

**MINISTERE DE LA SANTE
REGION ALSACE CHAMPAGNE-ARDENNE LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY**

**Elaboration d'un jeu de société
éducatif
à l'intention des personnes
paraplégiques**

**Mémoire présenté par Alexia KIEFFER
Etudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Masseur-Kinésithérapeute
2015-2016**

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. METHODE DE RECHERCHE	2
3. LA LESION MEDULLAIRE ET SES CONSEQUENCES	2
3.1. Identification d'une complication majeure : l'escarre	3
3.1.1. Les zones à risque au lit.....	5
3.1.2. Les zones à risque en fauteuil roulant	6
3.1.3. Les principales situations à risque.....	6
3.1.4. La prévention	7
3.2. Autres risques cutanés	8
3.3. Autres complications.....	9
3.3.1. Suite aux déficiences motrices	9
3.3.2. Suite à la modification des réflexes	10
3.3.3. Suite aux dérèglements des fonctions neurovégétatives.....	11
3.3.4. Suite aux perturbations des fonctions vésico-sphintériennes	13
3.3.5. Suite aux perturbations des fonctions génito-sexuelles	14
4. LES METHODES D'APPRENTISSAGE	15
4.1. L'éducation du patient paraplégique : le rôle du masseur-kinésithérapeute.....	15
4.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	16
4.2.1. Le diagnostic éducatif	17
4.2.2. La définition d'un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage	18
4.2.3. La planification et la mise en œuvre des séances individuelles, collectives ou en alternance	18
4.2.4. La réalisation d'une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme	18
4.3. Le patient paraplégique : « un apprenant particulier » (R. Gagnayre).....	19
5. LE JEU « PARA-CHUTE DE LA LIBERTE »	20
5.1. Présentation du jeu	20
5.2. Composition du jeu	20
5.2.1. Le Plateau de jeu.....	20
5.2.2. Les Cartes	21
5.2.3. L'Aide de jeu.....	21

5.2.4.	Le Compte-tours	23
5.2.5.	Le « Maître du jeu »	23
5.2.6.	Les Mémentos des QCM.....	23
5.2.7.	Le Tableau d'Évaluation	24
5.2.8.	Le Livret Complémentaire « Pour les Curieux »	24
5.3.	Les objectifs du jeu	24
6.	DISCUSSION	25
6.1.	Pistes de réflexion lors de la réalisation du jeu « Para-chute de la Liberté »	25
6.1.1.	Choix des titres	25
6.1.2.	Choix du nombre de joueurs.....	26
6.1.3.	Choix de la mécanique de jeu	26
6.2.	Pourquoi avoir réalisé ce jeu ?	28
6.3.	Les limites du jeu.....	28
6.4.	Idées non retenues	29
7.	CONCLUSION	30

RESUME

Les conséquences d'une lésion médullaire sont multiples et obligent les patients paraplégiques à modifier radicalement leur vie au quotidien.

Durant son séjour au Centre de rééducation, les soignants et équipes médico-techniques vont informer le patient sur les risques inhérents à sa pathologie. Leurs rôles sont de transmettre au paraplégique les connaissances indispensables pour prévenir les répercussions négatives de la lésion. La qualité de la vie à domicile et son autonomie en dépendent.

Un des objectifs clé de l'équipe rééducative est de proposer au patient différents programmes d'éducation et d'information. Parallèlement, elle doit s'assurer de la capacité du patient à les comprendre et à les maîtriser.

Nous avons choisi de concevoir et réaliser un jeu éducatif proposant de nombreuses questions fermées à choix multiples ou unique et des questions ouvertes, orientées principalement autour d'une des complications majeures : la lésion cutanée.

Ce support ludique et interactif doit, en complément des autres programmes d'informations, amener le patient à être « acteur de sa santé ».

Mots clés français : paraplégie, escarres, éducation thérapeutique, jeu.

Mots clés anglais : paraplegia, pressure sores, therapeutic education, game.

1. INTRODUCTION

La paraplégie, dans les suites d'une lésion médullaire thoracique, lombaire ou sacrée provoque des déficits des fonctions motrices et/ou sensitives du tronc, des membres inférieurs, et des organes pelviens (1). Il est alors primordial pour les équipes en Centre de Neurologie d'évaluer les déficiences afin d'organiser au mieux les programmes de rééducation et d'orienter les stratégies thérapeutiques.

Les complications propres à la paraplégie sont multiples : perturbations sensitivo-motrices, modification des réflexes, troubles neuro-végétatifs, atteinte des fonctions vésico-sphinctériennes et génito-sexuelles (2) (3). Pour les soignants et les thérapeutes, il est important que le patient ait acquis un minimum de compétences pour gérer cette nouvelle situation de handicap. La qualité de vie et un retour à domicile dans les meilleures conditions en dépendent.

Différents programmes d'information et d'éducation sont proposés au patient durant son séjour en Centre de Rééducation Réadaptation. Les rééducateurs doivent parallèlement s'assurer que les « savoirs » et les « savoir-faire » du patient (4), c'est-à-dire ses connaissances sur sa pathologie, ses capacités d'adaptation à cette situation nouvelle et les choix qu'il fait pour contrôler certains contextes à risque seront secondairement bien intégrés. Chaque personnel transmet au patient les informations relatives à son champ de compétence.

Plusieurs supports peuvent être proposés pour solliciter l'attention du patient sur des facteurs de risque spécifiques. Dans ce mémoire, nous avons choisi un outil éducatif ludique afin de favoriser l'adhésion du patient paraplégique. Cet outil a pour but de rendre accessible à tous les patients les connaissances utiles pour limiter la survenue de complications lors du retour à domicile.

2. METHODE DE RECHERCHE

La recherche documentaire a été réalisée en interrogeant les bases de données suivantes : EM Consulte, Science Direct, Kinedoc, Cairn et Persee. Elles portent sur les 16 dernières années (2000 à 2016) et se limitent aux publications en langue française et anglaise. Nous avons utilisé la base de l'H.A.S. pour leurs références et recommandations concernant la prise en charge de la paraplégie et l'éducation thérapeutique du patient.

Parallèlement, nous avons fait des recherches à la bibliothèque universitaire de médecine de Lorraine et au service de documentation Réédoc.

Les mots clés employés sont : paraplégie, paraplegia, escarres, pressure sores, complications, éducation thérapeutique, therapeutic education, éducation du patient, patient education, rééducation, rehabilitation, jeu éducatif et santé, serious game and health or healthcare, apprentissage par le jeu, learning game, mémoire, memory.

La littérature est très pauvre en matière de jeu éducatif pour adultes dans le cadre d'une pathologie chronique. Peu de publications en français sont retrouvées (5). Les articles consacrés à l'intérêt pédagogique du jeu chez l'enfant ont été lus mais non retenus dans la sélection (4) (6).

3. LA LESION MEDULLAIRE ET SES CONSEQUENCES

La perte plus ou moins étendue de la sensibilité cutanée et l'immobilité liées à la paralysie, mettent la peau du blessé médullaire en danger à tout moment. Les risques pris en dehors des situations rééducatives en Centre, lors du retour à domicile par exemple, peuvent engendrer de graves complications.

3.1. Identification d'une complication majeure : l'escarre

Le guide de l'HAS met l'accent sur « la prévention des escarres, par l'application de programmes de soins drastiques qui constitue un enjeu essentiel pour les 3 raisons suivantes : risque infectieux, fragilité ultérieure des peaux cicatricielles et surtout retard dans le processus de rééducation, avec une incidence importante sur la durée globale de l'hospitalisation. Les douleurs et l'immobilisation forcée qu'elles induisent viennent également alourdir les comorbidités » (7).

La fragilité cutanée est un facteur à l'origine de complications importantes pouvant imposer au patient une position de décharge pendant plusieurs mois (8).

La classification des stades de l'escarre du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP ; 1998) distingue 4 stades, en fonction du degré de l'atteinte (fig.1).

- **Le stade 1** correspond à un érythème ne blanchissant pas lors de la pression et sans effraction cutanée. On observe une plaque rouge, parfois chaude et plus ou moins oedémateuse. Ce stade est rapidement réversible par la mise en décharge de la zone incriminée.
- **Le stade 2** correspond à la perte de substance de l'épiderme et d'une partie du derme : la désépidermisation. « L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde ». Comme pour le stade 1, la mise en décharge est essentielle. Il faut impérativement consulter le médecin traitant ou directement le médecin MPR qui suit le paraplégique. Le principe est de procéder au nettoyage de la plaie avec du sérum physiologique et de la recouvrir d'un pansement hydrocolloïde favorisant la régénération des tissus.
- **Le stade 3** correspond à « une perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané ; celle-ci peut s'étendre jusqu'au fascia mais pas au-delà. Elle se présente cliniquement, comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants »

- Le stade 4 correspond à « une perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus (ulcération) ou atteinte des muscles, des os ou des structures de soutien (tendons, articulations) ».

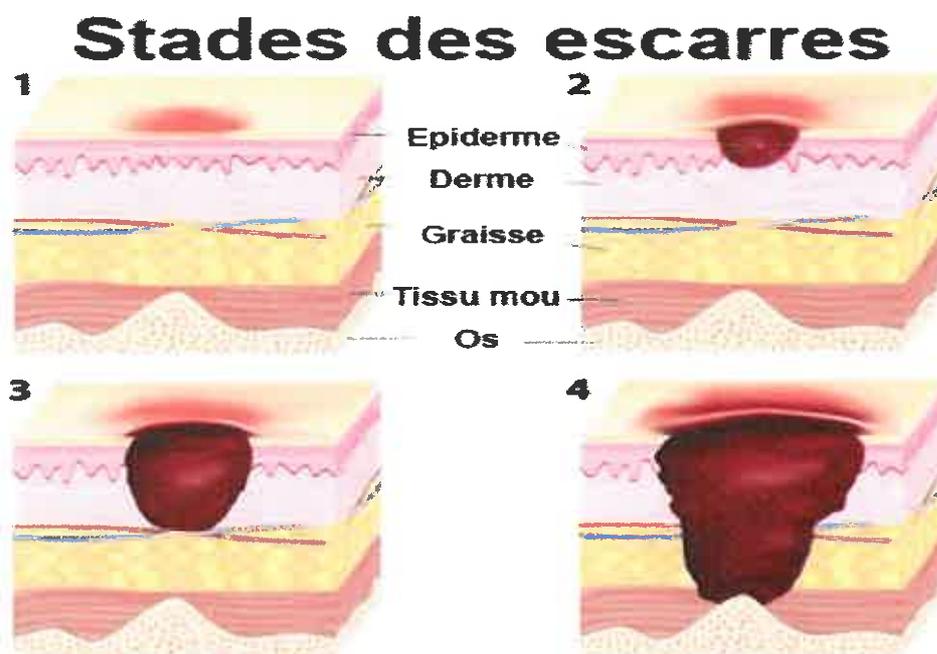


Figure 1 : les 4 stades de l'escarre

- **Hors classification NPUAP**, on décrit un dernier stade non catégorisable, il correspond à une escarre constituée, recouverte d'une nécrose ou fibrine, qui empêche de voir la profondeur de l'atteinte (annexe I).

Tout doit être fait pour ne pas arriver aux derniers stades, car à ce niveau d'atteinte cutanée, une prise en charge médicale rigoureuse, dans le cadre d'une ré-hospitalisation est indispensable (9).

Selon les positions du patient, au lit ou au fauteuil, on observe des zones et des situations à risque.

3.1.1. Les zones à risque au lit

En **décubitus dorsal**, les points d'appui du corps sont l'occiput, les scapulas, les coudes, le sacrum et les talons. Si en Centre Spécialisé, le matelas à air évite les retournements toutes les 2 ou 3 heures, à domicile le risque en fonction du support est différent. Il faut alors alterner les positions, passant du dorsal vers une position latérale à 30° par rapport au plan du lit, ainsi le poids du corps repose sur les masses fessières (fig. 2).

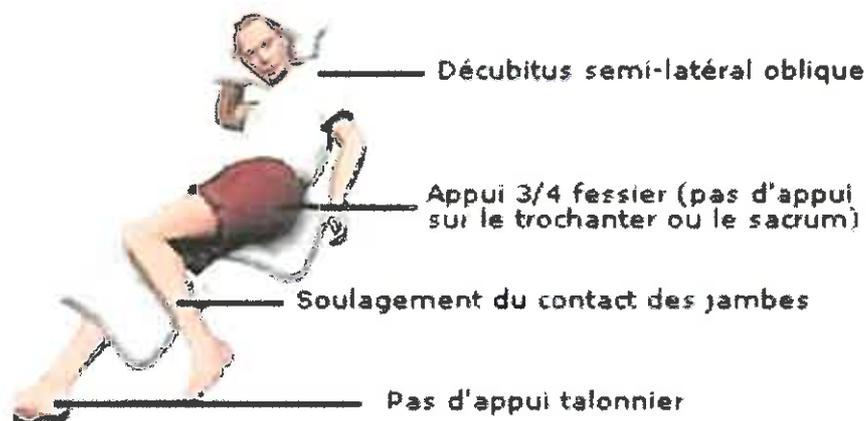


Figure 2 : exemple de bon positionnement

En **latérocubitus**, les points d'appui du corps sont le pavillon de l'oreille, l'acromion, les trochanters, les malléoles latérales, et si les jambes sont positionnées l'une sur l'autre, les faces médiales des genoux et des malléoles. La position latérale stricte est proscrite et la position latérale à 30°, les membres inférieurs légèrement fléchis avec un coussin placé entre les genoux et les pieds, est préférée (fig. 2).

La **position ½ assise** est à éviter car le corps a tendance à glisser, ce qui provoque des cisaillements au niveau de la peau et majore l'appui sacré (fig. 3).



Figure 3 : exemple de mauvais positionnement

3.1.2. Les zones à risque en fauteuil roulant

Les points d'appui sont les ischions, les trochanters, les faces médiales des genoux et des malléoles, notamment quand les jambes sont trop serrées, en cas de spasmes. De plus, au moment des transferts, il faut faire particulièrement attention au risque de frottement sur les roues du fauteuil si le soulèvement du bassin n'est pas assez haut. Ce dernier peut occasionner une lésion cutanée, susceptible de se transformer secondairement en escarre.

3.1.3. Les principales situations à risque

- un objet dur oublié dans le lit ou sur l'assise du fauteuil
- les coutures épaisses (jeans) ou les vêtements trop serrés
- les zones de contact des orthèses ou des plâtres
- une sonde vésicale mal attachée provoquant une escarre de l'urètre
- une variation de poids (os saillants lors de l'amaigrissement ou pression augmentée lors de la prise de poids)
- un mauvais équilibre nutritionnel...

3.1.4. La prévention

La prévention des escarres repose sur plusieurs points :

- une surveillance quotidienne de la peau
- une bonne gestion des positions et des soulèvements ainsi que des supports adaptés au lit et au fauteuil pour diminuer l'intensité de la pression
- la prise en charge des facteurs de risque et une hygiène de vie rigoureuse.

3.1.4.1. La surveillance

Une auto-inspection de la peau est préconisée, elle doit être pluri-quotidienne, au minimum matin et soir et pour les zones du corps non visibles (occiput, dos, fesses et face postérieure des membres inférieurs) le patient peut s'aider d'un miroir. Il est aussi conseillé de contrôler l'absence de coloration anormale de la peau, en particulier au niveau des points d'appui, pour vérifier l'absence de chaleur ou d'induration.

3.1.4.2. Les changements d'appui pour diminuer la pression

En position assise, il est indispensable de se soulever régulièrement environ 10 secondes toutes les 30 minutes. Le patient peut réaliser des push-up ou basculer d'une fesse sur l'autre en s'inclinant sur le côté ou encore se pencher en avant.

En position allongée, en fonction du support matelas, il peut être conseillé de changer de position toutes les 3 heures. Pour éviter les frottements et les mauvais appuis, il est parfois nécessaire d'utiliser des moyens permettant de stabiliser les membres et le tronc pour les caler et les maintenir dans la bonne position.

3.1.4.3. Les supports adaptés pour diminuer l'intensité de la pression

Différents accessoires peuvent compléter l'installation (coussins de positionnement, blocs mousse aux formes diverses, chaussons enveloppant le pied et le talon...), mais fondamentalement la prévention de l'escarre concerne l'installation au fauteuil roulant (coussin anti-escarre) et au lit (matelas à air).

3.2. Autres risques cutanés

Suite à une atteinte de la sensibilité nociceptive, d'autres risques cutanés potentiels comme les brûlures, engelures ou ongles incarnés peuvent se produire.

Concernant les brûlures, le patient paraplégique n'a pas le réflexe de retrait engendré par la douleur suite à son exposition à la source de chaleur. En matière de prévention, il est important de connaître certaines situations à risque comme :

- l'exposition au soleil
- le robinet d'eau chaude ou l'eau du bain
- les cendres de cigarettes
- les plats, assiettes et tasses chauds, tenus entre les mains ou posés sur les cuisses
- les radiateurs chauds
- les canalisations d'eau chaude passant sous le lavabo et à la hauteur des jambes...

Concernant les engelures, il est important que le patient paraplégique se couvre bien les pieds. En effet, lors de basses températures, le sang circule moins bien d'autant plus que ses membres restent immobiles.

L'ongle incarné correspond à une inflammation puis à une infection de la peau et des tissus sous-jacents suite à un enfoncement de la partie latérale de l'ongle dans la chair. Il est souvent le résultat de mauvais soins de pédicurie ou d'ongle mal

coupé. Pour éviter ce problème, il faut couper l'ongle droit en conservant des angles à 90° sur les bords.

3.3. Autres complications (10) (fig.4)

3.3.1. Suite aux déficiences motrices

L'enraidissement articulaire est souvent inévitable. Il est la conséquence d'un alitement prolongé ou une complication liée au déficit de motricité volontaire. Les tissus péri-articulaires se rétractent progressivement. Le traitement kinésithérapique repose sur un positionnement correct et une mobilisation analytique, douce et lente des articulations plusieurs fois par jour, dans l'amplitude maximale (11). Cependant, des paraostéoarthropathies neurogènes peuvent se former spontanément ou suite à des mobilisations passives trop agressives pour l'articulation. Ces ostéomes sont des formations osseuses dans les tissus mous péri-articulaires (tendons, ligaments) des membres paralysés. Ils se localisent le plus souvent au niveau des grosses articulations : hanches, genoux, épaules et coudes. Ils se révèlent par un gonflement articulaire ou péri-articulaire, correspondant à une inflammation associant chaleur locale, œdème, tuméfaction des parties molles, douleurs spontanées ou provoquées par la mobilisation, perte de mobilité articulaire puis ankylose de l'articulation en position non fonctionnelle.

La rétraction musculaire est un raccourcissement du muscle. Les muscles du patient paraplégique qui ne se contractent pas et ne sont pas étirés perdent progressivement leur élasticité naturelle ainsi que leur souplesse et finissent par se raccourcir. Les membres adoptent des positions vicieuses progressivement fixées par une raideur articulaire souvent associée. C'est pourquoi il est primordial que le patient conserve des secteurs de mobilité articulaire subnormaux. Une mobilisation des membres effectuée par le kinésithérapeute permet d'éviter au maximum ces rétractions.

3.3.2. Suite à la modification des réflexes

« La spasticité est un trouble moteur caractérisé par une augmentation sensible de la vitesse des réflexes d'étirement toniques (hypertonie musculaire), associée à une exagération des réflexes tendineux, lié à l'hyperexcitabilité de l'arc réflexe myotatique, formant une composante du syndrome pyramidal » (définition établie par Lance en 1980). Chez le patient paraplégique, la lésion médullaire prive la partie de la moelle sous-lésionnelle des contrôles centraux. L'activité sous-lésionnelle s'exprime par des réflexes polysynaptiques et incontrôlables appelés aussi spasmes.

La spasticité peut être utile : elle favorise le retour veineux, entretient la trophicité musculaire (nutrition et oxygénation du muscle), évitant ainsi une atrophie du muscle en maintenant son volume et son galbe. En cas de paraplégies incomplètes, certaines personnes utilisent la spasticité pour se mettre debout, se déplacer et effectuer des transferts pivots...

Ses modifications en intensité peuvent révéler une épine irritative signant un problème sous-lésionnel d'origine urinaire (globe vésical, infection, lithiase urinaire), digestive (fécalome, hémorroïdes, fissure anale), cutanée (escarre, ongle incarné), osseuse (fracture, ostéome), vasculaire (phlébite)...

Les spasmes peuvent aussi gêner les actes de la vie quotidienne et favoriser des escarres par frottement, chocs et mauvaise installation au lit ou au fauteuil. On aura recours à un traitement physique de base qui repose sur des postures, des étirements ou auto-étirements prolongés, quotidiens et répétés des muscles spastiques. Parallèlement, il est essentiel de se verticaliser dès que possible, d'adopter les bonnes positions au lit ou au fauteuil et de maîtriser les transferts. La cryothérapie locale peut être également une alternative à court terme, sur un muscle.

Si le traitement kinésithérapique s'avère insuffisant et que la spasticité est gênante et générale, le recours à un traitement médicamenteux antispastique est

proposé. Lorsque ce dernier n'est plus efficace et que les contractures deviennent très gênantes voire dangereuses (déstabilisation en fauteuil roulant ou gêne majeure pour les transferts), il est possible d'implanter une pompe à BACLOFENE (antispastique spécifique), chirurgicalement sous la peau au niveau de l'abdomen. Le produit est délivré au niveau de la moelle épinière par le biais d'un cathéter.

Lorsque la spasticité ne concerne qu'un nombre limité de muscles, l'injection de toxine botulique reste le traitement de choix. La durée d'action est de 3 à 4 mois et son efficacité est maximale au bout de 3 à 4 semaines. Le traitement chirurgical pour contrôler l'hypertonie reste exceptionnel car définitif. Il est réservé à des spasticités réfractaires et consiste à sectionner des nerfs périphériques véhiculant les réflexes vers les muscles spastiques.

3.3.3. Suite aux dérèglements des fonctions neurovégétatives

La lésion médullaire touche également le système nerveux végétatif ou autonome composé des systèmes sympathique et parasympathique. Ceux-ci régulent outre les systèmes urinaires et digestifs, d'autres fonctions importantes : la pression artérielle, les rythmes cardiaques et respiratoires... En fonction du niveau de la lésion et du caractère complet ou non, ces fonctions sont plus ou moins altérées.

3.3.3.1. L'hypotension orthostatique

L'hypotension orthostatique est d'autant plus fréquente que l'atteinte médullaire est haute, elle fait généralement suite à la période d'alitement. Il est important d'en connaître les signes, de savoir comment réagir et la prévenir.

Ses signes sont : pâleur, palpitations, battements dans les tempes, sensation de vertige, flou visuel, acouphènes, nausées, malaise...

Pour lutter contre l'hypotension orthostatique et favoriser le retour veineux, le port de bas de contention et d'une gaine abdominale avant les levers est particulièrement recommandé. Des verticalisations prudentes et régulières permettent de réentraîner la fonction cardiaque à la position debout, de sorte que le système cardiovasculaire se réadapte progressivement. Une hypotension au repos peut subsister, mais elle est généralement bien tolérée. En cas de signes d'hypotension orthostatique, le bon geste est de s'allonger ou de se basculer dans son fauteuil roulant, en surélevant ses jambes, afin que le malaise se dissipe. Au besoin, il est possible de prendre un traitement médicamenteux hypertensif préventif sur prescription médicale.

3.3.3.2. L'hyperréflexie autonome

Elle concerne surtout les tétraplégiques et les paraplégiques de niveau supérieur à la 6^{ème} vertèbre thoracique. Elle est déclenchée par une épine irritative créant un stress pour l'organisme qui ne perçoit pas la douleur du fait de l'altération de la sensibilité. Ce dernier réagit en déclenchant un réflexe du système nerveux autonome, qui augmente la pression artérielle. Elle est accompagnée de céphalées pulsatiles, d'une bradycardie, d'une rougeur du visage, d'une hypersudation, de frissons et d'une horripilation.

En cas d'hyperréflexie autonome, la 1^{ère} chose à faire est de s'asseoir si l'on est allongé, de desserrer ses vêtements, chaussures, de retirer les systèmes de contention pour faire baisser la tension. Il convient ensuite de rechercher la présence ou non d'une épine irritative urgente (globe vésical ou fécalome) et de suivre l'évolution tensionnelle toutes les 5 minutes. En dernier recours, si la tension ne se normalise pas, il est préférable d'appeler les secours.

3.3.4. Suite aux perturbations des fonctions vésico-sphinctériennes

Durant les premiers jours, le patient est en état de choc spinal. La synergie vésico-sphinctérienne correspondant à un relâchement du sphincter strié et à une contraction du détrusor simultanément ne fonctionne plus. Une sonde urinaire à demeure est posée de façon systématique afin de permettre l'écoulement des urines. Celle-ci est retirée dès que possible, car délétère à long terme : risques d'infections vésicale et rénale, développement de calculs dans la vessie...

Suite à cette phase de choc spinal, deux tableaux peuvent se présenter :

- une vessie hyperactive ou neuro-vessie centrale : le détrusor se contracte de façon anarchique et le sphincter ne s'ouvre pas toujours de façon synergique. Un traitement médicamenteux (anticholinergiques) est mis en place en parallèle à l'autosondage pour bloquer le détrusor. La vessie devient un réservoir que l'on vide régulièrement.
- une vessie flasque ou neuro-vessie périphérique : le détrusor ne se contracte pas, il ne permet donc pas d'expulser les urines. Le sphincter peut, en fonction du niveau de la lésion, être ouvert et provoquer des fuites d'urine suite à un simple effort de toux ou changements de position.

L'apprentissage de la technique d'autosondage intermittent est proposé de façon systématique au patient paraplégique. La consigne est de bien se laver les mains et de réaliser une toilette locale avec du savon pour éviter tout risque d'infection puis de repérer le méat urinaire à l'aide d'un miroir ou de son doigt, d'introduire la sonde lubrifiée dans l'urètre, sans toucher cette partie. L'autosondage doit être réalisé à heures fixes toutes les 4 heures. Le volume moyen de chaque vidange doit être de 400 ml.

3.3.5. Suite aux perturbations des fonctions génito-sexuelles

Ce point spécifique fait l'objet d'une consultation spécialisée où des interrogations très personnelles sont alors abordées. Dans le jeu proposé, aucune question n'est en rapport avec ce sujet pour ne pas s'immiscer dans l'intimité de chaque participant.

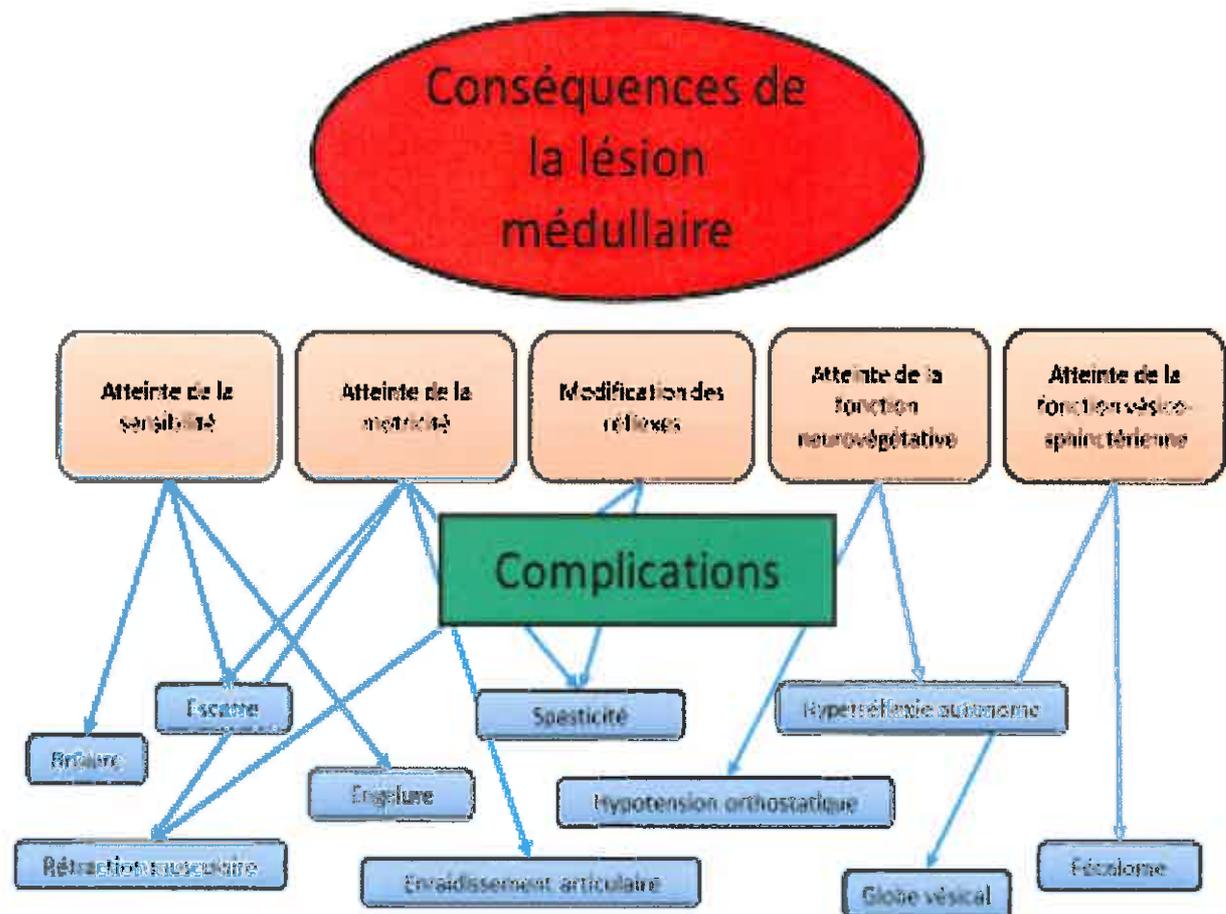


Figure 4 : la lésion médullaire et ses complications

4. LES METHODES D'APPRENTISSAGE

4.1. L'éducation du patient paraplégique : le rôle du masseur-kinésithérapeute

Le décret n°2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de Masseur-Kinésithérapeute précise à l'article 13, que « selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier la collaboration avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ».

Au Centre de Rééducation Fonctionnelle, ces actions sont proposées par une équipe pluridisciplinaire, constituée principalement de médecins MPR, psychiatres, psychologues, masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmières, moniteurs APA... (7).

Le kinésithérapeute a un rôle clé dans l'éducation. Dès le premier lever, le patient bénéficie d'une éducation à l'auto-surveillance et à la prévention des complications cutanées.

Le thérapeute lui enseigne la nécessité de modifier les appuis régulièrement lorsqu'il est au lit, en alternant différentes positions (latérocubitus, décubitus) et de soulager les appuis ischiatiques notamment lors de la position assise au fauteuil, en réalisant des séries de push-up toutes les 45 minutes.

En vue d'autonomiser le patient et réaliser des transferts en toute sécurité, le kinésithérapeute cherchera à renforcer les membres supérieurs par un travail musculaire en chaîne ouverte et fermée. Il lui montrera comment étirer ses groupes musculaires spastiques, comment réaliser des auto-postures prolongées pour limiter les rétractions musculaires, comment s'automobiliser pour prévenir les

enraidissements articulaires. La verticalisation quotidienne pourra compléter ces exercices (12).

Les patients paraplégiques doivent gérer quotidiennement leur pathologie nécessitant « des compétences d'auto-soins complexes, de prévention et de décisions qui sont formellement mobilisées avec l'aide des soignants » dans le cadre de leur éducation (13).

4.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP est un concept nouveau, apparu il y a quelques années. Elle « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (définition du rapport O.M.S.-Europe publié en 1996). Elle est différenciée de l'éducation pour la santé qui concerne la population générale (14), laquelle est sensibilisée par le biais de campagnes orientées sur l'alcoolisme, le tabagisme, les drogues, le sida...

L'éducation pour la santé est délivrée par des soignants sans formation particulière, contrairement à l'éducation thérapeutique du patient, « qui requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques » (15) (16). Cette formation ne fait pas partie pour le moment du programme d'enseignement des étudiants kinésithérapeutes.

Cette démarche éducative est composée de 4 étapes : (16) (17)

- l'élaboration d'un diagnostic éducatif
- la définition d'un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage
- la planification et la mise en œuvre de séances d'ETP individuelles, collectives ou en alternance

- la réalisation d'une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

4.2.1. Le diagnostic éducatif

Il repose sur deux impératifs capitaux pour établir une relation éducative qui dure. « Le patient doit comprendre la nécessité d'être éduqué, de même que le soignant doit comprendre ce que comprend le patient sur sa situation de santé » (13). « Il suppose de connaître le patient, d'identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition d'ETP. Il s'agit également d'appréhender les différents aspects de sa vie, sa personnalité, prendre en compte ses demandes et son projet, d'évaluer ses potentialités, d'appréhender sa manière de réagir face à sa situation, ses ressources personnelles, sociales et environnementales » (17).

Ce diagnostic éducatif se construit par une démarche méthodologique raisonnée, faisant appel à des questions spécifiques posées au patient. Il s'articule sur 5 grandes dimensions :

- Qu'avez-vous ? (dimension bioclinique)
- Que faites-vous ? (dimension socio-professionnelle)
- Que savez-vous ? (dimension cognitive)
- Qui êtes-vous ? (dimension psycho-affective)
- Que voulez-vous ? (dimension projective).

A la différence d'un diagnostic médical ou paramédical, ce n'est pas un compte-rendu reprenant des items prédéfinis et non modifiables car il s'adapte au vécu du patient et de sa maladie chronique. Il est réactualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau » (17). « Le diagnostic éducatif reste donc la propriété du patient » (13).

4.2.2. La définition d'un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage

Il s'agit dans un premier temps de déterminer les compétences à acquérir en tenant compte du projet du patient. Dans un deuxième temps, il conviendra de prioriser les compétences afin de planifier un programme individuel. La finalité est de les communiquer au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la démarche éducative. Pour assurer un bon suivi du patient, il est essentiel d'assurer tout au long de sa prise en charge des échanges multi-professionnels : identifier qui fait quoi, quand et comment, avoir un interlocuteur privilégié, favoriser sa participation aux décisions et définir avec lui des priorités.

4.2.3. La planification et la mise en œuvre des séances individuelles, collectives ou en alternance

Le contenu des séances est déterminé en prenant en compte les 2 étapes précédentes. Les méthodes et techniques d'apprentissage sont proposées aux patients puis réalisées.

4.2.4. La réalisation d'une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

A ce stade, il est essentiel de faire un bilan avec le patient sur « ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir et la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive ». Cela va permettre de réactualiser l'ETP en tenant compte des données de cette évaluation et du suivi de la maladie chronique.

4.3. Le patient paraplégique : « un apprenant particulier » (R. Gagnayre)

Le guide de l'HAS précise que : « l'éducation thérapeutique du patient s'adresse par définition à un malade chronique pour lequel l'apprentissage de compétences et de comportements de santé est nécessaire pour vivre. En effet, leur application par le patient est susceptible de retarder les complications inhérentes à sa maladie, mais aussi de réduire sa dépendance en lui permettant d'intégrer son handicap dans sa vie quotidienne. Son contexte de vie, son degré d'acceptation de la maladie, ses capacités, son habileté influencent sa motivation à apprendre et sa façon d'apprendre. Pour toutes ces raisons, il s'agit d'un apprenant particulier qui requiert une pédagogie adaptée » (14).

Pour Michel Develay, « l'éducation du patient va au-delà de l'éducation de la santé, elle implique de s'intéresser aux trois entités le caractérisant : le malade, la personne et le citoyen ». Il est donc important de conserver à l'esprit « qu'au-delà de l'atteinte organique, le handicap acquis vient bouleverser la vie psychique du sujet » qui se retrouve confronté à sa nouvelle situation, qu'il peut accepter plus ou moins bien (18).

Durant son séjour au Centre de Rééducation, le patient se retrouve dans un milieu protégé, car il est totalement pris en charge par les différents membres de l'équipe soignante. L'éducation est mise en place, elle se fait quotidiennement et de façon assidue. Si le patient a une famille, elle est préalablement intégrée dans la démarche d'éducation afin de se sentir concernée. Malgré toutes ces précautions et l'éducation proposée, « 1 blessé médullaire sur 4 développe une escarre chaque année » (11), mais aussi « 34 à 46% des blessés médullaires dans les 2 ans à distance de l'incident » (19).

Certains patients négligeant cette surveillance cutanée, reviennent en Centre de Rééducation Fonctionnelle. Cette complication pourrait être évitée si le patient prend les bonnes décisions et adopte les « bons réflexes » quand elle se présente.

5. LE JEU « PARA-CHUTE DE LA LIBERTE »

5.1. Présentation du jeu

Il s'agit d'un jeu interactif où le joueur doit répondre à la question posée. L'ensemble des joueurs doivent être attentifs en permanence car les questions se recourent. Les joueurs progressent sur le plateau de jeu, en répondant à une succession de questions fermées, à choix multiples et ouvertes.

5.2. Composition du jeu

- 4 pions joueurs
- 1 pion marque tour
- 2 dés à 6 faces
- 200 jetons dont : 75 jetons blancs d'une valeur de 1 point « Autonomie », 50 jetons bleus d'une valeur de 2 points « Autonomie », 40 jetons rouges d'une valeur de 3 points « Autonomie » et 35 jetons verts d'une valeur de 4 points « Autonomie »
- 4 cartes aides de jeu
- 1 plateau de jeu (annexe II)
- 1 règle du jeu (annexe III)
- 45 cartes « Para-l'aile » (annexe IV)
- 54 cartes « Fourre-tout » (annexe IV)
- 20 cartes « Para-chute » (annexe IV)
- 2 mémentos pour les questions fermées (annexe V)
- 1 livret « pour les Curieux » (annexe VII).

5.2.1. Le Plateau de jeu

La dimension du plateau est un format A3 (42 X 29,7 cm), afin qu'il puisse être bien centré sur une table et accessible à tous les participants. Il est constitué de 37 cases comportant une case départ, des cases questions avec une majorité de cases « Para-l'aile » (car l'accent est mis sur le thème principal du jeu : l'escarre) et 1 case dés. Le parcours du tour de jeu est aussi agrémenté de 3 cases push-up, afin d'éviter tout risque cutané lié à la position assise pendant la partie. Cette règle permet à l'animateur de voir si le patient effectue correctement la manœuvre et insiste sur la fréquence et l'utilité du geste.

5.2.2. Les Cartes

Trois séries de cartes sont à la disposition des joueurs. Certaines questions fermées des cartes « Para-l'aile et Fourre-tout » sont reprises sous forme de questions ouvertes sur les cartes « Para-chute ». Les numéros attribués à ces cartes sont identiques et correspondent à des réponses communes dans le livret « Pour les Curieux ». Le vocabulaire utilisé est compréhensible avec une pointe d'humour, l'esprit de ce jeu étant de proposer une situation d'apprentissage distrayante et amusante.

Nous avons choisi de ne pas mettre les réponses sur les cartes afin que les patients puissent lire eux-mêmes les questions, en saisir toutes les subtilités et déceler les éventuels pièges. Étant donné que c'est le « Maître du jeu » qui donne la bonne réponse, il peut apporter des explications et des précisions complémentaires.

5.2.3. L'Aide de jeu

Il s'agit d'une carte personnelle attribuée à chaque joueur reprenant le nom de son pion, ainsi qu'un récapitulatif d'un tour de jeu. Elle permet au joueur de comprendre les règles plus facilement, à tout moment du jeu (fig. 5).

<h2><u>Tour de jeu</u></h2> <ul style="list-style-type: none"> • Lancez les 2 dés et avancer du nombre de cases correspondantes aux dés • Effectuez l'action selon le logo figurant sur la case • Attribution de points Autonomie • Donnez le dé à votre voisin de gauche. 	<h2><u>Points Autonomie</u></h2> <p>Cartes « Para-chute »</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 points si la réponse est juste • 1 ou 2 points si la réponse est partielle (laissée à l'appréciation du maître du jeu) • 0 point si la réponse est fausse <p>Cartes « Para-l'aile et Fourre-tout »</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pour les QCM</u> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 3 points si la réponse est juste ➢ 2 points si une réponse est fausse ➢ 0 point pour 2 réponses fausses et plus. • <u>Pour les questions à choix unique</u> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 2 points si la réponse est juste ➢ 0 point si la réponse est fausse.
<h1>Chaussure</h1>	

Figure 5 : aide de jeu (verso)



Figure 5 : aide de jeu (recto)

5.2.4. Le Compte-tours

Le compte-tours détermine la fin de partie. Nous avons choisi un nombre de tours de table différent en fonction du nombre de joueurs afin d'adapter le temps de jeu (fig.6).



Figure 6 : le compte-tours

5.2.5. Le « Maître du jeu »

Il est l'animateur du jeu, il contribue à créer une bonne ambiance et entretient l'émulation créée par le jeu. Il est aussi le professionnel de santé qui doit connaître parfaitement la pathologie et toutes les questions inhérentes à celle-ci. Il explique, sollicite la participation active et les échanges entre joueurs, décèle les lacunes de chacun tout en rassurant et dédramatisant, sachant que l'erreur est constructive et permet de progresser.

Un professionnel de santé peut sélectionner un « patient expert » en qualité de « Maître du jeu ». Il peut l'évaluer en tant qu'observateur pendant les premières séances (20).

5.2.6. Les Mémentos des QCM

Les mémentos du « Maître du jeu » contiennent les réponses aux questions fermées. Ces fiches lui permettent de visualiser les réponses très rapidement.

5.2.7. Le Tableau d'Évaluation

Il permet au Maître du jeu d'évaluer la qualité des réponses des différents joueurs en fonction des thèmes abordés, d'y reporter des annotations ainsi que d'éventuelles remarques par rapport aux prestations de chacun.

Le but est d'avoir une traçabilité afin d'assurer un suivi ultérieur, en reprenant certains points qui ne sont pas complètement acquis et de combler les lacunes.

5.2.8. Le Livret Complémentaire « Pour les Curieux »

Nous avons choisi de créer le livret « Pour les Curieux », afin de pouvoir apporter des explications détaillées. Elles permettent d'approfondir des connaissances inhérentes à certaines cartes « Para-l'aile et Fourre-tout ».

Ce livret contient des images illustratives facilitant sa compréhension et sa lecture, mais également humoristiques pour le rendre plaisant à lire. Vu le caractère parfois complexe des réponses, une réponse complète accorde tous les points et une réponse partielle une valeur intermédiaire. Un barème est établi en fonction de la qualité des réponses et laissé à l'appréciation du « Maître du jeu ».

5.3. Les objectifs du jeu

- transmettre en fonction des cartes choisies, des éléments de connaissance par rapport à la pathologie
- acquérir ou approfondir des connaissances théoriques
- solliciter l'attention du patient sur des facteurs de risque spécifiques inconnus de lui auparavant
- prendre des décisions et améliorer ses aptitudes à réagir face à certaines situations problématiques, en utilisant le jeu comme vecteur

- améliorer l'adhésion du patient en lui proposant un outil éducatif distrayant en évitant l'exposé magistral
- ⇒ savoir tirer profit de l'aspect ludique pour que le patient devienne acteur de sa santé et se réapproprie sa maladie
- ⇒ impliquer des processus d'émulation, d'échanges et de partages d'expériences favorisés lorsque le jeu se réalise à deux joueurs ou plus

A terme, l'intérêt est de confirmer le degré d'autonomie du patient et de s'assurer de ses aptitudes nouvelles pour un retour à domicile sans difficultés.

6. DISCUSSION

6.1. Pistes de réflexion lors de la réalisation du jeu « Para-chute de la Liberté »

6.1.1. Choix des titres

Le titre du jeu « le Para-chute de la liberté » est un jeu de mots issu de la combinaison de « paraplégique » et « parachute ». Par ce choix, nous voulons montrer que ce jeu sert de tremplin au patient en favorisant l'acquisition de connaissances pour un retour à domicile en toute sérénité.

Le titre des cartes « Para-l'aile » évoque « la liberté d'un oiseau » : le patient paraplégique maîtrisant bien le thème fondamental de l'escarre, est tout à même de « voler de ses propres ailes ».

Les cartes « Fourre-tout » complètent ses connaissances de base en regroupant d'autres thèmes capitaux.

Quant aux cartes « Para-chute » construites en question ouverte, elles sont plus globales et il s'agit pour les joueurs de retrouver des connaissances

mémorisées selon un processus appelé « technique libre » (21). A l'opposé, les questions fermées font appel à une simple reconnaissance des bonnes propositions.

6.1.2. Choix du nombre de joueurs

Le jeu se propose de faire participer 2 à 4 joueurs maximum :

- le temps d'attente entre chaque tour de jeu pour un même joueur ne doit pas être trop long. Il ne faut pas que les patients se lassent, perdent le fil du jeu et s'en désintéressent
- l'installation doit être confortable autour de la table (fauteuils roulants) et l'accessibilité correcte au plateau de jeu (4 patients maximum nous paraît être un choix judicieux).

6.1.3. Choix de la mécanique de jeu

Nous avons tout d'abord pensé fixer un temps de jeu chronométré, ce qui simplifie la mise en place horaire du jeu dans un Centre de Rééducation. Cependant, cette option pose plusieurs problèmes :

- les joueurs n'effectuent pas tous le même nombre de tours et ne répondent pas au même nombre de questions
- lorsque la fin du temps fixé approche, le joueur en tête peut être tenté de prendre son temps pour empêcher ses concurrents de rejouer afin de conserver son avance de points. A l'inverse, les joueurs en retard peuvent essayer de prendre peu de temps pour répondre aux questions posées en laissant des zones d'ombres, dans le seul but de réaliser plus de tours de jeu pour combler leur retard de points, sans être attentif aux connaissances.

Nous avons finalement opté pour un compte-tours qui présente plusieurs avantages :

- chaque joueur répond à un même nombre de questions
- personne n'est soumis à la pression que peut représenter un compte à rebours
- on peut avoir une estimation du temps de l'activité et ainsi la prévoir sur un créneau horaire.

	2 joueurs	3 joueurs	4 joueurs
Nombre de tours de table	12	9	7
Nombre de questions posées au total	24	27	28
Moyenne d'avancée par joueur, avec lancer de 2 dés	12 X 7 = 84 cases	9 X 7 = 63 cases	7 X 7 = 49 cases

Tableau 1 : chiffres clés de la mécanique de jeu

Nous avons calculé la moyenne d'avancement en fonction du nombre de joueurs pour le choix de la répartition des cases « push up ». En effet, la probabilité en lançant 2 dés de 6 faces d'avancer le pion, est de 7 cases ($\frac{(1+2+3+4+5+6) \times 2}{6} = 7$) soit par exemple 49 cases pour un groupe de 4 joueurs. Nous avons donc réparti les cases « push up » sur le plateau de manière à ce que chacun fasse au moins 2 « push up » au cours d'une partie.

Pour la répartition des autres cases :

- une majorité de cases « Para-l'aile » figurent sur le plateau de jeu. Elles contiennent des notions essentielles que le paraplégique doit connaître. En effet,

l'escarre est la principale complication de la paraplégie et la cause la plus fréquente de réhospitalisation.

- une minorité de cases « Para-chute » sont proposées pour ne pas décourager les joueurs pendant une première séance de jeu. Cependant, le plateau de jeu est adaptable. Nous pouvons prendre le plateau de jeu niveau 1 pour un groupe de joueurs débutants, puis le plateau niveau 2 avec une plus grande proportion de cartes « Para-chute » pour joueurs confirmés (annexe II).

6.2. Pourquoi avoir réalisé ce jeu ?

Sachant qu'un quart des blessés médullaires présentent une escarre chaque année (11) et que 34 à 46% présentent un épisode similaire dans les 2 premières années suivant la lésion (19), nous avons choisi de créer cet outil supplémentaire pour tenter de compléter l'arsenal thérapeutique existant.

De plus, un jeu de société peut rassembler des patients paraplégiques d'âges différents autour d'une même table et cette hétérogénéité du groupe peut favoriser une certaine compétition et émulation lors du déroulement du jeu.

6.3. Les limites du jeu.

Comme pour toute méthode d'apprentissage, le moment le plus favorable pour apprendre doit être réfléchi en équipe, la participation du patient étant un élément fondamental de réussite.

Un « Maître du jeu » est indispensable pour un enseignement efficace. En tant qu'animateur, il doit être pédagogue et savoir mener le déroulement d'une partie avec une maîtrise parfaite des thèmes abordés. Ainsi, un groupe de patients débutants ne peut jouer seul. Le jeu affiche deux objectifs : instruire et divertir et

nous comptons sur le « Maître du jeu » pour veiller à cet équilibre et mener les débats !

Nous avons préféré traiter certains thèmes essentiels avec pour objectif leur maîtrise plutôt que d'aborder une multitude de thèmes partiellement. Les thèmes génito-sexuels et sphinctériens sont difficilement abordables en dehors d'un cadre individuel. Le but n'est pas de faire tout l'apprentissage du paraplégique, mais d'apporter un outil complémentaire à ceux déjà existants.

Le format « jeu de société » offre la possibilité d'évoquer d'autres thèmes concernant la paraplégie. Au thérapeute de construire à partir de ce modèle et en fonction de sa compétence, d'autres questions sur un thème défini.

6.4. Idées non retenues

Nous avons pensé inclure une « Banque des Paralysés de France » à la manière du Monopoly (Caisse de Communauté) mais celle-ci déséquilibrait la mécanique de jeu. En effet, un patient commettant beaucoup d'erreurs pouvait récupérer une somme conséquente en tombant sur cette case et gagner par rapport à un patient répondant tout juste aux différentes questions.

Toujours sur le principe du Monopoly, nous avons aussi eu l'idée d'utiliser des billets de banque pour récompenser les bonnes réponses des joueurs, la règle étant d'avoir le plus d'argent à la fin du jeu pour gagner. Nous avons préféré utiliser un système de points « Autonomie » pour supprimer l'aspect monétaire dans le jeu. Même s'il n'y a qu'un seul gagnant à la fin de la partie, tous les participants auront tiré profit de ces échanges riches en informations, prenant plaisir à ce moment convivial.

Nous voulions aussi mettre en place un système de mises en s'inspirant du Poker, chaque joueur se positionnant en fonction de la question et de ses

connaissances. Toutefois, cette règle rallonge le tour de table car chacun doit réfléchir sur sa mise en jeu et ces règles de mises sont trop complexes à mettre en application.

7. CONCLUSION

Les notions d'apprentissage, dans le cadre d'une pathologie chronique, sont un enjeu majeur de la rééducation. En kinésithérapie, il reste encore beaucoup d'outils à construire, imaginer, inventer...

Le jeu a sa place dans cet apprentissage et apporte une diversification des méthodes. Il est apprécié pour les interactions entre patients/thérapeutes qu'il crée et en termes de convivialité dans la relation qu'il permet d'organiser entre patients. Il peut rendre l'apprentissage plus efficace et efficient.

Le jeu de société proposé « Para-chute de la liberté » peut aider certains patients dans l'acceptation de leur pathologie lors des échanges réalisés avec les autres joueurs. Cette approche ludique différente de celles déjà existantes, considérées souvent comme fastidieuses et rébarbatives, vient compléter les connaissances.

Le jeu proposé en exemple et ciblé sur les lésions cutanées est adaptable à d'autres thèmes en rajoutant des cartes de questions, et modifiable en fonction du niveau de progression des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. DE MORAND Anne. De l'évaluation à l'amélioration de la qualité de vie des blessés médullaires. *Kinésithérapie Sci.* 2008;(493):5–20.
2. Yelnik A, Dizien O. Paraplégies. [Httpwwwem-Premiumcomdatatraitene17-16763](http://www.em-premium.com/consultation/2015/11/11/paraplegies) [Internet]. [cité 11 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/article/2306/resultatrecherche/47>
3. BROMLEY I. *Tetraplegia and paraplegia a guide for physiotherapists*. 6ème édition. Londres, Angleterre: Elsevier; 2006. 416 p.
4. Balcou-Debussche M. L'éducation des malades chroniques: une approche ethnosociologique. *Archives contemporaines*; 2006. 291 p.
5. BOIREAU Amélie, JOURDAIN Patrick. Évaluation de l'éducation thérapeutique par le jeu. *SOINS*. juin 2009;(736):16-8.
6. DESHAYES Christelle, COUDRAY Meryl, VOISINE Maud, MARTIN Déborah. A quoi on joue ? 2002. déc 2002;(428):29-34.
7. ALD 20 Guide Paraplegie 20 Septembre 2007 [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald_20_guide_paraplegie__20_septembre_2007.pdf
8. BARROIS B, ROCHE G, STRUBEL D, COLIN D, SAUVAGE M, ROCHET JM, et al. Escarres. 2002. sept 2002;45(7):332-4.
9. Escarre.fr : le site de référence des escarres [Internet]. [cité 8 août 2016]. Disponible sur: <http://escarre.fr/>
10. GUILLAUMAT M, TASSIN JL. Prise en charge des complications et des séquelles neurologiques des traumatisés médullaires. In: *Encyclopédie Médico-chirurgicale - Appareil locomoteur*. Paris, France: Elsevier; 1998. p. 12.
11. Association des paralyés de France. *Para / tétra*. Paris: AGF; 2008.
12. Thoumie P, Thevenin-Lemoine E, Josse L. Rééducation des paraplégiques et tétraplégiques adultes. [Httpwwwem-Premiumcomdatatraitene17-16763](http://www.em-premium.com/consultation/2015/11/11/reeducation-des-paraplegiques-et-tetraplegiques-adultes) [Internet]. [cité 11 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/article/10272/resultatrecherche/57>
13. Iguenane J, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient: le diagnostic éducatif. *Cah Kinésithérapie*. 2004;29–30.

14. Lacroix A, Assal J-P. L'éducation thérapeutique des patients : Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. 3e édition. Paris: Maloine; 2011. 220 p.
15. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
16. Epreuve 1 etp definition finalites recommandations juin 2007 [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
17. Education thérapeutique : Comment la proposer et la réaliser ? recommandations juin 2007 [Internet]. [cité 14 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
18. Brouard M, Antoine P, Labbe J. Expérience subjective et travail de handicap : analyse qualitative auprès de 17 patients paraplégiques. Ann Réadapt Médecine Phys. juin 2008;51(5):394-402.
19. texte Final COURT escarres.doc - Escarres_court.pdf [Internet]. [cité 14 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf
20. SIMON D, TRAYNARD P-Y, BOURDILLON F, GAGNAYRE R, GRIMALDI A. Éducation thérapeutique: prévention et maladies chroniques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2013.
21. MARTINEZ S. Une mémoire infallible : Premier Parallèle [Internet]. 2016 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://www.premierparallele.fr/livre/une-memoire-infaillible>

Et aussi :

- www.paratetra.apf.asso.fr
- www.toutpourlejeu.com
- www.wikihow

ANNEXES :

ANNEXE I : Stades de la NPUAP et stade inclassable

ANNEXE II : Plateaux de jeu niveaux 1 et 2

ANNEXE III : Règle du jeu

ANNEXE IV : Cartes de jeux

ANNEXE V : Mémentos réponses aux QCM

ANNEXE VI : Tableau d'évaluation

ANNEXE VII : Livret « pour les curieux ».

ANNEXE I : Stade des escarres

- Selon la NPUAP :

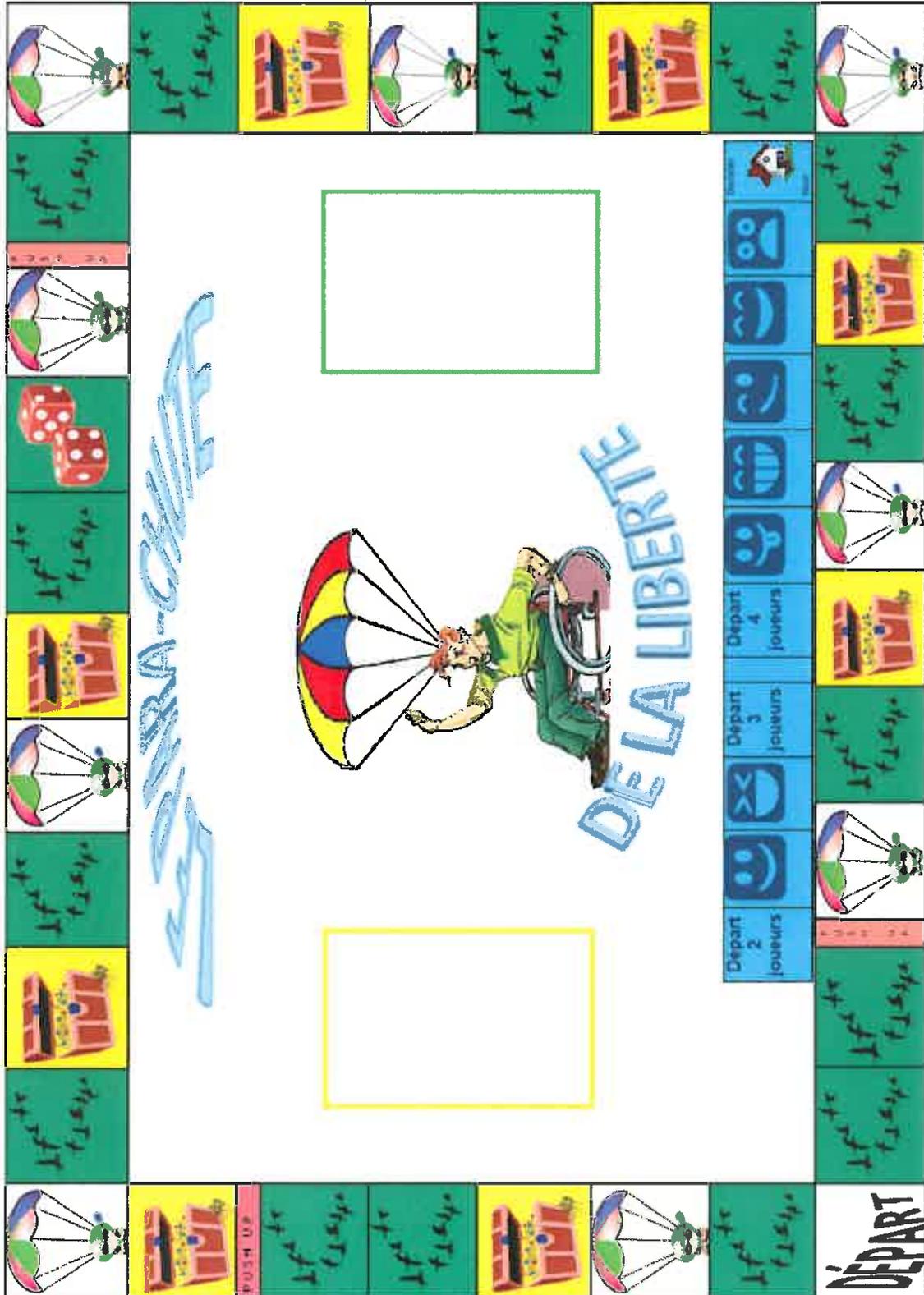
Tableau 1. Classification des stades de l'escarre du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP : 1998, www.npuap.org). Traduit de l'anglais par l'ANAES.

Stade I :	Le premier stade est une altération observable d'une peau intacte, liée à la pression et se manifestant par une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes en comparaison avec la zone corporelle adjacente ou controlatérale : température de la peau (chaleur ou froidure), consistance du tissu (ferme ou molle) et/ou sensibilité (douleur, démangeaisons). Chez les personnes à la peau claire, l'escarre apparaît comme une rougeur persistante localisée, alors que chez les personnes à la peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante.
Stade II :	Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau; cette perte touche l'épiderme, le derme ou les deux. L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.
Stade III :	Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané; celle-ci peut s'étendre jusqu'au fascia, mais pas au-delà. L'escarre se présente cliniquement comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.
Stade IV :	Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien (par exemple des tendons, des articulations). Un envahissement et des fistules peuvent être associés au stade IV de l'escarre.

- Stade inclassable :

Stades	Éléments	Schemas	Illustrations
0	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperémie réactionnelle • Peau intacte, rougeur blanchissant à la pression digitale et se recolorant en quelques secondes • Lésions réversibles en moins de 24 heures, phase d'alerte pour les soignants 	 Epiderme Derme Adipose Tissu Muscle Os	 
1	<ul style="list-style-type: none"> • Rougeur persistante, ne blanchissant pas à la pression digitale • Représente déjà une lésion circulaire 		
2	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance concernant une partie de l'épaisseur de la peau, impliquant l'épiderme et/ou le derme formant une abrasion, une phlyctène ou une ulcération superficielle 		
3	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance concernant toute l'épaisseur de la peau (épiderme, derme, hypoderme) • Avec ou sans décollement périphérique 		
4	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance, dépassant l'aponévrose musculaire, pouvant atteindre l'os, les muscles, les tendons ou l'articulation, avec description de certains facteurs péjoratifs (décollement, contact osseux, fistule et/ou infection) 		
Non catégorisable	<ul style="list-style-type: none"> • Escarre constituée, recouverte soit de fibrine, soit d'une croûte, ne pouvant encore être caractérisée 		
Suspect de lésion profonde	<ul style="list-style-type: none"> • Modifications de couleur et texture de la peau et des tissus, hématome local, suspects de lésion plus profonde, ne pouvant encore être caractérisés 		

ANNEXE II : Plateau de jeu niveau 2



ANNEXE III : Règle du jeu

LE PARA-CHUTE DE LA LIBERTE

REGLE DU JEU



MATERIEL :

4 pions joueurs, 1 pion marque tour, 2 dés à 6 faces, 200 jetons dont : 75 jetons blancs d'une valeur de 1 point Autonomie, 50 jetons bleus d'une valeur de 2 points « Autonomie », 40 jetons rouges d'une valeur de 3 points « Autonomie » et 35 jetons verts d'une valeur de 4 points « Autonomie ». 4 cartes récapitulatives d'un tour de jeu, un plateau de jeu, une règle du jeu, 45 cartes « Para-l'aile », 54 cartes « Fourre-tout », 20 cartes « Para-chute », un memento pour les questions fermées, un livret « pour les Curieux ».

BUT DU JEU :

Le gagnant est celui qui aura le plus de points « Autonomie » à la fin du jeu. En cas d'égalité, celui qui est arrivé le plus loin sur le plateau gagne.

MISE EN PLACE

Placer le plateau de jeu au milieu de la table, prendre les 3 piles de cartes et les placer sur leur emplacement respectif selon le code couleur. Créer plusieurs piles de jetons « Autonomie » et les disposer à côté du plateau de jeu.

Chaque joueur prend le pion de son choix avec la carte récapitulative du tour de jeu correspondante. Tous les pions se placent sur la case départ.

LANCEMENT D'UNE PARTIE

Choix du premier joueur : chaque joueur lance un dé, celui ayant la plus grande valeur est désigné premier joueur. En cas d'égalité, les joueurs concernés relancent le dé. Le premier joueur place le pion sur le numéro 1 du compte-tour et débute le jeu. A chaque tour, il doit avancer le marqueur d'une case.

Les joueurs se voient attribuer une réserve de jetons initiale d'une valeur de 10 points Autonomie. Ils pourront ainsi invoquer la règle du « quitte ou double » pour chaque question.

La règle du « quitte ou double » : chaque joueur a la possibilité de miser X jetons correspondants aux X points Autonomie de chaque question.

Si la réponse est complète, le joueur remporte les X points pour sa réponse et les X points du « quitte ou double ». Ainsi un joueur ayant misé 4 points sur une question « Para-chute », récupère ses 4 points + 4 points de sa question + 4 points du « quitte ou double ».

Si la réponse est fautive ou incomplète, le joueur perd ses X points misés et ne récupère aucun point pour sa réponse partielle.

LE TOUR DE JEU

1) Lancez les dés et avancez du nombre de cases correspondantes aux dés.

2) Effectuez l'action de la case selon le logo figurant sur la case :



Si vous tombez sur une case dés, vous pouvez relancer les dés

Sur les cases questions, prenez la carte correspondante et lisez-la à haute voix, afin que tous les joueurs puissent y réfléchir puis donnez votre réponse.

3) Attribution des points « Autonomie » :

Cartes « Para-chute » :

- 4 points si la réponse est complète
- 1 ou 2 points si la réponse est partielle (laissée à l'appréciation du « Maître du jeu »)
- 0 point si la réponse est fausse

Cartes « Para-l'aile et Fourre-tout » :

Pour les QCM :

- 3 points si la réponse est correcte
- 2 points si une réponse est incorrecte
- 0 point pour 2 réponses incorrectes et plus.

Pour les questions à choix unique :

- 2 points si la réponse est correcte
- 0 point si la réponse est incorrecte.

4) Donnez les dés à votre voisin de gauche (dans le sens horaire).

FIN DE PARTIE

Lorsque le premier joueur se positionne sur la dernière case du compte-tours, chacun effectue un dernier tour et compte ses points.

CONSEILS PRATIQUES

Dans les QCM, il peut y avoir 0,1,2,3 ou 4 réponses justes.

Certaines propositions contiennent des notes humoristiques pouvant être des distracteurs.

Il est important de rester attentif aux questions de tous les joueurs, car certaines se recourent.

ANNEXE IV : Cartes de jeux :

Questions « para-l'aile » :



Question 1
A propos de l'escarre

- A : l'escarre est une lésion d'origine ischémique
- B : l'escarre est une lésion d'origine traumatique
- C : liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et une saillie osseuse
- D : liée à une compression des tissus mous entre un plan mou et une saillie osseuse

Question 2

Allongé sur le dos, quels sont les points d'appui qui risquent de développer une escarre ?

- A : l'occiput, les omoplates
- B : l'occiput et l'avant-bras
- C : les coudes, le sacrum et les talons
- D : les coudes et les poignets

Question 4

En étant couché sur le côté, quels sont les points d'appui qui risquent d'être à l'origine d'une escarre ?

- A : le pavillon de l'oreille, l'acromion
- B : l'épaule
- C : la malléole latérale
- D : les faces internes des genoux

Question 5

En position demi-assise, quels sont les points d'appui qui risquent de développer une escarre ?

- A : le sacrum
- B : le coccyx
- C : mais non, mon postérieur !
- D : les réponses B et C sont vraies

Question 6

Assis en fauteuil, quels sont les points d'appui qui risquent de développer une escarre ?

- A : les points d'appui fessier
- B : les ischions
- C : la plante des pieds
- D : la face interne des genoux, si les jambes sont trop serrées

Question 7
Les situations à
risque d'escarre sont :

- A : les zones de contact des orthèses ou des plâtres
- B : les vêtements à coutures épaisses
- C : un objet dur, oublié dans le lit
- D : un soulèvement trop haut, lors d'un transfert

Question 32
A propos de la prévention de
l'escarre, il faut :

- A : se soulever régulièrement au fauteuil roulant ou se pencher vers l'avant à chaque occasion
- B : manger beaucoup de fruits et légumes
- C : veiller à une bonne position assise dans le fauteuil roulant
- D : éviter les fuites d'urine et de selles qui provoquent une humidité et une macération

Question 33
A propos des ongles des pieds :

- A : il faut les couper arrondis
- B : non ! Il faut les couper à angle droit
- C : il faut les laisser pousser
- D : ils peuvent s'incarner et être source d'escarre

Question 34
Une mauvaise position en
fauteuil roulant est source :

- A : de **déformation** au niveau de la colonne vertébrale
- B : de **scoliose** à long terme
- C : d'**escarre**
- D : de **trouble postural**

Question 36
Comment procédez-vous pour
surveiller votre état cutané ?

- A : vous utilisez un miroir pour la partie postérieure de votre corps au minimum le matin
- B : vous utilisez un miroir pour la partie postérieure de votre corps le matin et le soir
- C : vous ne voyez pas l'intérêt de surveiller les zones non visibles
- D : le miroir, une fois de temps en temps, c'est largement suffisant

Question 37
L'escarre est une plaie :

- A : consécutive à une **hypoxie tissulaire**
- B : qui se développe initialement en **profondeur**
- C : qui se développe initialement en **superficie**
- D : qui gagne la **superficie à un stade avancé**

Question 38

L'escarre fait suite à plusieurs facteurs :

- A : la pression
- B : la dépression
- C : la macération
- D : la compression

Question 39

Des cisaillements au niveau de la peau peuvent entraîner une escarre !

- A : vrai
- B : faux

Question 40

Vous êtes fiévreux, vous transpirez, vous êtes prostré dans votre canapé et ne prenez pas le temps de vous changer, que risquez-vous ?

- A : rien
- B : la survenue d'une escarre
- C : que mes vêtements rétrécissent
- D : la macération au niveau de mes plis de peau

Question 41

Une escarre peut se développer préférentiellement si ...

- A : mon état nutritionnel est insuffisant
- B : je suis en situation de surpoids
- C : je suis hyperactif
- D : je suis sédentaire

Question 42

Quelles sont les mesures de prévention d'une escarre ?

- A : une surveillance biquotidienne des points d'appui, au minimum
- B : une surveillance pluriquotidienne des points d'appui, idéalement
- C : une installation correcte au lit et fauteuil
- D : l'utilisation de supports désadaptés

Question 43

A quel moment de la journée surveillez-vous votre peau ?

- A : lors de ma toilette
- B : jamais
- C : au réveil
- D : quand j'y pense, une fois de temps en temps...

Question 44

Quelles sont les règles hygiéno-diététiques recommandées dans la prévention de l'escarre ?

- A : une **hygiène** corporelle rigoureuse
- B : le port de vêtements **serrés**
- C : le port de vêtements **avec couture**
- D : le port de **textiles évitant la macération**

Question 45

La nuit, lorsque vous êtes allongé, il est recommandé :

- A : de vous retourner toutes les 3 heures
- B : de vous retourner toutes les 6 heures, laissez-moi tranquille quand je dors...
- C : de rester dans la **même position** toute la nuit.
- D : l'infirmière va venir me tourner la nuit ! « Et Dieu créa les infirmières... » Dr House.

Question 46

En position assise, qu'est-il recommandé de réaliser toutes les 30 minutes, pour éviter la survenue d'une escarre ?

- A : effectuer des auto-soulèvements pendant **10 secondes**
- B : se **gratter** le dos
- C : réaliser des **push-up**
- D : effectuer des auto-soulèvements pendant **1 seconde**

Question 47

L'utilisation de matelas dynamiques est efficace pour prévenir la survenue d'escarres !

- A : vrai
- B : faux

Question 48

L'escarre peut évoluer jusqu'à quel stade ?

- A : stade 2
- B : stade 3
- C : stade 4
- D : stade Inclassable

Question 49

Le stade 1 de l'escarre correspond à :

- A : une **perte** d'une partie de substance de l'**épiderme** et du **derme**
- B : une **plaque rouge**, douloureuse, rapidement réversible lors de la mise en décharge

Question 50

Le stade 3 de l'escarre correspond à :

- A : une **perte** d'une partie de substance de l'**épiderme** et du **derme**
- B : une **perte** de substance atteignant le tissu **graisseux** sous-cutané

Question 51

Le stade 4 de l'escarre correspond à :

- A : une **perte** de substance atteignant et dépassant les **fascias**, pouvant **impliquer** les os et articulations
- B : une **perte** de substance atteignant et dépassant les **fascias**, ne pouvant **pas** impliquer les os et articulations.

Question 52

Le stade 2 de l'escarre correspond à :

- A : une **perte** d'une partie de substance de l'**épiderme** et du **derme**
- B : une **plaque rouge**, douloureuse, rapidement réversible lors de la mise en **décharge**

Question 53

Il existe un stade non catégorisable !

- A : vrai
- B : faux

Question 54

Vous n'avez pas parfaitement suivi les règles **hygiéno-diététiques** ces derniers jours et vous venez de remarquer une **phlyctène (ampoule)** au niveau du **sacrum**, que faites-vous ?

- A : rien
- B : je mets immédiatement, la zone incriminée en **décharge**
- C : j'appelle le **SAMU**
- D : j'appelle mon médecin traitant.

Question 55

Lors de la survenue d'une escarre, que faut-il éviter de faire ?

- A : un **pétrissage**
- B : un **effleurage**
- C : appliquer de l'**alcool** à 70°
- D : appliquer de l'**éosine**.

Question 57

La macération est un des facteurs favorisant la cicatrisation d'une escarre !

- A : vrai
- B : faux

Question 58

Dans les escarres stade 4, une infection osseuse peut se déclarer !

- A : vrai
- B : faux

Question 59

Pour tous les stades d'escarre, il est nécessaire de supprimer complètement les appuis de la zone concernée !

- A : vrai
- B : faux

Question 60

Il faut frictionner énergiquement une escarre stade 1, en première intention !

- A : vrai
- B : faux

Question 92

Il est recommandé d'utiliser un coussin comme interface entre le siège de votre fauteuil roulant et vos fesses !

- A : vrai
- B : faux

Question 95

Pour éviter une escarre, il faut veiller à un bon équilibre nutritionnel !

- A : vrai
- B : faux

Question 96

Comment faut-il prendre soin de ses pieds, afin d'éviter des problèmes cutanés ?

- A : il faut couper ses ongles régulièrement, plutôt en arrondi qu'en carré
- B : il faut couper ses ongles régulièrement, plutôt en carré qu'en arrondi
- C : se laver les pieds, sans les sécher
- D : se laver les pieds et les sécher soigneusement pour éviter la macération

Question 97

Si vous êtes souvent mal positionné dans votre fauteuil roulant, que risquez-vous ?

- A : la survenue d'escarres par phénomène d'hyperpression, sur le côté où vous êtes le plus en appui
- B : je ne risque rien, j'ai un coussin anti-escarres
- C : une déformation de ma colonne vertébrale à long terme
- D : Je suis toujours bien positionné, mon kiné me l'a appris ☺

Question 105

Ce matin en me regardant dans le miroir, j'ai remarqué une rougeur au niveau de ma fesse :

- A : je ne m'inquiète pas, cela va passer tout seul !
- B : je surveille attentivement l'évolution de la rougeur
- C : je veille à mettre plusieurs fois dans la journée la zone d'appui en décharge
- D : je réalise un effleurage

Question 106

Les 2 accessoires fondamentaux de prévention de l'escarre sont :

- A : le matelas du lit « à air »
- B : l'oreiller à mémoire de forme
- C : le coussin « anti-escarres » du fauteuil roulant
- D : les chaussons enveloppant le pied et le talon

Question 107

Mis à part le matelas du lit « à air » et le coussin du fauteuil roulant « anti-escarres », quels sont les autres moyens de prévention de l'escarre ?

- A : l'appui-tête situé au niveau du fauteuil roulant
- B : les chaussures de marche
- C : les blocs mousse de différentes formes
- D : les chaussons enveloppant le pied et le talon

Question 108

Vous constatez une escarre de stade 1 au niveau du talon, que faites-vous ?

- A : je ne sais pas !
- B : rien, j'attends de voir l'évolution...
- C : je frictionne mon talon avec énergie !
- D : je mets des chaussons pour envelopper mon talon

Question 109

Vous constatez une escarre de stade 2 au niveau du sacrum : que faites-vous ?

- A : Je réalise en urgence une série de 5 push-up et les renouvelle toutes les demi-heures
- B : je désinfecte la plaie avec de l'alcool à 70°
- C : enfantin, je supprime l'appui et c'est tout.
- D : non seulement je supprime l'appui, mais je me rends au plus vite chez le médecin

Question 110

Une escarre de stade 4 est bénigne

- A : vrai
- B : faux

Question 111

Pourquoi est-il important de maîtriser les transferts ?

- A : pour pouvoir se débrouiller seul quand le kiné m'a oublié
- B : pour éviter des frottements ou chocs sources d'escarres
- C : cela fait partie de la rééducation
- D : mon kiné sera content si je le fais bien

Question 112

La complication la plus fréquente entraînant une hospitalisation chez le paraplégique est la survenue d'une escarre qui se dégrade

- A : vrai
- B : faux

Questions « fourre-tout » :

Question Fourre-tout



Question 8

Les moyens pour prévenir l'hypotension orthostatique (baisse de la tension artérielle) lors de la verticalisation sont :

- A : une verticalisation rapide
- B : le port de bas de contention et d'une gaine abdominale qui favorisent le retour veineux
- C : une verticalisation progressive
- D : prendre des médicaments

Question 9

Quels sont les signes d'hypotension orthostatique ?

- A : sensation d'étourdissement
- B : vertige
- C : battements dans les tempes
- D : flou visuel et bourdonnements d'oreilles

Question 10

Si je sens les signes d'une hypotension orthostatique :

- A : je m'allonge
- B : non, surtout pas, je reste debout car si je m'allonge de nouveau, ce sera pire !
- C : Je surélève mes jambes et garde mes bas de contention
- D : j'enlève mes bas de contention, ils ne servent plus à rien...

Question 11

Les signes cliniques d'une hyperreflexie autonome :

- A : augmentation brutale de la tension artérielle
- B : pâleur du visage
- C : maux de tête pulsatiles
- D : accélération de mon cœur

Question 14

A propos de l'hyperreflexie autonome, ses facteurs déclenchants sont :

- A : un globe vésical (vessie pleine)
- B : un fécotome
- C : les ongles incarnés
- D : une escarre

Question 16

Vous allez prendre un bain, quels sont les précautions à prendre ?

- A : je m'en fiche d'être brûlé, de toute façon je ne sens plus rien...
- B : je vérifie la température de l'eau avec ma main
- C : ne sentant plus la douleur, je n'aurai pas de réflexe de retrait de ma jambe
- D : je n'oublie pas ma bouée

Question 17

A propos du sondage intermittent :

- A : il se fait dans des conditions stériles chirurgicales, comme pour une sonde à demeure
- B : il est préférable de poser une sonde à demeure, car elle reste en place plus longtemps !
- C : je mets cette sonde en place pour 24h, je suis tranquille toute la journée !
- D : je retire la sonde progressivement, une fois la vidange de ma vessie effectuée !

Question 19

A propos du sondage intermittent pour votre vidange vésicale :

- A : il se fait 5-6 fois par jour
- B : il se fait toutes les 6 heures
- C : il se fait quand j'y pense
- D : il se fait toutes les ½ heures

Question 20

A propos des paraostéarthropathies neurogènes ou ostéomes ?

- A : ce sont des formations osseuses dans les tissus mous péri-articulaires (tendons – ligaments) des membres paralysés
- B : ce sont des formations osseuses dans les tissus mous articulaires (tendons – ligaments) des membres valides
- C : ce sont des formations osseuses dans les tissus mous péri-articulaires (tendons – ligaments) des membres valides
- D : ce sont des formations osseuses dans les tissus mous articulaires (tendons – ligaments) des membres paralysés

Question 21

Quelles sont les localisations des paraostéarthropathies neurogènes ou ostéomes ?

- A : grosses articulations
- B : petites articulations
- C : hanches, genoux, épaules et coudes
- D : doigts, mains et poignets

Question 22

Quelles sont les manifestations cliniques des paraostéarthropathies neurogènes ou ostéomes ?

- A : gonflement articulaire
- B : chaleur locale
- C : conservation de mobilité articulaire
- D : blocage de l'articulation

Question 23
A propos de la spasticité :

- A : elle est la conséquence d'un excès de tonus dans le muscle
- B : elle est l'exagération du réflexe de contraction en réponse à l'étirement du muscle
- C : elle est la conséquence d'un déficit de tonus dans le muscle
- D : elle est la diminution du réflexe de contraction en réponse à son étirement

Question 24
A propos des spasmes :

- A : ce sont des mouvements involontaires
- B : ce sont des mouvements volontaires
- C : ils peuvent être déclenchés par une stimulation non douloureuse
- D : ce sont des mouvements brusques en flexion et/ou en extension

Question 25
A propos de la spasticité :

- A : elle diminue le retour veineux
- B : elle entretient mes muscles
- C : elle peut être utile pour se mettre debout
- D : elle n'est que néfaste

Question 26
A propos de la spasticité :

- A : peut gêner les activités de la vie quotidienne
- B : est un facteur de risque de développement d'escarre
- C : peut aboutir à une rétraction musculaire définitive
- D : La spasticité, c'est quand ça fait tout bizarre dans le cerveau !

Question 27
Comment traiter la spasticité ?

- A : Le traitement de base repose sur des étirements réguliers
- B : Le traitement de base repose sur des étirements des muscles sains
- C : Le traitement de base repose sur des étirements courts et brefs
- D : Le traitement de base repose sur des étirements des muscles spastiques.

Question 28
Baclofène est un traitement contre :

- A : l'escarre
- B : la douleur
- C : la spasticité
- D : la crevaissse de la roue de mon fauteuil.

Question 29

En cas de spasticité, quelles questions faut-il se poser ?

- . A : ai-je un globe vésical ?
- . B : ai-je une escarre ?
- . C : ai-je bien vidé mon verre de Whisky ?
- . D : ai-je un fécalome ?

Question 30

Mis à part les traitements médicamenteux, connaissez-vous d'autres traitements pour lutter contre la spasticité ?

- . A : les étirements
- . B : la toxine botulique
- . C : les postures adaptées
- . D : le tir à l'arc

Question 35

Il faut se verticaliser :

- . A : pour favoriser le transit intestinal
- . B : pour éviter les escames
- . C : pour entretenir le système cardio-vasculaire
- . D : pour lutter contre l'hypertension artérielle

Question 56

Vous vous êtes fait plaisir pendant les fêtes, et avez pris 5 kilos, quelle attitude adoptez-vous ?

- . A : je réduis mes apports caloriques
- . B : j'entame un régime draconien
- . C : je prends contact avec la nutritionniste
- . D : « ce n'est pas grave, je ne suis plus à cela près », en plus, il y a des frites à la cantine à midi...

Question 61

Vous avez décidé de vous débarrasser de vos poils :

- . A : j'utilise de la cire chaude, de toute façon je ne sentirai rien
- . B : j'utilise un rasoir en faisant attention de ne pas me couper
- . C : je prends rendez-vous chez l'esthéticienne, c'est une spécialiste !
- . D : j'utilise de la cire froide

Question 62

Lors d'une lésion complète de la moelle épinière, le patient présente très souvent une hypertension artérielle !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 64

Lors d'une lésion complète de la moelle épinière, le patient présente très souvent une hypotension artérielle :

- . A : vrai
- . B : faux

Question 65

Lors des premiers levers, la meilleure méthode est :

- . A : une verticalisation rapide, pour éviter un malaise
- . B : le port de bas de contention est primordial
- . C : une verticalisation prudente et progressive, pour éviter un malaise
- . D : de bonnes chaussettes serrées suffisent

Question 66

Qu'est-il conseillé d'enfiler, avant le premier lever, pour éviter une chute de tension ?

- . A : des bas résiliés
- . B : un pantalon ample
- . C : des bas de contention
- . D : un pantalon de jogging

Question 67

Lors d'un 1er lever, pour éviter une hypotension, en plus des bas de contention, que peut-on porter ?

- . A : une sangle abdominale
- . B : un corset
- . C : un jean bien mouvant
- . D : des charentaises

Question 68

En cas d'hyperréflexie autonome, que faut-il faire?

- . A : incliner le dossier du fauteuil roulant
- . B : se mettre un gant de toilette mouillé sur le front
- . C : attendre que les signes disparaissent
- . D : appeler le médecin

Question 68

En cas de variation pondérale (prise ou perte de poids), il faut être d'autant plus vigilant aux problèmes cutanés !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 70

Vous êtes porteur d'une sonde urinaire, et celle-ci est bouchée, que risquez-vous ?

- . A : une infection
- . B : un globe vésical
- . C : l'apparition de céphalées pulsatiles d'installation rapide
- . D : une sonde urinaire bouchée n'a rien d'alarmant

Question 71

Qu'est-ce qu'un fécalome ?

- . A : une masse tumorale
- . B : des selles liquides
- . C : une plaque de cholestérol
- . D : des selles solides coincées dans le rectum

Question 75

Vous réalisez un sondage intermittent, il est nécessaire de se laver les mains au préalable !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 76

Vous utilisez la technique des sondages intermittents pour votre vidange vésicale, quelle est la fréquence recommandée sur 24 heures ?

- . A : 1 à 2
- . B : 3 à 4
- . C : 5 à 7
- . D : 10 à 12

Question 77

Pour maintenir une diurèse suffisante, il est conseillé de boire :

- . A : 1 litre par jour
- . B : 2 litres par jour
- . C : 3 litres par jour
- . D : 4 litres par jour

Question 78

Une paraostéarthropathie neurogène est :

- . A : une perte de minéralisation osseuse
- . B : une formation osseuse anormale à côté de l'articulation
- . C : un ostéome
- . D : un os surnuméraire

Question 79

Les paraostéopathies neurogènes touchent les grosses articulations !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 80

Les paraostéopathies neurogènes se développent de préférence au-dessus de la lésion médullaire !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 81

Dans le cadre de paraostéopathies neurogènes, il peut y avoir des signes inflammatoires locaux (rougeur, chaleur, douleur) !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 82

La spasticité peut être déclenchée par :

- . A : une escarre
- . B : une épine irritative
- . C : le froid
- . D : une infection

Question 83

Comment contrôler au mieux la spasticité ?

- . A : en prenant un bain bien chaud
- . B : en prenant un bain bouillonnant
- . C : par le biais de postures et étirements des chaînes spastiques
- . D : par mobilisation passive

Question 84

Pour traiter la spasticité, on associe la mobilisation passive, les postures, les étirements et la cryothérapie !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 85
Quels sont les traitements
médicamenteux anti-spastiques ?

- . A : NEURONTIN
- . B : BACLOFENE
- . C : RIVOTRIL
- . D : Toxine botulique

Question 86
Après injection dans le muscle spastique,
la toxine botulique agit :

- . A : immédiatement
- . B : son efficacité est maximale au bout de 3 à 4 semaines
- . C : son efficacité est minimale au bout de 3 à 4 semaines
- . D : son efficacité est maximale au bout de 3 à 4 mois

Question 87
La durée d'action de la toxine botulique,
après injection dans un muscle spastique
est de :

- . A : 1 mois
- . B : 3 à 6 mois
- . C : un an
- . D : 10 ans

Question 88
Une épine irritative peut déclencher des
problèmes de spasticité !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 89
Les épines irritatives peuvent être
d'origine :

- . A : urinaires (globe vésical)
- . B : ophtalmologiques (cataracte)
- . C : cutanées (escarres)
- . D : digestives (fécalome)

Question 90
Vous êtes au bord de la plage, il fait plus
de 40° au soleil :

- . A : vous restez prudemment à l'ombre de votre parasol
- . B : vous profitez du soleil, muni d'une crème solaire indice 20
- . C : vous vous rafraîchissez avec de l'eau régulièrement
- . D : vous avez pris soin d'apporter une glacière pleine de bière bien fraîche !

Question 91

C'est l'heure de la pause-café, sur votre lieu de travail, toujours prêt à rendre service, vous proposez de ramener le café de votre collègue, en plus du vôtre :

- . A : vous le placez entre vos jambes. le temps du transport...
- . B : Ah non ce n'est pas génial, vous risquez de vous brûler
- . C : j'utilise un plateau
- . D : mes collègues sont suffisamment aimables pour être solidaires

Question 93

Votre compagne ou compagnon vous offre pour votre anniversaire des bottes pointues rigides :

- . A : je les porte de suite, même si je vois qu'elles sont trop serrées
- . B : je ne risque pas de me blesser avec des chaussures en cuir, comme a dit la vendeuse : « le cuir se détend »
- . C : je demande la facture pour les échanger
- . D : les bottes pointues c'est risqué !

Question 94

En cas de variation pondérale (prise ou perte de poids), il faut adapter les aides techniques !

- . A : vrai
- . B : faux

Question 98

Le but de l'étirement est :

- . A : de lutter transitoirement contre la spasticité
- . B : de renforcer les muscles qui sont faibles
- . C : d'éviter les rétractions musculaires
- . D : de renforcer les muscles qui sont forts

Question 99

En cas de défaillance mécanique sur mon fauteuil à domicile, j'appelle :

- . A : mon ami, Jean-Pierre Foucault
- . B : mon beau-frère mécano chez Renault
- . C : le prestataire qui m'a vendu le fauteuil
- . D : l'ergothérapeute qui s'est occupé de moi

Question 104

Les pneus de mon fauteuil sont usés et détériorés :

- . A : je dois les changer
- . B : ils feront encore l'affaire quelques mois
- . C : je les change et le coût de cette opération est entièrement à mes frais
- . D : je peux bénéficier d'une prise en charge financière

Question 105

A votre avis, le volume moyen conseillé lors d'une vidange vésicale est de :

- . A : 500 ml
- . B : non, si j'obtiens 500 ml c'est que j'ai trop attendu
- . C : 50 ml
- . D : 400 ml

Questions « Para-chute » :



Question 7 :

Citez 3 situations à risque d'escarre

RISK



Réponse livret pour les cliniciens



Question 8 :

Citez 2 moyens pour lutter contre l'hypotension orthostatique



Réponse livret pour les cliniciens



Question 9 :

Citez au moins 2 signes cliniques d'hypotension orthostatique



Réponse livret pour les cliniciens

Question 10 :

Savez-vous ce qu'il convient de faire lorsque vous ressentez des signes d'hypotension orthostatique ?



Réponse livret pour les cliniciens

Question 11 :

Citez au moins 2 signes cliniques d'hyperréflexie autonome



Réponse livret pour les cliniciens



Question 12: 

Quelle est la première chose à faire en cas de survenue d'une hyperréflexie autonome ?



Réponse livret pour les curieux



Question 13 :

Citez les différentes étapes à réaliser, en cas de survenue d'une hyperréflexie autonome ?



Réponse livret pour les curieux

Question 15 : 

Quelles sont les risques, si ma sonde urinaire se bouche ?



Réponse livret pour les curieux

Question 16 : 

Vous allez prendre un bain, y-a-t-il selon vous, des précautions à prendre et pourquoi ?



Réponse livret pour les curieux



Question 17 : 

Décrivez succinctement, les différentes étapes de la réalisation d'un sondage urinaire intermittent ?

Réponse livret pour les curieux



Question 18 : 

Citez au moins 4 situations engendrant un risque de brûlures



Réponse livret pour les curieux



Question 21 :



Citez au moins 2 localisations de paraostéarthropathies neurogènes ou ostéomes

Réponse livret pour les curieux



Question 22 :



Citez au moins 2 signes cliniques de paraostéarthropathies neurogènes ou ostéome



Réponse livret pour les curieux



Question 31 :

Montrez ou expliquez, comment étirer la chaîne postérieure des jambes



Réponse livret pour les curieux



Question 32 :

Pouvez-vous citer 3 moyens de prévention d'une escarre au niveau des fesses ?



Réponse livret pour les curieux



Question 99 :



Qui dois-je contacter en cas de défaillance mécanique sur mon fauteuil ?



Réponse livret pour les curieux



Question 100 :



Citez au moins 2 facteurs de risque d'escarre



Réponse livret pour les curieux



Question 101 :



En présence d'une **épine irritative**, quels sont selon vous, les **3 premières choses** à contrôler ?



Réponse livret pour les curieux



Question 102 :

Pouvez-vous citer, mis à part les traitements médicaux et chirurgicaux, les traitements pour lutter contre la **spasticité** ?



Réponse livret pour les curieux



Question 103 :

Pouvez-vous expliquer, pourquoi il est nécessaire de se **verticaliser** ?



Réponse livret pour les curieux

ANNEXE V : Mémentos réponses aux QCM.

ANNEXE V : Réponses
« para-l'aile »



- **1)** A - C
- **2)** A - C
- **4)** A - C - D et livret pour les curieux
- **5)** A - B et livret pour les curieux
- **6)** A - B - D et livret pour les curieux
- **7)** A - B - C et livret pour les curieux
- **32)** A - C - D et livret pour les curieux
- **33)** B - D
- **34)** A - B - C - D
- **36)** B et livret pour les curieux
- **37)** A - B - D
- **38)** A - C - D
- **39)** A
- **40)** B - D
- **41)** A - B - D
- **42)** A - B - C
- **43)** A - C
- **44)** A - D
- **45)** A
- **46)** A - C
- **47)** A
- **48)** C - D acceptable et livret pour les curieux
- **49)** B et livret pour les curieux
- **50)** B et livret pour les curieux
- **51)** A et livret pour les curieux
- **52)** A et livret pour les curieux
- **53)** A et livret pour les curieux
- **54)** B - D
- **55)** A - C - D
- **57)** B
- **58)** A
- **59)** A
- **60)** B
- **92)** A
- **95)** A
- **96)** B - D
- **97)** A - C - D
- **105)** B - C - D
- **106)** A - C
- **107)** C - D et livret pour les curieux
- **108)** Tout est faux et livret pour les curieux
- **109)** D et livret pour les curieux
- **110)** B et livret pour les curieux
- **111)** B
- **112)** A



ANNEXE V : Réponses « fourre tout »

- **8)** B - C - D et livret pour les curieux
- **9)** A - B - C - D et livret pour les curieux
- **10)** A - C et livret pour les curieux
- **11)** A - C et livret pour les curieux
- **14)** tout est juste ! et livret pour les curieux
- **16)** B - C et livret pour les curieux
- **17)** D et livret pour les curieux
- **19)** A - C et livret pour les curieux
- **20)** A et livret pour les curieux
- **21)** A - C et livret pour les curieux
- **22)** A - B - D et livret pour les curieux
- **23)** A - B et livret pour les curieux
- **24)** A - C - D et livret pour les curieux
- **25)** B - C et livret pour les curieux
- **26)** A - B - C et livret pour les curieux
- **27)** A - D et livret pour les curieux
- **28)** C
- **29)** A - B - D
- **30)** A - B - C
- **35)** A - B - C
- **56)** A - C
- **61)** B - C - D
- **62)** B (Hypotension artérielle)
- **64)** A
- **65)** B - C
- **66)** C
- **67)** A
- **68)** A - D
- **69)** A
- **70)** A - B - C
- **71)** D
- **75)** A
- **76)** C
- **77)** B
- **78)** B - C
- **79)** A
- **80)** B
- **81)** A
- **82)** A - B - D
- **83)** C - D
- **84)** A
- **85)** B (D est une réponse piège, car c'est un traitement injectable et non médicamenteux)
- **86)** B
- **87)** B
- **88)** A
- **89)** A - C - D
- **90)** A - C
- **91)** B - C - D
- **93)** C - D
- **94)** A
- **98)** A - C
- **99)** C - D acceptable et livret pour les curieux
- **104)** A - D et livret pour les curieux
- **105)** D et livret pour les curieux



ANNEXE VI : Tableau d'évaluation

Fiche d'évaluation du Maître du jeu

	Para-l'aille		Fourre-tout		Para-chutes		Remarques
	Vrai	Faux	Vrai	Faux	Vrai	Faux	
Chaussure							
Dé à coudre							
Chien							
Chapeau							

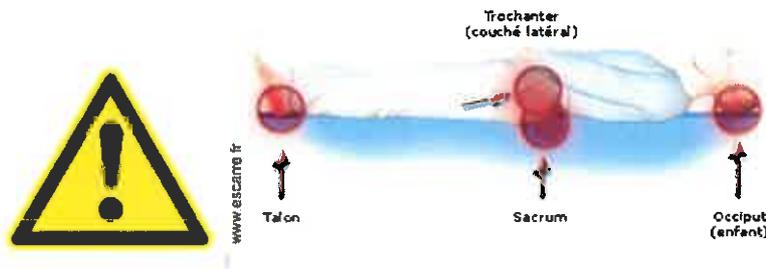
ANNEXE VII : Livret « pour les curieux ».

Livret pour les curieux



Question 2 :

Lorsque vous êtes allongé sur le dos, les principales zones à risque sont :
L'occiput, les omoplates, les coudes, le sacrum et les talons.



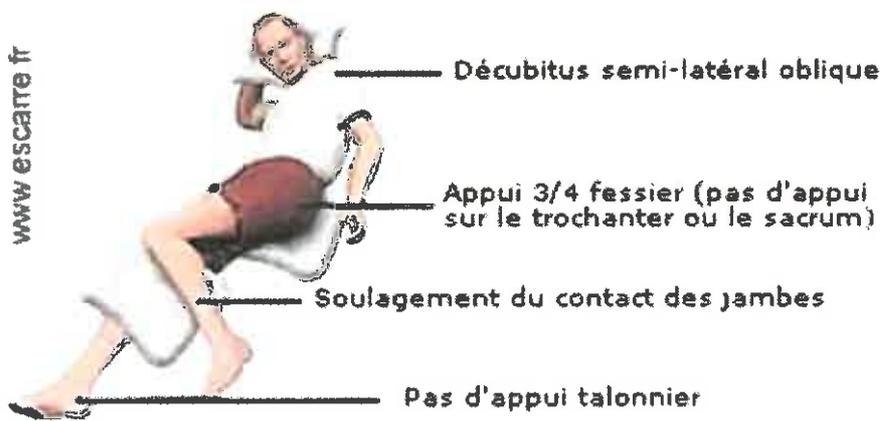
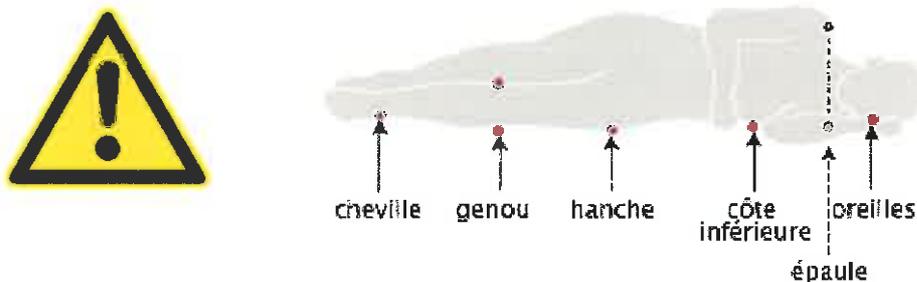
Question 4 :

Les principales zones à risque sont :

Le pavillon de l'oreille, l'acromion, le trochanter et la malléole latérale du côté de l'appui.

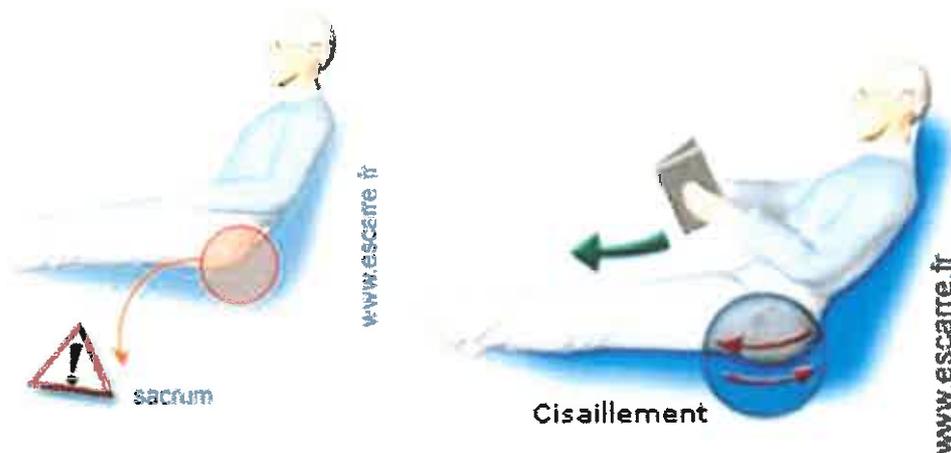
Si les jambes sont laissées l'une sur l'autre, les faces internes des genoux et les malléoles médiales peuvent aussi présenter une escarre.

Il est conseillé d'éviter la position latérale de 90°, et de préférer une position à 30°, vers une position sur le dos, avec un soutien dorsal, les jambes légèrement fléchies au niveau des hanches et des genoux avec un coussin entre les deux genoux, les pieds reposant sur le côté sans se toucher.



Question 5 :

Lorsque vous êtes en position $\frac{1}{2}$ assise, les principales zones à risque sont : **Le sacrum et le coccyx**. De plus, cette position favorise le glissement du corps, avec un risque de cisaillement de la peau.
Il est conseillé d'éviter le plus possible cette position, et de préférer la position couchée sur le dos ou le côté.



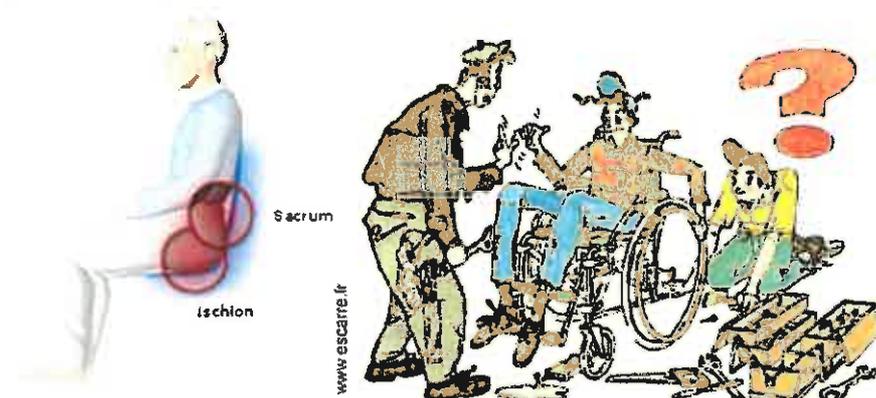
Question 6 :

Lorsque vous êtes assis en fauteuil, les principales zones à risque sont : **Les ischions (points d'appui fessier) et les trochanters**.

Il faut savoir que si les jambes sont trop serrées, notamment en cas de spasmes, la face interne des genoux, ainsi que les malléoles internes peuvent également développer une escarre.

Il en est de même si votre bassin est plus penché d'un côté, dans ce cas, la fesse correspondante sera exposée à un plus grand risque d'escarre.

Si le repose-pied est trop haut, ce seront les ischions qui seront exposés.



D'où l'importance d'une bonne installation ...

Question 7 :

Les situations à risque d'escarres sont :

- les zones de contact des orthèses ou des plâtres
- une sonde vésicale mal attachée peut provoquer une escarre de l'urètre
- un objet dur oublié dans le lit ou sur l'assise du fauteuil
- les coutures épaisses ou les vêtements trop serrés
- toutes les zones pouvant être heurtées. Lors d'un transfert par exemple, si le soulèvement du bassin n'est pas assez haut, il y a un risque de frottement sur les roues pouvant entraîner une lésion cutanée et secondairement une escarre.



Éviter les vêtements trop serrés ..



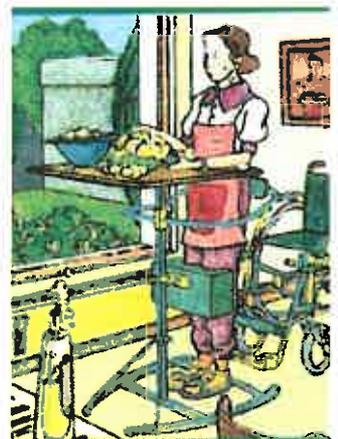
Préférer les vêtements larges

Question 8 :

Les moyens pour lutter contre l'hypotension orthostatique sont :

- le port de bas de contention et d'une gaine abdominale avant les levers, afin de favoriser le retour veineux
- la verticalisation, elle se fera progressivement et prudemment
- il est possible de prendre un traitement médicamenteux préventif sur prescription médicale, permettant d'augmenter la tension.

Se verticaliser progressivement sans oublier ...



Question 9 :

Les signes de l'hypotension orthostatique sont :

- pâleur
- palpitation
- battement dans les tempes
- sensation de vertige
- flou visuel
- acouphènes (bourdonnements d'oreille)
- nausée
- malaise



Question 10 :

Lorsque vous ressentez des signes d'hypotension orthostatique, le bon geste est de s'allonger ou de se basculer dans son fauteuil roulant, en surélevant les jambes afin que le malaise se dissipe. Le port de bas de contention et d'une sangle abdominale sont des moyens de prévention, ils favorisent le retour veineux. Si ces précautions sont insuffisantes, il existe également des médicaments hypertenseurs à titre préventif.



Question 11 :

Les signes cliniques d'une hyperréflexie autonome sont :

Une augmentation brutale de la tension artérielle accompagnée de céphalées pulsatiles (maux de tête violents), une bradycardie (ralentissement du rythme cardiaque), une rougeur au niveau du visage, une hypersudation, des frissons et une horripilation (chair de poule).



Question 12 :

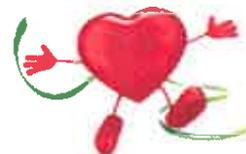
La 1^{ère} chose à faire en cas d'hyperréflexie autonome si l'on est allongé est de **s'asseoir**. La position assise fait baisser la tension artérielle, qui est élevée en cas d'HRA.



Question 13 :

Les différentes étapes en cas de survenue d'une hyperréflexie autonome sont de :

- 1- s'asseoir, si on est allongé
- 2- desserrer ses vêtements, ses chaussures et retirer tous les systèmes de contention
- 3- vérifier l'absence d'épines irritatives urgentes : vessie ou intestins pleins, sonde urinaire bouchée
- 4- mesurer la tension artérielle et la fréquence cardiaque toutes les 5 minutes (il est important de connaître sa tension artérielle habituelle, afin de servir de référence et pouvoir comparer)
- 5- si les symptômes persistent, appeler les secours.



Question 14 :

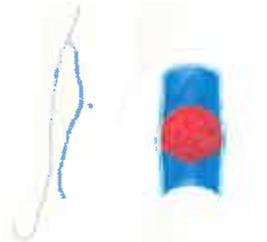
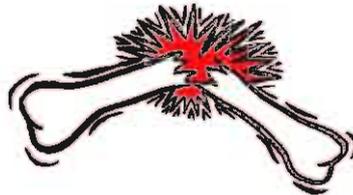
Les facteurs déclenchants d'une hyperréflexie autonome sont multiples et variés.

Ils peuvent être d'origine :

- **urinaire** : globe vésical (vessie pleine), infections urinaires ou rénales, lithiases
- **digestive** : fécalome, hémorroïdes, fissure anale
- **cutanée** : escarre, ongles incarnées, brûlures ou gelures.

Mais aussi :

- **osseuse et articulaire** : fracture, luxation, inflammation des articulations, paraostéoarthropathies neurogènes (POAN)
- **vasculaire** : phlébite, ischémie des membres par artérite.



Question 15 :

Si ma sonde urinaire se bouche, je risque de développer les symptômes suivants :

- une augmentation brutale de la tension artérielle, accompagnée de céphalées pulsatiles (maux de tête violents)
- une bradycardie (ralentissement du rythme cardiaque)
- une rougeur au niveau du visage
- une hypersudation
- des frissons
- une horripilation.

Tous ces signes sont révélateurs d'une **hyperréflexie autonome**.



Question 16 :

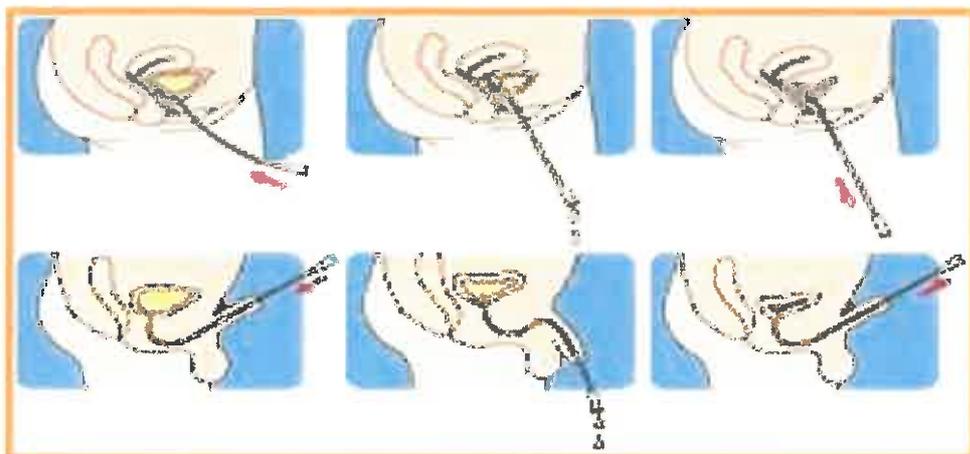
Avant de rentrer dans l'eau de votre bain, il est nécessaire **d'en vérifier la température avec votre main**, car en-dessous de la lésion, **votre peau étant insensible**, vous n'aurez pas le réflexe de retrait provoqué par la douleur face à la chaleur de l'eau. Vous risquez donc de vous **brûler**.



Question 17 :

Lors d'un sondage intermittent, il convient de :

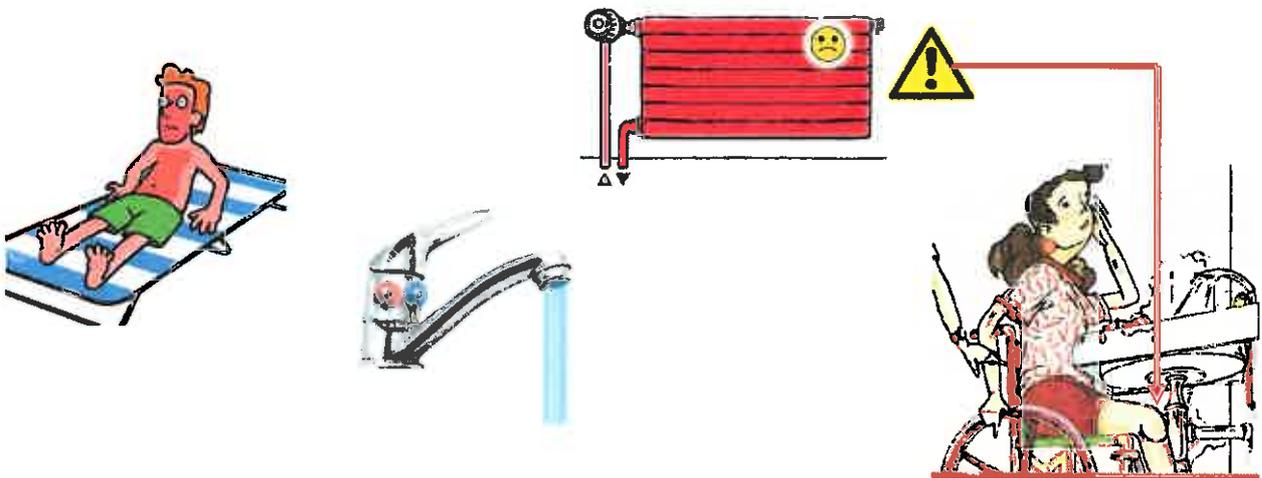
- se laver les mains à l'eau et au savon, pas de champ stérile, ni de gant
- réaliser une toilette locale avec de l'eau et du savon
- repérer le méat urinaire à l'aide d'un miroir ou de votre doigt
- introduire la sonde
- vidanger la vessie, compléter par une expression manuelle en fin de sondage
- retirer progressivement la sonde pour assurer un lavage urétral
- se laver les mains à l'eau et au savon.



Question 18 :

Les facteurs de risque de brûlures sont :

- l'exposition au soleil
- les robinets d'eau chaude ou l'eau du bain
- les canalisations d'eau chaude passant sous le lavabo, à la hauteur des jambes
- les radiateurs contre lesquels on s'appuie, alors qu'ils sont chauds
- les cendres de cigarettes ou un feu de cheminée dont on s'approche trop
- les plats, assiettes, tasses, et bols chauds posés sur les genoux ou pris entre les mains.



Question 19 :

Le **sondage intermittent** doit être réalisé 5 à 6 fois par jour, soit à heures fixes toutes les 4 heures, soit quand vous sentez votre vessie pleine (pour ceux qui ont la sensation préservée).



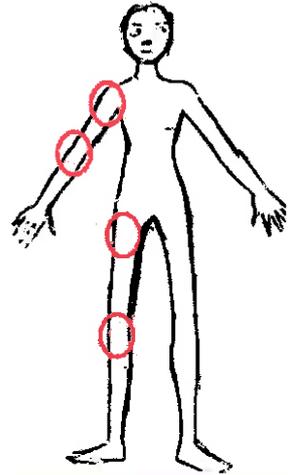
*4 à 5 X par jour,
mais ne surtout pas l'oublier*



NON !

Question 20 :

Les paraostéoarthropathies neurogènes (POAN) ou ostéomes sont des formations osseuses dans les tissus mous péri-articulaires des grosses articulations : hanches, genoux, épaules et coudes.



Question 21 :

Les paraostéoarthropathies neurogènes (POAN) ou ostéomes se localisent le plus souvent, au niveau des grosses articulations : hanches, genoux, épaules et coudes.

Question 22 :

Ces ostéomes se révèlent par un gonflement articulaire, correspondant à une inflammation avec augmentation de la chaleur locale, œdème, tuméfaction des parties molles, des douleurs spontanées ou provoquées par la mobilisation, une perte de mobilité articulaire, puis une ankylose (blocage) de l'articulation.



Question 23 :

La spasticité est la conséquence d'un excès de tonus dans le muscle et de l'exagération du réflexe de contraction en réponse à son étirement.

Question 24 :

Les spasmes sont des mouvements involontaires, brusques en flexion et/ou en extension, survenant en territoire sous-lésionnel, déclenchés par une stimulation nociceptive, c'est-à-dire une stimulation qui serait perçue comme douloureuse si la sensibilité sous-lésionnelle était préservée.



Question 25 :

La spasticité peut être utile car elle favorise le retour veineux, entretient la trophicité musculaire (nutrition et oxygénation du muscle) évitant ainsi une atrophie du muscle, maintenant son volume et son galbe.

En cas de paraplégies incomplètes, certaines personnes utilisent la spasticité pour se mettre debout, se déplacer, effectuer des transferts...

Question 26 :

La **spasticité** dans les cas les plus sévères, peut gêner les actes de la vie quotidienne comme l'installation au lit, l'habillage, la toilette, les transferts, la position assise au fauteuil. Les muscles immobilisés dans une certaine position, peuvent perdre leur élasticité naturelle et ne plus se laisser étirer. Cela peut aboutir à un raccourcissement définitif du muscle ; on parle de rétraction musculaire.

La spasticité peut également favoriser des escarres par frottement, chocs et mauvaise installation au lit ou au fauteuil.



Question 27 :

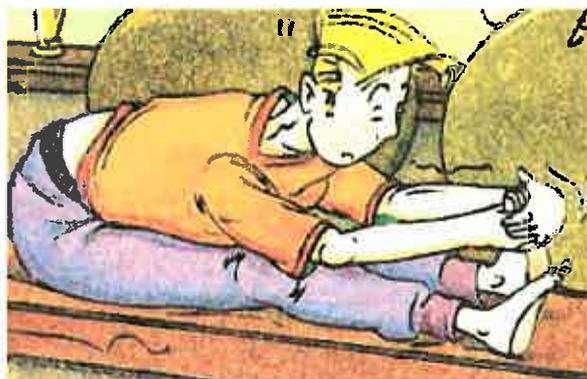
Le **traitement physique de base de la spasticité** repose sur des postures, des étirements ou auto-étirements prolongés, quotidiens et répétés des muscles spastiques.



Plusieurs fois par jour ...

Question 31 :

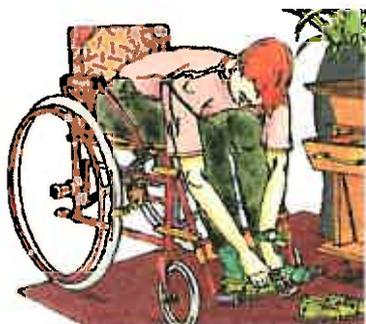
Pour étirer la **chaîne postérieure des jambes**, il convient de se mettre en **position assise**, jambes tendues sur la table de massage, et de projeter votre tronc en avant.



Question 32 :

A propos de la prévention de l'escarre, il faut :

- 1- se soulever régulièrement au fauteuil roulant ou se pencher vers l'avant à chaque occasion
- 2- surveiller sa peau visuellement avec un miroir et la palper pour détecter tout risque d'escarre
- 3- bien maîtriser la technique de transfert pour éviter de frotter la roue
- 4- avoir une bonne position assise dans le fauteuil roulant
- 5- en cas d'escarre même stade 1, supprimer complètement l'appui, dans la mesure du possible
- 6- éviter les fuites d'urine et de selles, qui provoquent une humidité et une macération
- 7- avoir du matériel adapté comme un matelas et un coussin anti-escarre.



Question 36 :

La surveillance de votre état cutané est **fondamentale sur toutes les parties de votre corps.**

Le minimum est de le faire matin et soir. Pour les zones non visibles, le miroir est un allié précieux !



Question 48 :

Le stade inclassable existe, il s'agit d'une escarre recouverte par une nécrose ou fibrine qui empêche de voir la profondeur de l'atteinte.

Question 49 à 53 :

Les différents stades de l'escarre :

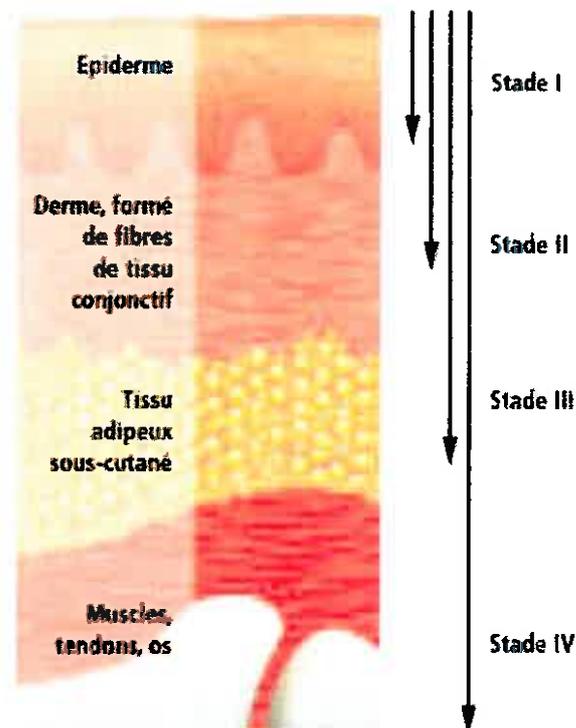
Stade 1 : une plaque rouge, douloureuse, rapidement réversible lors de la mise en décharge

Stade 2 : une perte d'une partie de substance de l'épiderme et du derme

Stade 3 : une perte de substance atteignant le tissu graisseux sous-cutané

Stade 4 : une perte de substance atteignant et dépassant les fascias, pouvant impliquer les os et articulations

Stade inclassable : correspond à une nécrose ou fibrine qui empêche de voir la profondeur de l'atteinte.



Question 99 :

Le prestataire qui vous a vendu votre fauteuil roulant, reste votre interlocuteur privilégié pour les défaillances techniques et la réparation du matériel.



Question 100 :

Les facteurs de risque d'escarre :

- la perte totale de la sensibilité cutanée
- l'immobilité
- l'incontinence urinaire et fécale mal maîtrisées, qui favorisent la macération
- la spasticité qui peut créer au niveau des membres un risque d'appui, de cisaillement, de friction ou de choc
- la perte du volume musculaire (amyotrophie) ou un amaigrissement trop important avec diminution de l'épaisseur de la graisse cutanée
- le vieillissement qui altère la résistance et les souplesses de la peau
- la malnutrition et la déshydratation
- le tabagisme
- l'altération de l'état général (asthénie-amaigrissement-anorexie)
- l'état psychologique
- la qualité de l'environnement social et familial.



Question 101 :

Les 3 premières choses à contrôler lors d'une **épine irritative** sont la présence d'un globe vésical, d'un fécalome ou d'une escarre.



Question 102 :

Mis à part les traitements médicaux et chirurgicaux, les traitements pour lutter contre la spasticité sont :

- le traitement orthopédique : postures adaptées, étirements des chaînes spastiques
- le traitement injectable : toxine botulique.



Question 103 :

La verticalisation :

- favorise le transit intestinal
- participe à la prévention des escarres
- permet d'entretenir le système cardio-vasculaire.



Question 104 :

Il existe des forfaits annuels de réparation, mais ils ne peuvent être cumulés d'une année à l'autre et leur montant peut varier selon le type d'intervention.

Question 105 :

Le volume moyen de chaque vidange doit être de 400 ml. Il correspond à un besoin réel de miction. A environ 500 ml de remplissage, on parle de besoin urgent qui correspond à la fin de remplissage de la vessie. Si vous obtenez un volume supérieur à 500-600 ml, c'est que vous avez trop attendu.

Bibliographie :

- 1) Association des paralyés de France. Para / tétra. Paris 2008
- 2) M.M. Boucard, M.A Chauvet, Société Poirier. Aux paraplégiques. 1991
- 3) www.escarres.fr