

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

**ÉTUDE DE CAS D'UNE MYOPATHIE
FACIO-SCAPULO-HUMÉRALE
À L'ÂGE ADULTE**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Amélie PELTIER
étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2007-2008.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	- 1 -
1.1. LA MYOPATHIE FACIO-SCAPULO-HUMERALE	- 1 -
1.2. CAUSE GENETIQUE.....	- 1 -
1.3. MANIFESTATION DE LA MALADIE.....	- 2 -
1.4. HISTOIRE DE LA MALADIE	- 3 -
2. BILAN DE DEPART.....	- 3 -
2.1. ANAMNESE	- 3 -
2.2. DOULEURS	- 4 -
2.3. ATTITUDE SPONTANEE.....	- 4 -
2.4. INSPECTION - PALPATION.....	- 5 -
2.5. BILAN ARTICULAIRE	- 5 -
2.6. BILAN MUSCULAIRE.....	- 5 -
2.6.1. <i>Au niveau des membres supérieurs</i>	- 5 -
2.6.2. <i>Au niveau de la tête</i>	- 6 -
2.6.3. <i>Au niveau des membres inférieurs</i>	- 6 -
2.7. BILAN FONCTIONNEL	- 6 -
2.7.1. <i>Le bilan fonctionnel du membre supérieur</i>	- 6 -
2.7.2. <i>Le bilan fonctionnel du membre inférieur</i>	- 6 -
2.7.3. <i>Le bilan des activités de la vie journalière (AVJ)</i>	- 7 -

2.8. TROUBLES ASSOCIES : ATTEINTE DES MUSCLES DE LA FACE.....	- 7 -
2.9. BILAN RESPIRATOIRE	- 7 -
2.10. BILAN CARDIAQUE.....	- 7 -
2.11. BILAN PSYCHOLOGIQUE.....	- 7 -
2.12. BILAN VESICO-SPHINCTERIEEN	- 8 -
3. BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE.....	- 8 -
3.1. DEFICITS	- 8 -
3.2. INCAPACITES.....	- 8 -
3.3. DESAVANTAGES.....	- 9 -
3.4. PRINCIPES DE TRAITEMENT	- 9 -
3.5. OBJECTIFS.....	- 9 -
4. PROPOSITIONS ET APPLICATION DES TECHNIQUES MASSO- KINESITHERAPIQUES	- 10 -
4.1. ENTRETIEN MUSCULAIRE ET ARTICULAIRE DES MEMBRES SUPERIEURS.....	- 10 -
4.1.1. <i>Travail d'élévation des membres supérieurs.....</i>	<i>- 11 -</i>
4.1.2. <i>Travail d'abduction de l'épaule</i>	<i>- 12 -</i>
4.1.3. <i>Diagonales de Kabat</i>	<i>- 13 -</i>
4.1.4. <i>Stabilisations rythmées.....</i>	<i>- 14 -</i>
4.2. RENFORCEMENT DES MEMBRES INFERIEURS	- 14 -
4.2.1. <i>Exercice de renforcement du triceps sural.....</i>	<i>- 15 -</i>
4.3. TRAVAIL GLOBAL DE L'EQUILIBRE.....	- 15 -
4.3.1. <i>Passage d'anneaux.....</i>	<i>- 15 -</i>
4.3.2. <i>Lancer et rattraper de balle sur ballon</i>	<i>- 16 -</i>

4.3.3. <i>Passage d'une balle derrière le dos et la nuque sur ballon</i>	- 16 -
4.4. MASSAGE.....	- 17 -
4.5. PHYSIOTHERAPIE : ELECTROSTIMULATION ANTALGIQUE ET HOT PACK	- 18 -
4.5.1. <i>L'électrostimulation</i>	- 19 -
4.5.2. <i>Les hot pack</i>	- 19 -
4.6. EDUCATION DE LA PATIENTE.....	- 19 -
5. BILAN DE FIN DE STAGE ET COMPARAISON AVEC LE BILAN INITIAL.	- 21 -
5.1. <i>Douleurs</i>	- 21 -
5.2. <i>Bilan articulaire</i>	- 21 -
5.3. <i>Bilan musculaire</i>	- 21 -
5.4. <i>Bilan fonctionnel</i>	- 22 -
6. DISCUSSION	- 22 -
7. CONCLUSION	- 25 -

Résumé :

Dans ce travail écrit nous relatons le traitement suivi par madame R., atteinte d'une myopathie facio-scapulo-humérale, diagnostiquée à l'âge de 47 ans. Cette myopathie est peu connue malgré qu'elle soit l'une des plus fréquentes.

Nous constatons un déficit musculaire essentiellement localisé au niveau de la ceinture scapulaire et de la face. Le principal objectif commun à la patiente et au thérapeute est le maintien des capacités fonctionnelles dans leurs globalités.

Notre traitement est axé sur l'éducation de la patiente afin de la rendre responsable de sa rééducation et plus autonome et donc par ce biais améliorer sa qualité de vie.

Ce traitement mis en œuvre au centre STERN de BRIEY du 3 Septembre 2007 au 26 Octobre 2007 est encourageant, il faut donc poursuivre dans ce sens et en apprécier les résultats sur le long terme.

Mots clés :

Myopathie, Facio-scapulo-humérale, Éducation

1. INTRODUCTION

1.1. La myopathie Facio-Scapulo-humérale

La myopathie Facio-Scapulo-Humérale (FSH), décrite par LANDOUZY et DEJERINE en 1886, de type autosomique dominante (1 risque sur 2 de la transmettre à la descendance), est la troisième myopathie par ordre de fréquence (6), avec une incidence de 1 cas sur 20000.

Cette pathologie débute généralement lors de la deuxième décennie, mais il peut y avoir des variations dans la date d'apparition de la maladie allant de 3 à 50 ans (25). La myopathie FSH est d'évolution lente. Les personnes atteintes ne perdent généralement pas l'autonomie à la marche et les performances fonctionnelles restent longtemps conservées.

1.2. Cause génétique

Il s'agit d'une pathologie génétique qui intéresse le chromosome 4 et plus particulièrement le bras long du chromosome 4 en une région nommée 4q35. Lors de la myopathie FSH, il existe une délétion, correspondant à une diminution du nombre de répétitions de séquence d'ADN. Nous constatons que la maladie est présente lorsque les répétitions sont inférieures à 10 (15). Après de nombreuses hypothèses concernant le mécanisme génétique, l'équipe de ROSSEL TUPLER (6) vient de démontrer, que dans le muscle sain, la présence d'un seuil critique de répétitions D4Z4 permet la répression de gènes de la région (FRG1, FRG2, ANT1) grâce à la fixation d'un complexe multi protéique, qui inhibe leur expression. Dans le muscle de patient FSH, la délétion d'un certain nombre de

répétitions réduit le nombre de complexes répresseurs, et entraîne une surexpression inappropriée de gènes adjacents.

Désormais, la recherche doit montrer le mécanisme d'intervention de certaines protéines déjà identifiées dans le développement musculaire (6).

1.3. Manifestation de la maladie

La myopathie FSH peut revêtir plusieurs formes phénotypiques et ce, également au sein d'une même famille (11) (1). En règle générale, elle touche les muscles faciaux avec des difficultés à siffler ou à souffler et un faciès inexpressif (1). Le sourire est transversal et une difficulté à l'occlusion complète des paupières pendant le sommeil existe. On note également une atteinte des muscles cervicaux, scapulaires et des muscles du bras tels que le triceps et le biceps. Le deltoïde quant à lui est souvent respecté (15) (16).

L'évolution se fait sur un mode descendant avec l'atteinte progressive du tronc (les abdominaux) puis des membres inférieurs, principalement une atteinte fessière et péronière et enfin des déformations rachidiennes avec une courbure compensatrice en lordose lombaire (15) (1).

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif. Seuls des traitements symptomatiques (kinésithérapie, antalgique, orthèses (4)) sont efficaces dans le but de stabiliser les déficits dus à la maladie. Un traitement chirurgical (3) est disponible. Il a pour but de fixer la scapula pour permettre une augmentation des capacités d'élévation et d'abduction des membres supérieurs qui sont particulièrement touchées dans la myopathie FSH.

1.4. Histoire de la maladie

Madame R, 48 ans, est atteinte d'une myopathie Facio-Scapulo-Humérale. Les premiers symptômes de la maladie remontent à 2004, avec comme primo apparition des douleurs cervico-dorso-lombaires, mises sur le compte d'une arthrose. Ensuite, sont apparues des difficultés de préhension des objets lourds, qui obligèrent le Médecin du travail à déclarer madame R. inapte au métier d'Auxiliaire de Vie. Après une prise en charge en Rhumatologie pour arthrose, sans résultat, madame R. fut orientée pour un diagnostic Neurologique dans le cadre d'une suspicion de myasthénie c'est-à-dire une mauvaise transmission neuromusculaire au niveau de la plaque motrice. Un diagnostic ciblé a déterminé une myopathie FSH, notamment grâce à des biopsies musculaires.

Jusqu'à présent, madame R. a bénéficié d'un traitement kinésithérapique avec trois séances par semaine lors de sa première prise en charge puis une séance par semaine en externe.

A ce jour, le 14 Septembre 2007, elle revient pour une prise en charge pluridisciplinaire, en hospitalisation de jour à raison de deux demi-journées par semaine pendant six semaines. Madame R, sera donc présente trois heures dans le service de rééducation, durée pendant laquelle elle effectuera ses séances de kinésithérapie et d'ergothérapie.

2. BILAN DE DEPART

2.1. Anamnèse

Madame R. née le 20 Juillet 1959, vit accompagnée et sans enfant. Elle est en invalidité depuis 2006, sans autres antécédents médicaux ou chirurgicaux. Elle est droitière.

Elle présente un tabagisme actif à raison de 10 paquets à l'année. Sa mère est décédée à l'âge de 60 ans, atteinte elle aussi de la maladie, mais les troubles ont été mis sur le compte d'un diabète.

Concernant le domicile, madame R. possède une maison de plain pied avec un aménagement au niveau des toilettes et de la salle de bain, consistant en la mise en place de barres.

Elle possède le permis de conduire mais ne conduit que sur de petits trajets. Ses loisirs sont la marche (elle sort son chien tous les jours) et les promenades sur les marchés et brocantes.

La principale attente de la patiente est de maintenir l'amplitude articulaire et la force musculaire au niveau de ses membres supérieurs.

2.2. Douleurs

Les douleurs sont cotées par EVA (échelle visuelle analogique) : au repos 0/10, à la mobilisation 3/10, à la mise en charge 5/10. Les douleurs, diffuses, sont situées dans la région du rachis cervical, surtout au niveau de C6 C7 et au niveau des trapèzes supérieurs. Elles sont décrites comme modérées avec sensation d'étirement. Le traitement antalgique soulage à 70% la patiente.

2.3. Attitude spontanée

La patiente présente une anté projection du rachis cervical. Elle marche en hyper lordose lombaire, objectivée par une flèche en L3 à 60mm, sans aide technique. Madame R. possède un collier cervical qu'elle porte selon la douleur et à domicile car elle ne trouve pas cela esthétique.

2.4. Inspection - Palpation

Madame R. présente une amyotrophie au niveau du bras (triceps et biceps) (**Annexe I : tab I et fig 1**) et du moignon de l'épaule ainsi qu'une amyotrophie du mollet gauche (**Annexe II : tab II et fig 2**). Nous retrouvons également la présence d'une scapula a lata surtout mise en évidence lors de l'antépulsion de l'épaule.

Nous notons des contractures au niveau des vertèbres cervicales et une absence de troubles trophiques.

2.5. Bilan articulaire

Les amplitudes au niveau du complexe de l'épaule sont diminuées en actif mais elles restent sub-normales pour les amplitudes passives (**Annexe II**).

Les autres articulations présentent des amplitudes sub-normales.

2.6. Bilan musculaire

Il est réalisé par l'évaluation manuelle de la force musculaire (EMFM).

2.6.1. Au niveau des membres supérieurs

Toutes les cotations analytiques du membre supérieur sont perturbées par d'importantes compensations ce qui explique le choix d'une évaluation par groupe musculaire.

Les différentes fonctions du complexe de l'épaule sont très déficitaires, globalement cotés à 1-2 (**Annexe III**).

Le coude, le poignet et les doigts sont globalement à 4-5.

2.6.2. Au niveau de la tête

Toutes les fonctions sont déficitaires avec une cotation limitée à 2 (**Annexe III**).

2.6.3. Au niveau des membres inférieurs

Nous ne constatons pas de perte de force musculaire significative, seul le triceps sural gauche est à 4 par rapport au côté controlatéral.

2.7. Bilan fonctionnel

2.7.1. Le bilan fonctionnel du membre supérieur

Le bilan fonctionnel est apprécié par les Aires de JULLY, décrit dans l'indice fonctionnel de synthèse (IFS) de l'épaule (**ANNEXE V (8) (9) (10)**). Notre patiente obtient un score de 14,5/27.

Les préhensions fines et grossières sont parfaitement réalisées.

2.7.2. Le bilan fonctionnel du membre inférieur

□ La marche s'effectue avec une hyper lordose lombaire et sans aide technique. Le périmètre de marche est de plusieurs kilomètres en terrain plat, mais est diminué par la fatigue musculaire au niveau des membres inférieurs. Il y a nécessité d'un arrêt lors d'une montée de pente, avec apparition de douleurs au niveau du rachis lombaire et cervical. L'équilibre ne présente pas de trouble. Seuls, les transferts « assis couché » et surtout « couché assis » présentent des difficultés.

□ Tinetti: 18/24 (**Annexe VI**)

□ Get up and go test: 0 (**Annexe VII**)

2.7.3. Le bilan des activités de la vie journalière (AVJ)

Madame R. est autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne.

La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF), réalisé par l'ergothérapeute, est de 121/126.

2.8. Troubles associés : Atteinte des muscles de la face.

Lors de ses précédentes prises en charge au sein de l'établissement, madame R a suivi des séances de rééducation avec l'orthophoniste. Celle-ci n'a pas constaté de déficits majeurs concernant la déglutition. De plus, madame R pratique des exercices d'entretien qu'elle exécute seule à domicile. Ces troubles ne seront donc pas pris en charge en rééducation.

2.9. Bilan respiratoire

Aucun déficit.

2.10. Bilan cardiaque

Présence d'une tachycardie sinusale sans atteinte de la fonction systolique. Un bilan est effectué tous les deux ans en raison de la pathologie.

2.11. Bilan psychologique

Madame R a été suivie par une psychologue lors de ses précédentes prises en charge, mais la patiente ne souhaitait pas travailler avec cette personne. Celle-ci l'a donc orientée vers un Centre Médicaux Psychologique (CMP) mais il n'y a pas eu de suite.

Madame R se présente comme une patiente difficile à cerner, avec de nombreuses contradictions dans son discours. C'est une personne en souffrance qui éprouve le besoin d'évoquer l'histoire de sa maladie et les différentes difficultés qu'elle a rencontrées depuis la découverte de sa pathologie. Elle est consciente de l'évolution de la maladie, mais a parfois beaucoup de mal à l'accepter.

2.12. Bilan vésico-sphinctérien

Nous notons un antécédent d'épisode d'incontinence urinaire, qui à présent a totalement disparu. Une surveillance est mise en place pour dépister une éventuelle récurrence de ce trouble.

3. BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE

3.1. Déficits

- Douleur de type mécanique
- Amyotrophie au niveau des épaules et des bras
- Perte de force musculaire au niveau du complexe de l'épaule de manière bilatérale
- Perte de force musculaire modérée au niveau du tronc
- Perte de l'amplitude active des articulations du complexe de l'épaule, accentuée du côté gauche
- Amyotrophie de la jambe gauche

3.2. Incapacités

- Travail en endurance au niveau des membres supérieurs

- Travail en élévation abduction au niveau des membres supérieurs
- Réduction du périmètre de marche et marche en terrain varié.

3.3. Désavantages

Impact sur les relations sociales devenues difficiles et une répercussion sur le devenir professionnel de madame R. avec une incapacité totale reconnue.

3.4. Principes de traitement

Il est nécessaire de respecter la fatigabilité de la patiente et la douleur (8), car une intensité trop importante a des effets préjudiciables sur les muscles (17). C'est pour cela que les temps de pause seront supérieurs aux temps de travail, au cours des exercices actifs.

Il est souhaitable de réaliser l'éducation de la patiente car il s'agit d'une pathologie qui nécessitera un suivi médical et kinésithérapique à long terme. L'éducation, permettra à la patiente d'avoir plus de temps libre, sans délaisser sa rééducation. De plus, elle induit une meilleure acceptation de la maladie. Elle montre à la patiente son rôle dans le traitement et lui prouve qu'elle est encore capable d'exercer des activités physiques.

Les exercices décrits ci-après ne seront pas tous effectués à chaque séance, ceci dans un souci de ne pas installer une monotonie dans la rééducation de la patiente.

Les séances se feront au rythme de deux par semaine et auront une durée d'environ une heure.

3.5. Objectifs

Cette pathologie étant évolutive, nous n'avons pas pour but une restauration des capacités antérieures mais un entretien musculaire et articulaire au niveau des membres

supérieurs et notamment du complexe de l'épaule. Nous désirons également réaliser un entretien de la force musculaire au niveau du triceps sural gauche qui présente une amyotrophie.

Nous avons aussi pour objectif de soulager la patiente de ses douleurs.

Nous souhaitons, de plus, pratiquer une éducation de la patiente pour la réalisation des exercices d'auto entretien à domicile.

Travailler la statique et un travail sur l'équilibre pour diminuer les contraintes rachidiennes.

4. PROPOSITIONS ET APPLICATION DES TECHNIQUES MASSO-KINESITHERAPIQUES

Une séance de kinésithérapie se déroule toujours selon la même chronologie. Nous commençons par le travail actif en prenant soin d'avoir des exercices s'intéressant aux membres supérieurs, aux membres inférieurs, à l'équilibre global et un exercice d'auto grandissement. Ensuite, nous pratiquons le massage. Après sa séance d'ergothérapie, madame R. revient en kinésithérapie pour 20 minutes de traitement antalgique composé de burst et de hot pack.

4.1. Entretien musculaire et articulaire des membres supérieurs

La pratique d'exercices actifs vise à combattre la perte de la force musculaire et le déconditionnement à l'effort (22) (16). Cependant, l'activité est encore peu utilisée pour les maladies neuromusculaires du fait d'une surestimation des risques qu'elle peut engendrer au niveau des muscles. Cependant proscrire toute activité physique n'est plus scientifiquement

justifié (22). Néanmoins, il est nécessaire de respecter quelques règles concernant ce travail actif. Nous privilégions un travail concentrique et dynamique en veillant à ne pas travailler avec de hautes intensités qui seraient préjudiciables pour les muscles (fatigue et perte de force) (22).

Malgré tout cette mobilité active peut avoir deux répercussions contraires d'un point de vue psychologique. D'un côté, elle est bénéfique, par le fait qu'elle donne satisfaction au patient, il se sent capable, il est encore utile. D'autre part, elle renseigne le patient sur l'évolution de la maladie, ce qui peut engendrer un mal être, voire plus chez le patient qui se rend compte des activités qu'il n'arrive plus à accomplir.

Compte tenu de cette dualité, nous porterons une attention particulière aux exercices proposés. Nous privilégierons les activités qui ont un effet positif sur le morale de la patiente sans négliger les objectifs de notre rééducation.

4.1.1. Travail d'élévation des membres supérieurs

La patiente se trouve assise sur un ballon, devant un miroir. Elle tient horizontalement un bâton dans ses mains (**Annexe X : Fig 3**). Nous lui demandons de lever le bâton le plus haut possible, en veillant à ce qu'il reste horizontal. Le miroir permet un rétro contrôle sur son exercice. Elle peut ainsi se corriger elle-même. Cet exercice doit être fait symétriquement pour ne pas augmenter le déséquilibre entre les deux côtés. Le ballon permet de travailler l'équilibre assis en même temps que l'exercice d'élévation du bras. La patiente provoque un auto déséquilibre lorsqu'elle lève le bâton. Ce déséquilibre est amplifié par le caractère instable du ballon, ce qui oblige la patiente à contrôler sa posture lors de l'exercice, et, le cas échéant à la rectifier si elle n'est pas satisfaisante. La patiente doit faire attention à ces

différents éléments ce qui induit un contrôle implicite de la posture de la tête c'est-à-dire de ne pas la laisser partir dans le schéma de flexion habituel.

Cet exercice proposé à madame R, lui demandait beaucoup d'effort de concentration et impliquait une fatigue importante. La patiente n'arrivait pas à une grande amplitude du mouvement d'où un arrêt de l'exercice par cette dernière.

Nous avons donc dû changer d'exercice. Madame R est maintenant allongée en décubitus dorsal sur une table (**Annexe X : Fig 4**). Elle conserve le bâton de manière horizontale, et elle doit amener le bâton de son ventre jusqu'au dessus de sa tête, en ayant les coudes tendus. Nous tolérons une flexion de coude au moment de l'initiation du mouvement. La patiente doit suivre le bâton des yeux afin de veiller à ce qu'il reste horizontal tout au long de l'exercice. Ce rétrocontrôle visuel effectué par la patiente permet une autocorrection de la position si nécessaire. Cela induit un mouvement d'extension-flexion de la tête qui est maîtrisé lors de la position couchée.

Cet exercice est effectué à raison de 4 séries de 5 mouvements, avec une pause d'une dizaine de secondes entre chaque mouvement et un temps de repos de 2 minutes entre chaque série. Si l'exercice génère une importante fatigabilité ou des douleurs trop importantes, soit nous augmentons le temps de repos soit nous diminuons le nombre de séries voire nous arrêtons l'exercice.

4.1.2. Travail d'abduction de l'épaule

La patiente est debout et perpendiculaire face à un mur. Elle doit faire rouler une médecine balle de 0,5 kg, le plus haut possible sur le mur en ayant le coude tendu, dans le plan d'une abduction stricte. Une fois qu'elle est au maximum de ses capacités, elle fait redescendre la médecine balle jusqu'à son point de départ en gardant toujours le coude tendu.

Cet exercice est effectué à raison de 4 séries de 5 mouvements, avec une pause assise entre chaque mouvement d'une dizaine de secondes et un temps de repos de 2 minutes entre chaque série.

La patiente a peu pratiqué cet exercice durant notre prise en charge. En effet madame R. n'arrivait pas à se souvenir des consignes et nous l'a sentions distraite.

4.1.3. Diagonales de Kabat

Cet exercice est à visée de renforcement global des membres supérieurs. Il intéresse tous les muscles déficitaires ainsi que les muscles efficaces. Il place les muscles les uns par rapport aux autres dans des mouvements combinés et, pour certains d'entre eux, intervenant dans les activités de la vie quotidienne.

Madame R. est allongée en décubitus dorsal sur la table de kinésithérapie proche du bord de la table.

Nous réalisons les quatre diagonales en contractions répétées, ce qui signifie des contractions successives. Ceci permet une augmentation de la force et de l'amplitude du mouvement actif dans un schéma agoniste. Il permet aussi une augmentation de l'endurance (12).

Au préalable, nous expliquons à la patiente en quoi consiste l'exercice. Nous répétons passivement les différentes chaînes, en incluant les différents ordres et les différentes prises qui conditionnent le bon déroulement de l'exercice (12).

1^{ère} diagonale: en flexion, abduction, rotation externe

2^{ème} diagonale : en extension, adduction, rotation interne

3^{ème} diagonale: en flexion, adduction rotation externe

4^{ème} diagonale : en extension, abduction, rotation interne

Cet exercice est réalisé par série de cinq mouvements, dans chaque diagonale, et nous faisons deux séries de chaque chaîne pour chaque membre.

4.1.4. Stabilisations rythmées

Dans ce travail, nous obtenons la co-contraction des loges agonistes et antagonistes, ce qui a pour but l'amélioration statique et de la stabilité de la racine du membre supérieur (12).

La patiente est allongée en décubitus dorsal. Le membre à travailler est tendu à 90° d'antépulsion d'épaule. La patiente doit maintenir son membre supérieur fixe, malgré des poussées exercées par le kinésithérapeute.

En progression, nous proposons une réalisation avec les yeux fermés et une augmentation de la vitesse de déstabilisation. Ces exercices n'ont pas pu être effectués par manque de temps.

Les deux derniers exercices que nous avons décrits, sont très appréciés par madame R. car dans ces exercices, il y a une collaboration étroite entre la patiente et son thérapeute. De plus, dans ces exercices, nous utilisons l'esprit de compétition de la patiente. Elle prenait plaisir à gagner.

4.2. Renforcement des membres inférieurs

Nous nous intéressons plus particulièrement au triceps sural, du fait de l'amyotrophie du mollet gauche constaté lors du bilan.

4.2.1. Exercice de renforcement du triceps sural

Nous demandons à la patiente, qui est debout face à un espalier, de monter sur la pointe de pied, et ce, 20 fois de suite si possible. A chaque série de 20 mouvements, la patiente s'assoit et fait une pause d'environ 1 à 2 minutes en fonction de sa fatigue puis elle recommence jusqu'à ce qu'elle ait effectué 5 séries. Nous incitons la patiente à ne pas se tenir à l'espalier, sauf en cas de déséquilibre trop important.

La patiente pratique consciencieusement l'exercice ci-dessus, mais avec moins d'entrain que pour des exercices plus fonctionnels et où il y a plus de relation avec le thérapeute.

4.3. Travail global de l'équilibre

4.3.1. Passage d'anneaux

Dans un premier temps, madame R est à genoux sur un tapis devant l'espalier. Des cônes en plastique sont situés de part et d'autre de la patiente avec le cône gauche en avant et le cône droit en arrière. Sur un des deux cônes, se trouvent des anneaux. Nous demandons à la patiente de saisir un anneau avec la main controlatérale et de l'amener sur l'autre cône se trouvant du même côté que la main avec l'anneau (**Annexe X : Fig 6**).

Ainsi de suite, la patiente va déplacer tous les anneaux d'un cône à l'autre et ensuite elle effectuera le même exercice dans l'autre sens.

En progression, nous éloignons les cônes jusqu'à la distance maximale où la patiente est obligée de prendre appui au sol avec sa main pour maintenir son équilibre. La progression est le changement de position de la patiente. Elle va alors réaliser le même exercice en chevalier servant et enfin debout sur un carré de mousse.

Conjointement à l'équilibre, nous travaillons le renforcement des membres inférieurs, la tonicité du tronc ainsi que le contrôle de la tête car elle doit regarder l'anneau tout au long de son déplacement.

Une série contient un aller-retour ; nous effectuons 3 séries. Entre chaque série, un temps de repos de 1 minute est observé.

4.3.2. Lancer et rattraper de balle sur ballon

La patiente est assise sur le ballon, les pieds légèrement écartés. Le thérapeute se place face à elle à une distance d'environ 1 mètre. L'objectif est de faire des passes à l'aide d'une médecine balle de 0,5 kg à la patiente de manière à la déstabiliser.

Cet exercice réalise plusieurs objectifs. Premièrement, en travaillant l'équilibre, nous entretenons la force musculaire des membres inférieurs mais aussi du tronc. Deuxièmement, le fait de rattraper et ensuite de relancer à une main la balle, permet à la patiente d'entretenir la musculature des membres supérieurs.

Au fur et à mesure, nous augmentons la puissance du tir et la vitesse.

Nous effectuons des séries de 10 lancers. Entre chaque série, la patiente se repose quelques minutes. Le temps de repos est variable selon la fatigue. En tout, nous effectuons 3 séries.

Les deux exercices qui viennent d'être décrits sont appréciés par la patiente, parce qu'ils sont basés sur le jeu et qu'il y a un but finalisé.

4.3.3. Passage d'une balle derrière le dos et la nuque sur ballon

Madame R. est assise sur le ballon, avec les pieds légèrement écartés, devant le miroir. Nous lui demandons de faire passer alternativement la médecine balle de 0,5 kg, derrière son

dos et derrière sa nuque en contrôlant, grâce au miroir, qu'elle ne compense pas trop et que sa tête reste dans l'axe (**Annexe X : Fig 5**). De ce fait, elle travaille l'équilibre par les auto-déstabilisations créées par le transfert de la balle d'une main à l'autre, tout ceci en étant sur un plan instable qu'est le ballon. De plus, elle travaille les mouvements combinés de rotation interne, adduction et extension d'épaule, lorsqu'elle fait passer la balle derrière son dos et les mouvements de rotation externe, abduction et flexion lorsqu'elle fait passer la balle derrière sa nuque.

Lors de cet exercice, malgré des corrections, la patiente compense pour effectuer le passage derrière la nuque. La maladie étant évolutive, nous ne cherchons pas une perfection dans la réalisation des gestes. Nous souhaitons qu'ils soient compatibles avec une indépendance fonctionnelle.

Ce travail demande beaucoup de concentration à la patiente. Il est réalisé avec beaucoup de difficultés surtout pour le passage derrière la nuque. Nous l'avons donc peu pratiqué sachant que la patiente effectue un travail similaire en Ergothérapie.

4.4. Massage

Le massage est utilisé à visée de détente et de bien être au patient. Ce dernier apporte une vasodilatation (14) qui provoque un réchauffement des différents tissus et par conséquent amène à une décontraction musculaire. Le massage est un moment privilégié où se forge une relation de confiance entre le thérapeute et son patient. Par le contact direct entre les mains du kinésithérapeute et le corps du patient, la relation est plus intime et de ce fait le massage peut amener le patient à se livrer sur différents problèmes qu'il rencontre avec sa maladie ou même d'autres soucis plus personnels. C'est aussi le moment d'éduquer la patiente afin qu'elle participe à sa prise en charge.

Toutes les techniques de massage ne sont pas appliquées comme par exemple le pétrissage profond ainsi que des pressions glissées profondes prolongées. En effet, celles-ci font courir un risque traumatique du fait de la fragilité musculaire (22).

Description :

La patiente est installée sur une chaise de massage, le masseur kinésithérapeute (MK) assis, est placé derrière la patiente ; le massage dure 20 minutes en tout ; il est décomposé en plusieurs parties.

Tout d'abord, nous effectuons un effleurage sur l'ensemble du dos avec une crème de massage neutre, afin de prendre contact avec la patiente. Cet effleurage prépare les tissus à recevoir des techniques de massage plus intenses, il dure environ 7 minutes.

Ensuite, nous utilisons des techniques de palper rouler dans les zones infiltrées qui se situent au niveau de la région cervico dorsale et de frictions sur les zones de contractures essentiellement situées au niveau des trapèzes supérieurs et de la charnière cervico dorsale.

Nous terminons le massage par des pressions glissées modérées vers le creux axillaire et un effleurage.

Le massage est réalisé après la séance d'exercices d'entretien musculaire. Il permet ainsi le relâchement musculaire global de la patiente après qu'elle ait travaillé en rééducation.

4.5. Physiothérapie : Electrostimulation antalgique et hot pack

Ces deux techniques sont réalisées de manière simultanée, du fait qu'elles sont destinées au même résultat et aussi par manque de temps.

4.5.1. L'électrostimulation

Les douleurs ressenties par la patiente sont diffuses et ont un caractère chronique. Nous optons pour un courant de très basse fréquence et intensité élevée. Ce courant est antalgique par libération endorphine (2).

Quatre électrodes sont placées au niveau de la charnière cervico dorsale (C7 ; T1). Nous réglons le paramètre de l'appareil de manière à avoir une fréquence de 4 Hz et une largeur d'impulsion à 100 µm pendant 15 minutes de manière à obtenir l'effet souhaité. Lors de ce traitement physiothérapique, la patiente est installée en décubitus dorsal

4.5.2. Les hot pack

En même temps que le traitement endorphinique, nous lui plaçons un hot pack sur chacune des épaules, ce qui a pour but une optimisation de la détente de la patiente, en combinant les deux techniques.

4.6. Education de la patiente

Tout au long des séances, nous avons donné des conseils à madame R. que nous souhaitons voir appliqués tout au long de la journée, dans les AVJ et hors des séances de rééducation.

En premier lieu, au cours des transferts « assis debout », la patiente, jette la tête d'avant en arrière. Or, ceci n'est pas garant d'une protection de ses cervicales. Nous avons donc appris à la patiente à se relever en mettant sa tête droite. Tout d'abord avec le miroir, madame R est assise sur une chaise et nous lui demandons de passer à la position debout, en se regardant dans le miroir, de ce fait sa tête doit rester droite.

Cependant lorsqu'elle n'est plus dans les conditions de l'exercice, madame R. reprend ses mauvaises habitudes. Nous sollicitons donc la patiente à chaque fois qu'elle doit se mettre debout. Nous lui demandons de mettre les mains sur ses genoux pour y prendre appui. De cette manière nous constatons qu'elle arrive à se relever sans balancer sa tête. La patiente avoue ne pas le faire quand elle est chez elle.

Deuxièmement, nous indiquons à la patiente certaines activités bénéfiques qu'elle peut pratiquer seule. Nous l'encourageons à continuer la marche qu'elle pratique quotidiennement pour promener son chien. Nous lui indiquons que la piscine est une bonne activité parce qu'elle contribue au soulagement des douleurs et permet une facilitation des mouvements par l'apesanteur. Madame R. ne souhaite pas pratiquer cette activité car elle ne sait pas nager et ne veut pas être vue en maillot de bain.

Troisièmement, nous expliquons à madame R. que les exercices effectués lors des séances de kinésithérapie peuvent être réalisés à son domicile. Cela garantit un meilleur entretien musculaire et articulaire. En effet, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (22) préconisent d'avoir 3 séances de rééducation par semaine avec 1 jour de repos entre chaque. Or, madame R. ne vient que le mercredi et le vendredi. Nous comptons donc sur une implication de la patiente.

Nous remettons à madame R. un feuillet décrivant les exercices qu'elle peut pratiquer chez elle (**Annexe IX**).

Nous rappelons à madame R. qu'elle doit porter plus souvent son collier cervical, et notamment lors des trajets en voiture. Cependant, la patiente ne veut pas le faire car elle trouve cela inesthétique et surtout elle ne veut pas que les autres la voient malade. Elle conclut par le fait que cela ne sert à rien, que cela ne la guérira pas. Nous expliquons à la patiente qu'il est important qu'elle porte son collier cervical car il la soulagera des douleurs

cervicales et qu'en voiture cela la protégera, en cas d'un accident, « du coup du lapin ». Ces conseils lui sont également répétés par le médecin lors du bilan de la prise en charge. Nous tentons de lui expliquer que l'esthétique et la vision que les autres ont d'elle, ne sont qu'accessoires par rapport au bénéfice apporté par le port régulier du collier cervical. La patiente promet alors d'essayer de le mettre plus souvent.

5. BILAN DE FIN DE STAGE ET COMPARAISON AVEC LE BILAN INITIAL

5.1. Douleurs

La patiente se sent moins douloureuse même si les cotations pour la douleur restent inchangées. Le traitement antalgique soulage la patiente à 90% alors que celui-ci est le même depuis le début de la prise en charge.

5.2. Bilan articulaire

Nous constatons une diminution de 10 degrés en flexion à droite ainsi qu'une augmentation de l'amplitude en abduction et une amélioration des amplitudes passives (**Annexe II**). Ces résultats doivent être pris avec précaution, du fait de la difficulté dans nos prises de mesures.

5.3. Bilan musculaire

Nous ne notons qu'un changement au niveau des épaules (**Annexe VIII**) traduit par une augmentation pour la flexion-extension. Une légère diminution de l'abduction est visible mais n'est pas retrouvée dans les gestes fonctionnels.

5.4. Bilan fonctionnel

Seul le Tinetti: (19/24) (**Annexe VI**) change par rapport au début, du fait que la patiente arrive à se lever sans s'aider de ses mains.

Les autres items du bilan demeurent inchangés

6. DISCUSSION

Les objectifs que nous nous étions fixés, dans le temps imparti, ont globalement été atteints. Néanmoins nous n'avons pas mis en œuvre toutes les techniques bénéfiques qu'il aurait été pertinent de proposer à la patiente. Nous pensons notamment à la balnéothérapie (14) (13), qui permet un travail de tout le corps en apesanteur ce qui facilite les mouvements. De plus, avec la température de l'eau, cela procure une relaxation. Nous émettons l'hypothèse que dans le cadre du centre, à l'abri des regards, madame R aurait participé à ces activités mais le centre ne possède pas de balnéothérapie. Pour continuer dans le sens de la relaxation, nous aurions pu proposer à la patiente des séances individuelles de respiration (13) avec notamment l'apprentissage de la respiration abdomino-diaphragmatique.

Lors de notre prise en charge, notre problème majeur fût l'autonomisation de la patiente dans sa prise en charge. En effet, nous avons remarqué à plusieurs reprises que, lors des séances, la patiente avait besoin que nous soyons près d'elle, sinon elle avait tendance à ne plus faire les exercices. Nous nous demandions si les exercices appris lors des séances pourraient faire l'objet d'une éducation efficace et productive. En effet, si la patiente ne fait pas ses exercices lorsqu'elle est en séance de kinésithérapie, les fera-t-elle chez elle, aura-t-elle envie de les faire, les fera-t-elle régulièrement. En conclusion sera-t-elle capable de se prendre en charge ?

Malgré tout, au fil des séances, madame R se montre de plus en plus impliquée dans sa prise en charge. Elle prend de plus en plus confiance en nous. Elle veut mettre toutes les chances de son côté. Nous pensons donc que nous pouvons mettre en place une éducation qui ne pourra avoir qu'un effet positif dans le sens où la patiente se sentira responsable (5).

Dans cette pathologie, l'éducation me semble nécessaire, surtout par le fait qu'elle permette de réduire l'importance de la maladie en ayant selon E. VIEL « une approche centrée sur le malade et la manière dont il perçoit les gênes qui perturbent son fonctionnel habituel » (17).

L'éducation, c'est rendre le sujet actif dans sa prise en charge (17). Nous savons que cette maladie n'est pas guérissable. Madame R ne doit pas passer ses journées en kinésithérapie pour autant, surtout si certains de ces exercices peuvent être faits par elle-même. Cela fait parti de l'amélioration de sa qualité de vie (17) (5), et c'est précisément le but.

L'objectif était « d'instruire une transmission intelligible exacte et honnête et emporter l'adhésion » (17). À partir de cela, nous allons étudier quelles ont été nos difficultés pour arriver à autonomiser notre patiente.

6.1. La confiance

Nous n'avons pas rencontré de problème particulier pour cette étape. La patiente se livre à nous assez facilement. Elle exprime ses craintes, ses attentes, dit ce qu'elle pense des exercices proposés. Ces confessions viennent naturellement lors des séances de massage où nous sommes seules dans la pièce.

C'est d'ailleurs lors de ces moments privilégiés avec la patiente que nous abordons l'éducation que nous lui proposons, et la patiente se voit satisfaite de cette idée, à l'exception

des jours où elle se focalise sur le caractère irréversible de la maladie. Dans ces moments, elle est découragée et ne veut plus s'investir.

6.2. La transmission

Nous pensons que notre souci a été cette étape. Pourtant, nous nous sommes attachés à observer quelques règles nécessaires pour la bonne transmission d'un message (17). Nous avons essayé d'être intelligibles en communiquant avec des termes simples et compréhensibles par des personnes n'appartenant pas au milieu médical ou paramédical.

Dans notre cas, cette difficulté de transmission résida dans le fait que madame R avait des pensées contradictoires.

Un jour, elle était active dans sa rééducation car elle savait que le traitement kinésithérapique est le seul qui existe et qui permette de retarder l'évolution de la maladie afin de préserver son autonomie le plus longtemps possible. Un autre jour, elle ne voulait pas effectuer les exercices car elle pensait que cela ne servait à rien étant donné que les séances de kinésithérapie ne la guériraient pas, et que sa situation était de la faute de sa mère et des médecins qui n'avaient pas diagnostiqué assez tôt sa maladie.

6.3. Emporter l'adhésion

Pour cette étape de l'éducation, il faut que le sujet mette en pratique ce qu'on lui a appris (17). Pour nous, cela n'a pas posé de problème, car les exercices inculqués à la patiente ont été effectués lors des séances de kinésithérapie. De plus, nous avons fourni à la patiente une fiche récapitulative des exercices effectués.

7. CONCLUSION

Le principal objectif de notre rééducation fut l'éducation de notre patiente, de manière à la rendre plus autonome dans son traitement et ainsi à réduire le temps passer au centre de rééducation. Cette éducation trouve toute sa place dans une myopathie qui demande un suivi médical et kinésithérapique à long terme. D'autant plus que dans le cas de madame R., la myopathie est d'évolution lente, sans engagement du pronostic vital. Cette éducation eut un effet positif sur le moral de madame R. Elle s'est rendu compte qu'elle peut encore faire des choses et qu'elle est responsable de sa rééducation.

Ainsi, nous espérons libérer la patiente des contraintes thérapeutiques et ainsi lui permettre de vivre le plus normalement possible sans l'intervention d'une tierce personne.

Le traitement kinésithérapique doit être poursuivi dans ce sens, jusqu'à sa sortie du centre fin décembre.

Afin de donner un maximum de chances à Mme R. pour la réussite de sa prise en charge personnelle, il ne faudra pas oublier de lui apprendre avant sa sortie, les exercices spécifiques de respiration abdomino-diaphragmatique. Ceci lui permettra de pouvoir se relaxer.

Si à sa sortie du centre, Mme R. est autonome et actrice dans sa prise en charge, alors nous pourrons dire que nous avons atteint notre but et réussi notre mission.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHABOL B., CARRELET P. – Myopathie facio scapulo humérale. – BRAROIS A. – Maladie neuromusculaire. – Paris : Doin, 1998. 6 p. – Progrès en pédiatrie ; 3

2. CRÉPON F., DOUBRÈRE JF., VANDERTHOMMEN M., CASTEL-KREMER E., CADET G. Électrothérapie. Électrostimulation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation, 2-145-A-10,2007.

3. DELAUBIER A., DUPONT G., OLIVE P. – Stabilisation chirurgicale souple des omoplates de la myopathie facio scapulo humérale. – Annales Réadaptation Médecine Physique, 1997, vol 40, n°7, p. 535 – 541.

4. FOURNIER MEHOUS M., FORNARI JM., ZIERGLER G. – Orthèse stabilisatrice de l'omoplate dans la myopathie facio scapulo humérale. – SIMON L. - Progrès en médecine physique et de réadaptation 2^{ème} série. – Paris : Masson, 1998. – p. 484 - 485

5. GATTO F., VIEL E. – Pédagogie et éducation à la santé. – Ann. Kinésithérapie, 2001, vol 28, n°1, p. 11 – 19.

6. GILGENKRANTZ H. – La myopathie facio-scapulo-humérale : un défaut de répression ? – Médecine Sciences, 2003, vol 19, n°1
URI : <http://www.erudit.org/revue/ms/2003/v19/n1/000754ar.html>

7. HISLOP H., MONTGOMERY J. – Le bilan musculaire de Daniels et Worthingham :
Technique de testing manuel – 6^o Édition – Paris : Masson, 2000 – 437p.

8. JULLY J.-L., AUVITY J. et MEZZANA M. – Bilans articulaires goniométriques et
cliniques : épaule. – Éditions Techniques – Encycl. Méd. Chir (Paris-France), Kinésithérapie-
Rééducation fonctionnelle, 26-008-C-10, 1995, 8p.

9. JULLY JL. – KATZ D. – NEROT C. – L'IFS. Une méthode d'évaluation des possibilités
fonctionnelles de l'épaule en traumatologie sportive – Cinésiologie , 1991, n^o 136, p 69 - 73.

10. JULLY JL., NEROT C., KATZ D., - Vers un indice d'évaluation de l'épaule spécifique à
la RRF: l'IFS – Rééducation 1992 – L'épaule et sa rééducation – Paris, expansion scientifique
française, 1992 – p 55 – 62.

11. KUNTER T., DUNAND M. – Dystrophie facio-scapulo-humérale : dossier informatif. –
Aubonne : Association de la Suisse Romande et Italienne contre les myopathie (ASRIM),
2005 – 19 p.

[http : //www.asrim.ch](http://www.asrim.ch)

12. NOEL-DUCET F. Méthode de kabat. Facilitation neuromusculaire par la
proprioception. Encl. Méd Chir (Edition Scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous
droits réservés), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-060-C-10, 2001, 18p.

13. PAINDESTRE Y., FOUGERE G., POIRSON C. – La kinésithérapie face aux myopathes.
– Kinésithérapie Scientifique, 1987, n°262, p. 33 – 83.

14. RIDEAU Y. – Traitement des myopathies de l'adulte – Revue pratique, 1984, vol 34, n°3,
p. 123 – 128.

15. SERRATRICE G, POUGET J et ATTRARIAN S. Myopathie facio-scapulo-humérale.
Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Neurologie, 17-173-B-10, 1999, 5p.

16. SERRATRICE G., SCHIANO A., POUGET J. – Les myopathies facio-scapulo-humérale
et les myopathies avec atteintes scapulaire prédominante. – SIMON L. – Epaule et médecine
de rééducation. – Paris : Masson, 1984. – p 284 – 251. – Pathologie locomotrice ; 9.

17. VIEL E. – Méthodologie de l'éducation du patient : Comment répondre à une obligation
faite aux professionnels de santé. – Ann kinésithérapie, 2001, vol 2, n°3, p. 128 – 143.

25. Dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale

<http://www.orpha.net/>

ANNEXE I

Tableau I : centimétrie du bras avec comme repère l'acromion

En cm	droite	gauche
0	38	37
-5	31	31
-10	30	31
-20	26.5	27.5



Figure 1 : amyotrophie du moignon de l'épaule

Tableau II : centimétrie du membre inférieur avec comme repère la base de la patella

En cm	Droite	Gauche
0	36.5	37
+10	40	40.5
+15	43	46.5
+20	49.5	52
-5	36	36
-10	33	33
-15	34.5	31



Figure 2 : Amyotrophie du mollet gauche

ANNEXE II

Nous avons utilisé la cotation de De Brünner.

Tableau III : goniométrie de l'épaule

DATES		14/09/07		12/10/07	
		Droite	Gauche	Droite	Gauche
F/E	Actif	80/0/20	40/0/20	70/0/20	40/0/20
	Passif	160/0/50	160/0/50	180/0/50	180/0/50
ABD/ADD	Actif	50/10/0	50/10/0	70/10/0	50/10/0
	Passif	130/0/30	130/0/30	180/0/30	180/0/30
RE1/RI1	Actif	60/0/90	50/0/90	60/0/90	50/0/90
	Passif	NT	NT	NT	NT

ANNEXE III

Tableau IV : EMFM des membres supérieurs au 14/09/07

		DROITE	GAUCHE
SCAPULO- THORACIQUE	Abduction	1	1
	Adduction	1	1
	Abaissement	1	1
	Élévation	2	2
	Sonnnette Interne	1	1
	Sonnnette Externe	1	1
EPAULE	Flexion	2	2
	Extension	1	1
	Abduction	2+	2+
	Adduction	2+	2+
	Abduction Horizontale	1	1
	Adduction Horizontale	1	1
	Rotation Interne 1	2+	2+
	Rotation Externe 2	2+	2+

ANNEXE IV

Tableau V : EMFM au niveau de la tête au 14/09/07

Fonction	Cotation
Flexion	1
Extension	1
Rotation Droite	2
Rotation Gauche	2
Inclinaison Droite	2-
Inclinaison Gauche	2-

Tableau VI : Bilan musculaire des muscles de la face

Nous n'avons noté que les muscles déficitaires selon la cotation de DANIELS et WORTHINGHAM (7).

Il apparaît un déficit symétrique des muscles suivants :

Muscle	Cotation
Sourcilier	FF
Releveur des paupières	FF
Transverse du nez	NF
Temporal masséter	FF
Pyramidal	NF

ANNEXE V

Tableau VII : Evaluation de la fonction des membres supérieurs

Les tests sont considérés comme acquis (en rose) que s'ils sont réalisés totalement (loi du tout ou rien).

Elévation complète au-dessus de la tête	Top	3	0/3
--	-----	---	-----

Main Epaule opposée	Main Vertex	Main Oreille	Main Nuque	Sup	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5/10
Main Taille opposée	Main Poitrine	Main Taille	Main Dos	My	2	2	2	2	6/8
Main Poche opposée	Main Ceinture	Main Poche	Main Fesse	Inf	1.5	1.5	1.5	1.5	6/6
I	A	E	P		INT	ANT	EXT	POST	14.5/27

ANNEXE VI

Tableau VIII : Versant statique du Tinetti-Mary

Dates		14/09/2007	12/10/2007
Critères			
En position assise:			
	Le patient penche ou glisse de son fauteuil	0	0
	Le patient est stable	1	1
Se lever:			
	Incapable sans aide	0	0
	Capable mais utilise ses bras	1	1
	Capable sans utiliser ses bras	2	2
Nombre d'essais pour se lever:			
	Incapable sans aide	0	0
	Capable mais après plus d'un essai	1	1
	Capable au 1er essai	2	2
Equilibre immédiat après s'être levé:			
	Instable	0	0
	Stable avec aide	1	1
	Stable sans aide	2	2
Equilibre debout:			
	Instable	0	0
	Stable avec aide ou pieds écartés	1	1
	Stable sans aide talons rapprochés	2	2
Poussées déséquilibrantes:			
	Commence à tomber	0	0
	Chancelle mais réussi à se stabiliser	1	1
	Stable	2	2
Mouvements du cou:			
	Instable	0	0
	Stable mais mouvements de faibles amplitudes	1	1
	Stable mouvements normaux	2	2
Yeux fermés, pieds joints si possible:			
	Instable	0	0
	Stable	1	1
Faire un 360°:	Un pas discontinu	0	0
	Un pas continu	1	1
	Instable	0	0
	Stable	1	1
Station unipodale 4 secondes à droite:			
	Incapable sans appui	0	0
	Capable	1	1
Station unipodale 4 secondes à gauche:			
	Incapable sans appui	0	0
	Capable	1	1

Extention du rachis (yeux au plafond):		
Refus ou besoin d'aide technique	0	0
Essai ou mouvement de faible amplitude	1	1
Réalisé et amplitude correcte	2	2
Lever les bras:		
Instable (incapable)	0	0
Capable et stable	1	1
Se pencher en avant:		
Incapable ou instable	0	0
Capable et stable	1	1
S'asseoir:		
Passage en position assise non sécuritaire	0	0
Mouvement non réguliers ou avec MS	1	1
Mouvement réguliers et sécuritaire	2	2
Sous total versant statique (/24):	18	19

ANNEXE VII

Tableau IX : Get up and go test

Dates	14/09/2007	12/10/2007
Critères		
Se lever d'un fauteuil pas trop profond:		
Si se rejette en arrière plus que se penche en avant	-4	-4
Se penche en avant de manière normale	0	0
Utilise les accoudoirs	-2	-2
Se lève d'un seul élan	0	0
Besoin de 2 ou 3 essais	1	1
Marcher sur 3 mètres devant lui:		
Marche droit	0	0
Avec méandres	-1	-1
1/2 tours sur place:		
Capable de pivoter sur place	0	0
Besoin de plusieurs pas	-3	-3
Retourner s'asseoir (sans les accoudoirs):		
Capable de s'asseoir en contrôlant la flexion de genoux	0	0
Lâche à partir de 30°	-4	-4
Total	0	0

Score idéal = 0

Score de -3 = Normalité si âge \geq 70 ans

Score de -6 = Nécessité rééducation

Score de -8 = Le patient est un danger pour lui même

ANNEXE VIII

Tableau X : EMFM des membres supérieurs au 12/10/07

		DROITE	GAUCHE
EPAULE	Flexion	3-	3-
	Extension	2	2
	Abduction	3-	3-
	Adduction	2+	2+
	Abduction Horizontale	1	1
	Adduction Horizontale	1	1
	Rotation Interne 1	2+	2+
	Rotation Externe 2	2+	2+

ANNEXE IX

Fiche d'exercices d'auto entretien :

Travail d'auto grandissement :

Vous êtes assise sur une chaise, vous devez effectuée une poussée vers le sol avec vos fesses et en même temps une poussée vers le plafond avec votre tête (tout en contrôlant votre tête pour qu'elle reste bien droite). Ne pas pousser sur vos mains pour vous aider. Répéter cet exercice plusieurs fois dans la journée, en faisant 5 auto grandissement à chaque fois.



Passage de la position assise à la position debout :

Lorsque vous vous relevez de la position assise, pensez à mettre vos mains sur vos genoux pour prendre appui dessus et relevez vous en contrôlant que votre tête reste droite.

Passage d'objets derrière le dos :

Prenez un objet ni trop lourd ni trop léger (par exemple une balle de tennis). Faites le passer d'une main à l'autre dans votre dos : 10 fois dans un sens et 10 fois dans l'autre.

Travail des accroupissements:

Faire 4 séries de 5 accroupissements jusqu'au maximum de vos possibilités tout en contrôlant votre tête et en essayant au maximum de ne pas vous aider de vos mains pour revenir à la position debout. Entre chaque série, asseyez-vous pour faire une pose de 1 à 2 minutes selon votre fatigue.

Travail des montées sur pointe de pied :

Faire 4 séries de 5 montées sur pointe de pied en essayant au maximum de ne pas vous tenir avec les bras (soyez près d'un endroit où vous pourriez vous retenir au cas où). Entre chaque série asseyez-vous pour faire une pose de 1 à 2 minutes selon votre fatigue.

Travail de l'élevation des épaules en position couchée :

A l'aide d'un bâton type manche à balai, en position allongée, effectuez des mouvements de montée (jusqu'à ce que le bâton touche le matelas) et de descente (jusqu'à ce que le bâton touche votre ventre) en suivant le bâton des yeux afin de contrôler qu'il reste horizontal ; si ce n'est pas le cas réajuster la position.

Faire 4 séries de 5 mouvements, en vous reposant entre chaque série.

Tous les exercices proposés doivent être effectués sans réveiller de douleurs et en ne procurant pas une trop grande fatigue. Si une de ces deux situations se présentent, arrêtez et recommencez plus tard.

ANNEXE X



Figure 3 : élévation des membres supérieurs assise sur un ballon devant le miroir



Figure 4 : élévation des membres supérieurs en décubitus dorsal



Figure 5 : Passage de médecine balle derrière le dos, assise sur un ballon



Figure 6 : Passage d'anneaux d'un cône à l'autre, en chevalier servant



Figure 7 : Madame R. en séance d'Ergothérapie. Élévation des membres supérieurs à l'aide d'une suspension



Figure 8 : Madame R en séance d'ergothérapie. Empiler les cônes en les passant derrière le dos