

# SCLÉROSE EN PLAQUES :

## PRESCRIRE ET CONTRÔLER L'AUTORÉÉDUCATION (1<sup>ÈRE</sup> PARTIE)

Arnaud CHOPLIN<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Kinésithérapeute cadre formateur  
IFMK Niçois  
CHU Archet 2, Nice (06)

### RÉSUMÉ

La rééducation des patients atteints de sclérose en plaques (SEP) présentant un score EDSS (*Expanded disability status scale*) inférieur à 4, pourrait améliorer leur qualité de vie. Elle se doit d'être adaptée et contrôlée par un masseur-kinésithérapeute. Les exercices de cette rééducation devront présenter un rendement coût/efficacité le moins chronophage possible.

Une fiche synthétique d'exercices adaptés sera remise au patient afin qu'il puisse organiser son autoprise en charge. Le thérapeute aura parallèlement un dossier de suivi du patient qui servira à nourrir le dossier médical.

### SUMMARY

*Rehabilitation of patients with multiple sclerosis with an EDSS score of less than 4, can improve their quality of life. Rehabilitation should be adapted and controlled by the physiotherapist. The exercises should be cost and time efficient.*

*An individualised exercise sheet is given to the patient so that he can continue rehabilitation himself. The therapist keeps a written record of the patient's activity and progress which supplements the medical file.*

### MOTS CLÉS

Assouplissement - Autorééducation - Équilibre - Prévention - Réentraînement - SEP

### KEYWORDS

*Stretching - Self rehabilitation - Equilibrium - Prevention - Retraining - Multiple sclerosis*

LES patients présentant une sclérose en plaques (SEP) ayant un handicap faible avec un score d'incapacité EDSS (*Expanded disability status scale*) [1] compris entre 1 et 3,5, c'est-à-dire au début de leur pathologie, n'utilisent pas ou très peu la compétence masso-kinésithérapique. Cette observation est légitime puisqu'il s'agit, d'une part de patients totalement autonomes (EDSS à 3,5) et, d'autre part il n'y a pas ou peu de références rééducatives permettant de proposer une adaptation aux besoins de ces patients.

C'est pour cela que l'équipe rééducative du CHU de Pasteur (Nice) a décidé de proposer une méthodologie **d'autoprise en charge prescrite et contrôlée** par un masseur-kinésithérapeute. En effet, si l'intérêt d'un suivi rééducatif débuté le plus précocement possible est admis de tous, encore faut-il l'adapter aux besoins du patient.

Cette adaptation doit être ciblée en fonction d'un bilan masso-kinésithérapique du patient, mais aussi en fonction de la faisabilité en rapport avec son mode de vie.

Conseiller aux patients de nombreux exercices prenant beaucoup de temps et d'énergie, nous expose au risque qu'il ne les exécutera pas ou mal. Préconiser des exercices simples, faciles à réaliser et peu "consommateurs" de temps est plus pertinent.

Il s'agit donc d'utiliser les compétences des masseurs-kinésithérapeutes dans l'interprétation des bilans, afin d'optimiser le choix de quelques exercices ciblés pour garantir leur réalisation régulière et permettre ainsi de retarder la dégradation inéluctable des performances physiques du patient. Conserver leur niveau de qualité de vie le plus longtemps possible est un beau et grand challenge...

### INFORMATIONS GÉNÉRALES ET MÉTHODE

L'élaboration d'une double fiche nous paraît indispensable : l'une, élaborée pour l'usage du bilan du masseur-kinésithérapeute, l'autre à l'usage du patient.

**Tableau Ia**Score d'incapacité EDSS (*Expanded disability status scale*), d'après Kurtzke [2]

L'échelle EDSS, cotée de 0 (pas de handicap) à 10 (décès) est très utilisée pour coter le niveau de handicap des patients atteints de sclérose en plaques. Elle fait référence à la notion de fonctions neurologiques. Il s'agit des fonctions suivantes :

- pyramidale (marche) ;
- cérébelleuse (coordination) ;
- parole et déglutition ;
- sensitive (toucher et douleur) ;
- intestinale et urinaire ;
- visuelle ;
- mentale ;
- autres.

**Échelle EDSS**

- 0.0. Examen neurologique normal (tous scores à 0).
- 1.0. Absence de handicap fonctionnel, signes minimes (score 1) d'atteinte d'une des fonctions (*cf. supra*).
- 1.5. Absence de handicap fonctionnel, signes minimes (score 1) d'atteinte d'au moins 2 fonctions.
- 2.0. Handicap fonctionnel minime dans une des fonctions (1 fonction, score 2 ; les autres 0 ou 1).
- 2.5. Handicap fonctionnel minime dans 2 fonctions (2 fonctions score 2 ; les autres 0 ou 1).
- 3.0. Handicap fonctionnel modéré dans une fonction ou atteinte minime de 3 ou 4 fonctions, mais malade totalement ambulateur (1 fonction score 3, les autres 0 ou 1 ; ou 3 ou 4 fonctions score 2 ; les autres à 0 ou 1).
- 3.5. Totalement ambulateur ; comme 3.0, mais atteintes combinées différentes (1 fonction score 3 et 1 ou 2 score 2, ou 2 fonctions score 3 ; ou 5 fonctions score 2 ; les autres 0 ou 1).
- 4.0. Malade totalement autonome pour la marche, vaquant à ses occupations 12h par jour malgré une gêne fonctionnelle relativement importante : 1 fonction à 4, les autres 0 ou 1, ou atteinte combinée de plusieurs fonctions à des scores inférieurs à 4, mais supérieurs à ceux notés en 3.5. Le patient peut marcher 500 m environ sans aide, ni repos.
- 4.5. Malade autonome pour la marche, vaquant à ses occupations la majeure partie de la journée, capable de travailler une journée entière, mais pouvant parfois être limité dans ses activités ou avoir besoin d'une aide minime, handicap relativement sévère : une fonction à 4, les autres à 0 ou 1, ou atteinte combinée de plusieurs fonctions à des scores inférieurs à 4, mais supérieurs à ceux notés en 4.0. Le patient peut marcher sans aide, ni repos 300 m environ.
- 5.0. Peut marcher seul 200 m sans aide ni repos, handicap fonctionnel suffisamment sévère pour entraver l'activité d'une journée normale ; en général une fonction à 5, les autres à 0 ou 1, ou combinaisons diverses supérieures à 4.5.
- 5.5. Peut marcher 100 m seul, sans aide, ni repos ; handicap fonctionnel suffisamment sévère pour empêcher l'activité d'une journée normale.
- 6.0. Aide unilatérale (cane, canne anglaise, béquille), constante ou intermittente nécessaire pour parcourir environ 100 m avec ou sans repos intermédiaire.
- 6.5. Aide permanente et bilatérale (cannes, cannes anglaises, béquilles) pour marcher 20 m sans s'arrêter.
- 7.0. Ne peut marcher plus de 5 m avec aide ; essentiellement confiné au fauteuil roulant ; fait avancer lui-même son fauteuil et effectue seul le transfert, est au fauteuil roulant au moins 12 h par jour.
- 7.5. Incapable de faire plus de quelques pas ; strictement confiné au fauteuil roulant ; a parfois besoin d'une aide pour le transfert ; peut faire avancer lui-même son fauteuil ; ne peut y rester toute la journée ; peut avoir besoin d'un fauteuil électrique.
- 8.0. Essentiellement confiné au lit ou au fauteuil, ou promené en fauteuil par une autre personne ; peut rester hors du lit la majeure partie de la journée ; conserve la plupart des fonctions élémentaires ; conserve en général l'usage effectif des bras.
- 8.5. Confiné au lit la majeure partie de la journée ; garde un usage partiel des bras ; conserve quelques fonctions élémentaires.
- 9.0. Patient grabataire ; peut communiquer et manger.
- 9.5. Patient totalement impotent, ne peut plus manger ou avaler, ni communiquer.
10. Décès lié à la SEP.

**LA FICHE-BILAN  
MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE**

La fiche-bilan masso-kinésithérapique sera composée d'une présentation de l'État civil du patient, de renseignements sur la date du premier diagnostic SEP et du score EDSS (*Expanded disability status scale*) [2] (tab. Ia) fourni par le médecin neurologue. L'interrogatoire permettra de quantifier les activités régulières du patient en mètres, en temps, en fréquence... Les disponibilités du patient seront abordées afin de déterminer la fréquence des rendez-vous de masso-kinésithérapie.

Il ne s'agit pas d'imposer au patient une fréquence trop importante mais bien d'insérer la prise en charge rééducative de la façon la plus adéquate possible dans sa vie de tous les jours. Ainsi, la fréquence des rendez-vous pourra varier d'une séance par semaine à une séance par mois. Les techniques de rééducation seront fonction du mode de vie du patient (sport, profession, accessibilité de son habitat..).

La réussite d'une autorééducation réside dans le taux d'implication que le patient lui accorde. Très souvent, en phase débutante de la maladie, le patient ne mesure pas la nécessité d'une auto-rééducation contrôlée. D'ailleurs, comme le précise Cécile Donzé [3], *“la prise en charge kinésithérapique ne se limite pas aux malades lourdement atteints mais s'impose dès le début de la gêne fonctionnelle. Cette rééducation précoce est un concept récent. En traitant tôt les patients, il est possible de prévenir de nombreuses complications notamment orthopédiques”*. Toute la difficulté de cette prise en charge repose sur l'intégration de la prescription d'exercices appropriés et contrôlés. Le but est d'anticiper les futures déficiences et d'optimiser la qualité de vie du patient.

Le masseur-kinésithérapeute qui aura la charge de ce type de rééducation pourra s'aider d'une méthodologie qui se déroule de la façon suivante :

- lors de sa prise en charge rééducative, le patient aura à remplir un questionnaire de santé MOS SF36 (*Medical outcome study short form-36*) [4, 5] (tab. Ib) tous les trimestres (préféré au questionnaire SEP 59, plus long à remplir pour le patient [6]). Cet outil se révélera indispensable dans l'analyse des résultats. Il s'agit de quantifier, d'évaluer le retentissement de la rééducation précoce sur la qualité de vie du patient ;

**Tableau Ib**

Questionnaire de qualité de vie MOS SF36 (*Medical outcome study short form-36*), d'après Wade et Sherbourne [5]

- 1- En général, diriez-vous que votre santé est (cocher ce que vous ressentez) :**  
 Excellente  Très bonne  Bonne  Satisfaisante  Mauvaise
- 2- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?**  
 Bien meilleure qu'il y a un an  Un peu meilleure qu'il y a un an  À peu près comme il y a un an   
 Un peu moins bonne qu'il y a un an  Pire qu'il y a un an
- 3- Vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure (entourez la flèche) ?**
- a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- d. Monter plusieurs étages à la suite.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- e. Monter un seul étage.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- h. Marcher plus de 500 mètres.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- i. Marcher seulement 100 mètres.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.*  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout
- 4- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé (réponse : oui ou non à chaque ligne) ?**  
 Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?  Oui  Non                      Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?  Oui  Non  
 Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?  Oui  Non                      Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort :  Oui  Non
- 5- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux (réponse : oui ou non à chaque ligne) ?**  
 Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?  Oui  Non                      Faire moins de choses que vous n'espérez ?  Oui  Non  
 Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?  Oui  Non
- 6- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental a perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?**  
 Pas du tout                      Très peu                      Assez fortement                      Énormément
- 7- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?**  
 Pas du tout                      Très peu                      Assez fortement                      Énormément
- 8- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?**  
 Pas du tout                      Très peu                      Assez fortement                      Énormément
- 9- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines ?**
- a. Vous sentiez-vous très enthousiaste ?*  
 Tout le temps                      Très souvent                      Parfois                      Peu souvent                      Jamais

Suite page 42

b. Étiez-vous très nerveux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

c. Étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

d. Vous sentiez-vous au calme, en paix ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

e. Aviez-vous beaucoup d'énergie ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

f. Étiez-vous triste et maussade ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

g. Aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

h. Étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

i. Vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

**10- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps      Très souvent      Parfois      Peu souvent      Jamais

**11- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

a. Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai      Assez vrai      Ne sais pas      Plutôt faux      Faux

b. Ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai      Assez vrai      Ne sais pas      Plutôt faux      Faux

c. Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai      Assez vrai      Ne sais pas      Plutôt faux      Faux

d. Mon état de santé est excellent.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai      Assez vrai      Ne sais pas      Plutôt faux      Faux

**Tableau II**

Tableau de suivi permettant l'identification du masseur-kinésithérapeute en charge de la séance

Date de séance	Date prévisionnelle de séance	Nom du masseur-kinésithérapeute	Commentaires éventuels

– un tableau de suivi permettra l'identification du masseur-kinésithérapeute en charge de la séance (tab. II). Ce tableau, au-delà de l'identification du professionnel, présente un double intérêt : d'une part, il permet de faire apparaître l'historique de la prise en charge et donc d'expliquer certains résultats grâce à la case (commentaires éventuels) et, d'autre part il permet de déterminer, avec le patient, une date prévisionnelle de rendez-vous. Cela permet d'impliquer le patient et de déterminer la fréquence des rendez-vous, en fonction de l'analyse préalable du patient.

### Tableau III

Échelle visuelle analogique (EVA), d'après les recommandations de l'ANAES [8]

Ces échelles permettent d'évaluer l'intensité de la douleur ressentie. La douleur est définie comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion" (International society for the study of pain). Tous les types de douleur sont ressentis comme si un tissu était lésé.

#### Évolution du score

Du chiffre bas vers le chiffre élevé, signalant une douleur de plus en plus intense, deux possibilités d'exploration :

- échelle 1 : échelle visuelle analogique au moyen d'un instrument papier ;
- échelle 2 : échelle numérique (celle-ci peut s'administrer au moyen d'une réglette, parfois confondue avec l'échelle 1, et nommée "réglette EVA").

#### Instructions pour le patient

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur. Cette intensité peut être définie par un trait tracé sur l'échelle, comme dans l'exemple ci-dessous :

Pas de douleur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Douleur maximale imaginable

- Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable. Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante.
- L'autre extrémité correspond à pas de douleur. Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante.

Trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur vous sont proposées. La réponse à une seule échelle est suffisante. Essayez de remplir l'échelle 1. En cas de difficulté remplissez l'échelle 2, et en cas de difficulté remplissez l'échelle 3.

Douleur au moment présent :

Pas de douleur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Douleur maximale imaginable

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Douleur maximale imaginable

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Douleur maximale imaginable

#### Alternative : échelle numérique de la douleur

**Note :** cette échelle s'utilise aussi avec une réglette graduée au lieu d'un document papier. Le côté "muet" de la réglette est présenté au patient, qui fait glisser le témoin.

Du côté du thérapeute est inscrit le chiffre à reporter. C'est l'examineur qui remplit les fiches

Au cas où il n'y aurait pas de réglette disponible, consignes pour le patient : "Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à "pas de douleur". La note 10 correspond à la "douleur maximale imaginable."".

Trois étapes :

1- Douleur au moment présent :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

2- Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

3- Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Dans tous les cas de figure, il est important de s'assurer que les rééducateurs en charge du bilan-traitement du patient aient été formés à son utilisation.

Notre prise en charge débutera par une question sur l'expression de la douleur : "Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs ?" Si oui, quand, où, de quelle intensité ?" Si le patient exprime une douleur, nous devons la quantifier par l'échelle visuelle analogique (EVA) [7, 8] (tab. III) afin de déterminer si l'expression de sa douleur est compatible avec ses activités de la vie quotidienne. Cet EVA [7, 8] peut être couplée à la réalisation d'un questionnaire DN-4 [9] avant de lui demander de revoir son médecin neurologue.

Lors de l'interrogatoire, et afin de cibler plus particulièrement la fatigabilité du patient dans sa vie de tous les jours, nous lui proposons de répondre à un entretien dirigé de 6 questions-réponses (tabl. IV) en complément

du questionnaire de santé MOS-SF36 [5, 10]. Cet entretien dirigé (tab. IV et V) est un outil au service du masseur-kinésithérapeute afin qu'il puisse évaluer rapidement la fatigabilité et de la douleur du patient.

Précisons que dans la littérature, il existe un outil de mesure de l'impact de la fatigabilité, le *Fatigue impact scale* (FIS) [11] qui, bien que validé et très exhaustif, ne permet pas directement de prodiguer des conseils d'hygiène de vie en fonction de l'interprétation de la fatigue et de la douleur énoncées par le patient. Il nous paraît intéressant que le masseur-kinésithérapeute puisse suivre l'évolution d'INDICATEURS relatifs à l'expression de la fatigabilité du patient atteint de SEP de faible handicap. **Mieux contrôlée, la fatigue sera mieux gérée** et permettra un retentissement positif sur la qualité de vie du patient.

La fatigabilité peut s'exprimer de façon très diverse en fonction des patients. Le masseur-kinésithérapeute élaborera une stratégie rééducative qui permettra plus facile-

**Tableau IV**

Questionnaire de fatigabilité dans la SEP

Questions permettant de mettre en évidence les indicateurs de la fatigabilité

Vous reposez-vous après le repas du midi ?

- non
- **oui avec endormissement**
- oui sans endormissement
- oui en position assise
- **oui en position couchée**

Dormez-vous bien la nuit ?

- pas du tout
- plutôt non
- cela dépend
- **plutôt oui**
- **tout a fait**

A quel moment de la journée êtes-vous le plus en forme ?

- **matin**
- midi
- après-midi
- soir
- nuit

Y a-t-il un symptôme qui vous gêne en arrivant à la consultation ?

- l'équilibre
- la spasticité
- un déficit moteur
- une fatigue générale

L'exercice de rééducation a-t-il été précédé d'un repos ?

- oui assis
- **oui couché**
- non

Est-ce que je me repose en position couchée chaque fois que je devrais le faire ?

- oui
- non
- **si oui combien de temps ?**

ment d'optimiser les rendements d'activités physiques. Les 6 questions permettent de mieux cibler l'impact de la fatigabilité du patient au travers de sa "journée type". Son exploitation immédiate devient plus facile. La discussion avec le patient est favorisée.

Or, le FIS [11], qui comprend 41 items, est exhaustif et très long à réaliser. Méthodologiquement, il semble pertinent que le masseur-kinésithérapeute pose les 6 questions lors de la première séance de prise en charge rééducative.

Les résultats (recueil de données) de cet entretien permettront au masseur-kinésithérapeute de cibler DES EXERCICES qui seront les plus appropriés au patient. Toute la difficulté réside alors dans **l'analyse des résultats du questionnaire inaugural.**

Afin d'optimiser la prise en charge, le thérapeute disposera d'une grille d'analyse des réponses au questionnaire (tab. V). Cette grille de lecture lui permettra de donner des conseils éclairés sur le lieu, le moment optimal de rééducation, le temps, la fréquence, le nombre et le choix d'exercices que le patient pourra (éventuellement) réaliser seul après contrôle et autorisation du thérapeute. Ce contrôle permettra de prescrire ou de proscrire un exercice en fonction de son adéquation par rapport au patient.

C'est au travers de son bilan-diagnostic que le masseur-kinésithérapeute élabore la "séquence de Wood" (OMS, 1980). Il devra, au travers de l'observation, du relaté et du mesuré du patient mettre en évidence une ou plusieurs déficiences qui s'exprimeront en terme d'incapacités gênante dans la vie du patient.

Ainsi, ayant préalablement identifié les désavantages, le masseur-kinésithérapeute établira un programme personnalisé (protocole d'auto-rééducation pour patient EDSS [12] 1 à 3.5) de rééducation en cinq points :

- Assouplissements
- Équilibre statique
- Équilibre dynamique
- Spasticité et renforcement musculaires
- Réentraînement à l'effort

Le degré de difficulté sera pondéré par un exercice immédiatement plus facile (A1) ou un exercice immédiatement plus difficile (A3). Ainsi, (A2) représente l'exercice type que le patient devra faire en première intention.

Afin d'optimiser les capacités physiques de ces patients souvent jeunes et dynamiques, le masseur-kinésithérapeute aura la charge de choisir un exercice par item, le plus pertinent pour le patient. En effet, les compétences professionnelles du thérapeute lui permettent de sélectionner l'exercice et le niveau de difficulté le plus en adéquation avec les capacités propres du patient.

Au total, le masseur-kinésithérapeute **préconisera un maximum de 5 exercices différents.** La fréquence des exercices sera corrélée à l'entretien dirigé des 6 questions de fatigabilité. Ceci présente l'intérêt majeur pour ce type de patient de pouvoir bénéficier d'une prise en charge contrôlée à distance et bien ciblée.

### Les assouplissements

L'utilisation des compétences professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes permet de mettre en place un **programme d'auto-étirements adaptés au patient**. Il ne s'agit pas ici de réaliser des exercices d'assouplissement "tout venant" mais bien de cibler et d'anticiper les futures hypoextensibilités, voire la spasticité que pourra présenter le patient.

Un tableau de suivi des exercices (tab. VI) conseillés par le masseur-kinésithérapeute permettra de visualiser les exercices choisis ainsi que la fréquence, la durée des séances et le temps de maintien conseillés lors des bilans au cabinet du praticien.

Les lettres accompagnées d'un chiffre A1, A2, et A3 permettent au rééducateur de faire évoluer les exercices en fonction des résultats. Il s'agit d'adapter l'assouplissement afin qu'il soit le plus efficace possible.

Les lettres (A, B et C) représentent la présélection d'assouplissements les plus fréquents, comme les ischio-jambiers, les droits fémoraux, les adducteurs, les triceps, voire plus rarement les pectoraux et les biceps...

Un exemple sur le tableau VI vous permet d'illustrer ce propos.

*Suite dans notre prochain numéro*

Cet entretien dirigé rapide à réaliser doit vous permettre de faire le point, avec le patient, sur la bonne pratique d'une autorééducation.

Vous reposez-vous après le repas du midi ?

- non
- **oui avec endormissement**
- oui sans endormissement
- oui en position assise
- **oui en position couchée**

**Cette question vous permet de faire le point sur le déroulement d'une journée "type" et en fonction des réponses argumentées du patient, vous l'informerez des bienfaits d'un repos du midi avec endormissement en position couchée. Il s'agit d'une question permettant d'informer le patient sur une hygiène de vie qui permettra d'améliorer son quotidien.**

Dormez-vous bien la nuit ?

- pas du tout
- plutôt non
- cela dépend
- **plutôt oui**
- **tout a fait**

**Cette question peut permettre d'expliquer une chute brutale des performances quantifiées de l'autorééducation. Le sommeil réparateur de la nuit est un élément essentiel du bon déroulement de la journée du patient SEP. Il permet au rééducateur, lorsque le patient ne dort pas bien d'expliquer les résultats. Cette information doit parvenir au médecin neurologue afin qu'il puisse aider le patient.**

À quel moment de la journée êtes-vous le plus en forme ?

- **matin**
- midi
- après-midi
- soir
- nuit

**Cette question permet d'élaborer le programme d'autorééducation au meilleur moment de la journée. Très fréquemment, c'est le matin qui semble être le plus attendu. Cette question permet aussi d'aborder l'éventuel surmenage du patient lorsqu'il se réveille fatigué.**

Y a-t-il un symptôme qui vous gêne en arrivant à la consultation ?

- l'équilibre
- la spasticité
- un déficit moteur
- une fatigue générale

**Cette question permet d'informer indirectement le patient sur les déficiences qu'il pourra présenter ou qu'il présente déjà. Elle permet d'utiliser l'impression du patient afin de cibler les exercices les plus en adéquation avec ses déficiences.**

L'exercice de rééducation a-t-il été précédé d'un repos ?

- oui assis
- **oui couché**
- non

**Cette question permet de donner de l'importance à la méthodologie de réalisation de l'autorééducation qui, paradoxalement doit être précédé d'un repos couché égal au temps total de travail actif.**

Est-ce que je me repose en position couchée chaque fois que je devrais le faire ?

- **oui**
- non
- **si oui combien de temps ?**

**Cette question permet d'informer le patient sur la nécessité de gérer sa fatigue tout en réalisant ses activités quotidiennes. Il s'agit bien de faire prendre conscience au patient que le repos ne doit pas être effectué uniquement pour la réalisation de l'autorééducation, il s'agit d'intégrer ce concept dans sa vie.**

Tableau VI  
 Tableau de suivi des exercices d'assouplissements

Exercices	Date 1	Date 2	Date 3	Date 4	Date 5
<b>A1/A2/A3</b> De la chaîne postérieure pour les MI	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p><b>A1</b> : le patient attrape ses orteils avec l'autorisation d'une flexion de genou.</p> </div> <div style="text-align: center;">→</div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p><b>A3</b> : le patient enroule sa tête en dedans (au maximum) en extension de genou et de cheville.</p> </div> </div>					
<b>B1/B2/B3</b> De la chaîne postérieure pour les MS	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p><b>B1</b> : le patient glisse les mains au sol ; les coudes peuvent être pliés. Les talons doivent rester au contact des fesses.</p> </div> <div style="text-align: center;">→</div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p><b>B3</b> : coudes tendus, genoux écartés, le patient s'aplatit au maximum contre le plan de la table.</p> </div> </div>					
<b>C1/C2/C3</b> De la chaîne latérale + adducteurs controlatéraux	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien	Fréquence Temps Maintien
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p><b>C1</b> : le patient réalise l'exercice sans que sa main puisse atteindre le dessous du genou (pieds sur la même ligne écartés d'un mètre).</p> </div> <div style="text-align: center;">→</div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p><b>C3</b> : le patient réalise l'exercice, la main glisse jusqu'à la cheville, genou tendu (pieds sur la même ligne écartés d'un mètre).</p> </div> </div>					

## Bibliographie

- [1] Pélissier J, Pellas F. et Benâim C. *Principales échelles d'évaluation en médecine physique et réadaptation (adultes)*. Ipsen : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.2.6.3.SEPKurtzke.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.2.6.3.SEPKurtzke.pdf).
- [2] Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an Expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983;33:1444-52.
- [3] Donzè C. Pr Hauteœur et al. (Université catholique de Lille, réseau Gsep). Cd-rom : *Mieux connaître la SEP : approche pluridisciplinaire*. Schering SA, 2005.
- [4] Pélissier J, Pellas F. et Benâim C. *Principales échelles d'évaluation en médecine physique et réadaptation (adultes)*. Ipsen : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.11.1.MOSSF.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.11.1.MOSSF.pdf) - échelle SF-36.
- [5] Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care* 1992;30:473-83. [www.afrek.com/fiches/rub6/bilansf3.pdf](http://www.afrek.com/fiches/rub6/bilansf3.pdf).
- [6] Pélissier J, Pellas F. et Benâim C. *Principales échelles d'évaluation en médecine physique et réadaptation (adultes)*. Ipsen : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.2.6.3.SEP59.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.2.6.3.SEP59.pdf).
- [7] Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974 Nov 9;2(7889):1127-31.
- [8] EVA - Recommandation ANAES (1999). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. [www.afrek.com/fiches/bildouleva.pdf](http://www.afrek.com/fiches/bildouleva.pdf).
- [9] [www.edcas.org/questionnaire-dn4.pdf](http://www.edcas.org/questionnaire-dn4.pdf)
- [10] Hincapié-Zapata ME, Suárez-Escudero JC, Pineda-Tamayo R, Anaya JM. Quality of life in multiple sclerosis and other chronic autoimmune and non-autoimmune diseases. *Rev Neurol* 2009;Mar 1-15;48(5):225-30.
- [11] Krupp LB. Fatigue in multiple sclerosis. *Archives of Neurology* 1988.
- [12] Pélissier J, Pellas F, Benâim C. *Principales échelles d'évaluation en médecine physique et réadaptation (adultes)*. Ipsen : [www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.2.6.2.EDSS.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.2.6.2.EDSS.pdf).
- [13] Beneton C. Sclérose en plaques et rééducation. *EMC* 1996, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-472-A-10.
- [14] Outrequin P. *Neuroanatomie fonctionnelle* (version 2007) :67.
- [15] Choplin A. Rééducation fonctionnelle des équilibres chez les patients atteints de sclérose en plaques. *Kinésithér Scient* 2005;45:2:25-33.