

CRITERES D'INCLUSION	
Sujet âgé de 18 à 50 ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Patients atteints d'un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile (SEDh) ou d'un trouble du spectre de l'hypermobilité (HSD) généralisé, diagnostiqué selon les critères internationaux de 2017	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Patients n'ayant pas utilisé de vêtements compressifs (quelle que soit la marque) depuis au moins 6 mois.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Patients n'ayant pas bénéficié de kinésithérapie proprioceptive (type plateforme Huber® 360, LPG) depuis au moins 6 mois.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ayant un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur ou égal à 30	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ayant une force musculaire normale.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Affilié à un régime de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Patient informé de l'étude et ayant signé son consentement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CRITERES DE NON INCLUSION	
Sujet âgé de moins de 18 ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Kinésithérapie proprioceptive (type plateforme Huber® 360, LPG) en cours ou effectuée dans les 6 derniers mois.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diagnostic d'autres anomalies du tissu conjonctif.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Femme enceinte ou allaitante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Absence de contraception efficace pendant la durée de l'étude pour les femmes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Personne sous tutelle ou curatelle, ou privée de liberté par décision judiciaire ou administrative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Impossibilité mentale ou physique de donner son accord pour participer à l'étude.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allergie connue à un des composants des vêtements compressifs.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déficiences motrices invalidantes, ou limitant la réalisation des tests moteurs et psychomoteurs.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Participation simultanée à une autre étude clinique.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non