

plaques.

Méthode.— Il s'agit d'une étude rétrospective de données recueillies prospectivement sur des patients atteints de sclérose en plaques. L'efficacité a été suivie après 14 jours de traitement à l'aide du T25FWT comme mesure objective de la vitesse de marche. La fatigue a été mesurée à l'aide du questionnaire EMIF-SEP et la spasticité avec une échelle numérique validé (NRS).

Résultats.— Cent quarante-six patients ont été recrutés entre avril 2013 et octobre 2013. Cent trente-cinq patients (âge : 54 ± 18 , 6 ; EDSS médian : 6) ont été évalués : le T25FWT a diminué de manière significative ($p < 0,0001$). Le score global de l'EMIF-SEP a diminué de façon significative ($p < 0,0001$) ainsi que toutes les dimensions de celui-ci ($p < 0,0001$). Le score NRS a diminué de manière significative (-28% , $p < 0,0001$).

Discussion/Conclusion.— Le fampyra a un effet positif sur les capacités de marche [1], la spasticité [1] et la fatigue.

Référence

[1] Goodman AD, Brown TR, Cohen JA, et al. A phase 3 trial of extended release oral dalfampridine in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2010;68:494–502.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1133>

CO35-006-f

Comparaison de la dépense énergétique lors de gestes du quotidien entre des patients atteints de sclérose en plaque et des sujets sains

V. Serrau^a, F. Ayachi^b, F. Marin^c, C. Dupuis-Ansellin^d, V. Leclercq^{d,*}, T. Weissland^a, S. Ahmaidi^a, P.-M. Leprêtre^a

^a Laboratoire « Adaptations physiologiques à l'exercice et réadaptation à l'effort », UFR-STAPS-EA3300, université de Picardie Jules-Verne, Amiens cedex, France

^b The Multimodal Interaction Laboratory, McGill University, Canada

^c Laboratoire de « Biomécanique et Bio-ingénierie », UMR-6600, université de technologie de Compiègne, France

^d Centre de rééducation fonctionnelle des 3 Vallées, Corbie, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Sclérose en plaque ; Dépense énergétique ; Autonomie au domicile
Objectif.— Le but de l'étude est de mesurer l'impact de la sclérose en plaque (SEP) sur la dépense énergétique (DE) lors de tâches quotidiennes en cuisine.

Matériel/Patients et méthodes.— Neuf patients SEP (GSEP ; EDSS = 6) ont été appariés à neuf sujets contrôle (GC). La DE (kJ.kg^{-1}) a été déterminée par une analyse calorimétrique indirecte ($\text{K}4\text{b}^2$) lors de 3 passages comprenant chacun : des ports de charge, des ouvertures/fermetures de tiroirs et des allers/retours.

Résultats.— La moyenne des valeurs énergétiques par passage est de $5,15 \pm 1,5$ (P1), $4,32 \pm 1,5$ (P2) et $4,23 \pm 1,2$ (P3) kJ.kg^{-1} pour GSEP et $4,58 \pm 2,6$ (P1), $4,45 \pm 2,5$ (P2) et $4,38 \pm 2,7$ (P3) kJ.kg^{-1} pour GC. L'Anova à deux facteurs pour des mesures répétées (GSEP-GC vs P1-P2-P3) montre un effet passage ($F_{[2,16]} = 4,6$; $p = 0,03$) mais pas d'effet groupe ($F_{[1,8]} = 0,02$; $p > 0,05$). Une baisse significative entre P1 et P3 a été notée chez GSEP ($p = 0,04$) mais pas pour GC ($p > 0,05$).

Discussion.— Le coût énergétique plus élevé en début qu'en fin de protocole chez GSEP semble être dû à une habitude des tâches à effectuer. L'économie gestuelle chez GSEP pourrait être obtenue par l'apprentissage.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1134>

CO46-001-f

Réseaux de santé et sclérose en plaques : une mise à jour

M. Le Fort

Service de MPR neurologique, CHU de Nantes, Nantes cedex, France

Mots clés : Réseau de santé ; Sclérose en plaques

Si, comme l'a décrit Naiditch, un réseau est constitué d'acteurs mettant en scène des processus pour lesquels ils se rendent des comptes, la création des

crite dans la politique de santé en France. Les Ordonnances Juppé du 24 avril 1996 avaient pour objectif de mobiliser les ressources sur un territoire donné autour des besoins des personnes, de favoriser la coordination et la continuité des soins, de promouvoir la délivrance des soins de proximité de qualité. Ainsi, la création de réseaux était une incitation venue « d'en haut » qui a eu force de loi et diverses modalités l'ont encadrée : le Fond d'Amélioration à la Qualité des Soins de Ville (12 novembre 1999), puis la Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux (21 décembre 2001) et le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (1^{er} juillet 2007).

Où en sont actuellement les réseaux dans leurs réussites, leurs manques ? S'ils ont été créés sur un modèle proche, quelles sont les spécificités des réseaux de sclérose en plaques couvrant le territoire national, quels sont leurs liens et leurs divergences éventuelles ? Quel est l'avenir des réseaux et desquels ?

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1135>

CO46-002-f

Alliance : enquête nationale sur le suivi pluridisciplinaire des patients atteints de sclérose en plaques

C. Donze^{*}, L. Malapel, B. Lenne, P. Louchard, V. Neuville, P. Haudecoeur

GHICL, Lomme, France

*Auteur correspondant.

Introduction.— La prise en charge pluridisciplinaire de la sclérose en plaques (SEP) est recommandée de part la multiplicité des symptômes et des nombreux thérapeutes impliqués.

Méthode.— Une enquête nationale sur Internet relayée par les réseaux de santé et les associations a été menée entre mai et août 2011. Le questionnaire comprenait 3 parties : données sociodémographiques et suivi médical, traitements de fond, traitements symptomatiques et soins apportés aux patients.

Résultats.— Six cent deux patients (âge moyen $42,9 \pm 10,8$ ans, durée moyenne de maladie $11,8 \pm 8,7$ ans) étaient inclus. Le neurologue (94 %) et le médecin généraliste (92 %) sont les professionnels les plus consultés régulièrement. Le psychiatre (13 %) et le psychologue (17 %) sont moins consultés. Un suivi régulier en médecine physique est effectué chez 14 % des patients et 46 % des patients sont suivis en kinésithérapie.

Discussion.— Le taux de patients suivis en kinésithérapie rejoint ceux des études européennes et nord américaine (13 % à 40 %). L'accessibilité aux soins tant physique que financier peut représenter un obstacle.

Conclusion.— Le neurologue et le MT restent les premiers interlocuteurs de patients et assurent le suivi et l'organisation des soins. L'approche pluridisciplinaire est recommandée avec des effets positifs sur les capacités fonctionnelles mais semble encore insuffisamment utilisée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1136>

CO46-003-f

Décrire la disponibilité et les caractéristiques de la rééducation de la sclérose en plaques à travers l'Europe : une étude qualitative

K. Rasova

Third Medical Faculty Charles University in Prague, Prague 10

Contexte et méthode.— Le but de cette étude est de documenter la rééducation de la sclérose en plaques à travers l'Europe à partir d'une étude par questionnaire sur Internet. Des experts dans la rééducation de la SEP de 28 pays européens ont rempli le questionnaire en ligne en ligne entre mai 2012 et janvier 2013.

Résultats.— La rééducation de la sclérose en plaques en Europe est organisée sur les niveaux primaires, secondaires et tertiaires. Dans la plupart des pays, les soins de multi/réadaptation interdisciplinaire sont rarement disponibles et non diffusés dans tout le pays, avec seulement quelques centres spécialisés de réadaptation offrant cette approche à la gestion des patients. Il n'existe toujours pas de seuil commun désignant le moment où les services de réadaptation