Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431

« MINISTÈRE DE LA SANTÉ »

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

Sclérose en plaques et kinésithérapie libérale : L'entretien motivationnel et l'impact sur l'observance du traitement masso-kinésithérapique à domicile et les conséquences sur la qualité de vie du patient

Mémoire présenté par **Kevin PERRONNO**,
Étudiant en 4ème année de masso-
Kinésithérapie, en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute
2015-2019

Résumé :

Introduction : Les maladies chroniques constituent un problème majeur de santé publique mondial par la croissance des personnes touchées. Parmi ces maladies, la Sclérose en Plaques, maladie neurologique dégénérative touche environ 100.000 personnes en France. Les masseurs-kinésithérapeutes (MK) font partie intégrante du traitement et les nouvelles recommandations mettent en avant l'activité physique (AP) pour réduire les symptômes. Ces derniers engendrent une baisse de la qualité de vie du patient avec la progression de la maladie. Aujourd'hui, l'entretien motivationnel (EM) peut permettre à un patient d'être plus observant avec son traitement. Lors d'une prise en charge en cabinet libéral, il parut intéressant d'inclure l'EM afin de promouvoir l'AP lors du traitement à domicile et d'en mesurer l'incidence sur la qualité de vie de cette démarche.

Matériel et méthode : Durant 2 mois, une patiente atteinte de SEP a participé à 5 EM pour améliorer l'observance de ses exercices à domicile. Le questionnaire SEP-59, évaluant la qualité de vie des patients atteints par la SEP, fut rempli par la patiente avant et après ces 5 entretiens.

Résultats : Nous avons noté une augmentation de l'observance du traitement à domicile au terme des 5 entretiens. Après avoir analysé les résultats du questionnaire, nous avons également noté une augmentation de la qualité de vie dans 6 domaines sur 15.

Discussion : Les résultats de cette expérience clinique sont positifs et vont dans le sens des recommandations de la littérature. Cependant, la mise en place des EM fut difficile, car il n'existe pas de protocole précis, aucune personne formée à l'EM était présente. De plus, peu de littérature montre l'intérêt de l'EM pour l'observance des patients SEP.

Conclusion : L'EM nous a permis d'améliorer l'observance du traitement à domicile et d'augmenter la qualité de vie de la patiente. L'EM était l'élément central de ce mémoire, et fait partie des outils de communication disponibles pour les MK. Inclure dans la formation initiale l'apprentissage d'outils de communication précis peut-il apporter un plus aux futurs MKDE ?

Mots-clés : Activité physique, Entretien motivationnel, Observance, Sclérose en plaques, Qualité de vie

---

Abstract:

Introduction: Chronical diseases are a major global public health issue, as the prevalence of affected people is growing. Among these diseases, multiple sclerosis (MS), a degenerative neurologic disease, affects about 100,000 people in France. Physiotherapists are an integral part of the treatment and the latest recommendations highlight the importance of physical activity (PA) to reduce symptoms. The latter decrease the patients' quality of life as long as the disease progresses. Today, motivational interviewing (MI) can allow a patient to be more adherent regarding his treatment. In a private practice context, it seemed interesting to me to include MI in the treatment. In order to promote PA during home treatment and measure its impact on life quality of this approach.

Material and method: During 2 months, a patient with multiple sclerosis has been participating to 5 MI in order to improve home exercises adherence. SEP-59 questionnaire, evaluating the quality of life of patient with MS, was filled by the patient before and after the 5 interviews.

Results: We noted an increased adherence to the treatment adherence at home at. Thanks to the questionnaire results analysis, we also noted an increase of the quality of life in 6 out of 15 domains.

Discussion: The results of this clinical experience are positive and agree with the literature recommendations. However, the implementation of MS was difficult because there is no precise protocol, no trained person at MI was present. In addition, there is little literature showing the importance of EM for MS patients' adherence.

Conclusion: MI made it possible to improve home treatment adherence and to increase the patient's quality of life. MI was the central element of this memoire and it is one of the communication tools available for physiotherapists. Could the inclusion of precise communication tools' courses during initial education make a difference for future physiotherapists?

Keywords: Adherence, Motivational interviewing, Multiple sclerosis, Physical activity, Quality of life

Liste des abréviations couramment utilisées

Organisation Mondiale de la Santé : **OMS**

Sclérose en plaques : **SEP**

Haute Autorité de Santé : **HAS**

Expanded Disability Status Scale : **EDSS**

Activité physique : **AP**

Entretien motivationnel : **EM**

Masseur-kinésithérapeute : **MK**

Activités de la Vie Quotidienne : **AVQ**

Éducation Thérapeutique du Patient : **ETP**

Unité d'enseignement **: UE**

UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Kevin Perronno .....

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.
Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 29/04/2019 .....

Signature

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

LISTE DES ABRÉVIATIONS COURAMMENT UTILISÉES

CHARTE PLAGIAT

1. INTRODUCTION 1

1.1. Mise en contexte et problématisation 1

1.2. La sclérose en plaques 2

1.2.1. Définition 2

1.2.2. Diagnostic 2

1.2.3. Étiologie 3

1.2.4. Physiopathologie 3

1.2.5. Symptômes et évolution de la maladie 3

1.2.6. Traitements médicaux 6

1.2.7. Traitement masso-kinésithérapique 6

1.3. Démotivation du patient atteint de SEP 6

1.4. L'observance thérapeutique 7

1.4.1. Définition 7

1.4.2. Rôle et utilisation en kinésithérapie 7

1.5. La qualité de vie 8

1.5.1. Définition 8

1.5.2. Qualité de vie et SEP 8

1.6. L'entretien motivationnel 8

1.6.1. Définition 8

1.6.2. Historique 9

1.6.3. Champ d'action de l'entretien motivationnel 9

1.6.4. Principes de l'entretien motivationnel 9

1.6.5. Les 4 processus de l'entretien motivationnel 10

1.6.6. Les stades de changement de Prochaska et Di Clemente 11

1.7. Diagnostic et prescription médicale 12

2. MATERIEL ET METHODES 12

2.1. Stratégie de recherche documentaire 12

2.2. Bilan de début de PEC 13

2.2.1. Interrogatoire / Anamnèse 13

2.2.2. Traitements de la maladie 14

2.2.3. Bilan morphostatique 14

2.2.4. Bilan de la douleur 15

2.2.5. Bilan de la motricité volontaire et de la spasticité musculaire 15

2.2.6. Bilan du syndrome cérébelleux 17

2.2.7. Bilan des amplitudes articulaires 17

2.2.8. Bilan de la sensibilité 17

2.2.9. Bilan cognitif 18

2.2.10. Troubles vésico-sphinctériens 18

2.2.11. Bilan fonctionnel 18

2.2.12. Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) 19

2.2.13. Attentes de la patiente 20

2.2.14. Traitement masso-kinésithérapique 21

2.3. Évaluation de la qualité de vie de Mme C. le 23/01 via questionnaire SEP-59 . 26

2.4. Mise en place d'un programme d'exercices à domicile 27

2.5. Déroulement et retranscription des entretiens motivationnels 28

2.5.1. Mise en place d'une relation de confiance 28

2.5.2. Premier entretien motivationnel le 04/02 29

2.5.3. Deuxième entretien motivationnel le 18/02 31

2.5.4. Troisième entretien motivationnel le 04/03 33

2.5.5. Quatrième entretien motivationnel le 18/03 35

2.6. Matériel 37

2.6.1. Remplissage du questionnaire SEP-59 37

2.6.2. Mise en place des EM 37

3. RÉSULTATS 38

3.1. EM final et interprétation des conséquences de l'EM selon le discours de Mme C. (Tab.VII.) 38

3.2. Comparatif questionnaire SEP-59 avant et après les EM. 40

4. DISCUSSION 41

4.1. A propos des résultats et de la méthode mise en œuvre.....41

4.2. Intérêts et limites des résultats par rapport à l'état des lieux de la littérature.43

4.3. Intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.....44

4.4. Domaine de validité des résultats et critiquer le dispositif de recherche 45

4.5. Positionnement du point de vue éthique et déontologique 46

4.6. Perspectives d'approfondissement ou de réorientation du travail à partir des résultats obtenus.....47

5. CONCLUSION.....48

BIBLIOGRPAHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION

1.1. Mise en contexte et problématisation

À l'aube du XXIème siècle, les maladies chroniques constituent un véritable enjeu de santé publique, tant par leur évolution croissante que par leur coût pour le système de santé. Selon l'OMS, les maladies chroniques ou maladies non transmissibles tuent plus de 40 millions de personnes dans le monde par an, soit 71% des décès (1). En France, 14 millions de citoyens français souffrent d'une maladie chronique (2). Depuis des années, le nombre de personnes affiliées au dispositif Affection de Longue Durée (ALD) ne cesse de croitre (9,5 millions de personnes en 2012 contre 10,7 en 2017) (3), tout en sachant que les dépenses de santé en France concernant les maladies chroniques représentent 65% des dépenses de santé (4).

Parmi ces pathologies, la sclérose en plaques (SEP) touche 100 000 personnes en France, notamment les femmes (5). Aucun traitement permet de nos jours de guérir cette maladie neurologique dégénérative et évolutive ayant des conséquences fonctionnelles, cognitives et psychologiques sur la personne atteinte. En revanche, les effets de la maladie peuvent être limités avec certains traitements, comme la « rééducation ». Selon les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (6) et le rapport « Actes et prestations Affection de Longue Durée » datant de juillet 2015, l'acte kinésithérapique entre en vigueur pour soigner « une gêne fonctionnelle accessible à la kinésithérapie» (7). Or, le patient atteint de SEP présentera potentiellement des troubles souvent associés à la dépression, ainsi qu'à la fatigue. (8)(9) . D'après de nombreux articles, un patient atteint de cette pathologie voit sa qualité de vie décroitre avec l'évolution des symptômes ainsi qu'une baisse de l'activité physique (AP) malgré les nouvelles recommandations en faveur de l'exercice physique pour les patients atteints de SEP (10)(11)(12)(13)(14)(15)(16). Tous ces facteurs peuvent laisser penser qu'un patient sera susceptible de ne pas ou ne plus être résilient et observant vis à vis de son traitement. Il est ainsi primordial que le patient présente une motivation suffisante pour bénéficier des bienfaits de la rééducation et de l'exercice physique qui ont un impact positif sur la qualité de vie du patient atteint de SEP (16)(17)(18)(19)(20)(21)(22)(23).

C'est pourquoi le masseur-kinésithérapeute doit pouvoir être compétent, aussi bien sur les aspects techniques masso-kinésithérapique de la prise en charge que sur l'approche communicative à avoir avec une personne souffrant d'une pathologie chronique, notamment en cabinet libéral où le suivi est souvent moins important qu'en structure.

L'entretien motivationnel (EM) fait partie des outils disponibles pour les professionnels de santé incluant les masseurs-kinésithérapeutes souhaitant accorder une importance à la dimension psychologique de la rééducation du patient. L'intérêt pour le masseur-kinésithérapeute est d'adapter sa posture et sa prise en charge en fonction des informations communiquées par le patient. La littérature scientifique indique que l'EM est utilisé à ce jour pour augmenter l'observance du traitement des maladies et l'AP. (24)(25)(26)(27)(28)

En cela, il me parait intéressant de réaliser une analyse critique d'une expérience clinique pour la réalisation de mon mémoire lors de mon stage clinicat de 4ème année. En effet, en sachant que l'AP est indiquée aujourd'hui pour le traitement de la SEP et que l'EM permet une amélioration de l'observance d'un traitement : l'inclusion de l'EM dans le traitement masso-kinésithérapique de la patiente augmente-t-il réellement l'observance du traitement à domicile ? En outre, quelles sont les conséquences de cette démarche sur la qualité de vie de la patiente ?

1.2. La sclérose en plaques

1.2.1. Définition

La SEP est une maladie chronique inflammatoire, auto-immune du système nerveux central, évoluant progressivement avec le temps, irréversible, touchant en majorité l'adulte jeune (5)(6).

1.2.2. Diagnostic

Le diagnostic de la maladie s'effectue en fonction des signes neurologiques présents. Ils doivent répondre aux critères de McDonald revus en 2017 (29), et mis en évidence par IRM :

- Une dissémination temporelle : Au moins un an de progression du handicap non

dépendant d'une rechute clinique.

- Une dissémination spatiale : Au moins une lésion T2 dans au moins deux localisations différentes du cerveau.

1.2.3. Étiologie

Les causes de l'apparition de la maladie sont plurifactorielles. Elles prennent en compte des éléments génétiques et environnementaux. Concernant le terrain génétique, la région HLA du chromosome 6 est impliquée dans le développement de la SEP. Parallèlement, certains aspects environnementaux peuvent influencer l'émergence de la SEP. Une carence en vitamine D dû à un manque d'ensoleillement, une mauvaise alimentation, l'obésité, la consommation excessive de tabac ainsi qu'une infection au virus de l'Epstein-Barr sont effectivement des facteurs de risques à la manifestation de la SEP (6)(9).

1.2.4. Physiopathologie

La SEP est une maladie inflammatoire auto-immune qui touche le système nerveux central et altérant à la fois la gaine de myéline et l'axone qui ont pour rôle la propagation de l'influx nerveux et la protection du nerf. Cette atteinte va engendrer une neurodégénéresence (11) via l'apparition de plaques localisées dans la substance blanche. Les symptômes seront fonction de la localisation des plaques d'où une diversité symptomatologique importante de cette maladie, également appelée maladie aux mille visages. (6)(9)

1.2.5. Symptômes et évolution de la maladie

Les symptômes de cette pathologie vont varier en fonction de la localisation des plaques au niveau des différentes zones du cerveau. Il n'existe pas deux formes identiques de SEP. Les symptômes peuvent être soit isolés soit additionnés. On retrouve parmi les symptômes les plus fréquents :

- *Les troubles de la vision*

Ils sont souvent considérés comme l'un des premiers signes d'atteinte de SEP. Ces troubles

vont avoir pour conséquence une baisse de l'acuité visuelle et une douleur lors du mouvement de l'œil. (31)

- *Les troubles moteurs*

La motricité est touchée par la maladie. La manifestation de spasticité va entrainer des difficultés à la marche, des troubles de l'équilibre et une fatigabilité musculaire accrue. (31)

- *Dépression*

Elle est présente chez environ 50% des patients. La dépression est une conséquence majeure de la maladie. Elle va avoir un impact direct sur la qualité de vie du patient. (31)(32)(33)

- *La fatigue*

C'est un signe fréquemment présent chez les patients atteints de SEP. La fatigue va s'installer de manière chronique et va donc réduire les capacités physiques et psychologiques du patient (31).

- *Les troubles sensoriels*

Ils apparaissent sous forme de picotements, d'engourdissement, de fourmillements, de douleurs et d'hypoesthésie. Ce type de trouble peut être localisé à différents endroits sur le corps (bras, thorax, jambes, visage) (34)

- *Troubles cognitifs*

Ils vont se manifester de façon récurrente chez les malades. Tout d'abord, lorsqu'une personne est atteinte de SEP, celle-ci va présenter des difficultés de mémorisation, de traitement de l'information et de concentration. (34)

Ces symptômes vont, au fur et à mesure du temps, dégrader l'état de santé du patient. Pour évaluer et situer l'évolution de la maladie, l'échelle EDSS (Expanded Disability Status Scale) de Kurtze (35) (Fig.1.) est l'outil le plus utilisé pour quantifier, selon une cotation allant de 0 (état normal) à 10 (décès), l'état clinique du patient.

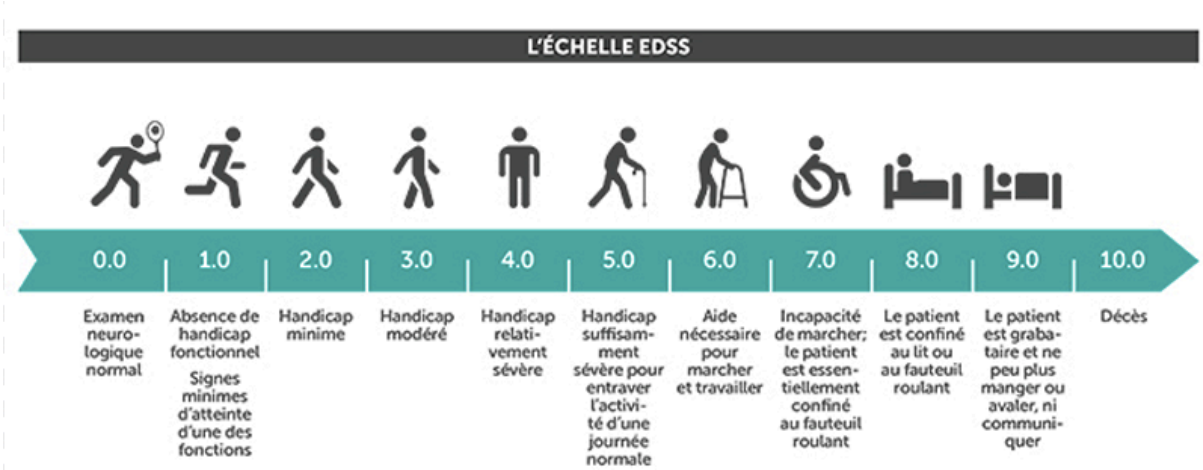

Figure 1 : Illustration de l'échelle EDSS

Les symptômes s'installent de deux manières distinctes : sous formes de poussées et de progressions. Les poussées sont décrites comme « *l'apparition de nouveaux symptômes, la réapparition d'anciens symptômes ou l'aggravation de symptômes préexistants, s'installant de manière subaiguë en quelques heures à quelques jours, et récupérant de manière plus ou moins complète.* » Elles ont une durée d'au moins 24 heures. Les progressions sont, elles, définies comme *« l'aggravation continue, sur une période d'au moins un an, de symptômes neurologiques* » selon le Collège des Enseignants en Neurologie (35). La maladie se présente sous trois formes différentes :

- La forme rémittente-récurrente (RR), la plus commune (85% des cas de SEP)(37), se caractérisant par l'apparition soudaine de poussées, puis de rémissions. Lors des poussées, il peut y avoir une disparition de tous les symptômes. Elles peuvent néanmoins laisser des séquelles résiduelles.
- La forme secondairement progressive (SP). Après plusieurs années, la maladie évolue de façon plus progressive avec une récupération moindre des symptômes. Il peut y avoir une présence de poussées éventuelle et 50% des formes RR vont évoluer en forme SP (37).
- La forme progressive primaire (PP) ne touche que 15% des patients (36) (37). Cette forme émerge plus tardivement et se caractérise par une évolution progressive directe de la maladie sans poussées.

1.2.6. Traitements médicaux

Le traitement médicamenteux propose un traitement contre les poussées en plus d'un traitement de fond afin de lutter contre la progression de la maladie. La SEP est, en effet, une maladie incurable donc les traitements ne la guériront pas mais ralentiront la manifestation des effets délétères.

Le traitement contre les poussées se compose de prise de corticoïdes dont le but est de soulager l'inflammation et de réduire le temps de récupération après une poussée (37).

Les traitements de fond utilisés pour ralentir la progression des symptômes et pour réduire la survenue de poussées se composent d'immunomodulateurs et d'immunosuppresseurs prescrits uniquement pour les formes sévères (36).

1.2.7. Traitement masso-kinésithérapique

Le MK va intervenir en fonction des symptômes que le patient va présenter. Il va pouvoir agir de différentes manières selon les déficiences et l'avancée de la maladie. La prise en charge en masso-kinésithérapie est indispensable et complémentaire au traitement médical. Selon les dernières recommandations de la HAS datant de 2006, le champ d'action du thérapeute est très varié. La PEC peut se faire au niveau de la spasticité, de la fatigue, des troubles de l'équilibre et de la marche, du renforcement musculaire, des troubles sphinctériens, et des troubles respiratoires.

1.3. Démotivation du patient atteint de SEP

Les conséquences psychologiques de la SEP sur la personne malade sont importantes. D'une part, les atteintes propres de la maladie sur certaines zones du cerveau engendrent fatigue, troubles cognitifs, troubles comportementaux et dépression. D'autre part, le côté chronique et dégénératif de la maladie impacte la qualité de vie du patient. En effet, le patient va voir sa celle-ci décroitre (38) avec le temps amenant une réduction de sa résilience. La résilience est définie comme « *un trait personnel qui modère les effets négatifs du stress et sert de tampon face à l'adversité* », d'après Nakazaka et al. (40). De plus, il est possible de retrouver

chez le patient atteint de SEP de l'apathie qui correspond, selon Marin (22), à un manque de motivation ayant des répercussions sur l'intérêt, les émotions, et l'affect.

L'association de ces facteurs va retentir sur le comportement du patient notamment sur son attitude face aux traitements proposés qu'ils soient médicaux ou kinésithérapiques.

1.4. L'observance thérapeutique

1.4.1. Définition

Selon Lamaroux (41), l'observance se définit comme étant « *un ensemble de comportements qui peut englober la simple prise d'un traitement médicamenteux, mais aussi l'ensemble des régimes prescrits, ainsi que les comportements adoptés par les patients, tels que se rendre au rendez-vous du médecin, avoir une alimentation saine, faire de l'exercice physique, éviter de fumer, adopter des styles de vie sains* ». Selon un rapport de l'OMS datant de 2003, seulement 50% des personnes atteintes de maladies chroniques respectent leur traitement dans les pays développés (42). Ainsi, 50% des personnes font preuve d'une observance suffisante.

1.4.2. Rôle et utilisation en kinésithérapie

L'observance en tant que telle, est un outil essentiel pour la continuité des soins prodigués aux patients que ce soit dans le monde hospitalier ou dans le monde libéral. Son rôle principal est de rendre le patient plus autonome, acteur de sa propre prise en charge, particulièrement dans le milieu de la kinésithérapie libérale qui diffère du point de vue de la régularité et de la fréquence des prises en charges et du suivi du patient. Face à l'expansion croissante du nombre de maladies chroniques dans notre société, il est essentiel que les patients soient au centre de leur rééducation, et qu'ils continuent le travail réalisé avec le thérapeute à leur domicile, en autonomie.

1.5. La qualité de vie

1.5.1. Définition

L'OMS définit la qualité de vie comme *« la perception qu'ont les individus de leur position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels ils vivent et par rapport à leurs objectifs, attentes, normes et préoccupations. »* C'est donc *« un concept très vaste, affecté de manière complexe par la santé physique, l'état psychologique, les convictions personnelles, les relations sociales et les relations sociales de la personne, ainsi que par les caractéristiques essentielles de son environnement*. » (43)

1.5.2. Qualité de vie et SEP

La qualité de vie chez le patient atteint de SEP est une donnée importante à prendre en compte tout au long de la prise en charge car celle va être modifiée aux différents stades de la maladie, suite aux troubles engendrés par sa progression. La SEP est, de plus, décrite comme étant une des maladies chroniques altérant le plus la qualité de vie d'un patient (44) (45).

Ce changement de la perception qu'ont les malades de leur propre vie se caractérise par de nombreuses complications telles que les facteurs psychosociaux et les complications neuropsychiatriques de la maladie. Selon Mitchell et.Al, (46), les indicateurs de la baisse de la qualité de vie sont : la dépression, la fatigué, l'anxiété, l'apathie, la perte d'autonomie et la douleur.

Il existe des quantifications de la qualité de vie via le remplissage de questionnaires validés comme le SEP-59 (validation française du MSQOL-54) et le SF-36 afin de mieux cerner la propre vision de la vie du patient.

1.6. L'entretien motivationnel

1.6.1. Définition

Selon la HAS, l'EM se définit comme étant « *une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de*

comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer. » (47)

1.6.2. Historique

L'entretien motivationnel est une méthode de communication mise en lumière par William Miller et Stephan Rollnick dans les années 1980. Au début de l'émergence de l'EM, il était utilisé par les psychologues dans les services d'addictologie pour les dépendances à l'alcool (48) afin d'apporter une motivation à un changement de comportement du patient face à cette addiction. Aujourd'hui, le champ d'action de l'entretien motivationnel est très diversifié. Il s'applique dans différents corps de métier dans le monde médical et pour un large panel de pathologies.

1.6.3. Champ d'action de l'entretien motivationnel

Comme dit précédemment, l'EM était utilisé dans le domaine de l'addictologie en premier lieu, notamment pour les dépendances alcooliques mais aussi toute autre sorte d'addiction (tabac, jeux, substances psychoactives). Ensuite, l'EM s'est développé chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire, de troubles psychiatriques (schizophrénie, troubles psychotiques). Les développements récents de l'EM ont visé les personnes atteintes de maladies chroniques, plus particulièrement les pathologies de type diabète, hypertension artérielle. Il peut néanmoins s'étendre à n'importe quelle pathologie chronique. (49)

1.6.4. Principes de l'entretien motivationnel

L'EM est un outil de communication centré sur le patient utilisé dans le but de favoriser un changement de comportement de sa part. Les entretiens se déroulent dans une ambiance basée sur la confiance et l'empathie entre le professionnel et le soigné. Afin de pouvoir réaliser ce genre d'intervention, le patient doit être capable d'identifier lui-même ses difficultés à pouvoir changer afin de modifier son comportement. L'ambivalence est une hésitation face au changement. C'est l'élément principal à prendre en compte lors d'une PEC. L'EM va chercher

à faire ressortir les motivations intrinsèques du patient dans le but de stopper cette ambivalence pour initier le changement.

Pour ce faire, le praticien doit savoir adapter sa posture, son discours et respecter des principes fondamentaux pour le bon déroulement des entretiens. Parmi ces principes figurent notamment l'introduction d'une alliance thérapeutique solide, l'expression d'empathie, de valorisation du patient lors des efforts constatés, d'être très à l'écoute, et d'éviter toute forme de résistance ou même de reflexe correcteur. Cela signifie qu'il faut laisser le patient exprimer ses intentions. Le thérapeute doit guider plutôt que diriger, préserver l'autonomie du soigné et lui éviter de se sentir menacé.

Le style communicatif à mettre en place se base sur des questions ouvertes qui permettent ainsi au patient d'explorer leur vision, leurs sentiments, et d'éviter une réponse brève. (49)(50)

1.6.5. Les 4 processus de l'entretien motivationnel

Pour pratiquer l'EM, il est essentiel de respecter quatre processus fondamentaux pour le bon déroulement des séances.

Dans un premier temps, une relation de confiance, respectueuse doit être mise en place entre le thérapeute et le patient. C'est ce que l'on nomme « l'engagement dans la relation ». C'est une étape très importante qui ne pourra être efficace que si un climat confortable est installé entre les deux protagonistes.

Ensuite, il est déterminant d'accorder les discours du patient et du thérapeute, et d'énoncer les objectifs de l'utilisation de l'EM, c'est la « focalisation ». Dans certains cas, il sera compliqué de trouver un accord rapide sur la direction commune à suivre. C'est pourquoi le thérapeute doit savoir orienter le patient sans être directif mais en le guidant vers la marche à suivre.

« L'évocation » est l'étape clé de l'EM. C'est le moment où le patient tient un discours de changement, où le clinicien doit être le plus attentif possible aux paroles exprimées. En effet, plusieurs discours peuvent être relatées malgré une volonté de changer : le discours-maintien exprime les arguments contre le changement malgré une volonté de modifier son

comportement. Ce type de discours permet au thérapeute de situer le patient dans son processus de changement.

Enfin, on parle de « planification » lorsque le discours changement est évoqué et que les intentions du patient sont réelles. Le thérapeute mobilise ses capacités et ses connaissances pour renforcer les motivations du patient. (49) (51) (52)

1.6.6. Les stades de changement de Prochaska et Di Clemente

Les stades de Prochaska et Di Clemente sont décrits comme étant les étapes nécessaires de passage lors d'un changement de comportement. Ils ont été décrits par James Prochaska et Carlo Di Clemente, en 1982. Les stades du changement, connus sous le nom de modèle transthéorique, associent leur fondement à l'EM afin de permettre aux soignants de situer le patient dans son processus de changement. Il y a en tout 6 phases décrites :

- *La pré-contemplation* : C'est le moment où le patient ne se doute pas que son comportement est problématique. Il ignore qu'il y a une nécessité de changement et se montre résistant.
- *La contemplation* : C'est un stade où le patient se veut ambivalent. Il amorce une réflexion quant au changement et se pose des questions. Il admet qu'il y a un problème et songe à vouloir le résoudre.
- *La décision* : Elle correspond à la prise de décision en faveur du changement.
- *L'action* : C'est l'enclenchement de la modification du comportement et de la mise en place de stratégies et d'actions pour changer.
- *Le maintien* : Il correspond au stade de consolidation du changement dans le temps où celui-ci commence à s'installer dans la durée.
- *La rechute* : Le patient recule d'un ou plusieurs stades. Cela signifie que l'ambivalence est toujours présente et que l'adaptation au changement de comportement n'est pas totalement acquise (49).

1.7. Diagnostic et prescription médicale

La patiente, Madame C, est une femme âgée de 67 ans, diagnostiquée SEP en 1992 dont les premières manifestations se sont déclarées en 2014. La prescription médicale destinée aux soins de rééducation en kinésithérapie stipule : « Aide à la marche, équilibre, amplitudes articulaires sur SEP évoluée ». (ANNEXE I)

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Pour la réalisation de ce mémoire et afin de construire la problématique, les bases de données utilisées pour la recherche bibliographique ont été : Pubmed, Pedro, ScienceDirect, Em-consulte, The Cochrane Library. Des recherches ont aussi été faites sur les sites de la HAS, du Collège des Enseignants en Neurologie, sur le site de l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM) et via la plateforme Google.

Les mots de recherche ont été définis avec l'aide du thésaurus MeSH, notamment pour la base de données Pubmed. Voici ces mots de recherche avec leur traduction en anglais :

- **Sclérose en plaques** (multiple sclerosis)
- **Activité physique** (physical activity)
- **Recommandations** (recommendations)
- **Kinésithérapie** (physical therapy)
- **Qualité de vie** (quality of life, life quality)
- **Bénéfices** (benefits)
- **Entretien motivationnel** (motivational interviewing)
- **Observance** (adherence, compliance)

Afin de conserver les critères EBP au maximum, les recherches ont été effectuées entre 2014 et 2019, excepté pour une recherche sur la base de données ScienceDirect. Les résultats des recherches ainsi que les articles retenus sont disponibles en annexe (ANNEXE II). La

présélection des articles retenus s'est faite après une lecture des résumés permettant d'identifier quels articles concernaient précisément le sujet. Ensuite, une lecture des articles a été réalisée afin de retenir les articles pour la construction de la problématique.

2.2. Bilan de début de PEC

Préalablement, j'ai demandé l'autorisation à mon tuteur de prendre en charge Mme C. pour chaque séance de masso-kinésithérapie durant les 3 mois de stage. Ainsi, un bilan adapté à la pathologie de Mme C. a été réalisé en date du 23 Janvier 2019 au cabinet. Lors de ce bilan, nous nous sommes entretenus dans un box isolé du reste de la patientèle pour préserver l'intimité de la patiente.

2.2.1. Interrogatoire / Anamnèse

Mme C. est une personne âgée de 67 ans, retraitée vivant dans une maison à un étage avec son mari qui est sa personne aidante. Elle a été diagnostiquée comme atteinte de la SEP en 1992, soit il y a 27 ans aujourd'hui. Les premières manifestations de la maladie se sont déclarées il y a 5 ans, en 2014. La SEP s'est déclarée sous une forme primaire progressive avec une hémiparésie localisée au membre inférieur gauche. Les premiers symptômes se sont caractérisés par une difficulté de plus en plus importante à la marche. Entre le diagnostic et les premiers symptômes, Mme C. s'est faite opérée d'une ablation de la vésicule biliaire en 2013 et ne possède pas d'autres antécédents médicaux. Elle continue de réaliser certaines activités de la vie quotidienne (AVQ) seule comme manger, monter les escaliers, aller aux toilettes. Il ne lui est cependant plus possible de faire la cuisine, le ménage, de conduire et de faire les courses. C'est son mari qui réalise ces tâches et une aide à domicile passe une fois par semaine pour le ménage. À la retraite, la patiente n'a pas d'occupation ni de passe-temps particulier, si ce n'est qu'une amie vient une fois par semaine faire une séance de vélo d'appartement chez elle durant une heure.

2.2.2. Traitements de la maladie

Mme C. suit un traitement kinésithérapique depuis les premiers déficits engendrés par la déclaration de la maladie. Elle suit, à raison de 3 fois par semaine, des séances de rééducation en cabinet libéral.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, voici un tableau récapitulatif (Tab.I.) des traitements prescrits par le médecin (voir prescription ANNEXE III)

Tableau 1 : Traitements médicamenteux de Mme C.

Médicament	Nombre de prises par jour	Raison de la prise
LYRICA ® 200	2 fois par jour	Douleurs neuropathiques
LYRICA ® 100	1 fois par jour	Douleurs neuropathiques
BACLOFÈNE ®	4 fois par jour	Relaxation musculaire
SÉROPLEX ® 10	1 fois par jour	État dépressif
TAMSULOSINE ® 0,4	1 fois par jour	Troubles urinaires
TÉGRÉTOL ® LP 200	2 fois par jour	Névralgies de la face
MOVICOL ®	1 fois par jour	Constipation
DAFALGAN ® 500	2 à 6 fois par jour	Douleurs

2.2.3. Bilan morphostatique

En charge Mme C, a une attitude vicieuse avec une antériorisation du tronc dans le plan frontal avec un polygone de sustentation élargi (Fig.2.). La station debout prolongée s'effectue à l'aide d'une canne simple.

Figure 2 : Photographies de la statique debout de Mme C.

2.2.4. Bilan de la douleur

La patiente présente des douleurs principalement localisées au membre inférieur gauche, au rachis lombaire, au membre supérieur gauche ainsi qu'au niveau de la mâchoire suite à une névralgie. Au repos, selon une Échelle Visuelle Analogique (EVA), la douleur est cotée à 0/10 par la patiente et lors du mouvement, notamment lors de la marche, elle est cotée à 6/10 et est localisée au niveau du membre inférieur gauche. Les autres douleurs ne sont là que par intermittence et sont cotées à 4/10 selon l'EVA au rachis lombaire et 5/10 à la mâchoire lors de la mastication associée à une névralgie du nerf trijumeau.

2.2.5. Bilan de la motricité volontaire et de la spasticité musculaire

Le syndrome pyramidal est une des atteintes importantes de la SEP qui est une maladie neurologique d'origine centrale. Cette atteinte va engendrer chez la patiente des troubles de la motricité volontaire en plus d'une augmentation de la spasticité musculaire. (36)(53)

Les tests musculaires se font à l'aide de la cotation de Held et Pierrot-Desseilligny (ANNEXE IV) qui cote la motricité volontaire de la patiente. Plus généralement utilisée pour

les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), cette cotation permet de coter un muscle par rapport au côté sain sans notion d'amplitude. Dans notre cas, le membre inférieur droit est considéré comme sain. Le membre ainsi testé est le membre inférieur gauche. Les membres supérieurs sont, eux aussi, considérés comme sains. (Tab.II.)

Tableau II : Tableau récapitulatif du bilan musculaire de Mme C. selon la cotation de Held et Pierrot-Desseilligny.

Groupe musculaire	Cotation	Position	Consignes
Fléchisseurs de hanche MI gauche	3	Position assise	Levez le genou vers le haut
Abducteurs de hanche MI gauche	3	En charge avec appui controlatéral avec le membre supérieur	Levez la jambe tendue sur le côté
Extenseurs de hanche MI gauche	2	En charge avec appui controlatéral avec le membre supérieur	Levez la jambe tendue vers l'arrière
Adducteurs de hanche MI gauche	3	Décubitus dorsal	Ramenez la jambe tendue vers l'intérieur
Fléchisseurs de genou MI gauche	3	Position assise genoux fléchis à 90°	Pliez le genou
Extenseurs de genou MI gauche	4	Position assise genoux fléchis à 90°	Tendez le genou
Fléchisseurs dorsaux du pied MI gauche	2	Position assise les jambes dans le vide	Levez le pied vers le haut

Fléchisseurs plantaires du pied MI gauche	3	Position assise les jambes dans le vide	Pliez le pied avec la pointe vers le sol

Le bilan de la spasticité a été effectué selon l'échelle d'Ashworth modifiée (ANNEXE V). Le muscle triceps sural était spastique et côté à 2, tout comme les muscles ischios-jambiers. Cette spasticité se veut gênante lors de la déambulation et des transferts.

2.2.6. Bilan du syndrome cérébelleux

Mme C. présente tous les signes, ou presque, d'une atteinte cérébelleuse associée. En effet, lors de la mise en charge et de la station en équilibre bipodal, la patiente possède un polygone de sustentation élargi, associé à un écartement des bras et est mise en difficulté lors de la fermeture des yeux. Lors de la marche avec une canne simple, celle-ci est lente, et les membres inférieurs et supérieurs sont très écartés.

En outre, lors de l'épreuve doigt-nez, Mme C. heurtait avec vitesse son nez ne contrôlant pas la distance d'arrivée du doigt, preuve d'une hypermétrie. De plus, des tremblements invalidants sont présents, une hypotonie et nystagmus particulièrement localisé au niveau de l'œil gauche.

2.2.7. Bilan des amplitudes articulaires

Mme C. ne possède pas de déficit articulaire particulier excepté au niveau de l'amplitude passive et active de l'articulation talo-crurale en flexion dorsale, limitée à la rectitude.

2.2.8. Bilan de la sensibilité

Le bilan ne révèle aucun trouble de la sensibilité superficielle. Cependant, la sensibilité profonde de la patiente est perturbée au niveau des membres supérieurs et inférieurs gauche, autant pour la sensibilité kinesthésique que stathéstésique.

2.2.9. Bilan cognitif

Mme C. se plaint de troubles de la mémoire et des capacités d'apprentissage. Elle éprouve des difficultés à se repérer dans le temps, ne sait pas toujours quel jour nous sommes, ni quelle année. Psychologiquement, à ce jour, il ne lui est pas facile d'accepter la maladie.

2.2.10. Troubles vésico-sphinctériens

La patiente est atteinte d'urgenturies avec une difficulté à se retenir. L'envie est incontrôlable lorsqu'elle est présente. Il est impératif qu'elle aille aux toilettes en urgence dès qu'une envie se fait ressentir.

2.2.11. Bilan fonctionnel

- *Analyse de la marche*

Les déplacements de Mme C. s'effectuent à l'aide d'une canne simple d'un côté et est soutenue au bras de son mari de l'autre. La marche se réalise avec un fort écartement des pieds. Elle effectue une marche en deux temps. Le passage du pas du membre inférieur droit est correct mais le membre inférieur gauche, il ne l'est pas. En effet, au cours de la phase oscillante, le déficit des releveurs et la spasticité présente à la jambe gauche ne permet pas un bon passage du pas. Il y a une réduction notable de la longueur et de la hauteur du pas du côté gauche. Le centre de gravité est déplacé vers l'avant, sollicitant d'avantage l'appui sur la canne simple, et ne permettant pas un bon équilibre lors de la marche. La marche est, en plus, très lente et le périmètre de marche très réduit (quelques dizaines de mètres).

- *Analyse des transferts*

La patiente est autonome dans ses transferts mais sous surveillance d'une tierce personne à domicile.

- *Escaliers*

A domicile, Mme C. est dans l'obligation d'emprunter l'escalier afin de se rendre dans sa salle de bain. La montée et la descente, quoique difficiles, s'effectue à l'aide de sa canne et de la rambarde.

- *Fatigue*

Pour quantifier le degré de fatigue de Mme C., une Échelle de Sévérité de Fatigue (FSS) a été remplie (ANNEXE VI). Cette échelle, validée, est très utilisée à travers le monde pour évaluer la fatigue chez les patients atteints de SEP. La moyenne des réponses de la patiente se situe à 6,22/7. Cela signifie que la patiente a un degré de fatigabilité très élevé et que ce symptôme la handicape fortement.

- *Score EDSS*

Le score EDSS de Mme C., est côté à 6,5/10 soit « Aide permanente bilatérale (cannes, cannes anglaises, béquilles) nécessaire pour marcher 20 m sans s'arrêter », puisqu'elle nécessite une aide quasiment systématique de son mari du côté sans canne et de par son impossibilité d'effectuer 100 mètres de façon autonome avec une canne simple.

2.2.12. Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)

- *Déficiences*

Mme C. est une patiente âgée de 67 ans, atteinte d'une SEP de forme primaire progressive. Elle présente une inflexion du tronc avec une antériorisation du centre de gravité. Elle possède des douleurs localisées principalement au membre inférieur gauche, cotées à 6/10 selon l'EVA et inexistantes au repos. De plus, des douleurs au rachis lombaire ainsi qu'à la mâchoire peuvent apparaître, respectivement à 4/10 et 5/10 selon l'EVA. Mme C. possède un syndrome pyramidal associé, engendrant une spasticité du triceps sural cotée à 2 selon l'échelle d'Ashworth. Elle possède également un déficit de motricité volontaire du membre inférieur gauche plus particulièrement localisé sur les muscles releveurs du pied, des extenseurs de hanche côtés à 2 ainsi que des fléchisseurs, des adducteurs, des abducteurs de hanche, des

fléchisseurs de genou, et des fléchisseurs plantaires du pied côtés à 3 selon la cotation de Held et Pierrot-Desseilligny. Ces déficits l'obligent à se déambuler avec l'aide d'une canne simple et de son mari au quotidien. S'ajoute à cela la présence d'une atteinte cérébelleuse, avec une ataxie, une hypermétrie, des tremblements d'action, d'une hypotonie et d'un nystagmus au niveau de l'œil gauche. De plus, Mme C. souffre de troubles de la sensibilité profonde situés aux membres supérieurs et inférieurs gauche. D'un point de vue cognitif, des troubles de la mémoire, de l'attention et des apprentissages perturbent son quotidien en plus d'une sensation de dépression et de fatigue permanente (6,2/7 selon le FSS). Enfin, la patiente est également atteinte d'impériosité.

- *Incapacités*

Aujourd'hui, il est impossible pour Mme C. de marcher sans aides techniques, avec un périmètre de marche très réduit, ainsi qu'une fatigabilité et un risque de chute accru. Il est également difficile pour elle d'être seule à son domicile, ni de monter et descendre les escaliers plusieurs fois par jour. Elle ne réalise plus les tâches ménagères quotidiennes. Mme C. se sent envahie d'une sensation de déprime, de fatigue et ne se sent plus à l'aise avec son corps. De plus, Mme C. ne peut pas passer plusieurs heures dans un endroit sans WC à proximité.

- *Désavantages*

Psychologiquement, Mme C. n'a plus aucune confiance en elle. D'un point de vue social, Mme C. a une restriction amicale et familiale, ne voulant faire subir sa maladie à son entourage, notamment son mari. Elle voit très peu sa famille, et ses sorties principales consistent aux rendez-vous médicaux (kiné, médecins). Tous ses déplacements sont accompagnés de son mari.

2.2.13. Attentes de la patiente

Lors de notre entretien, les souhaits émis par la patiente étaient de conserver le plus longtemps possible son autonomie à la maison malgré ses difficultés. Elle aimerait voir diminuer sa fatigabilité qui la handicape beaucoup après chaque effort fourni. De plus, son vœu principal est de repousser la mise en place d'un fauteuil roulant et de pouvoir se déplacer seule le plus longtemps possible.

2.2.14. Traitement masso-kinésithérapique

Mme C. a reçu un traitement masso-kinésithérapique régulier, durant la période de stage, moyennant 3 séances par semaine : le lundi, le mercredi et le jeudi.

D'après les éléments du bilan, en concordance avec les objectifs de la patiente, la rééducation a pour but le renforcement des muscles du membre inférieur gauche et des muscles spinaux, de corriger les troubles de l'équilibre et de travailler la proprioception, de lutter contre la spasticité. En cas d'algies lombaires, un traitement des douleurs antalgique physiothérapique a été mis en place en cas de douleur trop intense.

Sur le long terme, le but du traitement est de réaliser une forme d'activité physique afin de lutter contre la fatigue, et d'améliorer la qualité de sa marche.

- *Renforcement musculaire et prise en charge de la fatigue (Fig.3.)*

Le cabinet disposait d'un vélo d'appartement. La patiente a donc reçu des séances d'une vingtaine de minutes dans le but de renforcer les membres inférieurs, de faire travailler plus intensément les fonctions cardio-respiratoires et de traiter la fatigue. Elle devait pédaler à son rythme, sans forcer, sans s'essouffler.

Le passage de Mme C. sur le vélo était systématique, à chaque début de séance afin de réaliser au moins un travail aérobie. Selon Halabchi et al. (54) et leurs recommandations de 2017, il existe un lien entre réduction de la fatigue et exercice régulier. Ainsi, un passage d'au moins 20 minutes par séance semble ici intéressant.

Concernant le renforcement musculaire spécifique du membre inférieur gauche, plusieurs autres exercices ont été mis en place au cabinet. En effet, en complément du vélo, Mme C., en a réalisé sur la plateforme Huber®. Cette machine qui est composée d'une plateforme motorisée et de capteurs de force, entraine des déséquilibres ciblés selon la zone à traiter (56). L'intérêt de cet outil était de renforcer de manière globale les membres inférieurs. Les recommandations considèrent qu'il est préférable de proposer un renforcement en chaine cinétique fermée (55). C'est pourquoi les exercices de la catégorie « résistance » étaient adaptés pour la patiente. Leur but était de se tenir en appui bipodal et de s'adapter aux mouvements de la plateforme sur une durée et une difficulté préalablement déterminée.

Pour Mme C. deux exercices étaient indiqués, tous deux au niveau de difficulté 2/5 : les pieds écartés, et les genoux légèrement pliés. L'objectif était de conserver le point dans la cible

sur l'écran, ce point étant la représentation de son centre de gravité. Sa durée était de 5 minutes avec des séries de 30 secondes de travail alternées avec 30 secondes de repos.

Le second exercice, « résistance 2 », consistait à accompagner le mouvement latéral de la plateforme de droite à gauche afin de disposer le centre de gravité dans la bonne zone, en alternant les transferts d'appuis sur le membre inférieur gauche, puis le membre inférieur droit.

Ces exercices ont permis à Mme C. de réaliser une mise en charge du poids du corps plus importante sur le membre inférieur gauche déficitaire, un renforcement global des muscles des membres inférieurs et un travail important de proprioception.

Figure 3 : Photographie des exercices sur vélo d'appartement et sur Huber®

- *Rééducation des troubles de l'équilibre*

Pour la rééducation des troubles de l'équilibre, plusieurs exercices étaient mis en place. Tout d'abord, les passages sur Huber® faisaient partie intégrante du travail de proprioception avec une notion de feed-back imagé par l'écran de la machine.

Un exercice sur ballon de Klein était effectué. Mme C. était assise sur le ballon, et la consigne demandée était de tenir en équilibre assis, les mains sur les genoux, les bras tendus, en venant toucher des cibles et en fermant les yeux. Le but était de travailler l'équilibre assis, tout en renforçant les muscles des membres inférieurs et du tronc, en se tenant en équilibre, le dos droit. (Fig.4.).

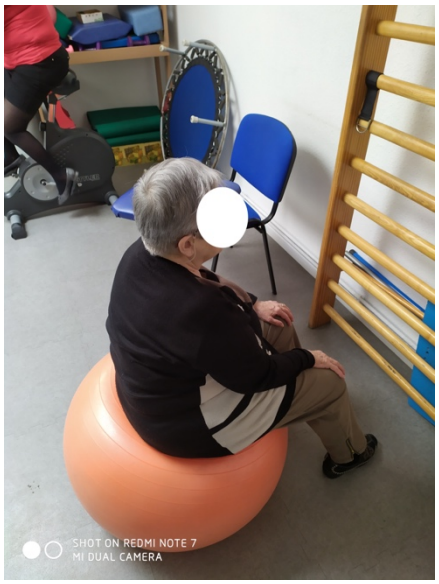

Figure 4 : Photographie de l'exercice sur ballon de Klein

Face à l'espalier, Mme C. travaillait l'équilibre en appui bipodal sur mousse ou sur sol dur. Il lui était demandé de lâcher les mains quelques secondes afin de tenir la station debout sans aide. Ensuite, un exercice en équilibre unipodal était réalisé. La patiente avait pour consigne de tenir sur une jambe, en s'agrippant à l'espalier. On augmentait la difficulté en lui demandant de se tenir quelques secondes avec une seule main (Fig.5.).

Figure 5 : Photographie des exercices d'équilibre à l'espalier

Enfin, je me plaçais face à elle. Mme C. devait se lever de la chaise, stabiliser ses appuis, les pieds à largeur des hanches, les yeux ouverts. En complément, j'ai inclus des déstabilisations intrinsèques en demandant à la patiente de lever les bras devant elle, sur les côtés. J'ai aussi introduit des exercices de pointage ou elle devait toucher ma main gauche avec sa main droite et inversement. Enfin, j'ai incorporé des déstabilisations extrinsèques en réalisant des poussées, yeux ouverts et yeux fermés. (Fig.6.)

Figure 6 : Photographies des exercices de déstabilisations en équilibre bipodal

- *Traitement de la spasticité*

Pour cela, des exercices de mobilisation et de postures/étirements ont été nécessaires. Des étirements de la chaine postérieure du membre inférieur ont été accomplis de façon passive et en demandant une composante active afin de stimuler les releveurs du pied. Plusieurs positions ont été utilisées : d'une part sur table, la patiente en décubitus dorsal. J'ai ainsi pu étirer les muscles spastiques en pouvant adapter la composante d'étirement en fonction de la flexion de hanche. D'autre part, j'ai étiré Mme C. en position assise, hanche fléchie à 90°.

Un exercice d'auto-étirement a été donné à Mme C. sur plateau de Freeman face à l'espalier. (Fig.7.)

Figure 7 : Photographies des exercices d'étirements contre la spasticité

- *Renforcement de la statique rachidienne*

Deux exercices d'auto-grandissement étaient demandés :

- Assise sur une chaise avec un bâton. La consigne était de lever le bâton le plus haut possible et de chercher à se grandir le dos droit. (Fig.8.)
- Assise sur un ballon de Klein, le dos bien droit, en équilibre sur les deux membres inférieurs, cherchant à se grandir le dos droit.

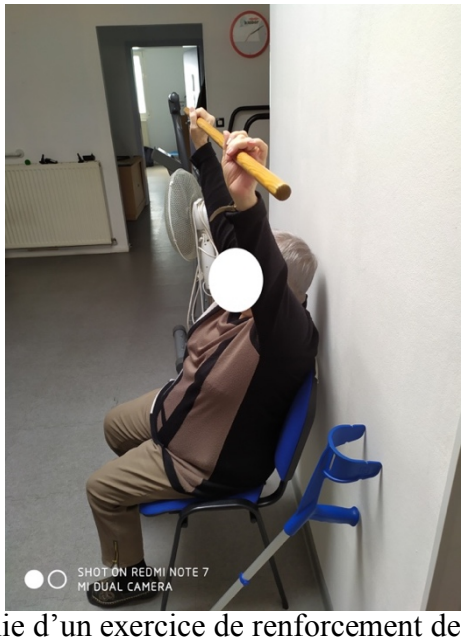

Figure 8 : Photographie d'un exercice de renforcement de la statique rachidienne

2.3. Évaluation de la qualité de vie de Mme C. le 23/01 via questionnaire SEP-59

Un questionnaire de qualité de vie a été rempli par Mme C. lors du bilan au début du stage. Ce questionnaire, dédié aux personnes atteintes de SEP est nommé le SEP-59 (ANNEXE VII). Il correspond à la validation française du MSQOL-54 (57). Il possède 59 items à remplir de façon autonome par la patiente. Ces items sont rassemblés en 15 catégories afin de mettre en lumière les domaines où la qualité de vie de la patiente est plus atteinte que d'autres. Les catégories sont les suivantes : santé physique, limitation liée à la santé physique, limitation liée à la santé mentale, douleur, bien-être émotionnel, énergie, perception de la santé, fonctions sociales, fonctions cognitives, détresse, sommeil, fonctions sexuelles, satisfaction sexuelle, support social, qualité de vie générale.

Mme C. était placée dans une salle, seule, à l'écart des autres patients. Il était demandé à la patiente de prendre le temps de bien répondre aux questions et de ne pas hésiter à relire les items s'ils n'étaient pas compris à la première lecture. Je restais à sa disposition en cas d'incompréhension ou de difficulté.

Les résultats de ce questionnaire auto-évaluatif (Fig.8.) montrent que Mme C. éprouve un niveau de qualité de vie médiocre dans un certain nombre de domaines. Les résultats sont comptés selon une échelle de 0 à 100. Plus le score se rapproche de 100 et plus le niveau de qualité de vie est élevé. Trois sous-catégories obtiennent le score de 0/100 : la limitation liée à la santé physique, la limitation liée à la santé mentale et la satisfaction sexuelle. La catégorie « énergie » est cotée à 5. Cela montre que Mme C. éprouve une très grande difficulté à trouver une satisfaction physique et psychologique dans la vie de tous les jours dans ces domaines.

Les catégories de la santé physique, de la douleur, du bien-être émotionnel, de la perception de la santé des fonctions sociales, de la détresse, des fonctions cognitives sont comprises entre 20 et 33,3/100. Ce qui incombe à Mme C. une difficulté à obtenir une bonne qualité de vie dans ces catégories.

Les catégories du support social, des fonctions sexuelles obtiennent respectivement un score à 45 et 50/100.

Les deux seules catégories obtenant un score supérieur à 50 sont la qualité de vie générale (66,65) et le sommeil (100).

Nous pouvons conclure que d'après le questionnaire SEP-59, la qualité de vie de Mme C. n'était pas satisfaisante le jour où celui-ci a été réalisé.

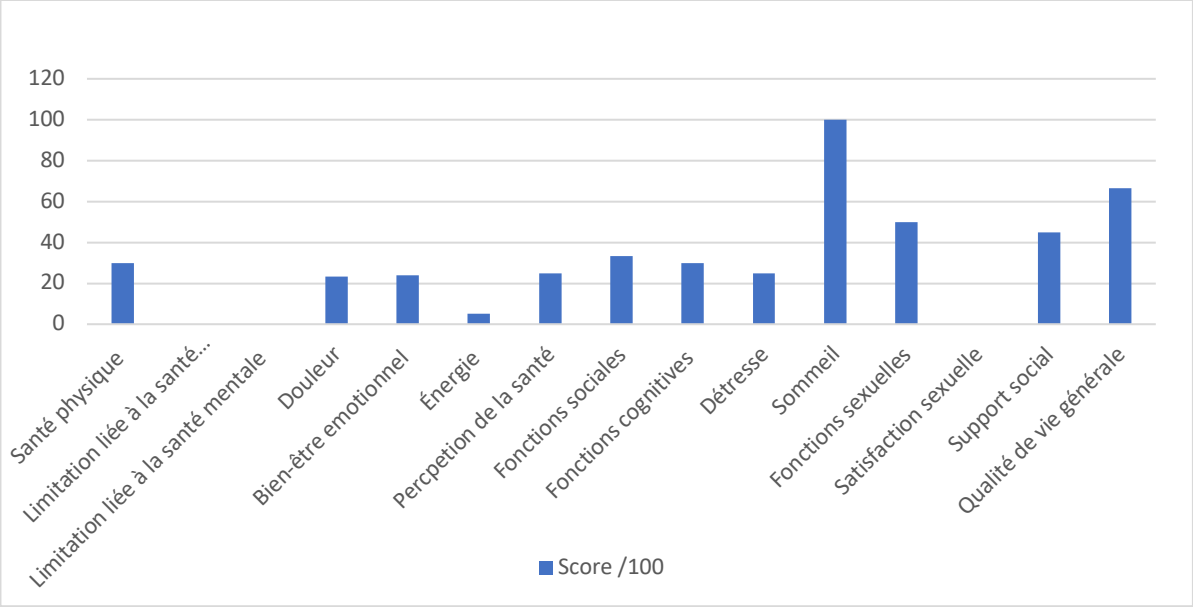

Figure 8 : Histogramme des résultats de Mme C. au questionnaire SEP-59 réalisé le 23/01/2019

2.4. Mise en place d'un programme d'exercices à domicile

L'objectif des entretiens était de permettre à Mme C. de changer son comportement à la maison où elle devrait réaliser une série d'exercices bien spécifiques et pérenniser cela dans le temps. Mme C. avait un planning de rééducation au cabinet très précis depuis le début de son traitement. Sa venue se faisait le lundi, le mercredi et le jeudi, chaque semaine. Entre le jeudi et le lundi suivant, Mme C. réalisait seulement une séance de vélo d'appartement et n'accordait aucun temps à de la rééducation à domicile. C'est pourquoi, plusieurs exercices à faire lui ont été proposés :

- Une séance de vélo d'appartement supplémentaire de 20 minutes comme au cabinet.
- Un exercice d'équilibre bipodal face à la table du salon afin qu'elle puisse se retenir en cas de déstabilisation et lâcher les mains quelques secondes tout en se sécurisant avec une chaise derrière elle.

- Un exercice de renforcement des fléchisseurs de hanche en position allongée issu du livret d'exercice de la LORSEP appartenant à la patiente (Réseau Lorrain pour la prise en charge de la Sclérose en plaques) (Fig. 9.).
- Un exercice de renforcement des extenseurs de genou associé à un travail des fléchisseurs dorsaux du pied issu du même livret (Fig.9.).

Mme C. avait pour directive de réaliser quotidiennement, si elle le souhaitait, ces trois derniers exercices, sous forme de deux séries de dix répétitions chacune.

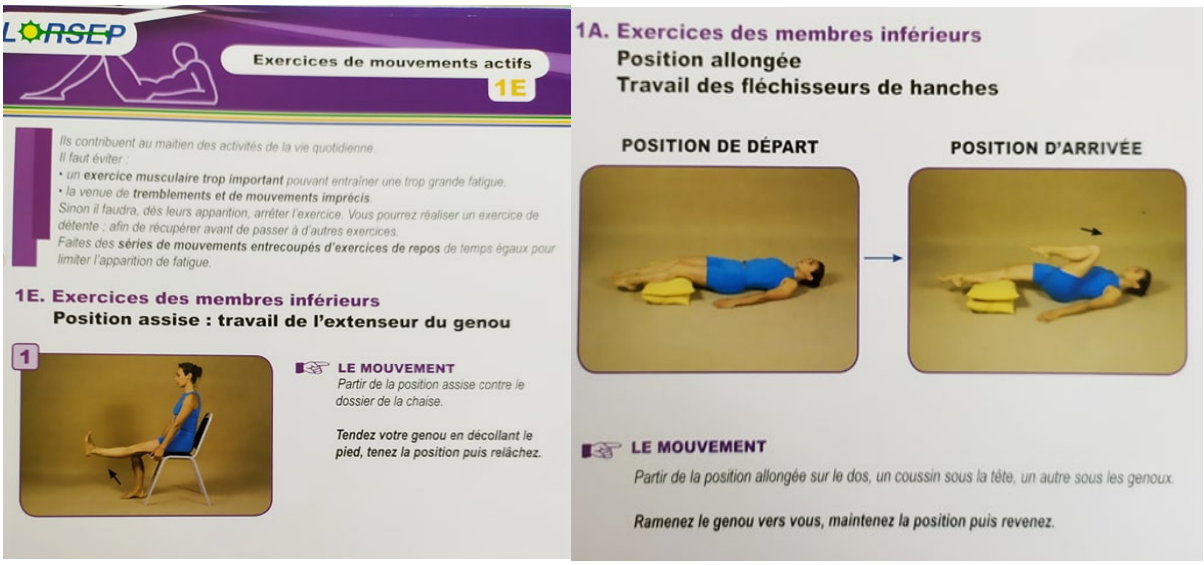

Figure 9 : Photographie de 2 exercices proposés à Mme C. issus du livret d'exercices de la LORSEP.

2.5. Déroulement et retranscription des entretiens motivationnels

2.5.1. Mise en place d'une relation de confiance

La première étape lorsque l'on met en place des EM est de créer une relation de confiance entre le soigné et le soignant. C'est pourquoi, avant de m'entretenir une première fois avec Mme C., j'ai essayé de créer une alliance thérapeutique convenable, d'autant plus qu'en tant que stagiaire, notre statut est moins légitime qu'un MK diplômé d'état.

En effet, j'ai demandé à mes deux tuteurs, au courant de ma démarche de mémoire, de me laisser la prise en charge entière de Mme C. lors de ses 3 séances hebdomadaires tout au

long du stage. C'est donc à partir du 14/01, premier jour du stage que la relation de soin a commencé à se construite. Lors des premières séances, j'ai appris à découvrir la personne et sa maladie pour pouvoir m'adapter au mieux par la suite lors des premiers EM.

C'est lors du bilan, réalisé le 23/01 et le 24/01 que Mme C. et moi-même avons pu réellement discuter de choses plus personnelles la concernant elle et sa maladie. La patiente était très ouverte ce qui m'a rassuré quant à la confiance qu'elle pouvait m'accorder. Elle a, a par exemple, évoqué sa vie familiale, sentimentale et ses difficultés aujourd'hui à donner du goût à sa vie. Mme C. m'a très rapidement fait part de sa satisfaction depuis que je dirigeais les séances. Elle a exprimé être heureuse de pouvoir réaliser de nouveaux exercices, découvrir qu'elle était toujours en mesure de faire certaines choses dont elle ne pensait plus en être capable aujourd'hui. Tous ces éléments, aussi subjectifs soient-ils, m'ont laissé penser qu'une relation de confiance s'établissait au fur et à mesure des séances.

Entre la première séance et le premier entretien, s'est écoulé une période de trois semaines. En effet, selon moi, les EM auront plus de sens si la relation construite avec la patiente est solide.

2.5.2. Premier entretien motivationnel le 04/02

Le but de ce premier entretien était de mieux comprendre les motivations de la patiente quant à ses séances de masso-kinésithérapie ainsi que ses ressentis. Je souhaitais également la questionner à propos de sa maladie, de sa progression et des solutions qui auraient pu être mises en place par le passé.

Avant de commencer l'entretien, j'ai pris le temps d'expliquer à Mme C. ma démarche et de lui demander son accord. Il lui a été expliqué que nous aurions plusieurs entrevues de ce type sur les semaines à venir. Voici un tableau récapitulatif du premier EM (Tab.III.)

Tableau III : Tableau de la retranscription du premier EM.

Questions posées à Mme C.	**Réponses de Mme C.**
Comment vivez-vous votre traitement en kiné ?	J'aime bien venir ici, c'est presque la seule occasion que j'ai de pouvoir voir du monde et ça me fait travailler, mais c'est fatiguant
Cela fait combien de temps que vous venez au cabinet ?	Je viens depuis que la maladie s'est déclenchée, soit depuis 2015. Mais les séances sont de plus en plus dures. J'ai plus de mal qu'avant.
Je comprends, c'est une situation difficile, vous avez une maladie neurologique qui affaiblit votre corps, c'est pour cela que la kinésithérapie est importante pour une personne comme vous aujourd'hui.	Je sais bien oui, mais je n'arrive pas à faire ce que je voudrais faire. Je ne peux plus faire à manger, je n'arrive quasiment plus à marcher, je suis fatiguée à longueur de journée.
C'est ce qui est compliqué à accepter effectivement. Mais vous êtes encore capable de marcher, de réaliser ce AVQ. Il faut se servir ce que vous avez pour avancer. Et nous avancerons ensemble. Pour vous, que faut-il faire pour conserver un maximum de capacités pour le futur ?	Continuer de venir chez le kiné.
Oui c'est évident. Pendant ces 4 années, avez-vous eu un programme d'exercices à faire à la maison lorsque vous n'avez pas kiné entre le jeudi et le lundi ?	Non je n'ai jamais eu cela.
Selon vous, pour éviter une progression trop rapide de la maladie et conserver une autonomie le plus longtemps possible, que faut-il que vous fassiez ?	Il faut continuer à bouger les jambes si je veux continuer à marcher.
Oui, et c'est pour cela qu'il est important de ne pas se laisser envahir dans l'inactivité, et de continuer à aussi bien à la maison qu'au cabinet. Seriez-vous d'accor essayer de faire quelques exercices quotidiens à la maison lorsque vous ne venez pas au cabinet ?	Oui si vous voulez
Non, ce n'est pas à moi de le vouloir, mais à vous. Je suis là pour vous guider et vous aider en cas de difficultés.	Je vais essayer alors.

C'est une bonne chose, car il est important pour vous de faire ces petits exercices. Sachez que vous avez le choix de les réaliser ou non, je n'en tiendrai aucunement rigueur et nous rediscuterons de tout cela bientôt	Si c'est pour aller mieux, je vais faire ce qu'il faut. J'aimerais me sentir mieux et faire plus de choses

Mme. C explique que la maladie la handicape de plus en plus au fil des années, et qu'il est clair que pour elle, tout devient plus difficile malgré ses 3 séances de kinésithérapie par semaine. D'après ces explications, Mme C. est tout autant motivée à l'idée de rencontrer les autres patients du cabinet qu'à venir y faire sa rééducation. Au cours du dialogue, Mme C. s'est montrée consciente du rôle de la kinésithérapie mais aussi de ses difficultés. En répondant « continuer la kiné » et « continuer à bouger les jambes si je veux continuer à marcher », elle exprime une volonté intrinsèque de travailler et de faire des efforts par l'avenir. Elle a su trouver l'origine du problème et cibler quel comportement était à modifier, pour espérer aller mieux. Mme C. est très vite parvenue à l'étape de l'évocation, c'est à dire de la verbalisation du discours changement. C'est pourquoi j'ai pu lui proposer de réaliser des exercices à la maison, pour la guider dans sa démarche, en lui expliquant bien qu'ils doivent être réalisés uniquement si elle en a la volonté.

A propos du style motivationnel, j'ai tenté d'utiliser une certaine forme d'empathie « je comprends », de valorisation de la patiente « vous êtes encore capable de marcher, de réaliser certaines AVQ ». J'ai tenté d'utiliser la réflexion afin de soulever un point important de ces paroles : « j'ai plus de mal qu'avant ». Le but était d'indiquer à Mme C. que si sa posture face à la rééducation reste la même, son état se dégradera aussi rapidement qu'il s'est dégradé jusqu'à aujourd'hui, juste en appuyant cette phrase et en rappelant l'importance de la kinésithérapie.

La patiente a su montrer, lors de ce premier entretien, une volonté de vouloir changer les habitudes prises pendant ces dernières années. Elle a donc initié un changement de comportement très rapide, tout en ayant émis un doute quant à ses capacités.

2.5.3. Deuxième entretien motivationnel le 18/02

Pour le deuxième entretien, cette fois-ci, il était question de l'adaptation aux exercices à la maison, et comment se sentait-elle après ces premières semaines. Le but était de vérifier si le discours en faveur d'un changement de comportement était toujours d'actualité et si Mme C. n'émettait pas de résistance quant aux exercices à la maison. (Tab.IV.)

Tableau IV : Tableau de la retranscription du deuxième EM.

Questions posées à Mme C.	**Réponses de Mme C.**
Comment se sont passés ces deux dernières semaines lorsque vous étiez à la maison ?	Très bien, j'ai fait les exercices, tous les jour mais c'était très fatigant.
Bonne nouvelle, il faut continuer comme ça. C'est normal que la fatigue se fasse ressentir, votre corps encaisse une charge de travail un peu plus élevée que d'habitude, il faut lui laisser le temps de s'habituer. Si la fatigue est trop importante, écoutez votre corps et ne forcez pas.	Pour le moment quand je fais les exercices, je ne ressens pas le besoin de me m'arrêter. Par contre, je fais souvent une sieste ensuite pour me reposer, car je ne suis pas habituée à faire l'exercice chez moi.
C'est une bonne chose, il faut continuer sur cette voie. Vous trouvez-vous plus à l'aise dans la vie de tous les jours ?	J'ai toujours beaucoup de mal à me déplacer sans risquer de chuter, je ne vois pas vr d'amélioration mais j'imagine qu'il va attendre un petit peu pour voir du changement.
Vous me dites donc que c'est toujours aussi compliqué pour vous de vivre au quotidien. Vous avez raison car il va probablement falloir du temps avant de voir les premiers effets. Mais vous adoptez la bonne attitude, et vous restez motivée c'est super.	Merci, j'espère que ça ira vite mieux.
Je sais. Et comment ressentez-vous les choses aujourd'hui par rapport à ce que nous faisons lors de vos séances depuis que nous nous voyons ?	Je suis contente, car il y a certaines choses que je ne savais pas que je pouvais encore faire comme me tenir en équilibre sur les deux jambes, sans me tenir à quelque chose. C'était impensable pour moi avant, j'avais trop peur.
C'est très bien, et cela doit vous faire du bien au moral.	Oui je suis contente, cela fait longtemps que je n'avais pas été satisfaite comme cela par rapport à ma maladie.

Après cette entrevue, la conclusion fut que Mme C. a respecté ses engagements en faveur du changement. En effet, la patiente, malgré une difficulté de mouvements dans la vie de tous les jours et une fatigue omniprésente, s'est montrée volontaire. Elle a même exprimé un sentiment de satisfaction vis à vis de sa tenue en équilibre en appui bipodal, chose qu'elle n'avait que très rarement ressenti depuis l'apparition des symptômes de la maladie. C'est pourquoi, le discours prononcé à l'égard de Mme C. était un discours de valorisation « bonne nouvelle », « une bonne chose », « il faut continuer sur cette voie », « vous adoptez la bonne attitude », « c'est très bien » principalement pour faire en sorte que la patiente poursuive son implication. Aucune forme d'ambivalence, ni de résistance était présent dans les paroles de la patiente.

2.5.4. Troisième entretien motivationnel le 04/03

Cet entretien était basé sur l'avancement de la modification du quotidien de Mme C., si elle était toujours volontaire et déterminée et si aucune forme d'ambivalence ou de rechute était venu interrompre sa progression (Tab.V.)

Tableau V : Tableau de la retranscription du troisième EM.

Questions posées à Mme C.	**Réponses de Mme C.**
Comment allez-vous Mme C. ?	Il faut faire aller, ce n'est pas simple tous les jours, on va dire que ça va pour vous faire plaisir.
Vous savez, il faut pouvoir me dire les choses comme vous les sentez. Si vous n'allez pas bien, dites-le-moi, vous avez le droit. Je ne suis pas là pour vous juger, mais là pour vous aider, pour faire en sorte que vous vous sentiez mieux.	Je me sens fatiguée comme d'habitude, et ces derniers temps, la fatigue a pris le dessus et je n'ai pas fait les exercices comme les semaines précédentes.
Vous n'avez donc pas fait les exercices à la maison, à cause de la fatigue qui est un peu plus prononcée ces derniers temps. Sauriez-vous me dire quelle est la raison pour laquelle ce changement est apparu ?	J'étais plutôt motivée au début car c'était quelque chose de nouveau pour moi, ça me changeait du quotidien depuis quelques années. Mais je me rends compte que ça me fatigue beaucoup, et que la fatigue est plus importante que les progrès. C'est vrai que j'ai progressé et que je reprends un peu confiance

	en moi. Mais j'ai l'impression que rien ne changera.
Je comprends vos doutes, je me mets à votre place, je sais que la fatigue vous handicape énormément. Malgré ça, vous avez fait des progrès et vous vous sentez plus à l'aise dans vos déplacements, et vos aptitudes qu'il y a un mois. Les progrès sont minimes mais sont présents. Que voulez-vous faire pour les jours, les semaines à venir ?	Je vais faire ce que je peux, j'ai envie de continuer à travailler, car je sais que c'est important, mais ce n'est pas tout le temps facile alors je ferai de mon mieux.
Servez-vous du positif, vous pouvez être fière de vous car vous vous battez, malgré les difficultés, et la fatigue.	Oui et mon mari ne me rend pas la vie facile.
Expliquez-moi ce point.	Il est trop derrière moi, à me répéter de me tenir droite, de bien marcher, que je ne fais pas d'efforts. C'est très démotivant à la longue.
Effectivement, c'est un point important à souligner, vous faites bien de m'en parler. Mais cela dit, sur ce qu'il se passe à propos de votre rééducation, et de vos aptitudes, vous êtes la mieux placée pour savoir ce que la SEP engendre comme difficultés, et il ne faut pas hésiter à lui en parler.	C'est ce que je fais, mais il est têtu.
Je vois, et c'est votre mari, qui est là pour vous a longueur de journée. Je n'hésiterais pas à lui en parler si jamais je venais à l'entendre vous faire une remarque de ce genre.	

Dans cet entretien, Mme C. évoque ses difficultés et ses doutes face à ce nouveau dispositif, elle a mis en avant une certaine forme d'ambivalence. La patiente a exprimé des doutes quant à sa capacité à continuer et à maintenir ce rythme de travail et face aux comportements de son mari. Tout cela a causé une rechute selon les cycles du changement de Prochaska et Di Clemente. D'un comportement de maintien, Mme C. est revenue au stade de contemplation/décision pour finalement exprimer une envie de continuer ainsi.

Le style motivationnel que j'ai mis en place s'est concentré sur la valorisation de Mme C. afin de faire resurgir chez elle un sentiment de satisfaction personnelle dans le but de

favoriser un maintien de l'action, après avoir tenté de comprendre quelle était la source du problème : « vous avez fait des progrès », « vous pouvez être fière de vous ».

Dans ces cas de doute et de rechute, le but de la démarche motivationnelle était de dédramatiser la situation, sans rentrer dans le conflit et comprendre les difficultés émises.

Les problèmes de communication entre elle et son mari peuvent être un frein au processus de changement de comportement que la patiente a adopté. C'est pourquoi, j'ai pris l'initiative de rassurer la patiente en lui disant que j'interviendrai si besoin pour expliquer sa situation et le discours qu'il faudrait éviter d'avoir envers elle. Quelques jours suivants cette entrevue, j'ai pris le temps d'expliquer au mari de Mme C. que les remarques à son égard n'allaient pas dans son sens, qu'il fallait savoir que Mme C. avait une maladie très contraignante pour ses capacités physiques mais qu'elle travaillait pour aller mieux.

2.5.5. Quatrième entretien motivationnel le 18/03

Ce jour-là, au vu du déroulement du dernier entretien, il était primordial de contrôler si la patiente avait rebondi, et commencer à tenter d'interpréter comment ressent-elle cette démarche des EM (Tab. VI.).

Tableau VI : Tableau de la retranscription du quatrième EM.

Questions posées à Mme C.	**Réponses de Mme C.**
Cela fait maintenant plus d'un mois que nous avons mis en place les exercices à domicile. Après notre entretien de la dernière fois, comment avez-vous réagi face à vos difficultés ?	C'est toujours aussi difficile pour moi de faire le travail à la maison, et comme vous le savez j'ai depuis une semaine une forte douleur à la mâchoire qui persiste et qui m'embête beaucoup, je me focalise beaucoup dessus. Je me sens très fatiguée, peut-être plus que la dernière fois.
En effet, et j'espère que cette douleur va vite vous laisser tranquille. Cependant, je trouve que vous avez su progresser et je vous trouve plus à l'aise lorsque nous réalisons les exercices lors des séances et je trouve votre marche moins hésitante et plus fluide. Qu'en pensez-vous ?	C'est vrai que je me sens légèrement mieux, mais très légèrement. Ces petits progrès ne changent pas grand-chose.
Je conçois que ces progrès sont infimes, et que cela est frustrant. Malgré tout, il faut savoir que c'est aussi un travail de	Oui, je suis consciente, et j'ai encore la chance de ne pas être en fauteuil pour le moment, même si je n'en suis pas loin.

prévention, c'est à dire qu'avec la volonté que vous mettez dans votre auto-rééducation à la maison, vous empêcherez la maladie de réduire vos capacités plus rapidement.	
Votre travail effectué vous permet d'être autonome aujourd'hui. Vous avez 3 séances par semaine de kinésithérapie ou vous êtes très investie. A la maison, vous faites ce que vous pouvez, quand vous le pouvez. Pensez-vous pouvoir garder cette motivation pour les semaines, les mois à venir ? Car nous n'aurons plus l'occasion de nous revoir, selon vous, quelle est la marche à suivre ?	Je vais continuer à faire ce que vous m'avez conseillé de faire, car j'ai quand même ressenti du mieux, chose que j'avais très rarement ressenti. Le seul frein à ce rythme de travail est que je suis très fatiguée dès que je pousse mon corps à faire plus.
Comme je vous l'ai dit, vous décidez l'intensité de vos efforts, et toutes ces réflexions doivent venir de vous et de votre volonté. Je ne suis qu'un guide, je vous aide, et je vous propose des solutions sans vous les imposer. Si vous estimez vouloir continuer de la sorte, faites-le, car c'est la meilleure chose à faire. Je vous l'ai déjà dit, tomber dans l'inactivité ne fera qu'aggraver vos symptômes.	Je sais que je ne fais pas parfaitement les choses, mais je les fais, et je sais ce que je risque si je m'arrête.
C'est très bien, vous avez la bonne réflexion, c'est comme cela qu'il faut raisonner. Concernant votre mari et ses petites remarques qui vous gênaient, le fait que je sois allé lui expliquer la situation a-t-il changé son attitude ?	Pas vraiment, je vous l'ai dit, il ne changera jamais. Mais j'ai du répondant, je ne me laisse pas faire.

Lors de cet entretien, Mme C. a évoqué à peu près le même discours que lors du troisième entretien. Elle est tiraillée entre l'envie de continuer cette méthode de travail, et la difficulté quotidienne qu'elle rencontre. L'ambivalence est toujours présente. Elle exprime à ce stade de la rééducation une douleur supplémentaire qui est venue aggraver son sentiment de fatigue, qui limitait déjà beaucoup ses capacités. J'ai donc tenté, pour contrer ce sentiment d'ambivalence, de valoriser au maximum la patiente afin d'augmenter le degré de satisfaction personnel : « vous avez su progresser ». Malgré cela, il y a toujours chez Mme C. cette volonté intrinsèque de poursuivre sur cette voie, et évoque pour la première fois les conséquences possibles si elle venait à tomber dans l'inactivité et commencer à planifier ses envies quant à la suite de sa rééducation.

2.6. Matériel

2.6.1. Remplissage du questionnaire SEP-59

Afin de réaliser cette expérience clinique, le matériel nécessaire, en dehors des techniques de PEC en charge rééducative propre était très sommaire.

Dans un premier temps, pour réaliser le questionnaire de qualité de vie SEP-59, j'ai choisi de faire remplir à Mme C. le questionnaire issu de la Société Francophone de la Sclérose en Plaques (SFSEP), issu de l'article de Vernay et al. (57) validant le questionnaire. De plus, cette version questionnaire proposait une interprétation des résultats, très difficile à trouver. (58)

Les conditions de remplissage du questionnaire furent sommaires. Étant un auto-questionnaire, Mme C. fut placée seule, dans une salle avec une chaise et une table comme support. Aucune limite de temps n'a été donnée à Mme C. lors du remplissage. Les deux remplissages ont été réalisés dans les mêmes conditions.

2.6.2. Mise en place des EM

Principale technique de cette expérience clinique, la mise en place des EM n'a pas de forme conseillée ni référencée. Il n'existe pas de protocole exact pour la réalisation d'EM. La seule chose à respecter sont les principes de communication (questions ouvertes, exprimer de l'empathie, valoriser, informer, refléter) (57)(58).

J'ai décidé d'effectuer des entretiens d'environ 10 minutes, à raison d'une entrevue toutes les deux semaines à compter du 04/02 afin de laisser le temps à Mme C. de créer son propre désir et ses propres motivations durant le temps de latence entre chaque entretien. Pour ce faire, Mme C. et moi-même étions placés seuls, dans une salle, à l'écart de toute autre personne afin de conserver un maximum d'intimité. Nous étions l'un en face de l'autre, assis sur une chaise (Fig.10.). Pour retranscrire la totalité de mes paroles et de celles de la patiente, je notais chaque prise de parole sur l'ordinateur au moment où les paroles étaient prononcées par Mme C. et moi-même.

Figure 10 : Photographie reconstituant le déroulement d'un EM en présence de Mme C.

3. RÉSULTATS

3.1. EM final et interprétation des conséquences de l'EM selon le discours de Mme C. (Tab.VII.)

Tableau VII : Tableau de la retranscription du dernier EM.

Questions posées à Mme C.	**Réponses de Mme C.**
Nous voilà a notre dernier entretien Mme C. Quelles conclusions pouvez-vous tirer de notre rencontre ?	Écoutez, je suis contente d'avoir pu suivre vos conseils. Vous m'avez beaucoup rassuré, et grâce à votre travail j'ai plus confiance en moi, et cela m'a fait du bien. Je me sens plus sereine lorsque je dois effectuer des déplacements.
Je suis satisfait de voir que ce changement de PEC a changé vos sensations et surtout votre confiance en vous. Je vous le répète mais malgré vos limitations, vous possédez toujours des capacités qui vous permettent de vous déplacer, seule, sans fauteuil roulant. Vous avez fait preuve de beaucoup de volonté pour changer des habitudes que vous	0/10, je ne faisais rien avant.

aviez pris durant les premières années de la rééducation. Si vous deviez vous donner une note entre 0 et 10 sur votre capacité à travailler à la maison avant notre rencontre, combien vous donneriez vous ?	
Et aujourd'hui ?	Je me mettrais la note de 6/10. Car j'ai eu une période compliquée il y a quelques semaines, où certaines fois je n'avais pas la force de réaliser les exercices. Mais généralement j'y ai mis du mien, et j'ai essayé de les faire tous les jours.
C'est satisfaisant 6/10. Et pour la suite, comment voyez-vous les choses ?	Je compte continuer comme je le fais actuellement car je sens que ça me fait du bien et je n'ai pas envie que ma maladie s'empire.
Vous avez un discours qui montre une belle motivation, je suis confiant pour la suite de votre rééducation. Quelle note voudriez-vous atteindre par rapport à votre travail à la maison ? Voulez-vous rester comme cela ou essayer d'atteindre un niveau supérieur ?	Pour le moment, je vais rester comme cela, essayer de garder ce rythme ce sera déjà très bien.
Je vais vous poser la même question que je vous ai posé lors de notre première entrevue, comment vous voyez-vous dans votre rééducation aujourd'hui ?	Je la vois différemment, même si je suis venue pendant 4 ans, j'ai l'impression d'en avoir appris plus en l'espace de deux mois sur ma pathologie et sur ce qu'il faut faire pour ne pas aller de moins en moins bien. Je me sens motivée pour la suite malgré les difficultés que je peux avoir dans la vie de tous les jours.

Cet entretien est venu conclure les 4 précédentes entrevues que nous avons pu avoir tout au long de cette expérience clinique. Le but de celui-ci était de matérialiser et de quantifier l'impact de ces deux mois sur sa capacité à pouvoir être rigoureuse dans l'observance de son traitement masso-kinésithérapique à domicile lors des périodes sans séances au cabinet. Ainsi, nous pouvons conclure que d'après le discours émis, Mme C. est entrée dans l'évocation motivationnelle, c'est à dire que le changement est adopté par la patiente, mais toutefois, avec risque d'un discours maintien face aux difficultés. En effet, comme nous avons pu le constater lors des entretiens, malgré les intentions réelles de la patiente, la rechute et l'ambivalence n'est jamais très loin, lorsqu'une difficulté ou une douleur se présente face à Mme C.

3.2. Comparatif questionnaire SEP-59 avant et après les EM.

D'après les résultats obtenus lors du remplissage de l'auto-questionnaire SEP-59 au début de la mise en place de l'EM et à la fin, on peut noter une augmentation des scores dans 6 des 15 catégories, une stabilisation dans 5 catégories, et enfin une baisse des scores dans 4 catégories.

En effet, il y a une augmentation des scores concernant les catégories : Limitations liées à la santé physique (0 ➔ 75), Limitations liées à la santé mentale (0 ➔ 100), Douleur (23,3 ➔ 71,66), Perception de la santé (25 ➔ 29,16), Fonctions sociales (33,33 ➔ 66,66), Fonctions cognitives (30 ➔ 45).

Concernant les catégories : Bien-être émotionnel, Détresse, Fonctions sexuelles, satisfactions sexuelles et support social, les résultats sont restés identiques.

Enfin, il existe une baisse des résultats concernant : la Santé Physique (30➔10), l'Énergie (5➔0), le Sommeil (100➔70) ainsi que la Qualité de vie générale (66,65➔51,65) (Fig.11.).

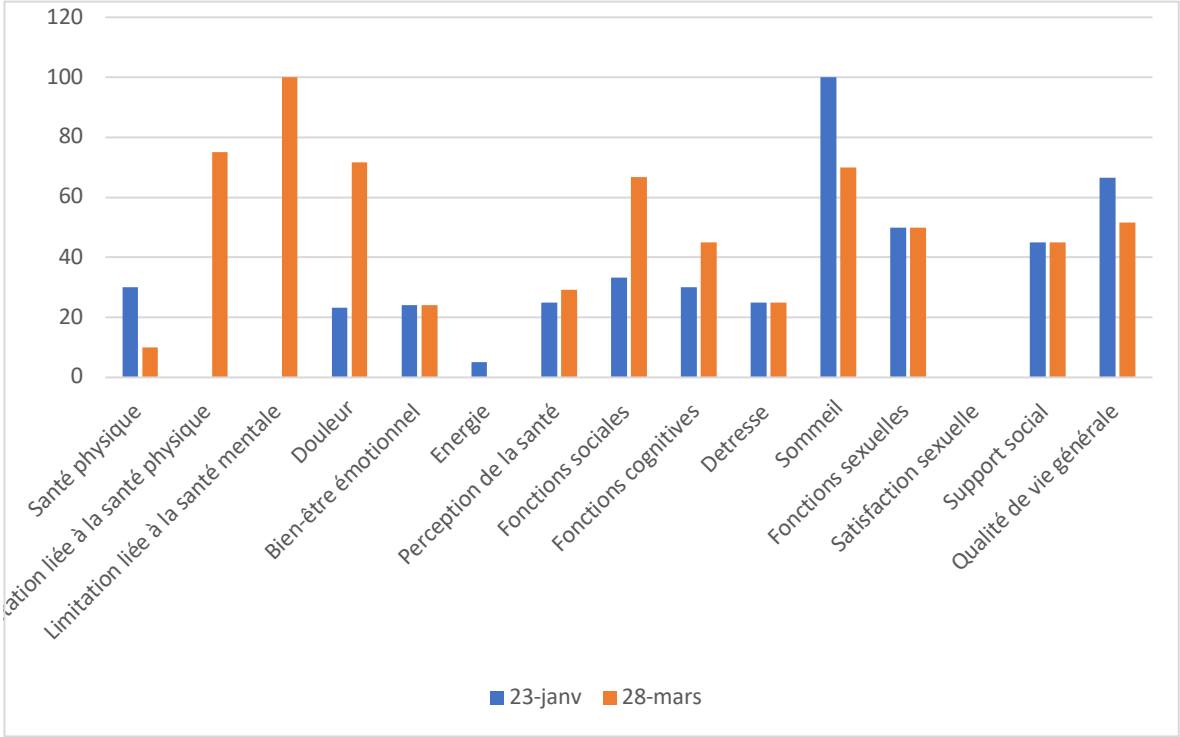

Figure 11 : Histogramme comparatif des résultats du questionnaire SEP-59

4. DISCUSSION

4.1. A propos des résultats et de la méthode mise en œuvre

La mise en place d'un traitement kinésithérapique chez le patient atteint de SEP est courante dans le monde de la kinésithérapie, aussi bien hospitalière que libérale. Cela requiert un savoir nécessaire sur la pathologie, comme toute autre prise en charge, ainsi qu'une connaissance bien fondée sur les actes de masso-kinésithérapie à réaliser. Cependant, j'ai décidé, pour ce mémoire, d'associer quelque chose de peu répandu, surtout dans le monde de la kinésithérapie libérale à savoir l'EM. L'objectif est d'augmenter l'observance du traitement à domicile, par le biais d'un changement de comportement de la patiente et vérifier l'impact sur la qualité de vie de Mme C.

D'une part, les résultats concernant l'augmentation de l'observance du traitement a montré une évolution positive, via la mise en place de l'EM. En effet, si l'on se fie au premier entretien et aux paroles de la patiente, cette dernière n'a jamais eu de consignes par le passé à propos de la continuité de ses exercices à son domicile. Or, si l'on compare les discours entre le premier entretien, et le dernier, la vision de Mme C. vis à vis de l'importance et de l'impact de l'AP à domicile a évolué. En effet, au début de cette nouvelle organisation, Mme C. a tout de suite exprimé son intention de vouloir en faire plus, après les explications faites lors du premier EM malgré quelques doutes quant à sa capacité à produire des efforts. Tout au long des entretiens, ses intentions ont divergé, la cause étant l'apparition de certains éléments venant perturber sa progression (vive douleur à la mâchoire, fatigue, remarques de son mari). Cependant, Mme C. a su garder une ligne de conduite sérieuse et pleine de bonne volonté, malgré des discours ambivalents lors des EM mais sans abandonner. Afin de quantifier l'apport de l'EM sur l'observance de son traitement, pour donner du sens aux résultats, j'ai proposé à Mme C. de noter entre 0 et 10 sa capacité à réaliser ses exercices à la maison, avant les premiers entretiens et au jour de la dernière entrevue. D'une note à 0, nous sommes passés à une note de 6/10. De plus, nous retrouvons dans le discours final de Mme C. une certaine motivation à continuer ainsi dans les jours et mois suivants. Ce qui illustre bien l'apport psychologique et physique que cette démarche lui a apporté. Cela reste très subjectif, il aurait peut-être été plus judicieux de mettre en place un suivi plus précis et détaillé afin d'avoir des données

quantitatives et probablement plus représentatives vis à vis de son implication à domicile.

La méthodologie utilisée pour la mise en place de ces entretiens se référençait aux articles décrivant l'EM et ses principes. J'ai tout d'abord voulu prendre le temps d'installer une relation de confiance, entre la patiente et moi-même, qui était selon moi primordiale pour le bon déroulement d'un entretien. J'ai bien évidemment demandé l'accord préalable de la patiente avant chaque entretien. Il n'y avait pas de limites de temps lors de nos échanges, mais ont tous plus ou moins duré 10 minutes. Afin de noter toutes les paroles, j'ai décidé de taper nos 5 entrevues directement sur l'ordinateur via un logiciel de traitement de texte. Il aurait été probablement plus judicieux de sauvegarder nos conversations avec l'aide d'un enregistreur audio afin de les retranscrire de façon plus précise. Cela, avait tendance à couper de quelques dizaines de secondes les échanges lorsque la parole changeait d'interlocuteur. D'un point de vue de la posture, j'ai voulu me mettre à hauteur de la patiente, autrement dit assis sur une chaise, pour chacun des EM pour ne pas créer de complexe d'infériorité entre elle et moi. J'ai tenté d'être le plus juste possible lors de mes prises de paroles, notamment vis à vis des compétences à avoir lors du discours motivationnel qui sont : l'écoute active, l'expression de questions ouvertes, savoir résumer et refléter les paroles du soigné, exprimer de l'empathie et faire ressentir un sentiment de satisfaction personnel à la patiente. Ce fût la partie la plus compliquée à appréhender car mes seules sources d'inspirations venaient de ce que je pouvais lire à propos de l'EM. Aucun de mes tuteurs de stage n'était formé en EM et je ne possédais aucune formation ni aucun entrainement avant ce mémoire. C'est pourquoi certaines répliques de ma part n'étaient probablement pas adapté à ce type de discours comme : *« Sauriez-vous me dire quelle est la raison pour laquelle ce changement tout d'un coup ? », « Expliquez-moi ce point. », « avec la volonté que vous mettez dans votre auto-rééducation à la maison, vous empêcherez la maladie de réduire vos capacités plus rapidement ».* Après réflexion et analyse, je pense en effet que ces phrases viennent à l'encontre de ce que prône l'EM. Ces paroles étaient à mon sens trop directives, et il est clair que j'ai pris le dessus en lui demandant des explications sans y mettre les formes et en étant autoritaire dans certains échanges. Cependant j'ai su faire comprendre à la patiente que sa motivation ne devait venir que d'elle, que je n'étais qu'un guide pour l'aider dans la démarche, et que si elle ne voulait faire les exercices, elle n'y était pas obligée.

D'autre part, nous pouvons constater qu'au terme de ces deux mois de PEC, nous avons

une augmentation de la qualité de vie de Mme C., selon les résultats à l'auto-questionnaire SEP-59. Comme énoncé dans la partie « Résultats », il existe une augmentation des scores dans 6 domaines sur 15, un score similaire pour 5 catégories et une baisse dans 4 d'entre-elles. L'augmentation, aussi infime soit-elle, ne concerne pas l'état de la qualité de vie globale de la patiente mais cible plus particulièrement des fonctions spécifiques. Cependant, le SEP-59 est un questionnaire validé et dédié aux personnes atteintes de la SEP. D'un point de vue méthodologique, les deux remplissages, ont été effectués dans les mêmes conditions. Or, j'ai décidé de faire remplir le questionnaire à la fin des EM avec le même exemplaire que celui utilisé au début, c'est-à-dire que les résultats de la première analyse étaient présents, ce qui peut avoir un impact sur la représentativité des résultats.

4.2. Intérêts et limites des résultats par rapport à l'état des lieux de la littérature

Ce travail de recherche, réalisé en concordance avec la littérature actuelle, présente de nombreux intérêts au vu de la place qu'occupe aujourd'hui l'AP dans le monde de la rééducation et plus globalement dans la médecine internationale. De nombreuses études préconisent l'AP comme traitement n°1 dans de nombreuses pathologies. Pour la SEP, autrefois proscrite, l'AP fait partie intégrante du traitement, aussi pour la prévention de l'aggravation des symptômes que pour leur réduction (55). Au terme des deux mois de PEC, nous avons pu remarquer qu'avec l'apport d'exercices physiques plus réguliers, adaptés aux capacités de Mme C., il y a eu une amélioration de ses capacités. La patiente a reconnu se sentir plus à l'aise pendant la rééducation au cabinet, lors des exercices et des transferts à domicile. Cependant, j'aurais pu apporter plus de précisions en réalisant des tests spécifiques afin de comparer les capacités de la patiente avant et après la mise en place de l'EM.

Il est aussi indiqué dans la littérature que l'apport d'AP augmente la qualité de vie du patient atteint de SEP (55). Les résultats de l'expérience clinique sont en accord avec la littérature. En effet, nous avons une amélioration de l'AP de Mme C. et il s'est avéré que sa qualité de vie s'est parallèlement améliorée. Malgré cela, aucun article concernant le remplissage des questionnaires de qualité de vie ne prend en compte les troubles cognitifs associés à la maladie, ce qui pourrait engendrer des biais lors du remplissage de l'auto-questionnaire, qui doit être effectué en autonomie.

Concernant l'EM, qui est décrit dans la littérature comme un moyen de favoriser l'observance d'un traitement, là aussi les résultats sont cohérents avec Mme C. En effet, les résultats montrent qu'entre le premier et le dernier EM, Mme C. a maintenu une régularité dans l'accomplissement des exercices à la maison. Cependant, malgré ces indications, la littérature n'offre pas ou très peu de recommandations concernant l'impact sur l'observance du patient atteint de SEP. Les preuves disponibles à propos de l'adhérence à un traitement sont spécifiques au traitement médicamenteux (61), aux douleurs chroniques (62). Ce qui limite grandement la cohérence des résultats obtenus car dépourvus de validité. De plus, il n'existe pas dans la littérature de protocole de mise en place précis d'un entretien : durée, fréquence, posture, etc…

4.3. Intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Les intérêts de l'EM dans la pratique quotidienne du MK libéral sont multiples. Au vu des résultats obtenus dans cette expérience clinique, pour tout praticien soucieux de la poursuite d'une auto-rééducation au domicile du patient, cet outil permet d'appréhender plus profondément les intentions réelles d'un patient. Il permet aussi de guider le patient dans une direction souhaitée, si ce dernier a préalablement fait vœux d'un changement dans son discours. L'EM est une technique de communication et nécessite des connaissances à ce sujet. Imaginons une situation où le thérapeute propose à un patient de faire des exercices à son domicile en complément de la rééducation. Afin de faire le point avec le patient pour savoir si les consignes sont respectées, le thérapeute va simplement demander au patient s'il a fait ses exercices. Si le patient répond « Oui », comment pouvons-nous nous assurer qu'il dit vrai ? Est-ce qu'il ne dit pas cela pour faire plaisir au thérapeute ? C'est là que l'EM intervient dans la façon d'appréhender ce dialogue : le discours n'est pas directif et la demande sera formulée de manière à ne pas brusquer le patient, si jamais l'auto-rééducation à domicile n'a pas été réalisée. Il a le droit de ne pas faire ce qui est proposé. Il faut simplement chercher à comprendre pourquoi et faire ressortir les motivations du patient en le guidant. Cependant, cela nécessite de réaliser certaines formations, qui sont plus particulièrement proposées dans les structures hospitalières dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique du Patient où l'environnement est plus propice à ce type de pratiques. De plus, l'EM demande beaucoup de temps et d'investissement auprès du patient, et il n'est pas certain que les MK libéraux ont dans leur main les moyens nécessaires à ce type de PEC.

L'observance d'un traitement masso-kinésithérapique à domicile est un outil très intéressant pour la pratique au quotidien, et pour le patient. Dans le monde du libéral, il est difficile pour une partie des patients de suivre un traitement régulier afin de soigner leurs pathologies. Les raisons sont multiples (emplois du temps très chargés, responsabilités familiales), ce qui compromet le bon déroulement de leur traitement. Tout comme certaines pathologies chroniques dont les recommandations sont de pratiquer une AP régulière (63). Avec ce genre de cas précis, l'observance peut avoir un rôle important. En effet, il existe une multitude de conseils, d'exercices à donner pour compléter la rééducation voire même s'auto-rééduquer. L'observance est un problème de santé publique aujourd'hui par un manque de rigueur de nombreuses personnes qui devraient l'être. C'est une perte de temps pour les patients et les thérapeutes ainsi qu'une perte d'argent pour les dépenses de santé. La solution à ce problème doit venir de ces dialogues entre soignants et soignés : le soignant doit pouvoir trouver les mots justes afin de convaincre et provoquer une motivation du patient.
Enfin, lorsque nous suivons un patient de façon longitudinale, il est toujours intéressant en complément du bilan d'avoir des données quantitatives via des tests ou bien des questionnaires. Cela permet d'avoir une vision de la progression effectuée ou non par le patient, selon le domaine étudié de façon comparative entre le début du traitement et le moment où l'on veut évaluer où en est le patient.

4.4. Domaine de validité des résultats et critiquer le dispositif de recherche

Les résultats de cette expérience clinique ne possèdent pas un niveau de preuve suffisant pour pouvoir prétendre à une considération.

Tout d'abord, la faiblesse de la littérature à propos de l'EM et de la SEP ne permet pas aux résultats d'avoir un bon niveau de validité. Aujourd'hui, de nombreux articles prouvent que l'EM est recommandé pour stopper les addictions (drogues, alcool) et pour initier un changement de comportement concernant certaines mauvaises habitudes de vie. Il est aussi indiqué que l'EM peut avoir un rôle sur l'adhérence des traitements médicamenteux. Cette expérience clinique s'est construite autour de ces preuves fournies par la littérature. Ce qui représente un biais considérable puisqu'aucune donnée ou presque ne fait part de l'EM et l'augmentation de l'observance thérapeutique du patient SEP. En outre, nous nous sommes

basés sur l'apport de l'EM sur l'observance thérapeutique de patients atteint de pathologies chroniques pour la mise en place de ce mémoire.

Par ailleurs, la mise en place du dispositif de recherche aurait pu faire preuve de plus de justesse. Ce mémoire a été réalisé lors de mon stage clinicat de fin de 4ème année de masso-kinésithérapie, ce qui veut dire qu'il m'était impossible d'avoir préalablement les données concernant la patiente puisque notre première rencontre a eu lieu en Janvier 2019. J'avais pour renseignement, avant le stage, qu'une patiente atteinte de SEP serait au cabinet afin de pouvoir valider ma problématique. J'ai donc axé mes recherches, avant mon arrivée sur le terrain de stage, sur l'AP chez le patient SEP sans pouvoir préciser dans les équations de recherche les critères que sont le type de SEP, la symptomatologie, le score EDSS. Cela aurait rendu ce travail plus représentatif étant donné que la population ciblée par la recherche d'article aurait été plus en adéquation avec Mme C. et sa pathologie.

Enfin, malgré la validité de l'auto-questionnaire SEP-59, les ressources utilisées quant à l'exploitation du questionnaire et l'interprétation des résultats sont faibles et peu nombreuses. Aucun article avec un niveau de preuve suffisant n'a été trouvé pour le calcul des scores. Seul le site internet de la Société Francophone de la Sclérose En Plaques (SFSEP) proposait une aide à l'interprétation du questionnaire, basée sur la publication de référence de Vernay et Al**.** (57) validant l'auto-questionnaire SEP-59.

4.5. Positionnement du point de vue éthique et déontologique

Cette expérience clinique, est venue s'appuyer sur différents articles du code de déontologie des MK. Tout d'abord, l'article R. 4321-59 stipule que *« Dans les limites fixées par la loi, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance. Sans négliger son devoir d'accompagnement moral, il limite ces actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. […]. Il prend en compte les avantages, les inconvénients et les conséquences des différents choix possible ».* Cet article est conforme au type de PEC mis en œuvre avec Mme C. En effet, le MK est libre du traitement proposé au patient, et dans notre cas, j'ai décidé d'inclure l'EM, en accord avec les données de la littérature, pour le bien de la patiente. L'EM comporte aussi une dimension morale, psychologique d'accompagnement du patient via une communication adaptée qui permet au thérapeute d'avoir une relation plus formelle avec le patient. Ce dernier point fait part aussi

bien à l'article R. 4321-85 qui spécifie que « *En toutes circonstances, le masseur-kinésithérapeute s'efforce de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement ».*

Deuxième point à souligner, il était important d'être juste avec la patiente sur son état de santé, sur les conseils prodigués, et sur la tournure des propos. C'est en cela que l'EM a une dimension essentielle d'adaptation au discours de la patiente ce qui nous a permis d'être plus juste dans nos propos afin d'avoir un meilleur retour. L'article R. 4321-83 fait part de cela : « *Le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. […].».*

Enfin, l'article R 4321-84 dit que *« Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. […] ».* Il était important, pour mettre en place l'expérience clinique, que Mme C. soit au courant que ce projet faisait partie intégrante de ce mémoire et que son accord me soit donné avant de démarrer. Du fait de sa présence de certains clichés de ce mémoire, il a bien été demandé à la patiente son accord, ainsi qu'une garantie d'anonymat à son égard. De plus, il a bien été précisé qu'elle était seule décisionnaire de ses choix, et qu'à tout moment nous pouvions arrêter la démarche si elle me le demandait.

4.6. Perspectives d'approfondissement ou de réorientation du travail à partir des résultats obtenus

Beaucoup de perspectives peuvent voir le jour à partir des résultats de cette expérience clinique. D'abord, j'ai personnellement décidé d'évaluer l'apport d'une meilleure observance via l'EM sur la qualité de vie du patient SEP. Cependant, beaucoup de composantes auraient pu être prises en compte, comme l'impact sur la fatigue, facteur considérable à ne pas négliger chez une personne atteinte de SEP.

De plus, il pourrait être intéressant de patienter quelques années, afin d'avoir une littérature plus fournie concernant l'EM et la PEC du patient SEP afin d'avoir des protocoles de mise en

place d'un entretien de qualité, des recommandations fiables et pouvoir mettre en œuvre une expérience clinique de plus fort niveau de preuve.
Il peut aussi être intéressant de réaliser un travail de ce type dans une structure pratiquant l'ETP avec des personnes formées à l'EM pour prendre en charge un ou plusieurs patients. Pour évaluer la réceptivité de chaque patient mais aussi pour repérer quels seraient les freins et les leviers au changement de comportement sur une population ciblée que peuvent être les personnes atteintes de SEP.

5. CONCLUSION

À travers cette expérience clinique, nous pouvons établir un lien entre l'apport de l'EM sur l'observance de la patiente et l'augmentation de sa qualité de vie. En effet, au cours de plus de 2 mois de PEC et 5 entretiens, la patiente a modifié son comportement vis à vis des exercices à la maison en étant impliquée, motivée et consciente des bienfaits que cela pouvait lui apporter. Parallèlement, le questionnaire de qualité de vie SEP-59 nous a montré une augmentation des scores dans plus de la moitié des domaines étudiés. Nous pouvons donc conclure qu'au vu de la méthodologie utilisée, cette expérience clinique a été bénéfique pour la patiente. Cependant, il serait judicieux par la suite d'approfondir ce travail en se basant sur des preuves plus fondées, accompagné de personnes qualifiées en EM pour donner plus de force et de validité à ce genre de PEC qui tend à se développer dans les années à venir, avec la mise en place de réseaux d'ETP.

La clé de voûte de ce travail aura été l'importance et le soin apporté à la communication entre la patiente et moi-même. La communication est un point essentiel dans notre métier, à ne jamais négliger. Dans la kinésithérapie libérale, le praticien va devoir adapter sa façon de dire les choses, de parler, de conseiller, d'avertir puisque la diversité de la patientèle l'exige. Il est impossible de parler avec un enfant comme on parle à une vieille personne, ou discuter avec une personne sportive comme à une personne ayant une maladie neurologique avec de potentiels troubles cognitifs. Des défauts de communications en kinésithérapie libérale auront sans nul doute des conséquences négatives sur la pratique au quotidien. Par ailleurs, l'arrêté du 2 Septembre 2015 relatif au diplôme d'État de mass-kinésithérapeute met en avant l'intérêt de l'adaptation de la communication dans plusieurs domaines : l'Unité d'Enseignement (UE) 2

« Sciences humaines et sociales », enseignée en PCK1, reprend les notions de « *Relation de soin, distance professionnelle, relation empathique et communication professionnelle avec le patient et son entourage, en situations difficiles de maladie, de handicap et face à la mort* » ainsi qu'à travers la compétence 5 du référentiel de compétences du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute *« Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ».* De plus, plusieurs UE optionnelles permettent aux instituts de formation « *d'approfondir un domaine d'exercice de la masso-kinésithérapie ou de mener une réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation* » : UE 12, UE 13, UE 31, UE 32. Ne serait-il pas intéressant de proposer aux étudiants des cours autour des outils de communication disponibles aujourd'hui pour les MK afin d'apprendre aux étudiants à savoir gérer certaines situations pouvant être problématiques ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Maladies non transmissibles [en ligne]. Publié le 1er Juin 2018 [consulté le 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

2. FEDECARDIO | Rôle de l'environnement dans les maladies chroniques [en ligne]. [consulté le 11 déc 2018]. Disponible sur : https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les-pathologies-cardio-vasculaires/role-de-l-environnement-dans-les-maladies-chroniques

3. ameli.fr - Prévalence des ALD en 2017 [en ligne]. Publié le 18 Déc 2018 [consulté le 18 déc 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php

4. Le poids grandissant des maladies chroniques [en ligne]. Publié le 2 Fév 2018 [consulté le 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.egora.fr/actus-medicales/sante-publique/35569-le-poids-grandissant-des-maladies-chroniques

5. Ministère des Solidarités et de la Santé - La sclérose en plaques [en ligne]. Publié le 30 Mai 2018 [consulté le 11 déc 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-sclerose-en-plaques

6. HAS – Sclérose en plaques. 2006 [consulté le 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-024_sclerose-guide_sans_lap.p

7. HAS – Actes et prestations affection de longue durée Sclérose en Plaques. 2015. [consulté le 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald_25_sep_actualisation.pdf

8. Simioni S., Annoni J-M, Gschwind M, Vuilleumier P, Schluep M, Modification neurocomportementales à la sclérose en plaques. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 951-4

9. Ayache SS, Chalah MA. Fatigue in multiple sclerosis - Insights into evaluation and management. Neurophysiol Clin Clin Neurophysiol. avr 2017;47(2):139-71.

10. Geidl W, Gobster C, Streber R, Pfeifer K. A systematic critical review of physical activity aspects in clinical guidelines for multiple sclerosis. Mult Scler Relat Disord. oct 2018 ; 25 : 200-7.

11. Guyot M-A, Donzé C. Coaching sportif et sclérose en plaques. Prat Neurol - FMC. 1 févr 2016;7(1):40-4.

12. Coote S, Uszynski M, Herring MP, Hayes S, Scarrott C, Newell J, et al. Effect of exercising at minimum recommendations of the multiple sclerosis exercise guideline combined with structured education or attention control education - secondary results of the step it up randomised controlled trial. BMC Neurol. 24 juin 2017;17(1):119.

13. Motl RW, Sandroff BM, Kwakkel G, Dalgas U, Feinstein A, Heesen C, et al. Exercise in patients with multiple sclerosis. Lancet Neurol. 1 oct 2017;16(10):848-56.

14. Kalron A, Aloni R, Givon U, Menascu S. Fear of falling, not falls, impacts leisure-time physical activity in people with multiple sclerosis. Gait Posture. 1 sept 2018;65:33-8.

15. Backus D. Increasing Physical Activity and Participation in People With Multiple Sclerosis: A Review. Arch Phys Med Rehabil. 1 sept 2016;97(9, Supplement):S210-7

16. Barnault M, Dutruel D. Place de l'activité physique dans la prise en charge des pathologies neurologiques. Actual Pharm. 1 févr 2017;56(563):26-32.

17. Block V, Rivera M, Melnick M, Allen DD. Do Physical Therapy Interventions Affect Urinary Incontinence and Quality of Life in People with Multiple Sclerosis?: An Evidence-Based Review. Int J MS Care. août 2015;17(4):172-80.

18. Zaenker P, Favret F, Isner-Horobeti M-E, Lonsdorfer E, De Seze J. Évaluation de l'intérêt de l'entraînement combiné dans la sclérose en plaques et accompagnement des patients dans leur pratique sportive. Rev Neurol (Paris). 1 avr 2015;171:A83.

19. Kerling A, Keweloh K, Tegtbur U, Kück M, Grams L, Horstmann H, et al. Effects of a Short Physical Exercise Intervention on Patients with Multiple Sclerosis (MS). Int J Mol Sci. juill 2015;16(7):15761-75.

20. Saxton JM, Carter A, Daley AJ, Snowdon N, Woodroofe MN, Petty J, Roalfe A, Tosh J, Sharrack B. Pragmatic exercise intervention for people with multiple sclerosis (ExIMS trial): study protocol for a randomised controlled trial | Cochrane Library [en ligne]. [consulté le 11 Janv 2019]. Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00966983/full

21. Amatya B, Khan F, Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev [en ligne]. 2019 [consulté le 11 Janv 2019]. Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012732.pub2/full

22. Lutz C, Kersten S, Haas CT Short-Term and Long-Term Effects of an Exercise-Based Patient Education Programme in People with Multiple Sclerosis: a Pilot Study | Cochrane Library [Internet]. [consulté le 13 Janv 2019]. Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01417975/f

23. Edwards T, Pilutti LA. The effect of exercise training in adults with multiple sclerosis with severe mobility disability: A systematic review and future research directions. Mult Scler Relat Disord. août 2017;16:31-9.

24. Beauvais C. L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique. /data/revues/11698330/unassign/S1169833019300407/ [Internet]. 20 mars 2019 [cité 1 mai 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/1282349

25. Turner AP, Hartoonian N, Sloan AP, Benich M, Kivlahan DR, Hughes C, et al. Improving fatigue and depression in individuals with multiple sclerosis using telephone-administered physical activity counseling. J Consult Clin Psychol. avr 2016;84(4):297-309.

26. Schaefer MR, Kavookjian J. The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: A systematic review. Patient Educ Couns. déc 2017;100(12):2190-9.

27. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. déc 2014;28(12):1159-71.

28. Dashti A, Yousefi H, Maghsoudi J, Etemadifar M. The effects of motivational interviewing on health promoting behaviors of patients with multiple sclerosis. Iran J Nurs Midwifery Res. 1 nov 2016;21(6):640.

29. Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, Carroll WM, Coetzee T, Comi G, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol. févr 2018;17:162-73.

30. Correale J, Gaitán MI, Ysrraelit MC, Fiol MP. Progressive multiple sclerosis: from pathogenic mechanisms to treatment. Brain J Neurol. 1 mars 2017;140(3):527-46.

31. Ghasemi N, Razavi S, Nikzad E. Multiple Sclerosis: Pathogenesis, Symptoms, Diagnoses and Cell-Based Therapy. Cell J Yakhteh. 2017;19(1):1-10.

32. Vermersch P, Sclérose en plaques et depression : Directemment liée aux lésions cérébrales ? Neurol, 2012, ; 15, 145 : 64-68

33. MS Symptoms, National Multiple Sclerosis Society [en ligne]. [consulté le 17 déc 2018]. Disponible sur: http://www.nationalmssociety.org/Symptoms-Diagnosis/MS-Symptoms

34. MS-in-focus-22-Cognition-French.pdf [en ligne]. [consulté le 17 déc 2018]. Disponible sur: https://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/MS-in-focus-22-Cognition-French.pdf

35. Meyer-Moock S, Feng Y-S, Maeurer M, Dippel F-W, Kohlmann T. Systematic literature review and validity evaluation of the Expanded Disability Status Scale (EDSS) and the Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC) in patients with multiple sclerosis. BMC Neurol [en ligne]. déc 2014;14(1). Disponible sur: http://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2377-14-58

36. Collège des Enseignants de Neurologie. Sclérose en plaques [en ligne]. 2016 [consulté le 17 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/deuxi%C3%A8me-cycle%20/sclerose-plaques

37. Magy L. La sclérose en plaques, première maladie invalidante de l'adulte jeune. Actual Pharm. févr 2018;57(573):20-3.

38. Sellebjerg F, Barnes D, Filippini G, Midgard R, Montalban X, Rieckmann P, et al. EFNS guideline on treatment of multiple sclerosis relapses: report of an EFNS task force on treatment of multiple sclerosis relapses. Eur J Neurol. déc 2005;12(12):939-46.

39. Kidd T, Carey N, Mold F, Westwood S, Miklaucich M, Konstantara E, et al. A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in people with multiple sclerosis at improving depression, anxiety and quality of life. Ensari I, éditeur. PLOS ONE. 11 oct 2017;12(10):e0185931.

40. Nakazawa K, Noda T, Ichikura K, Okamoto T, Takahashi Y, Yamamura T, et al. Resilience and depression/anxiety symptoms in multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder. Mult Scler Relat Disord. oct 2018;25:309-15.

41. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. août 1991;3(3):243-54.

42. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Rev Mal Resp, Fev 2005 ;25,1 :31-34

43. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [en ligne]. WHO. [consulté le 7 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/

44. WHO | WHOQOL: Measuring Quality of Life [en ligne]. WHO. [consulté le 16 févr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/

45. Clavelou P, Auclair C, Taithe F, Gerbaud L. La qualité de vie des patients souffrant de sclérose en plaques. Rev Neurol (Paris). mars 2009;165:S123-8.

46. Isaksson A-K. Quality of life and impairment in patients with multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1 janv 2005;76(1):64-9.

47. Mitchell AJ, Benito-León J, González J-MM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. Lancet Neurol. sept 2005;4(9):556-66.

48. HAS – L'entretien motivationnel [en ligne]. [consulté le 16 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf

49. Fortini C, Daeppen J-B. L'entretien motivationnel?: développements récents. Psychothérapies. 2011;31(3):159.

50. P. Gache C. Fortini A. Meynard M. Reiner Meylan J. Sommer. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices. Rev Med Suisse, 2006, 2, 31657

51. Languérand E. L'entretien motivationel. In: Santé Mentale. 2012. p. 2-8.

52. L'entretien motivationnel [en ligne]. AFDEM. [consulté le 12 Fev 2019]. Disponible sur: https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/

53. Michiels Y. L'entretien motivationnel ou comment accompagner le changement. Actual Pharm. 1 janv 2017;56(562):28-31.

54. Syndrome pyramidal | Collège des Enseignants de Neurologie [Internet]. [consulté le 22 Fev 2019]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-13

55. Halabchi F, Alizadeh Z, Sahraian MA, Abolhasani M. Exercise prescription for patients with multiple sclerosis; potential benefits and practical recommendations. BMC Neurol. 16 sept 2017;17(1):185.

56. Présentation HUBER 360® EVOLUTION [en ligne]. Youtube [consulté le 20 Avr 2019]. https://www.youtube.com/watch?v=3J7N5mmBlcc&t=69s

57. D. Vernay, L. Gerbaud, S. Biolay, J.Coste, J.Debourse, D. Aufauvre, C. Beneton, R. Colamarino, P.Y. Glanddier, G. Dordain, P. Clavelou. Qualité de vie et sclérose en plaques : validation de la version francophone d'un auto-questionnaire, le SEP-59. In 2000. p. 247-63.

58. Auto-questionnaire SEP-59 [en ligne]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: https://sfsep.org//wp-content/uploads/documents/SFSEP_SEP-59.pdf

59. Treatment C for SA. Chapter 3—Motivational Interviewing as a Counseling Style [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64964/

60. Hall K, Gibbie T, Lubman D. Motivational interviewing techniques - facilitating behavior change in the general practice setting. Aus Fam Phys, Sept 2012,41,9:660-667

61. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2016;31(8):929-40.

62. Alperstein D, Sharpe L. The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review. J Pain Off J Am Pain Soc. avr 2016;17(4):393-403.

63. Pfeifer K, Geidl W. [Physical Activity Recommendations for Adults with a Chronic Disease: Methods, Database and Rationale]. Gesundheitswesen Bundesverb Arzte Offentlichen Gesundheitsdienstes Ger. mars 2017;79(S 01):S29-35.

ANNEXES

Table des annexes :

ANNEXE I : Prescription médicale de Mme C.

ANNEXE II : Tableaux récapitulatifs de la stratégie de recherche et classement des résultats

ANNEXE III : Prescription médicamenteuse de Mme C.

ANNEXE IV : Cotation de Held et Pierrot Desseilligny

ANNEXE V : Échelle d'Ashworth Modifiée

ANNEXE VI : Questionnaire Fatigue Severity Scale

ANNEXE VII : Questionnaire SEP-59

ANNEXE I : Prescription médicale de Mme C.

cerfa

n° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)
DOCTEUR 01MEDECINE GENERALE CONVENTIONNE	=>

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)
C...
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Vitamothérapie = Acide folique
équilibre
complément alimentaire

Sur SEP évoluée

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

S 3321h

ANNEXE II : Tableau récapitulatif de la stratégie de recherche et classement des résultats

Base de données	Équations de recherche	Nombre de résultats	Articles présélectionnés	Articles retenus
PubMed	multiple sclerosis AND physical activity AND recommendations AND physical therapy	27	6	2
	quality of life OR life quality AND benefits AND multiple sclerosis AND physical activity AND physical therapy	27	3	3
	motivational interviewing AND adherence AND multiple sclerosis AND treatment	5	1	3
Pedro	Multiple sclerosis AND quality of life	69	3	0
	Multiple sclerosis AND motivational interviewing AND adherence	2	1	0
Cochrane Library	Multiple sclerosis AND physical activity AND physical therapy AND recommendations	22	0	0
	Quality of life AND multiple sclerosis AND physical activity AND benefits	44	2	2
	Motivational interviewing AND adherence AND multiple sclerosis	10	2	1
Em consulte	« Titre, mots-clés, résumé » Sclérose en plaques, activité	51	2	2

	physique ET kinésithérapie ET recommandations			
	« Titre, mots-clés, résumé » Sclérose en plaques ET activité physique ET kinésithérapie ET qualité de vie	127	2	1
	« Titre, mots-clés, résumé » Entretien motivationnel ET sclérose en plaques ET observance	17	1	1
ScienceDirect	Multiple sclerosis AND physical activity AND physical therapy AND recommendations « Title, abstract, keywords » Multiple sclerosis AND physical activity	34	4	3
	multiple sclerosis, quality of life, physical activity « Title, abstract, keywords » Multiple sclerosis, quality of life AND physical activity	41	2	0
	Motivational interviewing AND adherence AND multiple sclerosis « Title, abstract, keywords » Multiple sclerosis Year: 2010-2019	20	0	0

Nom de l'article, auteurs, année	Type d'article
Geidl W, Gobster C, Streber R, Pfeifer K. A systematic critical review of physical activity aspects in clinical guidelines for multiple sclerosis, 2018	Revue systématique de la littérature
Guyot M-A, Donzé, Coaching sportif et sclérose en plaques, 2016	Article de revue
Coote S, Uszynski M, Herring MP, Hayes S, Scarrott C, Newell J, et al. Effect of exercising at minimum recommendations of the multiple sclerosis exercise guideline combined with structured education or attention control education - secondary results of the step it up randomised controlled trial, 2017	Essai controlé randomisé
Motl RW, Sandroff BM, Kwakkel G, Dalgas U, Feinstein A, Heesen C, et al. Exercise in patients with multiple sclerosis, 2017	Recommandations de bonnes pratiques
Kalron A, Aloni R, Givon U, Menascu S. Fear of falling, not falls, impacts leisure-time physical activity in people with multiple sclerosis, 2018	Etude de cohorte
Backus D. Increasing Physical Activity and Participation in People With Multiple Sclerosis: A Review, 2016	Revue de la littérature
Barnault M, Dutruel D, Place de l'activité physique dans la prise en charge des pathologies neurologiques, 2017	Article de revue
Block V, Rivera M, Melnick M, Allen DD. Do Physical Therapy Interventions Affect Urinary Incontinence and Quality of Life in People with Multiple Sclerosis?: An Evidence-Based Review, 2015	Revue de la littérature
Zaenker P, Favret F, Isner-Horobeti M-E, Lonsdorfer E et De Seze J, Évaluation de l'intérêt de l'entraînement combiné dans la sclérose en plaques et accompagnement des patients dans leur pratique sportive, 2015	Étude cas-témoin
Kerling A, Keweloh K, Tegtbur U, Kück M, Grams L, Horstmann H, et al. Effects of a Short Physical Exercise Intervention on Patients with Multiple Sclerosis, 2015	Etude comparative
Saxton JM, Carter A, Daley AJ, Snowdon N, Woodroofe MN, Petty J, Roalfe A, Tosh J, Sharrack B Pragmatic exercise intervention for people with multiple sclerosis (ExIMS trial): study protocol for a randomised controlled trial, 2014	Essai controlé randomisé

Amatya B, Khan F, Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews, 2019	Revue de la littérature
Lutz C, Kersten S, Haas CT, Short-Term and Long-Term Effects of an Exercise-Based Patient Education Programme in People with Multiple Sclerosis: a Pilot Study, 2017	Etude cas-témoin
Edwards T, Pilutti LA. The effect of exercise training in adults with multiple sclerosis with severe mobility disability: A systematic review and future research directions, 2017	Revue systématique de la littéraure
Catherine Beauvais, L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique, 2019	Article de revue
Turner AP, Hartoonian N, Sloan AP, Benich M, Kivlahan DR, Hughes C, et al. Improving fatigue and depression in individuals with multiple sclerosis using telephone-administered physical activity counseling, 2016	Essai controlé randomisé
Schaefer MR, Kavookjian J. The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: A systematic review, 2017	Revue systématique de la littérature
O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis, 2014	Revue systématique de la littérature et méta-analyse
Dashti A, Yousefi H, Maghsoudi J, Etemadifar M. The effects of motivational interviewing on health promoting behaviors of patients with multiple sclerosis, 2016	Etude cas-témoin

ANNEXE III : Prescription médicamenteuse de Mme C.

n° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

[redacted]

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

[redacted]

=> [redacted]

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

[redacted]

... d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

07/12/2018

- Lyrica 200 = 2/jour
- Lyrica 100 = 1/j
- Baclofene = 4/j
- Seroplex 10 = 1/j
- Tamsulosine 0,4 = 1/j
- Tegretol LP 200 = 2/j
- Novirel = 1/j

3 mois.

PHARMACIE DE MAIDIERES
54700 MAIDIERES
54 2 02589 5
28/12

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

- Dafalgan 500 gél = 2 à 6/j.
4 blés.

PHARMACIE DE MAIDIERES
54700 MAIDIERES
54 2 02589 5
28/12

SHOT ON REDMI NOTE 7
MI DUAL CAMERA

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

IMP COSTE AUBENAS

S 3321b

ANNEXE IV : Cotation de Held et Pierrot-Deseilligny

1.1 Déficience : force musculaire

1.1.1 Cotation de Held et Pierrot-Desseilligny

Évaluation de la commande de l'hémiplégique Held et Pierrot-Desseilligny

La force est appréciée selon une cotation de 0 à 5.

0: absence de contraction
1: contraction perceptible sans déplacement du segment
2: contraction entraînant un déplacement quel que soit l'angle parcouru
3: le déplacement peut s'effectuer contre une légère résistance
4: le déplacement s'effectue contre une résistance plus importante
5: le mouvement est d'une force identique au côté sain

Préciser la position du patient et le cas échéant, la position de facilitation.
Préciser si le mouvement est sélectif ou s'il y a apparition de syncinésies.

ANNEXE V : Échelle d'Ashworth modifiée

0	pas d'augmentation du tonus musculaire
1	légère augmentation du tonus musculaire avec simple sensation d'accrochage ou minime résistance en fin de course
1+	légère augmentation du tonus musculaire avec simple sensation d'accrochage suivie d'une minime résistance au cours de la première moitié de la course musculaire
2	augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course musculaire mais le segment de membre reste facilement mobilisable
3	augmentation considérable du tonus musculaire le mouvement passif est difficile
4	rigidité segmentaire en flexion ou extension, le mouvement passif est impossible

ANNEXE VI : Questionnaire « Fatigue Severity Scale »

24D1

ECHELLE DE SEVERITE DE FATIGUE
(Fatigue Severity Scale FSS)

→ Lisez chaque item et cochez/entourez un chiffre qui s'applique le plus à vous durant la semaine passée.

→ Une valeur basse indique que l'affirmation ne s'applique pas tout à fait ou pas du tout, tandis qu'une valeur élevée indique que l'affirmation s'applique fortement à votre état ou à ce que vous avez ressenti au cours de la semaine passée.

QUESTIONNAIRE

« Durant la semaine passée j'ai trouvé que… » Score/Intensité

Je suis moins motivé quand je suis fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
L'exercice physique me rend fatigué	1	2	3	4	5	6	7
Je suis facilement fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue gène mon fonctionnement physique	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue me cause fréquemment des problèmes	1	2	3	4	5	6	7
Ma fatigue m'empêche d'avoir une activité physique soutenue	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue m'empêche d'accomplir certains devoirs et responsabilités	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue est parmi mes trois symptômes les plus invalidants	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue interfère avec ma vie professionnelle et/ou familiale et/ou sociale	1	2	3	4	5	6	7

SCORE MOYEN : (Total/9) 6,22 SCORE TOTAL : 56

D'après : Krupp, L.B., La Rocca, N.G., Muir-Nash, J., Steinberg, A.D., 1989. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. Archives of Neurology 46, 1121-3.

ANNEXE VII : Questionnaire SEP-59

Bilan 1 : 23/01

Bilan 2 : 28/03

2.6.3 Qualité de vie : SEP-59

Le SEP-59 est un auto-questionnaire validé pour la mesure de la Qualité de vie dans la sclérose en plaques. La version française diffère légèrement de la version nord-américaine. Elle comporte 59 items, ce qui inclu les items du SF-36 (voir section correspondante) et du MSQOL-54 afin de permettre la comparaison internationale des données. Les réponses à ce questionnaire peuvent être présentées sous forme de profils ou histogramme, permettant de déterminer visuellement les dimensions "qui vont bien" (valeurs proche de 100) et celles où les problèmes sont important (valeurs proche de 0). Les auteurs conseillent de remettre le questionnaire au patient avec une enveloppe timbrée pour une complétion au calme et au domicile. En cas de difficultés visuelles, motrices ou cognitives rendant l'auto-évaluation difficile, les auteurs préfèrent ne pas proposer le SEP-59, plutôt que de faire remplir par un tiers, ce qui est source d'interprétation et de biais. Le temps de passation est de 10 à 20 minutes, et comme pour la SF-36 il y a un problème d'édition pour le calcul des scores.

Comment répondre au questionnaire :
Les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.
Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :
(entourez la réponse de votre choix)

1 : excellente 2 : très bonne 3 : bonne 4 : médiocre 5 : mauvaise

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : bien meilleur que l'an dernier 2 : plutôt meilleur 3 : À peu près pareil
4 : plutôt moins bon 5 : beaucoup moins bon

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :
(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Listes d'activités	OUI beaucoup limité(e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
A			
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport…	1	2	3
B			
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	2
C			
Soulever et porter les courses	1	2	3
D			
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
E			
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
F			
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
G			
Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
H			
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
I			
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
J			
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique :
(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
A		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
B		
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
C		
Avez vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
D		
Avez vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e) :
(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
A		
Avez vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
B		
Avez vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
C		
Avez vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres : votre famille, vos amis, vos connaissances ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : pas du tout 2 : un petit peu 3 : moyennement 4 : beaucoup 5 : énormément

7/ Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : nulle 2 : très faible 3 : faible 4 : moyenne 5 : grande 6 : très grande

8/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : pas du tout 2 : un petit peu 3 : moyennement 4 : beaucoup 5 : énormément

9/ Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes sentie(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y-a-t-il eu des moments où :
(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
B Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
C Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remontez le moral ?	1	2	3	4	5	6
D Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
E Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
F Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
G Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
H Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
I Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10/ Au cours de ces quatre dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : tout le temps 2 : une bonne partie du temps 3 : de temps en temps
4 : rarement 5 : jamais.

11/ Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
A					
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
B					
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
C					
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
D					
Je suis en parfaite santé	1	2	3	4	5

12/ Concernant votre santé, au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Vous vous êtes senti découragé par vos problèmes de santé ?	1	2	3	4	5	6
B						
Vous vous êtes senti frustré par votre état de santé ?	1	2	3	4	5	6
C						
Votre santé a-t-elle été un souci dans votre vie ?	1	2	3	4	5	6
D						
Votre santé a-t-elle été source de découragement ?	1	2	3	4	5	6

13/ Concernant votre sommeil, au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où ?

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Vous vous êtes senti perturbé dans votre sommeil (crampes, contractures, un sommeil agité, une tension nerveuse) ?	1	2	3	4	5	6
B						
Vous vous êtes senti reposé au réveil, le matin ?	1	2	3	4	5	6

14/ Concernant votre attention, au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où ?

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Vous avez eu des difficultés à vous concentrer ou à réfléchir ?	1	2	3	4	5	6
B						
Vous avez eu des difficultés pour garder longtemps votre attention sur une activité ?	1	2	3	4	5	6
C						
Vous avez eu des troubles de mémoires ?	1	2	3	4	5	6
D						
D'autres (tels que des membres de la famille ou des amis), ont noté que vous avez eu des problèmes de mémoire ou de concentration ?	1	2	3	4	5	6

15/ Les questions qui suivent portent sur votre vie sexuelle et votre satisfaction personnelle. Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Manque d'intérêt sexuel ?	1	2	3	4	5	6
B						
Difficulté à obtenir une intimité, un climat confortable ?	1	2	3	4	5	6
C						
Difficulté à ressentir du plaisir ?	1	2	3	4	5	6
D						
Capacité à satisfaire votre partenaire ?	1	2	3	4	5	6

16/ Globalement, au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure avez vous été satisfait de votre vie sexuelle ?

(entourez la réponse de votre choix)

1 : très satisfaisant
2 : assez satisfaisant
3 : ni satisfaisant, ni insatisfait
4 : assez insatisfait
5 : très insatisfait.

17/ Parfois les gens recherchent d'autres personnes pour trouver une compagnie, de l'aide ou un soutien. Lorsque vous en ressentez le besoin, dans quelle mesure de telles personnes sont-elles disponibles ?
(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Quelqu'un pour vous aider dans les tâches quotidiennes en cas de maladie	1	2	3	4	5	6
B						
Quelqu'un à aimer et sur qui vous pouvez compter	1	2	3	4	5	6
C						
Quelqu'un avec qui vous pouvez vous détendre	1	2	3	4	5	6
D						
Quelqu'un qui pourrait vous aider à résoudre un problème personnel	1	2	3	4	5	6

18/ Au cours de ces dernières semaines y-a-t-il eu des moments où les problèmes urinaires ou intestinaux vous ont gênés dans vos relations avec votre famille, amis ou connaissances ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : pas du tout 2 : un petit peu 3 : moyennement 4 : beaucoup 5 : énormément

19/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre plaisir de vivre a-t-il été gêné par la douleur ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : pas du tout 2 : un petit peu 3 : moyennement 4 : beaucoup 5 : énormément

20/ Globalement, comment évaluez-vous votre qualité de vie ?

Voire pire que la mort — La plus mauvaise qualité de vie — La meilleure qualité de vie possible

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21/ Globalement, quel terme décrit le mieux votre vie ?
(entourez la réponse de votre choix)

1 : horrible
2 : malheureuse
3 : plutôt insatisfaisante
4 : partagé entre la satisfaction et l'insatisfaction
5 : plutôt satisfaisante
6 : heureuse
7 : très heureuse.

Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.
Merci de votre collaboration.

Référence :

Vernay D. et al., 2000

Résumé :

Introduction : Les maladies chroniques constituent un problème majeur de santé publique mondial par la croissance des personnes touchées. Parmi ces maladies, la Sclérose en Plaques, maladie neurologique dégénérative touche environ 100.000 personnes en France. Les masseurs-kinésithérapeutes (MK) font partie intégrante du traitement et les nouvelles recommandations mettent en avant l'activité physique (AP) pour réduire les symptômes. Ces derniers engendrent une baisse de la qualité de vie du patient avec la progression de la maladie. Aujourd'hui, l'entretien motivationnel (EM) peut permettre à un patient d'être plus observant avec son traitement. Lors d'une prise en charge en cabinet libéral, il parut intéressant d'inclure l'EM afin de promouvoir l'AP lors du traitement à domicile et d'en mesurer l'incidence sur la qualité de vie de cette démarche.

Matériel et méthode : Durant 2 mois, une patiente atteinte de SEP a participé à 5 EM pour améliorer l'observance de ses exercices à domicile. Le questionnaire SEP-59, évaluant la qualité de vie des patients atteints par la SEP, fut rempli par la patiente avant et après ces 5 entretiens.

Résultats : Nous avons noté une augmentation de l'observance du traitement à domicile au terme des 5 entretiens. Après avoir analysé les résultats du questionnaire, nous avons également noté une augmentation de la qualité de vie dans 6 domaines sur 15.

Discussion : Les résultats de cette expérience clinique sont positifs et vont dans le sens des recommandations de la littérature. Cependant, la mise en place des EM fut difficile, car il n'existe pas de protocole précis, aucune personne formée à l'EM était présente. De plus, peu de littérature montre l'intérêt de l'EM pour l'observance des patients SEP.

Conclusion : L'EM nous a permis d'améliorer l'observance du traitement à domicile et d'augmenter la qualité de vie de la patiente. L'EM était l'élément central de ce mémoire, et fait partie des outils de communication disponibles pour les MK. Inclure dans la formation initiale l'apprentissage d'outils de communication précis peut-il apporter un plus aux futurs MKDE ?

Mots-clés : Activité physique, Entretien motivationnel, Observance, Sclérose en plaques, Qualité de vie

---

Abstract:

Introduction: Chronical diseases are a major global public health issue, as the prevalence of affected people is growing. Among these diseases, multiple sclerosis (MS), a degenerative neurologic disease, affects about 100,000 people in France. Physiotherapists are an integral part of the treatment and the latest recommendations highlight the importance of physical activity (PA) to reduce symptoms. The latter decrease the patients' quality of life as long as the disease progresses. Today, motivational interviewing (MI) can allow a patient to be more adherent regarding his treatment. In a private practice context, it seemed interesting to me to include MI in the treatment. In order to promote PA during home treatment and measure its impact on life quality of this approach.

Material and method: During 2 months, a patient with multiple sclerosis has been participating to 5 MI in order to improve home exercises adherence. SEP-59 questionnaire, evaluating the quality of life of patient with MS, was filled by the patient before and after the 5 interviews.

Results: We noted an increased adherence to the treatment adherence at home at. Thanks to the questionnaire results analysis, we also noted an increase of the quality of life in 6 out of 15 domains.

Discussion: The results of this clinical experience are positive and agree with the literature recommendations. However, the implementation of MS was difficult because there is no precise protocol, no trained person at MI was present. In addition, there is little literature showing the importance of EM for MS patients' adherence.

Conclusion: MI made it possible to improve home treatment adherence and to increase the patient's quality of life. MI was the central element of this memoire and it is one of the communication tools available for physiotherapists. Could the inclusion of precise communication tools' courses during initial education make a difference for future physiotherapists?

Keywords: Adherence, Motivational interviewing, Multiple sclerosis, Physical activity, Quality of life