

Sclérose en plaques

PLAN DU CHAPITRE

Introduction à la pathologie	86
Bilan kinésithérapique du patient atteint de SEP	90
Conclusions du bilan selon la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)	99
Rééducation des patients atteints de SEP	100

Introduction à la pathologie

Définition

La sclérose en plaques (SEP) est une « affection du système nerveux central caractérisée par un processus de démyélinisation localisé dans la substance blanche, aboutissant à la constitution de plaques de sclérose et évoluant par poussées successives, plus ou moins régressives, survenant à intervalles irréguliers, dont la durée est imprévisible » [1]. Le terme anglo-saxon *multiple sclerosis* met l'accent sur la dissémination des foyers lésionnels (répartis sans aucune systématisation) dans le système nerveux central (SNC). Sa clinique est caractérisée par l'existence de poussées pouvant laisser des séquelles définitives et par une phase de progression continue qui peut survenir dès le début de la maladie ou faire suite à une période de poussées [2].

Épidémiologie [3, 4, 5]

La SEP est la maladie neurologique la plus fréquente chez l'adulte jeune, retrouvée de façon plus fréquente dans les pays caucasiens, avec un gradient nord-sud de prévalence : fréquence plus importante en Europe du Nord. Elle touche environ 110 000 personnes en France, avec une incidence de 2 000 nouveaux cas annuels [6]. L'âge de début se situe entre 20 et 40 ans dans 70 % des cas, avec un pic à 30 ans et un sexe-ratio de 1 homme pour 3 femmes environ.

Étiologie

L'étiologie reste encore inconnue, mais il existe des hypothèses sur les facteurs génétiques (système de l'*Human Leukocyte Antigen* [HLA]) et environnementaux [2]. Le caractère environnemental est démontré par les études de migration : les personnes émigrant avant l'âge de 15 ans acquièrent le risque du pays où elles émigrent alors que les personnes émigrant après l'âge de 15 ans conservent le risque de leur pays d'origine. La recherche se pose aussi sur des facteurs étiopathogéniques : altération du système immunitaire due à une infection de l'enfance.

Physiopathologie

La SEP est une maladie inflammatoire auto-immune démyélinisante de la substance blanche disséminée au sein du système nerveux central. Les cellules T réactives dans le cadre de la SEP semblent avoir un phénotype différent de celui des patients exempts de SEP, avec un nombre

de lymphocytes CD8 autoréactifs vis-à-vis de la myéline plus important [4]. Le polymorphisme clinique s'exprime par la diffusion des lésions de démyélinisation partielle en plaques disséminées dans la substance blanche médullaire et cérébrale.

La *myéline* assure la transmission rapide des influx nerveux. Quand elle est trop altérée, les messages ne circulent plus normalement. Au cours d'une poussée, il se produit une inflammation de la myéline entraînant sa nécrose.

Une *plaque* correspond à l'aspect que les zones de démyélinisation revêtent sur une coupe de cerveau d'un patient atteint de SEP. Elle siège dans une zone richement myélinisée : la substance blanche (nerf optique, région périventriculaire, cervelet, tronc cérébral, moelle épinière), et est disséminée tout le long du névraxe.

Caractérisation de la SEP

Pour diagnostiquer la SEP, il faut retrouver une dissémination lésionnelle dans le temps et dans l'espace (lésions multiples visibles à l'imagerie par résonance magnétique [IRM] [3, 7]).

La *poussée* correspond à l'apparition de nouveaux symptômes s'installant sur quelques heures ou jours avec une récupération plus ou moins complète. Les symptômes doivent durer plus de 24 heures pour véritablement parler de poussée, en dehors de tout état fébrile. Le phénomène inflammatoire touchant la myéline aboutit à la nécrose, qui laisse une plaque de démyélinisation. Pour parler de nouvelle poussée, un intervalle de 30 jours avec la précédente est requis ; sinon, il s'agit de la même poussée.

Après la *poussée*, il peut y avoir régression totale ou partielle des symptômes s'il y a remyélinisation plus ou moins partielle, diminution de l'œdème et de l'inflammation.

La SEP est définie par deux événements [2] : la poussée et la progression, qui est définie par une aggravation des symptômes neurologiques sur plus de 6 mois [3]. La combinaison de ces deux événements permet de définir trois formes de SEP [2, 7] :

- *la forme rémittente* (environ 85 % des patients débutent par cette forme), qui s'accompagne de poussées avec récupération *ad integrum* de l'état clinique entre chacune d'elles au début de l'évolution. Plus tard, les poussées laisseront des séquelles ;
- *la forme progressive secondaire* (50 % des patients ayant débuté par la forme rémittente développent cette forme au bout de 10 ans), caractérisée par une aggravation progressive de l'état neurologique au cours des 6 derniers mois ;

- *la forme progressive primaire*, qui évolue progressivement dès le début avec ou sans poussées surajoutées. C'est la forme souvent la plus grave car le handicap s'installe rapidement.

Il existe aussi des formes rares *totalelement muettes*.

Diagnostic

Le diagnostic repose actuellement sur les examens complémentaires [2, 7, 8] :

- *la ponction lombaire* en phase de poussée pour l'examen du liquide céphalo-rachidien (LCR). Elle apporte deux types de renseignements essentiels au diagnostic de SEP : l'affirmation d'une réaction inflammatoire dans le SNC et l'élimination d'une autre cause (processus infectieux ou malin en particulier). Le diagnostic de réaction inflammatoire repose essentiellement sur la mise en évidence d'une distribution oligoclonale des immunoglobulines G (IgG) du LCR et d'une augmentation de l'index IgG;
- *l'imagerie (IRM)* : elle permet de déceler les lésions multifocales au niveau de la substance blanche dans une démarche diagnostique élaborée à partir des critères de Barkhof [2]. La réalisation d'IRM rapprochées (3 mois) peut permettre de mettre en évidence de nouvelles lésions prenant le contraste alors même que la clinique ne s'est pas modifiée, et de confirmer la dissémination spatiotemporelle;
- *les potentiels évoqués* : ce sont les réponses électriques enregistrées après stimulation d'un système sensoriel. Cet examen permet d'objectiver le ralentissement de la conduction nerveuse, en raison de la démyélinisation, en cas de latence prolongée.

Sémiologie

La sémiologie est riche et variée.

Signes initiaux

Les signes initiaux peuvent être isolés ou multiples [2, 3] :

- *symptômes moteurs* (40 %) : faiblesse, lourdeur des membres (de type paraparésie aiguë, qui s'installe en quelques heures ou quelques jours);
- *symptômes sensitifs* (20 %) : troubles sensitifs de type paresthésie;
- *symptômes des voies visuelles* (20 %) :
 - *névrite optique rétrobulbaire (NORB)* : elle débute le plus souvent par une douleur lors des mouvements oculaires, en particulier vers le haut, et l'apparition en quelques heures d'une baisse d'acuité visuelle, parfois jusqu'à l'amaurose totale,

- diplopie (perception de deux images pour un seul objet) par atteinte du nerf VI, ou plus rarement du nerf III et exceptionnellement du nerf IV,
- *troubles vésicosphinctériens* (5 %),
- *troubles cognitifs et psychiatriques* : dépression.

Bien souvent, les premières années d'évolution sont marquées par la succession de poussées, avant que n'apparaissent des symptômes permanents qui seront responsables du handicap fonctionnel [7].

Tableau constitué chez les patients SEP [2-4, 6, 7, 9, 10] (figure 2.1)

Atteinte pyramidale et spasticité

À la phase initiale, les signes moteurs déficitaires sont très fréquents, notamment dans les formes d'emblée progressives. À la phase d'état, plus de 80 à 90 % des patients présentent une atteinte pyramidale, à l'origine de difficultés à la station debout et à la marche.

L'atteinte du système pyramidal entraîne des troubles de la commande motrice qui peuvent concerner tous les territoires, sous forme de :

- paraparésie;
- monoparésie;
- hémiplégie;
- paraplégie (forme très évoluée de la SEP).

La spasticité est retrouvée chez 84 % des patients [11] à des degrés différents et constitue une gêne dans la vie

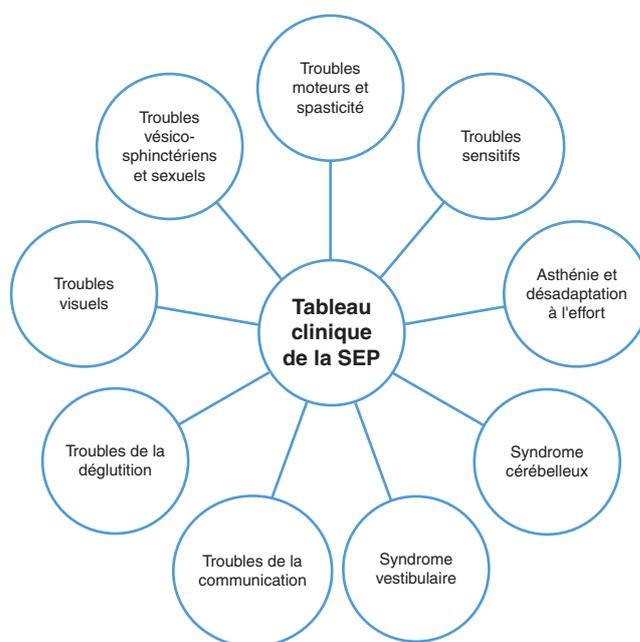


Figure 2.1
Tableau clinique de la SEP.

quotidienne chez 78 % d'entre eux [12]. Les répercussions sur la vie quotidienne et la qualité de vie (QDV) sont inévitables [13], d'autant plus que la spasticité sévère est souvent associée à plusieurs autres symptômes.

Atteinte cérébelleuse

L'atteinte cérébelleuse touche 10 % des patients à la phase initiale et jusqu'à 70 % à la phase d'état [4]. Elle peut associer :

- un syndrome cinétique et statique avec des troubles du tonus (hypotonie);
- des troubles de l'exécution des mouvements : dysmétrie, asymétrie, adiadococinésie, dyschronométrie, petits tremblements;
- des troubles de l'équilibre : élargissement du polygone de sustentation et marche ébrieuse.

Atteinte vestibulaire

L'atteinte vestibulaire s'exprime par des vertiges (grand vertige rotatoire), des nausées lors des changements de position ou de rotation de la tête et des troubles de l'équilibre.

Troubles sensitifs

- Les *troubles subjectifs* sont de type [4] :
 - paresthésie à type de fourmillement, de picotement, etc.;
 - sensations d'étouffement, de cuirasse, de peau épaissie, de vêtements trop serrés, de fourmillements ou de ruissellements d'eau [14].
- Les *syndromes douloureux* sont fréquents : le signe de Lhermitte [14] est une impression de décharges électriques descendant en éclair le long du rachis et des membres, déclenchées par la flexion de la nuque ou la névralgie du nerf trijumeau, provoquant des douleurs faciales en décharge.
- Les troubles des sensibilités profondes et superficielles vont altérer les performances motrices [4].

Asthénie et désadaptation à l'effort

La fatigue concerne 75 % des patients [3, 15] et constitue l'un des symptômes les plus invalidants; cause fréquente de limitation des activités et de la participation, de détresse psychologique, et d'altération de la qualité de vie [16]. La moitié des patients estiment que leur fatigue aggrave leurs autres symptômes et qu'elle fait partie de leurs trois symptômes les plus sévères. Elle se différencie de la sensation de fatigue « normale » par sa sévérité, son retentissement sur les performances fonctionnelles, ainsi que par son aggravation par la chaleur [16].

La fatigue des patients SEP s'explique par l'atteinte neurologique propre du SNC mais aussi par les répercussions de cette pathologie sur la qualité du sommeil, les déficiences cognitives ou encore la dépression [15].

Les patients présentent aussi des troubles de l'adaptation à l'effort (leur capacité aérobie est plus faible) majorés par une altération de la commande des muscles respiratoires [4]. Le déconditionnement à l'effort a donc deux origines distinctes [6] : le primaire lié à l'atteinte neurologique et le secondaire causé par l'inactivité physique.

Troubles neuropsychologiques et psychiatriques

- *Troubles cognitifs* : ils concernent de 40 à 70 % des patients [3, 4, 17]. Ils représentent par eux-mêmes une cause d'incapacité et de handicap du fait de :
 - la perturbation de la mémoire à court terme et de la mémoire de travail;
 - la perturbation des capacités d'abstraction et de conceptualisation;
 - la perturbation des capacités attentionnelles;
 - la perturbation des fonctions exécutives.
- *Troubles émotionnels* : le malade atteint de SEP peut être hyperémotif (euphorie), hypersensible (rires ou pleurs spasmodiques) et hyperexpressif. Cet état, nommé « inconscience affective [18] », est fluctuant selon que le patient est en phase de poussée ou de rémission.
- *Troubles de l'humeur* [18] :
 - la dépression touche entre 27 à 54 % des patients [19]. Sa corrélation avec l'atteinte cognitive est discutée, mais elle est bien corrélée à l'évolution de la maladie;
 - l'anxiété est observée chez 73 % des patients;
 - les troubles bipolaires sont retenus dans 10 à 13 % des cas.

Troubles de la communication

Les capacités communicationnelles varient en fonction des périodes de poussées, de la fatigue et de l'évolution de la maladie [4]. La dysarthrie est le trouble le plus fréquent chez les patients atteints de SEP (40 à 50 %). Elle est majorée par la faiblesse musculaire de la sphère orofaciale et l'altération des capacités respiratoires. Elle est caractérisée par une anomalie de l'intensité de la voix, une modification de la qualité vocale et une perturbation de l'accentuation, qui est décrite comme excessive et uniforme (dysprosodie).

Troubles de la déglutition

Ils peuvent apparaître au cours de l'évolution de la maladie et concernent 51 % des patients à la phase évoluée.

Les troubles le plus souvent rencontrés sont les difficultés de mastication, les déglutitions à répétition et les fausses routes.

Troubles visuels

- Névrite optique rétrobulbaire [8] : c'est une baisse brutale importante de l'acuité visuelle associée à une dyschromatopsie (confusion des images rouges et des images vertes). Elle touche le champ central, est souvent unilatérale, mais peut être bilatérale et nettement asymétrique.
- Diplopie (dédoubllement d'objets) par atteinte des nerfs moteurs oculaires.

Troubles vésicosphinctériens et sexuels

Les troubles mictionnels surviennent chez 78 % des patients au cours de l'évolution de la maladie, nécessitant la réalisation de bilans urodynamiques. Les patients rapportent des pollakiuries, des mictions impérieuses, des incontinences, des dysuries et des mictions incomplètes [3]. Par ailleurs, la constipation et l'incontinence fécale sont fréquentes.

Les différents types d'anomalies concernant la vessie chez les patients atteints de SEP sont :

- la vessie ayant des difficultés à se remplir ou vessie hyperactive (la plus fréquente);
- la vessie ayant des difficultés à se vider;
- la vessie mixte.

Les troubles urinaires tendent à majorer les difficultés sexuelles [4] : la peur de la fuite urinaire lors des relations sexuelles peut amener la femme à éviter celles-ci. Et les hommes présentent souvent une dysérection associée à une baisse de la libido.

Traitements [4, 7, 20]

Les patients atteints de SEP vont bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire composée de médecins, neuro-psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes et podologues. Les traitements proposés évoluent avec les progrès de la médecine, notamment les traitements médicamenteux.

Traitement médicamenteux

- *Lors des poussées* : utilisation de bolus de solumédrol (corticoïde) : la Méthylprednisolone® en perfusions à la dose de 1 g/jour pendant 3 à 5 jours est le traitement des poussées de référence recommandé par la conférence de consensus [21].

- *Traitement de fond* par immunomodulateurs : interféron bêta (Betaféron®, Extavia®, Avonex®) et immunosuppresseurs (mitoxantrone), qui sont le plus souvent délivrés en induction dans les formes graves très inflammatoires (avec surveillance hématologique, cardiaque, rénale).
- *Traitements symptomatiques* :
 - les médicaments utilisés pour le traitement de la spasticité sont le baclofène, le dantrolène et les benzodiazépines. Les antiépileptiques peuvent être utiles en agissant sur la composante douloureuse de la spasticité;
 - les médicaments à visée neuro-urologique dépendent des troubles. Les troubles de la continence, en rapport avec une hyperactivité du détrusor et responsables de mictions impérieuses, de fuites urinaires ou de pollakiurie sont efficacement améliorés par les traitements anticholinergiques (Céris®);
 - le traitement pour la fatigue est l'amantadine (Mantadix®);
 - les traitements des douleurs paroxystiques sont les antiépileptiques (Rivotril®). Les paresthésies douloureuses peuvent aussi être améliorées par les antidépresseurs tricycliques ou le clonazépam;
 - les antidépresseurs sont également proposés.

Autres traitements

- Infiltrations locales de toxine botulique contre la spasticité.
- La neurochirurgie peut être proposée.
- La recherche médicale s'oriente sur la thérapie génique, les greffes de myéline et les techniques de régénération myélinique.

Évolution de la maladie

L'espérance de vie reste superposable à celle de la population générale [22], mais les déficiences sont multiples et variables selon le profil évolutif de la SEP, altérant de manière significative la qualité de vie des patients. Il n'est pas possible d'établir de profil évolutif spécifique, même s'il existe *des critères* qui permettent de prévoir une *évolution favorable* [3] :

- la survenue de la SEP jeune;
- la forme rémittente;
- le sexe féminin;
- le début par la NORB;
- le délai entre les deux premières poussées supérieur à 2 ans.

Vivre avec la SEP

La qualité de vie des patients atteints de SEP est immanquablement altérée dès l'annonce du diagnostic [7]. Elle est diminuée de 30 à 40 % par rapport à celle de la population générale, notamment dans les domaines de l'activité physique, de la santé générale, de l'énergie et de la santé mentale [23–25]. Le *retentissement délétère* de la maladie sur la vie personnelle et sociale est accentué dès lors que le patient présente [7] :

- des symptômes physiques : troubles de la marche et de l'équilibre, grande fatigue ;
- des troubles cognitifs : troubles de l'attention, difficultés pour l'apprentissage ;
- des troubles vésicosphinctériens invalidants ;
- des modifications psychologiques.

De nombreuses *associations* viennent en aide aux patients pour répondre à leurs questions et les aider dans les démarches, comme :

- l'Association des sclérosés en plaques (AFSEP) : www.afsep.org/ ;
- l'Association des paralysés de France (APF) : www.apf.asso.fr/ ;
- l'Association pour la recherche sur la sclérose en plaques : www.arsep.org/ ;
- la Ligue française contre la sclérose en plaques (LFSEP) : www.lfsep.asso.fr/.

Bilan kinésithérapique du patient atteint de SEP

La SEP est une maladie chronique évolutive [4]. Il faut donc que les bilans kinésithérapiques soient complets, réguliers et comparatifs. L'évaluation du handicap chez ces patients est rendue difficile du fait de la fluctuation et de l'hétérogénéité de certains symptômes. L'évaluation du patient par le masseur-kinésithérapeute (MK), orientée par la symptomatologie, va permettre d'adapter le projet thérapeutique.

Dossier médical et entretien avec le patient

Dossier médical

- Type de SEP et stade de la pathologie selon l'échelle *Expanded Disability Status Scale* (EDSS).
- Tableau neurologique précis.

- Antécédents de complications : escarres, infection urinaire, phlébite.
- Composition du traitement médical : traitement antispastique, antidépresseur, etc.
- Antécédents du patient et pathologies associées : arthrose, troubles cardiaques, etc. ?

Entretien avec le patient

- Mode de vie du patient : loisirs, accessibilité de l'habitat (escaliers) ?
- Environnement sociofamilial et socioprofessionnel (touche les patients jeunes souvent en activité).
- Plaintes du patient : gêne professionnelle et sociale, fatigue, douleurs ?
- Projets du patient ? Attentes de la rééducation ?
- Troubles cognitifs : trouble de la mémoire, trouble de l'attention, dépression ?
- Altération de la parole : dysarthrie, dysphonie ?
- Troubles oculaires ?
- Troubles vésicosphinctériens et sexuels ?
- Fatigue du patient : autoévaluation à réaliser.

Il faut faire remplir au patient une échelle de qualité de vie et l'analyser avec lui : la *Short Form-36* (SF-36) (tableau 2.1), la *Multiple Sclerosis Quality of Life-54* (MSQOL SEP-54) ou la SEP-59 [22]. Les scores de la composante physique du SF-36 sont corrélés aux scores d'EDSS [26].

Évaluation du stade du patient selon l'EDSS [28]

L'EDSS (échelle de Kurtzke) est l'échelle incontournable à utiliser chez les patients atteints de SEP car elle est l'échelle de base d'évaluation du statut neurologique (tableau 2.2). Elle fait intervenir des sous-scores évaluant les différentes fonctions : pyramidale, cérébelleuse, du tronc cérébral, sensorielle et sensitive, vésicosphinctérienne, visuelle, cérébrale et mentale.

Un *score chiffré de sévérité croissante* (de 0 à 6 ou 7) est donné à chaque paramètre fonctionnel (PF) (tableau 2.3 et figure 2.2). Le score global de l'échelle se mesure sur 20 niveaux (0 à 10 par demi-points). Jusqu'au niveau 3,5, le score obtenu dans chaque PF et le nombre de PF atteints déterminent automatiquement le score EDSS. De 4 à 7, la définition de chaque niveau est aussi donnée par l'incapacité de marche (capacité de marche sans arrêt, nécessité d'une aide).

Le bilan fonctionnel sera orienté en fonction du score obtenu à l'EDSS.

Tableau 2.1. Questionnaire de qualité de vie MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36), d'après Wade et Sherbourne.

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

(Suite)

Tableau 2.1. Suite.

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'habitudes ? 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

Source : Choplin A. Sclérose en plaques : prescrire et contrôler l'autorééducation (2e partie). Kinésithérapie scientifique 2010; (506) : 19-28.