déficit cognitif et mesure de qualité de vie dans la sclérose en plaques Rev. Neurol. (Paris), 2006, vol. 162, n° 10, p. 970 - 979.
- 13 - LIBAN D. - Coordinatrice du réseau LORSEP, TOMBLAINE - Compte-rendu de la réunion kinésithérapeutes sur la prise en charge de la sclérose en plaques, 22 mars 2005.



- 14 - LION J., MATHE JF. - Rééducation de l'équilibre et maintien de l'autonomie de déambulation au cours de la sclérose en plaques. - Sclérose en plaques et médecine de rééducation. - publ. Sous la dir. de Pelissier J. et Simon L. – Paris : Masson, 1987, 9, p. 151 - 155.
- 15 - MALET C., BERTRAND V. - Travail corporel issu du yoga et sclérose en plaques. Ann. Kinesither, 1989, vol. 16, n° 3, p. 99 - 101.
- 16 - MARTEAU R. - Vivre avec la SEP - Centre d'éducation du patient asbl, 1989. 48 p.
- 17 - NAYAK NN. - Yoga a therapeutic approach. - Phys. Med. Rehabil. Clin. North Am, 2004, 15, 4, p. 783 - 798.
- 18 - OULERICH A. - Enquête sur la prise en charge de patients atteints de sclérose en plaques auprès de masseur- kinésithérapeutes en exercice libéral. 2005, 25 p.
- 19 - PELISSIER J., LABAUGE P., JOSEPH P. - La sclérose en plaque - MASSON, Paris, 2003, 175 p.
- 20 - PERTWEE RG. - Cannabinoids and multiple sclerosis. - Pharmacol Ther, 2002, 95, 2, p. 165 - 174.
- 21 - ROUAUD O., MOREAU T., GIROUD M., DUMAS R. Stress et sclérose en plaques NEUROLOGIES, 2001, vol. 4, n° 29. p. 88 - 94.
- 22 - SULTANA R., BIELEC S., RUBINO T. - SEP : la frontière entre l'indépendance et la dépendance. – Kinésithérapie, (CAH.), 2002, n° 8-9. p. 53 - 55.
- 23 - VERNAY D., GERBAUD L., CLAVELOU P. -Qualité de vie et sclérose en plaques Rev. Neurol. (Paris), 2001, vol. 157, n° 8-9, p.1139 - 1142.
- 24 - WEINBERG RS., GOULD D. - Psychologie du sport et de l'activité physique. - Ed. Vigot, 1997, 544 p.

#### **AUTRES REFERENCES:**

- 25 - Complementary and Alternative Therapies from The MS Information Sourcebook, produced by the National MS Society, 2006.
- 26 - <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/sclerose3.pdf>
- 27 - <http://www.lorsep.org/> .
- 28 - <http://www.neurologies.net/> .

## **ANNEXES**

ANNEXE I : Echelle de KURTSKE : Expanded Disability Status Scale

ANNEXE II : Echelle de Ashworth

ANNEXE III : MOS SF-36 (complète)

ANNEXE IV : Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)

ANNEXE V : Organisation de la séance « GYMSEP »

# ANNEXE I

## ECHELLE EDSS

- 0.0. Examen neurologique normal (tous scores à 0).
- 1.0. Absence de handicap fonctionnel, signes minimes (score 1) d'atteinte d'une des fonctions (cf. supra la définition des fonctions).
  - 1.5. Absence de handicap fonctionnel, signes minimes (score 1) d'atteinte d'au moins 2 fonctions.
  - 2.0. Handicap fonctionnel minime dans une des fonctions (1 fonction, score 2 ; les autres 0 ou 1).
  - 2.5. Handicap fonctionnel minime dans 2 fonctions (2 fonctions score 2 ; les autres 0 ou 1).
  - 3.0. Handicap fonctionnel modéré dans une fonction ou atteinte minime de 3 ou 4 fonctions, mais malade totalement ambulateur (1 fonction score 3, les autres 0 ou 1 ; ou 3 ou 4 fonctions score 2; les autres à 0 ou 1).
  - 3.5. Totalement ambulateur ; comme 3.0, mais atteintes combinées différentes (1 fonction score 3 et 1 ou 2 score 2, ou 2 fonctions score 3 ; ou 5 fonctions score 2 ; les autres 0 ou 1).
  - 4.0. Malade totalement autonome pour la marche, vaquant à ses occupations 12h par jour malgré une gêne fonctionnelle relativement importante : 1 fonction a 4, les autres 0 ou 1, ou atteinte combinée de plusieurs fonctions a des scores inférieurs a 4, mais supérieurs a ceux notés en 3.5. Le patient peut marcher 500m environ sans aide ni repos.
  - 4.5. Malade autonome pour la marche, vaquant à ses occupations la majeure partie de la journée, capable de travailler une journée entière, mais pouvant parfois être limité dans ses activités ou avoir besoin d'une aide minime, handicap relativement sévère : une fonction a 4, les autres a 0 ou 1, ou atteinte combinée de plusieurs fonctions a des scores inférieurs a 4, mais supérieurs a ceux notes en 4.0. Le patient peut marcher sans aide ni repos 300m environ.



- 5.0. Peut marcher seul 200m sans aide ni repos, handicap fonctionnel suffisamment sévère pour entraver l'activité d'une journée normale ; en général une fonction a 5, les autres 0 ou 1, ou combinaisons diverses supérieures a 4.5.
- 5.5. Peut marcher 100m seul, sans aide ni repos ; handicap fonctionnel suffisamment sévère pour empêcher l'activité d'une journée normale.
- 6.0. Aide unilatérale (cane, canne anglaise, béquille), constante ou intermittente nécessaire pour parcourir environ 100m avec ou sans repos intermédiaire.
- 6.5. Aide permanente et bilatérale (cannes, cannes anglaises, béquilles) pour marcher 20m sans s'arrêter.
- 7.0. Ne peut marcher plus de 5m avec aide ; essentiellement confine au fauteuil roulant ; fait avancer lui-même son fauteuil et effectue seul le transfert, est au fauteuil roulant au moins 12h par jour.
- 7.5. Incapable de faire plus de quelques pas ; strictement confine au fauteuil roulant ; a parfois besoin d'une aide pour le transfert ; peut faire avancer lui-même son fauteuil ; ne peut y rester toute la journée ; peut avoir besoin d'un fauteuil électrique.
- 8.0. Essentiellement confiné au lit ou au fauteuil, ou promené en fauteuil par une autre personne ; peut rester hors du lit la majeure partie de la journée ; conserve la plupart des fonctions élémentaires ; conserve en général l'usage effectif des bras.
- 8.5. Confiné au lit la majeure partie de la journée ; garde un usage partiel des bras ; conserve quelques fonctions élémentaires.
- 9.0. Patient grabataire ; peut communiquer et manger.
- 9.5. Patient totalement impotent, ne peut plus manger ou avaler, ni communiquer.
- 10. Décès lié à la SEP.

## **ANNEXE II**

### **Echelle de Ashworth**

0 : Pas d'augmentation du tonus.

1 : Légère augmentation du tonus, mais donnant un arrêt lors de la mobilisation passive.

2 : Augmentation plus importante, mais mobilisation reste facile.

3 : Augmentation importante, mais mobilisation passive difficile.

4 : Mobilisation passive impossible.

## ANNEXE III

Nom :	Étiquettes du patient
Prénom :	
Date de naissance :	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour :	

### **M**edical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36)

■ Ces items peuvent être regroupés en trois catégories :

Le statut fonctionnel

Il comprend 10 items sur l'activité physique (PF), 2 items sur la vie et relations avec les autres (SF), 4 items sur les limitations dues à l'état physique (RP) et 3 items sur les limitations dues à l'état psychique (RE).

Le bien-être

Il comprend 5 items sur l'évaluation de la santé psychique (MH), 4 items sur l'énergie et la vitalité (VT) et 2 items sur les douleurs physiques (BP).

L'évaluation globale de la santé

Elle est fondée sur 5 items de perception globale de l'état de santé (GH) et un item servant à décrire les modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée (HT).

D'autres domaines pouvant être pertinents n'ont pas été choisis dans la SF 36 : sexualité, sommeil, situation et positionnement familial (family function).

Dans deux dimensions, la réponse se fait de manière binaire (oui/non) et dans les six autres de manière qualitative ordinale (3 à 6 réponses possibles). Pour chaque dimension, les scores aux différents items sont codés puis additionnés et transformés linéairement sur une échelle allant de 0 à 100. Un score résumé physique (physical composite score : PCS) et un score résumé psychique (mental composite score : MCS) peuvent être calculés selon un algorithme établi. Dans la langue anglaise, différentes versions ont été proposées : la version standard, la version aiguë et la version utilisée en Grande Bretagne. À noter que la version aiguë de la SF 36 utilise la notion d'une semaine au lieu de quatre semaines utilisées dans la version standard. Cette version est plus intéressante lorsque le questionnaire est administré hebdomadairement ou bi-mensuellement. Malgré différentes traductions en français réalisées par des équipes canadienne et suisse, une adaptation française a été proposée par Leplège, afin d'améliorer la fiabilité de la SF 36 dans la population hexagonale.

■ Comment répondre au questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la ressentez.

Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.



1/ **D**ans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 : excellente.
- 2 : très bonne.
- 3 : bonne.
- 4 : médiocre.
- 5 : mauvaise.

2/ **P**ar rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

- 1 : bien meilleur que l'an dernier.
- 2 : plutôt meilleur.
- 3 : a peu près pareil.
- 4 : plutôt moins bon.
- 5 : beaucoup moins bon.

3/ **V**oici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours.

Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

Listes d'activités	OUI beaucoup limité(e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
<b>A</b> Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	1	2	3
<b>B</b> Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
<b>C</b> Soulever et porter les courses	1	2	3
<b>D</b> Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
<b>E</b> Monter un étage par l'escalier	1	2	3
<b>F</b> Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
<b>G</b> Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
<b>H</b> Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
<b>I</b> Marcher une centaine de mètres	1	2	3
<b>J</b> Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,  
et en raison de votre état physique

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
<b>B</b>		
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
<b>C</b>		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
<b>D</b>		
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,  
et en raison de votre état émotionnel  
[comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)]

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
<b>B</b>		
Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
<b>C</b>		
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,  
dans quelle mesure votre état de santé, physique  
ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale  
et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis  
ou vos connaissances ?

- 1 : pas du tout.
- 2 : un petit peu.
- 3 : moyennement.
- 4 : beaucoup.
- 5 : énormément.

7/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1 : nulle. 2 : très faible. 3 : faible.  
4 : moyenne. 5 : grande. 6 : très grande.

8/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 : pas du tout. 2 : un petit peu. 3 : moyennement.  
4 : beaucoup. 5 : énormément.

9/ **L**es questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<b>A</b> Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
<b>B</b> Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
<b>C</b> Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
<b>D</b> Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>E</b> Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
<b>F</b> Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>G</b> Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>H</b> Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
<b>I</b> Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6



10/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

- 1 : en permanence.
- 2 : une bonne partie du temps.
- 3 : de temps en temps.
- 4 : rarement.
- 5 : jamais.

11/ **I**ndiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
<b>A</b> Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
<b>B</b> Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
<b>C</b> Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
<b>D</b> Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

# ANNEXE IV

<b>Nom :</b>	<b>Étiquettes du patient</b>
<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Service :</b>	
<b>Hôpital/Centre MPR :</b>	
<b>Examineur :</b>	
<b>Date du jour :</b>	

## *M*esure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)

**Indépendance : 7** : indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger).

**6** : indépendance modifiée (appareil, adaptation).

**Dépendance modifiée : 5** : surveillance. **4** : aide minimale (autonomie = 75 % +).

**3** : aide moyenne (autonomie = 25 % +).

**Dépendance complète : 2** : aide maximale (autonomie = 25 % +).

**1** : aide totale (autonomie = 0 % +).

	Entrée	Séjour	Sortie	Suivi
<b>Soins personnels</b>				
<b>A</b> Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Soins de l'apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Habillage - partie supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Habillage - partie inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Utilisation des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b> Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilité, transferts</b>				
<b>I</b> Lit, chaise, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J</b> w.c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> Baignoire, douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Locomotion</b>				
<b>L</b> Marche*,	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
fauteuil roulant*	F <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
<b>M</b> Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Communication</b>				
<b>N</b> Compréhension**	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
	V <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
<b>O</b> Expression***	V <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
	N <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
<b>Conscience du monde extérieur</b>				
<b>P</b> Interactions sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Q</b> Résolution des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>R</b> Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*M : marche - \*F : fauteuil roulant - \*\*A : auditive - \*\*V : visuelle

\*\*\*V : verbal - \*\*\*N : non verbal

Remarque : si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1.



## ANNEXE V

### Organisation de la séance

La séance est réalisée à chaque fois de manière identique pour donner des repères aux patients.

- 15 minutes de relaxation en insistant sur la respiration abdomino-diaphragmatique. Relaxation progressive de Jacobson, yoga, technique de Schultz. Prévoir un plaid pour se couvrir.
- 5 minutes de visualisation segmentaire du corps dans l'espace associé au relâchement musculaire. Le patient est invité à imaginer un mouvement d'abord segmentaire puis global, puis il s'imagine en train de l'effectuer.
- 5 minutes d'exercices actifs de dérouillage articulaire d'intensité adaptée au groupe.
- 5 minutes de stretching avec contraction adaptée sans déclencher d'hypertonie réflexe.
- 5 minutes d'auto étirements et d'assouplissements : exercices simples et pouvant être facilement réalisés à la maison, utilisation de différentes postures telles que : assis plage, pont fessier, dissociation des ceintures.
- 15 minutes d'exercices d'équilibres statiques et dynamiques : quadrupédie en levant un bras, genoux dressés, chevalier servant...
- 5 minutes d'apprentissage des transferts, de la chute, ou du relevé du sol.