



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation des Pays de la Loire.

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT-SÉBASTIEN SUR LOIRE

Implication du patient dans la thérapie autogérée : moyens de repérage et d'action sur les facteurs limitants son adhésion

Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs

Julie MARC-TUDOR

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2021-2022

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Remerciements

Je souhaite avant toute chose exprimer ma gratitude envers les personnes m'ayant accompagnée dans la réalisation de ce travail ainsi que dans mon parcours de professionnalisation.

Tout d'abord, je remercie mon directeur de mémoire pour son aide et sa patience tout au long de ce parcours. Ses conseils et son expertise m'ont aiguillée et permis d'organiser mes idées, et cela m'a été d'une aide précieuse pour la réalisation de cette étude.

Je remercie ensuite les cinq kinésithérapeutes qui ont accepté de prendre le temps de me partager leur expérience. Leur bienveillance et leur sympathie ont rendu la réalisation de ces entretiens agréables. Outre leur apport pour cette étude, leurs retours et conseils délivrés me seront très certainement d'une grande utilité pour ma pratique future.

Je remercie également ma famille et mon entourage proche, qui m'auront soutenue dans toutes les étapes de mon parcours, personnel et professionnel, et qui m'auront d'ailleurs aidée à corriger ce travail.

Je remercie enfin mes amis de promotion pour ces quatre superbes années d'études qui n'auraient pas été les mêmes sans leur soutien et leur bonne humeur. En plus des connaissances théoriques et pratiques, je sortirais de cette formation avec plein de beaux souvenirs en tête. Je tiens à remercier particulièrement M pour sa patience dans les moments où je me trouvais dépassée par les émotions au sujet de ce travail qui, bien qu'intéressant, fut éprouvant.

Résumé

Introduction : La thérapie autogérée est une composante importante dans de nombreux types de rééducations. Sa réussite nécessite l'adhésion du patient. Or cette dernière est difficile à obtenir et s'avère peu élevée dans ce type de thérapie, dû aux contraintes qui l'accompagnent. Un des facteurs majeurs pouvant limiter cette implication est l'auto-efficacité du patient. L'objectif de cette étude est de comprendre de quelles manières les kinésithérapeutes libéraux abordent les facteurs limitants l'adhésion du patient tels que l'auto-efficacité dans le but de favoriser son implication dans sa thérapie autogérée.

Matériels et Méthodes : Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de cinq MK libéraux. Ces entretiens ont été enregistrés, retranscrits, pour être ensuite analysés à l'aide d'une grille thématique.

Résultats : Les kinésithérapeutes interrogés repèrent plusieurs facteurs déterminants l'adhésion des patients. Parmi eux nous trouvons par exemple la motivation, l'auto-efficacité, la compréhension de la pathologie, la transposition de la thérapie autogérée dans le quotidien, la relation soignant-soigné. Tous mettent en place des actions afin de pallier à un manque d'adhésion des patients : éducation, objectifs centrés sur le patient, valorisation, supports d'exercices... Ces méthodes ont la plupart du temps un impact positif sur l'adhésion thérapeutique.

Discussion : Ce travail n'a pas une grande valeur scientifique du fait de sa méthodologie qualitative, mais la littérature et les témoignages des MK laissent à penser que c'est un domaine qui reste encore à approfondir. Il pourrait en effet être intéressant de creuser davantage les moyens existants pour favoriser l'adhésion thérapeutique à la rééducation autogérée, aujourd'hui encore problématique. Ces moyens pourraient également être davantage enseignés lors de la formation en institut afin de palier à ces difficultés.

Mots-clés

- Thérapie autogérée
- Adhésion thérapeutique
- Auto-efficacité
- Kinésithérapeute libéral

Abstract

Introduction : Self-managed therapy is an important part of many types of rehabilitation. Its success requires patient adherence. This adherence is difficult to obtain and is low in this type of therapy, due to the constraints accompanying it. One of the major factors that can limit this involvement is the patient's self-efficacy. The aim of this study is to understand how physiotherapists address the factors limiting patient adherence such as self-efficacy in order to encourage patient's involvement in self-managed therapy.

Materials and methods : A qualitative survey by semi-directive interviews was carried out with five private practitioners. These interviews were recorded, transcribed and analysed using a thematic grid.

Results : The physiotherapists interviewed identified several factors determining patient adherence. Among them we find for example motivation, self-efficacy, understanding of the pathology, transposition of the self-managed therapy in daily life, and the relationship between the caregiver and the patient. All of them implement actions to overcome a lack of patient's adherence : education, patient-centered goals, valorisation, exercise materials... These methods have mostly a positive impact on adherence.

Discussion : This work doesn't have a great scientific value due to its qualitative methodology, but the literature and the testimonies of the physical therapists suggest that this is an area that still needs to be explored. It might indeed be interesting to explore further the existing means of encouraging therapeutic adherence to self-managed rehabilitation, which is still problematic today. These means could also be taught more during training in the institute in order to overcome these difficulties.

Keywords

- Self-managed therapy
- Adherence
- Self-efficacy
- Private practitioner

[illegible]

Sommaire

1	Introduction	1
2	Cadre conceptuel	2
2.1	La rééducation en France	2
2.2	L'adhésion thérapeutique	4
2.3	L'auto-efficacité.....	8
2.4	Le kinésithérapeute et la psychologie du patient	15
3	Problématisation et question de recherche	15
4	Méthodologie	17
4.1	Choix de la méthode	17
4.2	Choix de la population	18
4.3	Guide d'entretien.....	18
4.4	Stratégie de contact	19
4.5	Entretien exploratoire.....	19
4.6	Cadre des entretiens	19
4.7	Cadre légal	20
5	Résultats	20
5.1	Méthodologie d'analyse	20
5.2	Analyse des données	21
5.3	La thérapie active autogérée.....	21
5.4	Déterminants de l'adhésion des patients à la thérapie autogérée	24
5.5	Stratégies mises en place pour favoriser l'adhésion du patient.....	29
5.6	Modes/besoin d'acquisition de connaissances sur le sujet.....	33
6	Discussion	33
6.1	Interprétation des résultats	33
6.2	Intérêts et limites	46
6.3	Perspectives	48
7	Conclusion.....	49

Bibliographie

Annexe

1 Introduction

La thérapie active est une composante majeure de la rééducation de certaines pathologies (1). Outre son intérêt thérapeutique, la perpétuation de cette dernière au long court peut comporter des intérêts préventifs (2,3). Dans de nombreux cas cette rééducation active peut se prolonger en dehors des séances de kinésithérapie libérale dans le quotidien du patient, en autogestion. Afin d'optimiser les chances de réussite du traitement, il est préférable d'effectuer sa thérapie de manière fréquente, plaçant la thérapie autogérée comme une part importante de la rééducation. Pour s'assurer de son bon déroulé, il est nécessaire d'obtenir l'adhésion thérapeutique du patient (5). Cependant, cette dernière s'avère parfois difficile à obtenir. Cette thérapie présente en effet des contraintes pour le patient pouvant la rendre complexe à mettre en place (4). Parmi les barrières à cette adhésion, nous trouvons de nombreux facteurs psychologiques inhérents au patient. Le facteur que nous avons choisi de mettre en lumière est le sentiment d'auto-efficacité du patient. En effet, nous n'avons eu que peu d'informations au sujet de ce sentiment durant notre formation clinique. Or, il est un prédicteur d'adoption de comportements de santé et d'adhésion thérapeutique (6). Il a donc un rôle important à jouer dans la réussite de la rééducation et est facilement influençable par le kinésithérapeute (7). Si ce dernier est faible, il peut être important de savoir le repérer afin d'adapter sa prise en charge et minimiser les risques d'échecs thérapeutiques.

Plusieurs méthodes existent afin d'influencer positivement ce sentiment. Cependant nous trouvons des contradictions au sujet de l'impact de ces dernières dans la littérature, souvent attribuable au fait que le déroulé précis des interventions n'est pas détaillé. Ce dernier peut pourtant avoir son influence (6).

Souhaitant en savoir plus sur le sujet, de nombreuses questions se sont posées : quelle est l'expérience des MK libéraux à ce sujet ? Comment leurs patients adhèrent aux thérapies actives autogérées et à quoi cela est-il attribué ? Quelles stratégies influençant l'auto-efficacité mettent-ils en place et comment ? Quels sont les effets visibles de l'application de ces stratégies ? Quels sont les freins rencontrés par les MK sur le sujet ?

Ces questionnements nous ont permis d'établir la question de recherche suivante : de quelles manières les MK libéraux abordent-ils les facteurs limitants l'adhésion du patient, tels que son auto-efficacité, dans le but de favoriser son implication dans la thérapie autogérée ?

Nous avons tout d'abord posé le cadre théorique de notre recherche à l'aide de la littérature scientifique. De ce cadre a découlé notre problématisation permettant de poser notre question

de recherche. La méthodologie que nous avons employée pour notre étude a ensuite été décrite. Nous avons en effet réalisé des entretiens semi-directifs avec des kinésithérapeutes libéraux afin de tenter de répondre à notre questionnement. Leurs résultats ont été présentés et analysés. De ces résultats a découlé une discussion dans laquelle nous avons pu valider ou non les hypothèses que nous avons posées au départ. Les intérêts, limites et perspectives que nous offre cette étude ont ensuite été posées.

2 Cadre conceptuel

2.1 La rééducation en France

2.1.1 La pratique kinésithérapique

La pratique de la masso-kinésithérapie en France consiste en « des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ces actes sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. » (8). Elle comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement de troubles du mouvement ou de la motricité, ou de déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles d'une personne. (9)

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer les rééducations suivantes sur prescription médicale : la rééducation d'un système ou appareil (respiratoire, musculo-squelettique, neurologique, cardiovasculaire, lymphatique), la rééducation de séquelles (amputations, lésions...), et la rééducation d'une fonction (équilibre, mastication...) (8).

Il dispose de nombreux outils manuels et non manuels définis à l'article R 4321-13 du Code de la santé publique lui permettant de mettre en œuvre ces traitements (8). Parmi eux se trouvent des techniques de rééducation « actives », que le patient peut effectuer sans intervention manuelle du kinésithérapeute. Ces dernières peuvent être employées dans des buts de renforcement ou de stimulation musculaire, ou de mobilité par exemple (1,7).

Selon l'OMS la pratique d'activité physique à intensité modérée est recommandée pour toute personne adulte saine ou malade à hauteur de 150 à 300 minutes par semaine. La pratique de renforcement musculaire est indiquée également à une fréquence d'au moins 2 fois par semaine (2). L'activité physique consiste en tout mouvement produit par les muscles squelettiques nécessitant une hausse de la consommation d'énergie par rapport à l'état de repos. Les exercices sont considérés comme un sous-groupe de l'activité physique. L'activité est ici structurée,

répétitive et a pour but d'améliorer ou de maintenir un ou plusieurs composants de la condition physique (10).

Le kinésithérapeute a un rôle de promotion de cette activité physique régulière, d'autant plus que les thérapies par l'exercice sont recommandées pour un certain nombre de pathologies (2,3,8,11–15). Ce type de thérapie s'avère même centrale dans le traitement de pathologies musculo-squelettiques (1). Ces thérapies par l'exercice peuvent être définies comme « des séries de mouvements spécifiques dans le but d'entraîner ou de développer le corps par une pratique de routine ou comme un entraînement physique pour favoriser une bonne santé physique » (16). Chez les personnes âgées de plus de 60 ans, l'entraînement contre résistance augmente la force musculaire et le recrutement des unités motrices, le contrôle postural, et aide à réduire le risque de chute si pratiqué 3 ou 4 fois par semaine (17). Dans le cas de lombalgies chroniques, la pratique d'exercices de renforcement de muscles spécifiques, de flexibilité et d'étirements a plusieurs avantages par rapport à des thérapies passives. Parmi eux, l'augmentation de la force musculaire et articulaire, une amélioration de la fonction musculaire et de l'amplitude des mouvements, pour au final accélérer la réduction de la douleur et le retour aux activités habituelles. Il y a également des avantages psychologiques et émotionnels comme la baisse de la kinésiophobie, ou l'augmentation de la sensation de bien-être (14,18). En effet, l'exercice physique permet de reconditionner le corps à effectuer les mouvements douloureux. Il permettrait d'ailleurs de moduler la douleur par le phénomène d'hypoalgésie induite par l'exercice (1). Enfin, pour d'autres pathologies comme les entorses de cheville, la pratique d'exercices spécifiques aide à prévenir les récurrences (3).

2.1.2 Le kinésithérapeute libéral

Selon le CNOMK, nous comptons un total de 90315 masseurs-kinésithérapeutes au 1^{er} janvier 2020 en France. Parmi eux, nous trouvons 77035 soit 85% de praticiens libéraux exclusifs ou mixtes. La population française bénéficie d'une densité moyenne de 11 kinésithérapeutes libéraux pour 10000 habitants en 2020. Cette densité est en hausse (9). L'accessibilité aux soins kinésithérapiques est variable sur le territoire français, mais est élevée dans notre département de Loire-Atlantique, notamment dans la ville de Nantes (19,20). Les kinésithérapeutes libéraux ne voient pas leurs patients de manière quotidienne. Dans le cadre de prises en charge nécessitant un travail actif du patient (thérapie par l'exercice), la répétition fréquente des exercices de rééducation permet d'optimiser l'évolution positive des symptômes, comme dans toute autre forme d'apprentissage. Lorsque cela ne peut se faire sous la supervision du

kinésithérapeute, le patient peut se voir recommander la pratique de ces exercices en autonomie en dehors des séances (7,21).

En plus d'optimiser l'évolution positive des symptômes du patient, cette rééducation autogérée permet à ce dernier d'adopter des habitudes de vie en accord avec les recommandations de pratiques d'activité physique de l'OMS (2,22). Elle a donc un intérêt curatif, et peut avoir un intérêt préventif si les habitudes de vie sont maintenues par le patient. Cet apprentissage pourrait également aider le patient à prévenir ou savoir agir en cas de récides.

Cependant, la bonne conduite de cette rééducation comporte certains prérequis. Il est en effet nécessaire d'obtenir l'adhésion thérapeutique du patient.

2.2 L'adhésion thérapeutique

2.2.1 Définition

En 2003 l'OMS définit l'adhésion comme « une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit » (5,23). Un patient adhérent comprend et suit le traitement et les conseils délivrés par le soignant, qu'il interprète et adapte à sa façon. Elle est nécessaire à la gestion de la maladie. Les traitements en question peuvent être autant d'ordre médicamenteux que comportementaux : réalisation d'exercices physiques, contraception, arrêt du tabac, adoption d'un régime alimentaire spécifique... (5)

Elle se distingue de l'observance qui consiste à suivre le traitement médical prescrit. Historiquement, le terme d'observance est le précurseur de l'adhésion. Ces deux notions reflètent l'évolution du soin à travers les années. Le patient et son approbation était autrefois peu pris en compte dans les pratiques de soin. Cela a changé avec l'apparition du terme d'adhésion thérapeutique (5).

Les concepts d'observance et d'adhésion s'appliquent tous deux au champ de la santé, et mettent en relation un professionnel de santé (soignant), et son patient (soigné). Le soignant occupe une place d'expert, qui délivre sa connaissance à son patient en adéquation avec sa pathologie. La personne soignée respecte les consignes dans un but de guérison ou d'amélioration de sa santé. Cependant ces deux notions présentent des différences. (5)

Tout d'abord, elles ne placent pas le patient dans la même position. Dans l'observance, le patient a une posture passive face au soignant qui impose le traitement. Leur relation est verticale, il y a un professeur et un apprenant. Dans le cadre de l'adhésion thérapeutique, la

relation soignant/soigné est davantage horizontale, et le patient a une posture active dans sa prise en charge. Son approbation des recommandations est en effet requise. Le soignant et le soigné ont une relation de partenaires œuvrant ensemble pour le mieux-être du patient. La dimension d'échange et de communication autour du traitement est donc spécifique à l'adhésion (5).

D'autre part, nous trouvons dans la définition initiale de l'observance une dimension médicale stricte. Elle concerne principalement le respect des prescriptions médicales. L'adhésion concerne au contraire l'adoption de tout comportement de santé, qu'il s'agisse d'une prise de médicaments comme de la réalisation d'exercices physiques spécifiques (5).

La notion d'adhésion prend compte de l'instabilité des comportements de santé dans le temps, qui sont soumis à des facteurs psychologiques et environnementaux changeants (24). Parmi eux, nous trouvons des facteurs cognitifs et métacognitifs, tels que le savoir et les compétences du patient ainsi que la conscience que ce dernier en a. Nous trouvons également des facteurs psychosociaux tels que les croyances, le vécu, les représentations du patient, ainsi que son revenu, son milieu de vie et son statut. Enfin, nous trouvons des facteurs sanitaires relatifs à l'état de santé du patient, et culturels tels que son éducation, sa culture, sa religion. Ces facteurs sont structurés selon plusieurs dimensions selon l'OMS [Figure 1] (5,23).

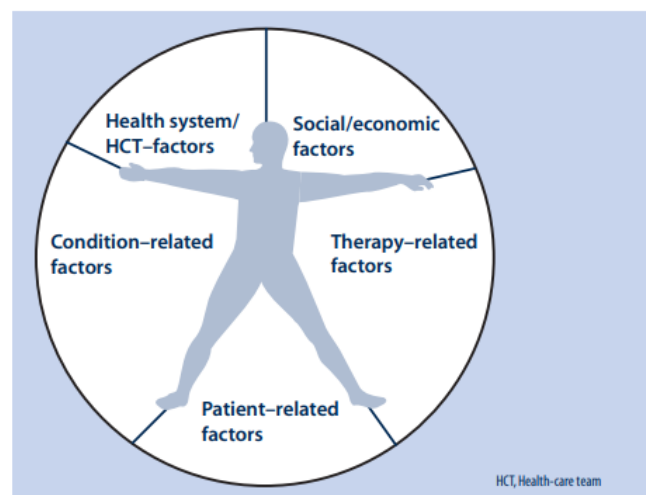


Figure 1: Les 5 dimensions de l'adhésion thérapeutique (5)

2.2.2 Adhésion en kinésithérapie

En kinésithérapie libérale, la démonstration de l'adhésion thérapeutique correspond à venir en consultation, suivre les conseils délivrés et effectuer les exercices physiques prescrits en séances et en dehors de celles-ci en autonomie (5,25). L'implication du patient au quotidien peut être ainsi requise. Dans ce type de prises en charge, l'adhésion thérapeutique est centrale

pour une meilleure issue du traitement (21). Une bonne issue du traitement se définit comme l'atteinte des objectifs convenus avec le patient en début de rééducation, en lien souvent avec une amélioration de sa qualité de vie.

Cette implication du patient dans sa rééducation en dehors des séances de kinésithérapie inclut pour lui une non-supervision du traitement, donc une part d'autonomie dans sa rééducation. De même, des modifications des habitudes de vie sont parfois nécessaires car il doit aménager des temps dédiés à son traitement dans sa journée. Cette pratique d'exercices sans supervision peut parfois provoquer des doutes dans l'esprit du patient du fait de la réaction de son corps aux exercices. Ces derniers peuvent en effet s'accompagner de douleurs et/ou du soulagement non immédiat de ces dernières, pouvant démotiver le patient (21).

La rééducation peut donc s'avérer contraignante, tant et si bien que nous pouvons noter une non-adhésion aux programmes de réhabilitation autogérés environ 50-70% du temps, notamment dans le cadre de maladies chroniques (7,25–28). Une maladie chronique se définit par la persistance de symptômes sur une durée supérieure à 3 mois (5).

En plus des contraintes précédemment citées, la non-adhésion peut s'expliquer par diverses barrières psychologiques qui sont entre autres : des croyances ou un schéma mental inadapté, une mal-compréhension de la pathologie et de la rééducation, une expérience antérieure en kinésithérapie mal vécue, une basse auto-efficacité dans les exercices, un sentiment d'impuissance, un sens du contrôle personnel bas et la dépression (25). Les croyances ou représentations sont des idées reçues au sujet de certains concepts impactant l'approche que la personne a de ces concepts dans son quotidien. Un exemple de croyance est que le dos est une zone vulnérable du corps nécessitant une protection. Ces pensées conditionnent l'approche que la personne a vis-à-vis de son corps et ses douleurs, et peuvent à terme avoir un impact sur son comportement. Elles peuvent en effet pousser le patient à adopter des comportements néfastes, tels que l'évitement ou le catastrophisme (29).

2.2.3 Facteurs associés à une meilleure adhésion à la rééducation autogérée

En parallèle de ces barrières, il existe des prédicteurs forts de l'adhésion à la rééducation autogérée. Parmi eux nous trouvons l'intention du patient de s'engager dans sa thérapie par l'exercice, l'auto-motivation, l'auto-efficacité, une adhésion antérieure à des thérapies similaires, et le soutien social (21).

L'auto-motivation ou motivation intrinsèque est la tendance d'un individu à persévérer dans un comportement en l'absence de motivations externes. Cette auto-motivation du patient est

importante pour favoriser son adhésion à la thérapie autogérée. La théorie dite de l'autodétermination stipule que cette motivation intrinsèque dépend des perceptions du patient de l'importance, la valeur, et l'intérêt du comportement cible. L'autodétermination est la mesure dans laquelle le choix est initié de manière autonome (30).

Une personne qui s'auto-motive trouve une satisfaction dans l'exercice du comportement cible (plaisir, performance, sentiment d'accomplissement) (30). Elle est plus susceptible de persister dans cette performance que si elle était motivée de manière extrinsèque. Cette motivation extrinsèque consiste en la réalisation d'activités dans le but d'obtenir un résultat non inhérent à la pratique de ces activités en elles-mêmes. Il peut s'agir par exemple d'effectuer des exercices de renforcement pour faire plaisir à son kinésithérapeute, et non par plaisir personnel (21,30). Mettre en avant les bienfaits du comportement à adopter par une phase d'éducation du patient apparaît comme une solution pour augmenter cette auto-motivation.

Cela permettrait par ailleurs de favoriser l'autonomisation du patient. Le soignant transmet à ce dernier les clés nécessaires afin de prendre en charge sa pathologie en autonomie. Le patient se voit alors en capacités de prendre des décisions et d'adopter des comportements favorables à sa santé (27).

Cette autonomisation a 4 composantes : la signification, les compétences, l'impact perçu du comportement cible sur la santé du patient et l'autodétermination. La signification est ici considérée comme la valeur accordée aux activités par le patient. Les compétences correspondent ici aux croyances en ses propres capacités. Les deux concepts principaux qui sont associés à l'autonomisation sont le locus de contrôle et l'auto-efficacité. Le locus de contrôle est une source de renforcement d'un individu pour un comportement lié à la santé. Il peut être interne ou externe. Le locus de contrôle interne s'associe à un niveau de contrôle élevé dans lequel la personne se voit comme actrice de sa santé. Le locus de contrôle externe s'associe au contraire à un niveau de contrôle plus faible dans lequel la santé dépend de forces externes indépendantes du patient (27).

Il y a une association positive entre l'auto-efficacité et l'adhésion (27). L'auto-efficacité est un fort prédicteur de l'adhésion à la thérapie autogérée (21). Plus le sentiment d'auto-efficacité est fort plus il permet d'atteindre les buts fixés, ce qui est important pour effectuer une rééducation en autonomie (21).

Cependant, les interventions promouvant l'adhésion thérapeutique n'étaient pas systématiquement implantées dans la pratique clinique il y a quelques années par manque de

temps, de connaissances, d'incitations des praticiens. Ces derniers peuvent pourtant avoir un impact significatif sur cette implication dès les premiers instants en évaluant les risques de non adhésion du patient et en mettant en œuvre une intervention ciblée (5). Du fait des rendez-vous fréquents avec le patient, souvent hebdomadaires, les kinésithérapeutes sont dans une position unique pour influencer les résultats du soin (25). Mais les interventions ciblant l'adhésion peuvent parfois nécessiter des formations ou des connaissances particulières (5). Parmi les barrières psychologiques à l'adhésion précédemment citées, l'auto-efficacité dans la thérapie autogérée du patient est la plus facile à influencer par le kinésithérapeute (7). Elle pourrait donc être une cible à exploiter pour augmenter le taux d'adhésion thérapeutique du patient.

2.3 L'auto-efficacité

2.3.1 Définition

Selon Bandura, l'auto-efficacité se définit comme « la croyance en ses capacités à organiser et exécuter l'enchaînement d'action requis pour atteindre un but donné » (31,32). Elle correspond à une perception subjective de sa propre capacité à mobiliser ses ressources physiques et cognitives, telles que la motivation, dans le but d'atteindre un objectif, quel qu'il soit (27). Il s'agit donc d'une approche métacognitive évaluant ses propres comportements en lien avec des actions passées et futures (31,33). Chaque individu planifie ses actions et anticipe ses réussites et échecs avec sa subjectivité et ses croyances propres. Lorsqu'une personne fait face à une épreuve à surmonter nécessitant l'adoption d'un comportement spécifique, elle évalue si elle en a les capacités. L'auto-efficacité peut ici être prise comme un sentiment de compétence personnelle (27).

Cette croyance influence donc la définition d'objectifs, l'engagement dans des actions et des efforts pour les atteindre, ainsi que la persistance face aux obstacles rencontrés (32). Elle a un effet sur l'intention comportementale, les processus de changement et d'auto-régulation de comportements et leur maintien. Elle se distingue de la croyance en l'efficacité du comportement à adopter, également indispensable à la mise en place de ce dernier (33). Par exemple, il y a une différence entre le fait de se sentir capable d'effectuer 30min de course à pieds tous les deux jours (auto-efficacité), et le fait de croire que 30min de course à pied régulière améliore la fonction cardio-vasculaire (efficacité du comportement).

2.3.2 Théories associées

Ce concept d'auto-efficacité a été défini par Bandura en 1977 dans le cadre de sa théorie de l'apprentissage social, renommée Théorie sociale cognitive en 1986. Cette dernière stipule que

le fonctionnement humain est « le produit d'une interaction dynamique d'influences personnelles, comportementales, et environnementales » (31). Nous pouvons retrouver l'impact de cette auto-efficacité dans diverses théories de psychologie de la santé, que nous allons brièvement détailler ci-dessous.

- La théorie de la motivation à la protection de Rogers (1975), stipulant que les réactions face à la peur sont le fruit de deux perceptions : la menace perçue, formée de l'évaluation de l'individu de sa propre vulnérabilité et de la sévérité de la menace, et l'efficacité perçue, formée de l'évaluation de l'efficacité des recommandations proposées et de l'auto-efficacité (34).
- Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982) basant les changements de comportement sur des étapes : la pré-contemplation (le nouveau comportement n'est pas considéré), la contemplation (l'adoption du comportement est considérée), la préparation ou prise de décision d'adoption du comportement, l'action (engagement actif) et le maintien sur la durée (35).
- L'approche du processus d'action en santé de Schwarzer (1992) visant à prédire l'adoption du comportement de santé. Cette approche distingue la phase de motivation initiale dans laquelle une personne a l'intention d'adopter un comportement de santé, et la phase post-intention conduisant à la mise en œuvre du comportement. Dans la première phase, l'individu part de ses attentes de résultats positifs. Il évalue le risque en prenant en compte les conséquences du comportement cible (avantages et inconvénients) et ses propres compétences (auto-efficacité perçue). Cela concourt à la formation d'une intention puis d'un comportement, maintenu grâce à la guérison progressive de la personne et son auto-efficacité. Ce dernier peut également être abandonné si ces derniers paramètres sont insuffisants (36).
- La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991) stipulant que la décision d'adoption d'un comportement donné est influencée par l'attitude envers l'action, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu (37).

Ces différents modèles désignent donc l'auto-efficacité comme un prédicteur de comportements de santé (6). Si nous considérons cette dernière d'un point de vue clinique, et plus particulièrement, masso-kinésithérapique, une faible auto-efficacité peut être un obstacle à l'adhésion à la réadaptation (1). En effet si une personne ne se sent pas en capacité de se prendre en charge, elle sera moins à même de le faire. D'après Bandura (1997), "le niveau de motivation, les états affectifs et les actions des gens sont basés plus sur ce qu'ils croient que sur

ce qui est objectivement vrai" (7). Elle joue également un rôle important dans la modulation de la douleur. Les personnes ayant une auto-efficacité élevée sont en effet plus tolérantes à la douleur et présentent moins de risques d'incapacités à long terme. Cette dernière ferait en effet le lien entre la peur de la douleur et l'incapacité (1,38).

2.3.3 Evaluation de l'auto-efficacité

Evaluer l'auto-efficacité en début de rééducation du patient peut être une solution afin d'adapter sa prise en charge et permettre une potentielle meilleure adhésion à la rééducation en séance et en autogestion. Cela peut permettre d'individualiser la prise en charge du patient et de fournir un soutien social supplémentaire si besoin. Il est possible d'évaluer l'auto-efficacité de plusieurs manières. Cette dernière étant spécifique à une tâche, car une personne ne se sent pas capable d'atteindre tous les objectifs possibles, il existe plusieurs échelles de mesures adaptées à des pathologies ou situations particulières. Nous trouvons par exemple l'échelle d'auto-efficacité de l'arthrite, comportant 20 items et trois sous échelles : douleur, fonction, et gestion d'autres symptômes. Dans certaines études, cette mesure prend en compte les perceptions générales, les jugements spécifiques à l'exercice et l'efficacité perçue pour la gestion de la douleur (7).

R. Schwarzer et M. Jerusalem ont créé en 1995 l'échelle d'auto-efficacité générale [Figure 2]. Cette dernière permet d'évaluer ce sentiment de manière générale afin de prédire comment faire face aux sources de stress quotidiennes et la capacité d'adaptation après avoir vécu toutes sortes d'événements stressants. Elle peut être utile lorsque l'on analyse plusieurs comportements simultanément ou lorsqu'on étudie le bien-être du patient ou son comportement lorsqu'il doit adapter sa vie à plusieurs contraintes dues à sa maladie (39).

Cette dernière échelle nous apporte des éléments de réponses sur comment évaluer l'auto-efficacité d'une personne. Elle est considérée comme ayant de bonnes qualités psychométriques, bien qu'elle ne puisse pas être utilisée à des fins prédictives, et est fréquemment utilisée (40,41). Elle est considérée comme pertinente pour la pratique clinique et le changement de comportement. Mais elle ne peut en aucun cas se substituer aux échelles d'auto-efficacité spécifiques (42).

General Self-Efficacy Scale (GSE)

	Not at all true	Hardly true	Moderately true	Exactly true
1. I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough	☐	☐	☐	☐
2. If someone opposes me, I can find the means and ways to get what I want.	☐	☐	☐	☐
3. It is easy for me to stick to my aims and accomplish my goals.	☐	☐	☐	☐
4. I am confident that I could deal efficiently with unexpected events.	☐	☐	☐	☐
5. Thanks to my resourcefulness, I know how to handle unforeseen situations.	☐	☐	☐	☐
6. I can solve most problems if I invest the necessary effort.	☐	☐	☐	☐
7. I can remain calm when facing difficulties because I can rely on my coping abilities.	☐	☐	☐	☐
8. When I am confronted with a problem, I can usually find several solutions.	☐	☐	☐	☐
9. If I am in trouble, I can usually think of a solution	☐	☐	☐	☐
10. I can usually handle whatever comes my way.	☐	☐	☐	☐

Figure 2: Echelle d'auto-efficacité générale par Ralf Schwarzer (1995) (43)

Les différentes échelles spécifiques n'ont pas toutes de bonnes qualités psychométriques établies. Par exemple, l'échelle d'auto-efficacité mesurant la confiance de l'individu en sa capacité à effectuer de l'activité physique lorsqu'il est mentalement indisposé (fatigue, de mauvaise humeur ou en vacances) a une bonne fiabilité test-retest mais n'a pas de validité rapportée. Ces outils ne sont d'ailleurs peut-être pas connus de tous les praticiens (7).

Outre l'utilisation d'échelles, il est possible de faire transparaître le niveau d'auto-efficacité des patients à travers leurs réponses à certaines questions lors de l'anamnèse. L'auto-efficacité à la douleur peut être évaluée à l'aide de questions telles que : « Que pouvez-vous faire malgré la douleur ? » « Dans quelle situation la douleur vous empêche-t-elle de vivre pleinement ? » (44).

Pendant le soin, il est possible d'évaluer l'auto-efficacité de manière subjective en analysant le comportement du patient. Par exemple, lorsque le patient hésite à faire des tâches parce qu'elles lui paraissent douloureuses, ou cherche l'approbation du kinésithérapeute avant de continuer, nous pouvons déduire que son auto-efficacité à la douleur n'est pas suffisante. Il en est de même si ce dernier refuse d'essayer un mouvement que le MK propose car il pense que cela va lui faire mal (44).

L'environnement de soin étant différent de la vie quotidienne, le thérapeute ne peut pas toujours anticiper le comportement du patient à son domicile. Les sollicitations du MK peuvent en effet

entraîner un patient ne se sentant pas confiant à effectuer l'exercice proposé. Il peut donc être pertinent de multiplier les moyens d'évaluation, afin de visualiser au mieux le degré d'auto-efficacité du patient (44).

2.3.4 Influencer l'auto-efficacité

L'auto efficacité a un impact sur les prises de décision aux différents stades de la rééducation, et sur le maintien de comportements de santé. Comme énoncé plus haut, il s'agit d'un prédicteur de l'adhésion à la rééducation clinique (45).

Les personnes présentant une faible auto-efficacité sont plus à même de ne pas adhérer au traitement qui leur est prescrit (25,26). Dans le cadre d'une prise en charge kinésithérapique, nous pouvons donc voir un intérêt à tenter d'influencer de manière positive l'auto-efficacité de nos patients afin de favoriser leur adhésion.

Certaines recherches démontrent que le fait de changer l'auto-efficacité par une intervention spécifique a un effet moyen sur le comportement, et un effet plus large sur l'intention (46).

Le niveau d'auto-efficacité d'une personne est une conséquence de plusieurs facteurs. Bandura en cite 4 :

- L'expérience de maîtrise éactive : la personne réussit à effectuer correctement le comportement cible. A l'inverse, une expérience d'échec du comportement réduirait le sentiment d'auto-efficacité.
- L'expérience par procuration ou vicariante : voir une personne nous semblant similaire à nous-même effectuer cette performance, et évaluer nos capacités en comparaison.
- La persuasion verbale par autrui, c'est-à-dire entendre quelqu'un exprimer de la confiance en nos capacités. Cela a cependant une influence transitoire sur l'auto-efficacité et n'en a pas si elle est réalisée seule.
- Réduire les émotions négatives et corriger les croyances erronées des états corporels, soit l'éducation du patient (6,47).

Des méthodes d'influence de l'auto-efficacité dérivant de ces facteurs ont été évaluées lors d'interventions visant à augmenter l'auto-efficacité pour l'activité physique chez des personnes saines. Les résultats montrent que l'utilisation de l'expérience de maîtrise graduée, soit la décomposition d'un objectif principal en plusieurs sous-objectifs apparaissant réalisables, ne produirait pas d'effet positif sur l'auto-efficacité. Il en va de même pour la persuasion verbale qui diminuerait même cette auto-efficacité. L'identification des barrières empêchant le patient de pratiquer de l'activité physique, et l'encouragement à l'identification des stratégies

permettant de les surmonter auraient un impact négatif sur l'auto-efficacité. En revanche, l'utilisation de l'expérience vicariante a un effet positif considéré comme large sur cette dernière. Il en va de même pour l'emploi du feedback, en comparant la performance de la personne à celle des autres ou aux anciennes performances de cette même personne de manière informatique, par e-mail ou en ligne. Lorsque ce feedback est effectué de manière verbale, il tendrait à baisser l'auto-efficacité. (6)

Une phase d'éducation sur les conséquences sociales, environnementales, émotionnelles et somatiques du comportement cible délivrée par une personne physique augmenterait le niveau d'auto-efficacité spécifique de l'activité physique. En effet, informer les personnes que l'activité physique, quelle qu'elle soit, favorise des sensations positives comme le bien-être et la satisfaction augmenterait ce sentiment de compétence personnelle. Montrer le comportement et le reproduire de manière régulière permettraient également de maintenir ce niveau. (18)

Dans le cas de pathologies musculo-squelettique chroniques, effectuer une intervention mélangeant l'éducation biopsychosociale, la relaxation, l'exercice physique, la prise de conscience de son corps aurait un impact positif sur l'auto-efficacité, mais pas à long terme (à plus d'1 an) (47).

La pratique d'exercices perçus comme douloureux par le patient douloureux chronique agirait sur les deux composantes de l'auto-efficacité, à savoir la réponse-résultat et l'attente d'efficacité. La première étape est de faire comprendre au patient que la douleur n'est pas associée à un état tissulaire pour faire baisser sa peur de cette douleur. Ensuite, le praticien peut leur faire pratiquer des exercices douloureux du plus facile au plus difficile, en influant sur la charge par exemple, afin d'améliorer l'attente de réponse-résultat. Le patient pourrait s'attendre à pouvoir tolérer des exercices de plus en plus difficiles sans déclencher l'expérience de peur liée à la douleur et des poussées douloureuses. Son niveau d'auto-efficacité se verrait ainsi augmenter (1).

Cependant, nous trouvons des disparités et des contradictions dans les résultats des études, nous poussant à conclure qu'il n'existe pas d'approche universelle permettant d'augmenter l'auto-efficacité chez tous les types de population. En effet, certaines approches s'avèrent efficaces auprès d'une population et pas chez d'autres. L'auto-surveillance prompte du comportement cible aurait un impact sur l'auto-efficacité à la pratique d'exercice physique des personnes atteintes d'obésité et des personnes saines. Cependant, ce type de techniques d'auto-régulation du comportement n'aurait pas d'effet sur l'auto-efficacité des personnes âgées de plus de 60

ans. Toutefois, la multiplication des stratégies comportementales a plus d'impact sur l'auto-efficacité que l'utilisation d'un nombre faible d'outils (18).

2.3.5 Les thérapies cognitivo-comportementales

Un outil semblerait efficace pour influencer le niveau d'auto-efficacité : il s'agit des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Ces thérapies se basent sur le principe que la façon de penser d'un individu motive et influe ses émotions et comportements. Elles combinent des techniques cognitives et comportementales afin de détecter, mettre à l'épreuve et finalement changer des pensées et des comportements inadaptés chez la personne, par exemple, une crainte du mouvement, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des addictions. Un exemple d'approche fréquemment utilisée est l'expérimentation du comportement cible en confrontant la personne progressivement aux situations qui lui font peur. Conjointement, le thérapeute mène une restructuration cognitive en remplaçant les pensées limitantes de son patient par des croyances plus positives et adaptées. Par ailleurs, le thérapeute et le patient déterminent ensemble un but global qu'ils subdivisent en sous-objectifs plus facilement réalisables. Cela s'accompagne de travaux à faire régulièrement par le patient à son domicile (48).

Ces thérapies peuvent être délivrées par des psychologues mais aussi par d'autres professionnels de santé, et peuvent se combiner à une variété d'autres techniques de soin. Elles ont fait leurs preuves dans la gestion de plusieurs troubles psychologiques (dépression, anxiété, addiction, insomnie), mais aussi dans la gestion de pathologies musculo-squelettiques comme la lombalgie aiguë et chronique (48,49). Ces thérapies contribueraient à augmenter le sentiment d'auto-efficacité du patient, et par extension, dans le cadre d'une prise en charge kinésithérapique, à augmenter l'adhésion thérapeutique à la rééducation (28,49).

Une intervention utilisant cette TCC a été menée auprès de patients atteints de lombalgie aiguë, par des kinésithérapeutes libéraux. Lors de 3 consultations réparties dans la prise en charge, ces derniers ont délivré des feedbacks positifs à leur patient, en insistant sur le fait qu'ils réalisaient correctement leur rééducation à domicile. Ils leur ont également appris des manières différentes de se renforcer musculairement, et fourni des informations précises sur la physiologie du dos et de la douleur afin de leur donner une perception réaliste de la gravité de leurs douleurs. Les patients ont également été invités à gérer leurs exercices en fonction du temps, plutôt qu'en fonction de la douleur. Ils ont donc dû planifier et noter à l'avance les moments précis (heure, durée, fréquence) de réalisation de leurs entraînements. Cette planification augmente la probabilité d'exécution du comportement cible. Au final, après ces interventions, l'auto-

efficacité des patients a augmenté davantage que celle des patients contrôles n'ayant reçu que la rééducation de base, tout comme la fréquence des comportements cibles. L'augmentation de l'adhésion thérapeutique des patients a été attribuée à l'intervention sur l'auto-efficacité (49).

2.4 Le kinésithérapeute et la psychologie du patient

Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeute (CNOMK) définit la profession comme « une discipline centrée sur le mouvement et l'activité de la personne ayant pour objectif de soigner ou de favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes. Les interventions de masso-kinésithérapie s'inscrivent dans les politiques de santé et participent aux actions de santé publique. Tenant compte de l'activité des autres professions de santé, la masso-kinésithérapie met au cœur de sa pratique le patient et vise à le rendre coauteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de sa santé » (50).

Le kinésithérapeute se doit de prendre en compte la psychologie du patient et de mettre en œuvre des stratégies afin de l'influencer si cette dernière s'avère être un frein à la rééducation.

Dans le cadre de prises en charge au cabinet, il peut donc adapter ces outils afin de favoriser l'auto-efficacité et donc l'adhésion du patient à la rééducation lorsque cela est nécessaire.

3 Problématisation et question de recherche

La thérapie active est recommandée dans le cadre de nombreuses pathologies. Cette rééducation, pratiquée de manière fréquente, permet d'améliorer les symptômes du patient, et de prévenir les récurrences (1,3,25). Les kinésithérapeutes ne voyant pas leurs patients quotidiennement, ils peuvent donc leur conseiller d'effectuer leur rééducation en dehors des séances de kinésithérapie, de manière autogérée (25). En plus de son aspect curatif, cette autonomisation peut permettre aux patients de prendre des habitudes de vie saines en termes d'activité physique et de renforcement musculaire, en accord avec les recommandations de l'OMS (2).

Cependant une proportion élevée des patients ne suivent pas le programme de rééducation autogérée convenu avec leur kinésithérapeute (7,25–28). Cette non-adhésion s'explique par plusieurs facteurs dont des facteurs psycho-sociaux. L'un d'eux est le sentiment d'auto-efficacité du patient (25). Ce sentiment, prédicteur d'adoption de comportements de santé, est

associé positivement à l'adhésion thérapeutique (27). Il serait par ailleurs influençable par le kinésithérapeute (7).

Le fait de repérer les patients ayant une basse auto-efficacité et adapter notre prise en charge en mettant en place différentes stratégies serait un moyen intéressant d'augmenter l'adhésion thérapeutique des patients à leur rééducation autogérée (7).

Différents moyens existent pour l'influencer positivement. L'éducation du patient à sa pathologie, sa douleur et à son corps serait une première étape afin de pallier à ses croyances. La pratique fréquente d'exercices physiques de difficulté graduelle par le patient soutenue de feedback positif du praticien serait un autre moyen de lui faire croire en ses capacités (1,6,18,47). D'autres stratégies, dont l'utilisation des thérapies cognitivo comportementales en planifiant les moments de pratique d'exercices à l'avance, seraient également efficaces (49). L'utilisation de ces différentes stratégies est à adapter : tout ne fonctionne pas chez tout le monde. La multiplication des moyens employés est donc préférable pour une meilleure efficacité (18).

Cependant, les interventions de ce type n'étaient pas systématiquement implantées dans la pratique clinique il y a quelques années, par manque de temps ou de connaissances des praticiens (5). Nos recherches ne nous ont pas permis de déterminer si cela avait changé depuis.

Ces données théoriques nous permettent de soulever un certain nombre de questionnements :

- Quelle est l'expérience des MK libéraux à ce sujet ?
- Comment leurs patients adhèrent aux thérapies actives autogérées et à quoi ils l'attribuent ?
- Quelles stratégies influençant l'auto-efficacité mettent-ils en place et comment ?
- Quels sont les effets visibles de l'application de ces stratégies ?
- Quels sont les freins rencontrés par les MK sur le sujet ?

La place de cette auto-efficacité dans ces différents domaines est notre sujet principal d'intérêt.

Ces questionnements aboutissent à la question de recherche suivante :

De quelles manières les MK libéraux abordent-ils les facteurs limitants l'adhésion du patient, tels que son auto-efficacité, dans le but de favoriser son adhésion à la thérapie autogérée ?

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les kinésithérapeutes libéraux agissent au quotidien face à une adhésion à la rééducation autogérée parfois problématique, et la place de l'auto-efficacité des patients dans cette démarche. Dans l'objectif de répondre à nos questionnements et en regard des données théoriques recueillies, nous construisons plusieurs hypothèses :

Hypothèse 1 : Près de la moitié des patients n'adhèrent pas à la rééducation autogérée

Hypothèse 2 : Le MK libéral perçoit des facteurs psychologiques influençant l'adhésion des patients à la partie autogérée de la rééducation

Hypothèse 3 : Les MK libéraux agissent sur l'auto-efficacité de leurs patients

Hypothèse 4 : Le MK a recours à des stratégies visant à augmenter l'auto-efficacité différentes en fonction des caractéristiques des patients

Hypothèse 5 : Les stratégies d'augmentation de l'auto-efficacité du patient ont un effet positif sur l'adhésion thérapeutique

4 Méthodologie

4.1 Choix de la méthode

Le choix de la méthodologie découle de l'élaboration du cadre conceptuel et de la problématique. Nos recherches nous ont donné des pistes de réponses concernant l'identification et l'amélioration du taux d'auto-efficacité des patients. Cependant nous souhaitons savoir comment les kinésithérapeutes libéraux mettaient en pratique ces différentes données. Leur vécu et leur ressenti sur le sujet nous semble également pertinent à recueillir. L'utilisation d'une méthode qualitative nous est donc apparue plus pertinente. Nous jugeons le questionnaire comme trop directif pour notre recherche : il ne permet en effet pas de rebondir et approfondir les réponses des personnes interrogées. La rencontre avec des professionnels libéraux sous forme d'entretien nous paraît donc adaptée.

Les entretiens sont des méthodes orales de recueil d'informations auprès d'une personne ou d'un groupe. Les personnes interviewées sont sélectionnées sous plusieurs critères précis afin que les informations transmises soient au plus proche des objectifs de la recherche. La pertinence, la fiabilité et la validité des faits ou des représentations recueillis sont ensuite analysées (51).

Nous avons ensuite dû déterminer le type d'entretien que nous souhaitions réaliser. Il en existe trois types : directif, semi-directif et libre. L'entretien directif est composé de questions précises, fermées, dans un ordre préalablement établi. Cette fermeture des questions permet d'obtenir des réponses courtes (52). Souhaitant explorer la pensée et l'avis des professionnels sur leur pratique et leurs patients, nous avons jugé cette méthode peu pertinente pour notre travail. L'entretien libre pousse au contraire l'interviewé à explorer librement un thème. Il n'y a pas forcément de questions préparées (52). Cette méthode nous a semblée elle aussi, inadaptée à notre recherche. Nous souhaitons en effet axer nos entretiens sur différents thèmes et obtenir des avis précis. La forme restante, l'entretien semi-directif, nous est donc apparue comme la plus pertinente en vue des objectifs de notre travail. Cette modalité permet d'aborder les thèmes qui nous intéressent tout en se laissant guider par le discours de l'interlocuteur, sur un mode se rapprochant de la conversation. L'interviewé pourra développer librement le sujet tout en développant certains points qu'il n'aurait peut-être pas abordés de lui-même. Ce discours se structure donc en différents thèmes à aborder, dont l'ordre peut s'adapter au discours de l'interlocuteur. L'interviewer bénéficie tout de même de quelques points de passage nécessaires permettant d'orienter le discours de l'interviewé (52).

4.2 Choix de la population

Afin de répondre à notre question de recherche nous faisons le choix de nous entretenir avec des kinésithérapeutes pratiquants dans un cabinet libéral. Nous n'imposons ni âge ni genre car cela ne nous semble pas pertinent. Nous n'avons pas de critères de sélection concernant les formations et types de pratiques des kinésithérapeutes interrogés, la question de l'adhésion thérapeutique étant transposable à de nombreux types de pathologies. Notre but est d'interroger des kinésithérapeutes aux pratiques variées afin d'obtenir un large éventail de réponses.

4.3 Guide d'entretien

Afin de réaliser des entretiens semi-directifs il est nécessaire d'élaborer au préalable un guide d'entretien sur lequel nous pourrions nous appuyer. Ce guide d'entretien [Annexe 1] nous sert d'outil afin d'atteindre l'objectif de notre étude : découvrir l'avis et le vécu des kinésithérapeutes libéraux sur l'adhésion à la thérapie autogérée et la façon dont ils mettent en œuvre des actions favorisant la hausse de l'auto-efficacité du patient, dans le but d'augmenter cette adhésion. De notre question de recherche et nos hypothèses découlent différents thèmes. Le premier vise à explorer l'adhésion des patients à la thérapie autogérée. Le second, à mettre en évidence la place de l'auto-efficacité dans la rééducation. Enfin, un troisième thème permet

de rendre compte de l'utilisation de moyens d'interventions par le kinésithérapeute visant à pallier à une auto-efficacité basse pour augmenter l'adhésion thérapeutique. De ces différents thèmes découlent des questions ouvertes, permettant à l'interviewé de s'exprimer avec un certain degré de liberté. Elles suivent un ordre chronologique pouvant être modifié au besoin en fonction des dires des kinésithérapeutes interrogés.

4.4 Stratégie de contact

Le choix des personnes à contacter s'est fait de manière arbitraire. Nos critères d'inclusion étant des MKDE pratiquant de manière libérale, nous avons contacté des professionnels avec des spécialisations et âges différents afin d'obtenir une variété de réponses à nos questions.

Nous avons établi avec ces derniers un contact par téléphone, qui a permis d'exposer notre projet et parfois de se mettre d'accord sur la date le lieu et la durée de l'entretien. Lorsque des précisions étaient nécessaires, nous échangeons parfois par SMS avec les participants. Nous les recontactions ensuite par mail afin de leur transmettre les documents administratifs, et pour répondre à leurs dernières questions.

4.5 Entretien exploratoire

En amont de nos entretiens, nous avons réalisé un entretien exploratoire afin de tester la qualité de notre guide d'entretien, et d'évaluer la durée globale de l'entretien, à annoncer aux participants en les démarchant. A l'issue de ce dernier, nous avons modifié certaines questions, mal comprises par le participant. Nous avons également pu voir les défauts présents dans notre façon de guider l'entretien, ou de relancer le participant. Cela nous a permis ensuite de tenter de les corriger lors de nos véritables entretiens.

4.6 Cadre des entretiens

Deux de nos entretiens ont pu être réalisés au cabinet des participants, dans leur salle personnelle. Le but était de favoriser un échange calme et spontané, dans un cadre professionnel mais familier pour l'interviewé. Les lieux et dates de rendez-vous avaient été établis et convenaient aux deux parties. Nos trois autres entretiens n'ont pu se réaliser qu'en visioconférence sur l'application Zoom, les participants ne pouvant être qu'à leur domicile au moment où ils étaient disponibles. Cette modalité ne permettait donc pas une communication complète : il était difficile de saisir le non verbal par exemple. Cependant la visioconférence s'est avérée pratique pour les deux parties, et permettait, à l'interviewé comme à nous, de

réaliser l'entretien dans un cadre intime (nos domiciles), dans lequel nous étions détendus, et potentiellement plus ouvert à la réflexion et la discussion.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide de l'application dictaphone de notre téléphone portable, et également directement sur l'application Zoom pour les entretiens concernés.

Nous avons débuté nos entretiens en nous présentant et en rappelant le thème global de notre entretien. Nous avons fait le choix de ne pas citer tous nos thèmes aux participants, afin de ne pas biaiser leurs réponses, et qu'ils se laissent porter par nos questions et leur cheminement de pensée. Nous avons ensuite rappelé le cadre légal puis, après l'accord du participant, débuté l'entretien en nous appuyant sur notre guide [Annexe 1].

4.7 Cadre légal

Les participants ont été informés de l'objet de l'étude et de la thématique générale de l'entretien lors de notre premier contact par téléphone ou par mail.

Nous avons ensuite transmis un formulaire de consentement dans lequel l'étude était brièvement présentée. En signant ce formulaire le participant certifiait que des informations suffisantes ont été délivrées (anonymisation), qu'il pouvait interrompre sa participation à tout moment, et qu'il acceptait le traitement des données recueillies. Les participants ont également signé une autorisation d'enregistrement pour pouvoir ensuite le retranscrire.

Nous avons demandé tout au long de la procédure si l'interviewé avait des questions et nous avons de nouveau recueilli son consentement en début d'entretien.

5 Résultats

5.1 Méthodologie d'analyse

L'analyse qualitative se compose de trois étapes principales permettant d'exploiter au mieux nos données. La première est l'étape de transcription des données, permettant de rendre le témoignage oral exploitable, sous forme écrite (53). Pour cela, nous avons écouté les enregistrements vocaux de nos entretiens en les retranscrivant conjointement sur un document Word. Chaque mot a été noté, ainsi que les réactions des participants telles que le rire. Ayant passé quelques entretiens en visioconférence, il nous a été impossible de retranscrire le langage non-verbal des thérapeutes. Nous avons jugé dans tous les cas le langage non-verbal comme non-nécessaire à prendre en compte dans notre analyse en regard de nos questionnements et objectifs. Les tours de parole ont été notés dans nos retranscriptions, afin de faciliter la recherche des lecteurs. Tous nos entretiens ont été réunis dans un corpus de données.

Afin d'organiser notre analyse, nous avons choisi d'utiliser la méthode de l'analyse thématique. Nos données ont été transposées dans un tableau en fonction de « thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche » (53) [Annexe 2]. En lisant notre corpus, nous avons repéré et regroupé les thèmes phares abordés avec les participants. Suite à cela, nous avons conservé les thèmes communs à tous les entretiens et pertinents en regard des objectifs de notre recherche. Nous avons ainsi identifié 4 thèmes :

- 1) La thérapie autogérée
- 2) Déterminants de l'adhésion à la thérapie autogérée
- 3) Stratégies mises en place par le MK pour favoriser l'adhésion du patient
- 4) Acquisition / besoin de connaissances du MK sur le sujet

Nous avons ensuite présenté nos résultats sous forme d'un récit. Ce récit se structure avec chacun des thèmes présents dans notre grille d'analyse (53). Afin de faciliter la lecture, nous avons utilisé des abréviations dans notre narration :

- « MK1 » : Masseur-Kinésithérapeute numéro 1
- « t. » : tour de parole
- « t.22,24 » : tours de parole 22 et 24

5.2 Analyse des données

5.2.1 Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des kinésithérapeutes participants à l'étude ont été reportées dans le tableau I disponible en Annexe 3.

5.2.2 Caractéristiques des entretiens

Les caractéristiques des entretiens réalisés ont été reportées dans le tableau II disponible en Annexe 3.

5.3 La thérapie active autogérée

5.3.1 Rapport du MK à la thérapie active autogérée

Nous avons jugé pertinent de présenter en premier lieu le rapport qu'avaient les kinésithérapeutes interrogés à la rééducation active autogérée, afin de juger si leur type de pratique influence leurs avis.

Nos participants se rejoignent globalement sur l'importance de l'implication du patient en dehors des séances de rééducation. La rééducation est « *un travail d'équipe* » (MK3 t.8), les

patients doivent être « *acteurs aussi un peu de leur rééducation* » (MK1 t.8). Le MK4 essaye « *d'autonomiser le patient au maximum* » (t.4).

Nous notons tout de même des différences dans la proportion de prescription de thérapie active autogérée. En effet pour le MK5 « *tout ce qui est fait euh au sein du cabinet euh...est refait bien entendu, enfin on essaye qu'ils le refassent chez eux en auto-rééducation* » (t.8). Il en est de même pour le MK3, qui conseille cette autogestion « *90% du temps voire même 95 [...] pour les patientèles classiques mais pour les patientèles enfants aussi* » (t.8). Tout comme le MK5, le MK3 « *leur fait faire les exercices et [on] leur demande de les refaire à la maison dans la mesure du possible* » (t.8) car selon elle, « *c'est pas euh nous qui allons soigner le patient c'est lui qui se soigne avec notre aide* » (t.8).

Le MK1 et le MK4 ont mis en avant des nuances dans la fréquence de prescription de rééducation autogérée. Le MK1 « *leur donne des exercices aussi [...] en fonction des pathologies* » (t.8). Le MK4, lui, considère que « *c'est vraiment à prendre au cas par cas [...] ça arrive que j'aie des patients à qui je ne donne pas d'exercices, parce que je les vois [...] deux fois par semaine et qu'ils n'arrêtent pas leur activité physique à côté, et je me sens pas du coup euh...sereine de leur proposer autre chose en plus, au risque que ce soit trop du coup et délétère pour la prise en charge* » (MK4 t.14).

Enfin, le MK2 aborde les choses de manière différente. Elle nous dit en effet « *je travaille beaucoup en thérapie manuelle [...] en fait pour moi le patient il doit aller lui-même chercher [...] dans une activité physique dans un loisir, quelque chose qui lui fait du bien [...] dans une prévention. Et après quand il vient au cabinet pour moi je fais des choses que lui ne peut pas se faire tout seul* » (t.8). Elle l'explique de la manière suivante « *à un moment ça m'a peut-être un peu désolée ouais, de me dire tu motives les patients [...] et en fait derrière euh...bah...non ils font plus rien* » (t.14). De ce fait elle nous dit ne « *pas forcer le patient à faire du sport si il aime pas ça si il en a pas envie* » (t.30).

5.3.2 Adhésion du patient à la thérapie active autogérée

Lorsque nous avons demandé aux participants dans quelles proportions les patients font leurs exercices en autogestion, ils ont tous eu la même réaction : le rire. Les MK1, MK2 et MK3 ont des opinions similaires sur le sujet : « *Oula [rire] j'ai envie de dire pas assez* » (MK1 t.12), « *Alors ça c'est [rire] c'est toujours le truc pas cool.* » (MK3 t.10). En effet, selon le MK1 les patients ne suivent « *pas toujours* » (t.10) les conseils d'autogestion et d'autonomie de leur kinésithérapeute.

Les MK nous ont parlé de catégories de patients dans lesquelles nous avons trouvé des similitudes. Nous en mettons en avant quatre :

La première catégorie est celle des patients « *très motivés parce qu'ils en ont marre d'avoir mal [...] donc eux ils vont bien les faire* » (sous-entendu, les exercices en autogestion) (MK1 t.12), qui « *suivent à 300%* » (MK5 t.10) les conseils du MK ou « *qui se trouvent une activité régulière et...et qui du coup ont une hygiène de vie* » (MK2 t.26). Ces derniers patients représentent « *20-30%* » des patients du MK1. Pour le MK3, « *avec la patientèle pédiatrique [...] 70% des parents refont vraiment bien les exercices à la maison, et utilisent ce qu'on leur montre [...] sur la patientèle adulte [...] 50% refont et encore* » (t.10). Le MK5 dirait que ses conseils d'autogestion sont « *assez suivis* » (t.10).

La deuxième catégorie est celle de patients « *qui quand ils ont mal ils font leurs exercices [...] puis quand ils ont pas mal ils oublient de faire leurs exercices* » (MK1 t.12). Nous trouvons également ceux qui « *refont pas forcément régulièrement, ils réutilisent mais pas tout le temps et pas sur la durée* » (MK3 t.10). Certains sont considérés comme « *plus consciencieux mais euh...dès que t'arrêtes la rééduc ils arrêtent aussi* » (MK2 t.14). Le MK4 nous donne un exemple de patiente pouvant rentrer dans cette catégorie intermédiaire qui lui « *a dit « bah voilà je l'ai fait tous les jours mais je l'ai pas fait 6 fois par jour comme vous me l'aviez demandé » »* (t.20). Ces derniers représentent « *la moitié* » (MK1 t.12) des patients du MK1.

La troisième catégorie de patients « *qui même quand ils ont mal ils ont pas envie ils ont juste envie qu'on les masse donc ils font pas grand-chose quoi* » (MK1 t.12) ou « *qui ne faisaient rien chez eux qui voulaient rien faire chez eux, et qui le disaient* » (MK5 t.22). Ces derniers représentent les « *20% restants* » (MK1 t.12) des patients du MK1.

Enfin, nous mettons en avant une dernière catégorie, mentionnée par le MK1 et le MK4, c'est celle des patients « *qui s'écoutent pas du coup ils ont envie de faire plein de choses donc...en fait faut les driver aussi sur les bons exercices les bons trucs pour pas qu'ils se refassent mal et qu'ils se re-blessent trop vite* » (MK1 t.20).

5.3.3 Démonstrations de l'adhésion des patients

Les MK3 et MK5 s'accordent pour dire qu'ils explicitent une bonne adhésion à la thérapie autogérée chez « *les patients qui arrivent et qui savent tout de suite refaire les exercices* » (MK3 t.18), et chez qui « *ça avance tout simplement, soit y'a moins de douleur, soit y'a moins de gêne fonctionnelle, soit y'a une avancée un gain d'amplitude ou ce genre de chose* » (MK3 t.18). Le MK1 perçoit cette adhésion également quand le patient « *est demandeur d'exercices* » (t.20).

Au contraire, tous les MK sauf le MK2 disent repérer le manque d'adhésion des patients lorsque « *la rééducation généralement elle stagne [...] qu'au bout de 8 séances [...] il dit qu'il a encore des douleurs et tout* » (dans un exemple d'entorse de cheville) (MK1 t.28). Elles le ressentent également lorsque « *au bout de 4 séances ils arrivent toujours pas à faire [...] le mouvement parfait, ou un autre hein* » (MK5 t.10), ou lorsqu'elles sont obligées « *de redonner toujours les mêmes exercices* » (MK3 t.18) ou « *de réexpliquer parce que soit il a oublié un détail soit il fait pas exactement comme on lui avait montré* » (MK3 t.18).

Les MK1, MK2, MK3 et MK5 disent percevoir le manque d'adhésion des patients dans leur attitude : « *ils te remettent en question sur tout* » (MK1 t.48), « *essayant de trouver toujours des excuses sur ce qu'il faisait ou ne faisait pas* » (MK5 t.48), ils sont « *toujours dans la critique* » (MK5 t.48). Le MK2 nous explique que le patient « *va te dire tout le temps qu'il a mal, te dire tout le temps qu'il est fatigué...euh...tu lui donnes des conseils et puis euh...oui il va dire que qu'il y arrive pas [...] c'est...dans l'attitude quoi, l'attitude et ce qu'il te raconte* » (t.40). Concernant les nourrissons, le MK3 nous dit : « *soit ils vont pleurer, soit ils vont être inconfortables...soit ils vont pas être détendus et on le ressent dans les mains aussi* » (t.56).

Enfin, le MK1, le MK3 et le MK4 pensent que l'expérience aide à ressentir le niveau d'adhésion du patient « *c'est peut être avec l'expérience mais tu ressens un peu euh le genre de personne je sais pas t'apprend à connaître un peu ton patient* » (MK1 t.30).

5.4 Déterminants de l'adhésion des patients à la thérapie autogérée

Les facteurs présentés dans cette partie conditionnent l'adhésion à la thérapie autogérée selon les MK mais certains peuvent également être applicables à l'adhésion à la rééducation globale et en consultation.

5.4.1 Facteurs favorisants

Les MK1, MK2, MK3 et MK5 nous parlent de la motivation comme facteurs favorisant l'adhésion. En effet « *certains sont très motivés parce qu'ils en ont marre d'avoir mal qu'ils veulent avancer qui veulent revivre normalement donc eux ils vont bien les faire* » (MK1 t.12) (sous-entendu les exercices en autogestion), « *c'est un ensemble de motivations et disponibilités et de rigueur* » (MK2 t.28), les patients adhèrent « *parce que je les motive* » (MK5 t.12).

D'après les MK2 MK3 mettre en place des actions favoriserait également cette adhésion : des patients « *qui se trouvent une activité régulière [...] Et puis quelque fois de mettre ça en place ça leur donne envie aussi de sentir que ça leur fait du bien ça leur donne envie d'en faire plus* »

(MK2 t.26). Le MK3 suppose que cela peut venir du fait « *qu'ils ont peut être remis en place des choses de leur côté, pas forcément que en lien avec la kiné* » (t.42).

Le fait de voir des résultats favorisent également l'adhésion d'après le MK2, le MK4 et le MK5 : « *si le patient voit qu'il atteint ses objectifs, il va s'autonomiser* » (MK3 t.44), « *ils se plongent dedans ils voient que ça fait du bien et en fin de compte ils n'arrêtent pas* » (MK5 t.10) « *ils viennent parce qu'en fait ça les rebooste* » (MK5 t.54).

La relation de confiance avec le thérapeute est également ressortie du discours des MK1, MK2, MK3 et MK4 : « *C'est toujours une relation de confiance et de communication avec le patient, et si c'est compris des deux côtés je pense qu'il y a pas de raisons que...que ça marche pas.* » (MK4 t.42).

Selon le MK4 il faut que les objectifs de la rééducation « *soient atteignables* » (t.20). D'après elle « *ce qui nous motive. Voilà c'est notre vie quotidienne* » (t.48). Le MK2 précise également en parlant des exercices ou de la pratique d'activité physique : « *Faut que ce soit ritualisé faut que ce soit pas trop long, faut que ce soit agréable* » (t.10).

Le MK5 aborde la place de l'entourage du patient « *les hommes si y'a pas une femme derrière, ils arrêtent à un moment donné. Faut qu'il y ait une femme un peu qui sert la vis pour qu'ils viennent* » (t.10), « *la place de l'aidant c'est un peu ma main qui continue à la maison* » (t.30).

Enfin, le MK3 nous dit que « *avec les enfants les parents refont pas mal les exercices [...] c'est un autre point de vue quoi parce qu'ils le font pas pour eux ils le font pour leur enfant* » (t.10).

5.4.2 Facteurs limitants

Les MK participant nous ont rapporté un certain nombre de facteurs pouvant limiter l'adhésion du patient à la thérapie autogérée.

Les MK1 MK3 et MK4 nous mentionnent le manque d'envie ou d'intérêt des patients pour la rééducation « *ils ont pas envie ils ont juste envie qu'on les masse donc ils font pas grand-chose quoi [...] des gens qui sont plus...mollassons qui sont plus mous qui sont plus...ouais qui se laissent aller quoi* » (MK1 t.12) « *ils voient pas trop l'intérêt de la rééducation ou en tout cas ils se disent que ça va pas fonctionner, ben on est quasiment sûrs que ça va pas avancer quoi* » (MK3 t.32). Le MK3 nous parle aussi de patients « *qui viennent [...] pour d'autres raisons que leur corps mais aussi le mental euh voilà le côté psy, qui vont chercher plutôt un contact humain et pas une prise en charge où ils vont être prêts à s'investir de façon autonome* » (t.22). Les habitudes de vie auraient leur influence sur cette envie d'après les MK1 et MK5 « *c'est qu'ils*

sont pas sportifs et qu'ils ont pas envie de se donner la peine » (MK1 t.14), « j'ai eu des patients qui ne faisaient rien chez eux qui voulaient rien faire chez eux, et qui le disaient » (MK5 t.22).

Les MK1 et MK5 exposent également le fait que l'âge du patient et sa vie quotidienne ont leur influence sur l'adhésion à l'autogestion. Pour le MK1 les *« personnes [...] très âgées qui vont avoir personne chez eux et tout ça ils vont pas forcément faire trop d'exercices [...] Ou alors les très très jeunes...genre les jeunes ados c'est compliqué [...] Ils ont autre chose à faire et ils pensent à autre chose »* (t.18). Pour le MK5 : *« les jeunes parkinsoniens sont difficiles à avoir sur la durée. Parce qu'en fait ils ont des enfants, ils ont un métier »*. Les MK2 MK3 et MK4 rejoignent également leur avis au sujet de la vie quotidienne : *« c'est déjà un manque de temps pour certains ça s'est sûr, et après un manque d'investissement dans le sens où on se fait un peu happer dans la vie de tous les jours, les enfants parfois pour ceux qui en ont, le fait que nous en patientèle pédiatrique c'est pas forcément les parents qui gardent toujours les enfants donc...c'est pas forcément refait et le temps qu'ils passent avec leurs enfants ils ont envie de faire autre chose que travailler entre guillemets, et pour les adultes je pense que...ben c'est parfois un oubli, parfois euh...d'autres choses à faire je pense que voilà c'est le quotidien, ils se donnent pas forcément un moment dans la journée où faire les choses, et voilà le travail, la famille...les occupations autres prennent la place sur ça quoi »* (MK3 t.12). Le MK4 nous parle également de *« périodes qui sont stressantes qui sont trop prenantes dans leur vie quotidienne »* (t.22), *« des mamans qui sont complètement dépassées par leur quotidien, qui peuvent plus en fait, qui peuvent plus libérer du temps, qui ont besoin qu'on les prenne en charge »* (t.30)

Tous les kinés à l'exception du MK2 nous mentionnent *« le facteur psy »* (MK1 t.14), *« la détresse psychologique »* (MK4 t.24), *« la dépression trouble anxieux euh... psychiatrique »* (MK4 t.30) *« un côté psy qui est quasiment présent chez tous les gens qui ont pas le temps, le temps de libérer du temps pour s'y mettre »* (MK4 t.24). D'après le MK1 ces personnes *« se victimisent un petit peu et qui restent dans leur douleur dans leur mal-être quoi »* (t.36). Parmi ces facteurs psychologiques, le MK2 nous parle d'une patiente *« qui se voit pas s'inscrire quelque part parce qu'elle ne supporte pas qu'il y ait d'autres personnes qui regardent, qu'elle puisse se comparer »* (t.26). Elle nous parle aussi de patients *« pas motivés »* (t.34). Les MK3 et MK5 rejoignent ce point : *« on sent que les parents sont pas toujours motivés ou quoi ben ça se ressent sur l'enfant aussi »* (MK3 t.18), *« Il a pas de motivations, c'est un monsieur qui vit très seul, très isolé, et qui ne fait rien de ses journées. [...] il côtoie personne [...] pourquoi veux-tu qu'il se batte ? Pour qui ? »* (MK5 t.50). Les MK2 et MK3 nous mentionnent également le patient qui *« va dire que qu'il y arrive pas »* (MK2 t.40), et ceux qui *« sont plus ou moins à*

même d'avoir confiance en eux et du coup de se dire qu'on va y arriver, d'être plutôt optimistes » (MK3 t.48). Le MK3 nous parle également des patients « qui sont beaucoup en attente des autres [...] ils sont pas peut être capables de se dire que ça peut venir d'eux que ça aille mieux » (t.46). Le MK4 nous évoque « les patients qui vont avoir des croyances erronées « oui mon dos est usé il est cassé je m'en remettrai jamais » » (t.52). Elle nous parle également d' « un mauvais schéma corporel, c'est des gens qui vont plus s'identifier dans leur propre corps et dans leurs mouvements » (t.30).

Le MK4 nous évoque un autre facteur qui est « la peur de mal faire » (t.22) ainsi que « la douleur, la peur d'avoir mal » (t.24). Le MK2 et le MK3 rejoignent cette vision de la douleur comme « un gros frein à l'activité des patients » (MK4 t.24).

Les MK3 MK4 et MK5 mettent en avant les expériences antérieures liées au soin négatives des patients comme frein à leur adhésion : « ils ont peut-être testé des kinés à droite à gauche et ce sont dit bah c'est nul ça fait rien » (MK5 t.24), « des patients qui ont été chronicisés pendant 10 ans certains, 20 ans d'autres avec un thérapeute qui fait que du massage, lutter contre des choses qui sont ancrées c'est très compliqué » (MK4 t.24). Le MK4 explique ce point de vue sur les techniques passives en nous disant qu'elles « sont parfois utiles, mais où on va venir appliquer une technique à un patient et le patient va être consommateur de la technique et du coup va pas se sentir intégré va pas comprendre pourquoi » (t.22). Le MK3 et le MK4 pensent que « le fait de pas comprendre pourquoi on demande de faire des activités ça c'est un frein aussi euh pour les patients qui pourraient ne pas vouloir se mettre à l'activité » (MK4 t.24) dans les cas par exemple où « on leur a imposé une rééducation parce que le médecin leur a prescrit quelque chose sans forcément euh expliquer pourquoi » (MK3 t.32). Ces deux mêmes MK s'accordent à dire que « quand on est dans l'inconnu on a peur on a des attentes qui sont pas forcément à la hauteur de ce qu'on peut vraiment espérer » (MK4 t.40). Les attentes du kinésithérapeute peuvent également être inadaptées et empiéter sur l'adhésion du patient d'après le MK4 et le MK5 « j'ai peut-être été trop confiante en eux » (MK5 t.42) « si on lui demande de faire quelque chose tous les jours qui lui prend une demie heure ça marchera pas [...] Si on donne quelque chose de trop protocolaire, [...] pour l'instant avec moi ça marche pas. » (MK4 t.20). Par ailleurs « un objectif de cotation musculaire ou alors un objectif d'amplitude articulaire quantifié par un chiffre ou alors une échelle de la douleur je trouve que c'est très hypothétique pour le patient. Ça risque de pas l'intégrer pleinement à sa prise en charge » (MK4 t.12) nous rapporte le MK4.

D'autre part, les participants mettent en avant d'autres freins inhérents au patient. Le MK3 nous parle de l'histoire personnelle du patient « *ça peut être leur histoire de vie [...] leur vécu du moment, euh des antécédents particuliers qui on fait que ça les a fragilisés physiquement ou même moralement personnellement* » (t.48). Elle nous parle également du contexte socio-professionnel du patient qui pour elle « *impacte énormément aussi* » (MK3 t.48). En effet pour elle « *les gens qui ont un travail [...] qui va leur demander énormément [...] d'efforts physiques et d'investissement personnel et physique, souvent c'est des gens qui ont plus de douleurs aussi hein, c'est la réalité et [...] qui se rendent pas forcément compte des choses non plus. Ils ont pas forcément le ressenti que d'autres ont en ayant plus de temps pour eux aussi* » (MK3 t.50). Pour le MK5, le contexte social joue aussi mais d'une autre manière « *parce qu'il y a pas forcément de soutien familial* » (t.14) « *y'a une culpabilité euh un peu augmentée en plus à cause de la famille* » (t.16). Elle ajoute également que « *dans les milieux aisés* » (t.36) ce serait « *plus destructeur que dans un milieu moins aisé* » (t.36) : « *quelqu'un qui aura eu une place importante dans sa vie professionnelle [...] et qui tout d'un coup a la maladie de parkinson qui n'est pas forcément une pathologie chez certains où le visuel est toujours impeccable [...] c'est excessivement destructeur [...] on peut plus pavaner on peut plus voilà, euh briller en société* » (MK5 t.36).

Par ailleurs, les MK1 MK3 et MK5 pensent que la relation kinésithérapeute-patient et la confiance du patient en son kinésithérapeute a un impact dans l'adhésion du patient « *après t'as certains patients avec qui [...] tu vas pas avoir le feeling et du coup ils vont pas adhérer à ce que tu leur proposes* » (MK1 t.26) « *tu plairas pas toujours* » (MK5 t.44) « *ils te remettent en question sur tout* » (MK1 t.48). Selon le MK1 et le MK3 « *tu sens que le patient il a pas confiance en ce que tu fais donc t'auras beau dire il adhèrera pas* » (MK1 t.44), « *on a des parents qui nous laisse pas forcément la main et l'enfant le ressent et...du coup on a pas d'adhésion de l'enfant, du parent du coup non plus et donc on avance pas parfois* » (MK3 t.52). Par ailleurs, d'après le MK4 « *si y'a pas le résultat il le fera pas* » (MK4 t.46).

Les participants mettent en avant d'autres freins inhérents au kinésithérapeute. Le MK2 nous rapporte qu' « *il y a des cabinets de kinés [...] ils sont euh plus exigeants que... que moi par exemple sans doute. Je vais pas forcer le patient à faire du sport si il aime pas ça* » (t.30), « *je pense que j'ai pas non plus suffisamment de connaissances sur euh, sur tout ce qui est travail actif [...] faut faire ce qu'on aime* » (t.14). Le MK4 nous dit, à propos du repérage des facteurs psychosociaux « *ça arrive que je sois complètement passée à côté pendant le diagnostic éducatif ou dans le bilan parce que euh, parce que je suis restée concentrée euh dans mon idée*

de départ et j'ai pas été assez ouverte, soit le patient n'avait pas envie d'en parler à ce moment-là » (t.54). A propos des raisons d'un manque d'adhésion chez les patients le MK5 nous dit « peut-être parce que j'ai pas été bonne » (t.14).

Le MK2 nous rapporte d'autres freins. Pour elle les patients ne font pas leurs exercices chez eux *« parce que c'est contraignant et parce qu'ils sont tout seuls à faire » (t.18) « parce qu'à faire chez eux [...] ils ont pas forcément le matériel ni le cadre [...] c'est de pas avoir d'obligation de le faire en fait. » (t.20). Enfin, le MK1 nous rapporte un autre type de frein « t'as ceux qui s'écoutent pas du coup ils ont envie de faire plein de choses donc...en fait faut les driver aussi sur les bons exercices les bons trucs pour pas qu'ils se refassent mal » (t.20).*

5.5 Stratégies mises en place pour favoriser l'adhésion du patient

Afin de favoriser l'adhésion du patient ou faire face à un manque d'adhésion à la thérapie autogérée, tous les MK interrogés proposent aux patients des supports d'exercices afin *« qu'ils puissent se détacher un peu du kiné et qu'ils puissent se rassurer dans leur autonomie aussi hein en se disant bah voilà je fais les choses mais je les fais bien » (MK4 t.18) et pour « renforcer la...le la consigne « faites vos exercices » » (MK4 t.16). Ils utilisent plusieurs types de support : « je leur donne des fiches d'exercices » (MK1 t.10) « mes exercices soit je les donne à voix haute, soit je les filme, soit je les dessine » (MK4 t.14) « quand y'a des problèmes cognitifs quand y'a des problèmes de de de mémoire de travail [...] à ce moment-là j'ai des fiches que je leur photocopie je leur fais des petits cahiers avec des dessins, euh...qui sont très explicites » (MK5 t.8).*

Tous nos participants mettent également en place une phase d'éducation : *« je leur réexplique toujours je reviens toujours sur les bases je reprends avec eux » (MK3 t.20) « leur expliquer ce qu'on va faire ensemble, comment on va fonctionner et pourquoi on fait comme ça [...] On voit qu'il y a une accroche ils comprennent pourquoi ils sont là, du coup ils sont parfois plus loquaces aussi [...] tout de suite c'est plus efficace parce qu'ils nous font confiance donc ils se disent que ça va fonctionner, ils sont plus motivés » (MK3 t.34) « l'explication, la connaissance [...] quand on est dans l'inconnu on a peur on a des attentes qui sont pas forcément à la hauteur de ce qu'on peut vraiment espérer et du coup réexpliquer, reprendre le temps, schématiser euh, des fois perdre une demie heure assis sur une chaise ça vaut le coup. » (MK4 t.40) « parce que je leur ai fait comprendre par A + B parce que je leur ai tout expliqué, je passe mon temps à expliquer des choses sur leur pathologie » (MK5 t.12).*

Tous les MK sauf le MK5 nous disent changer et adapter leurs exercices ou leur approche au patient « *je vais changer ma façon de travailler* » (MK2 t.34) « *changer des exercices, refaire travailler la même chose mais de façon différente, euh...ça peut être euh l'amener différemment par quelque chose de plus ludique [...] peut être euh changer de moment dans la journée, euh de période, peut-être se voir à un autre créneau, être plus disponible* » (MK3 t.24) « *quand on commence à connaître un petit peu la personne on voit un peu comment ils fonctionnent, est ce que c'est des gens qui vont être plutôt sur des trucs très carrés, ils ont besoin de choses très concrètes avec un nombre de répétitions [...] là on peut proposer quelque chose de...de carré. Y'en a qui ont plus besoin de ressenti, qui ont plus besoin de sentir comment ça fonctionne, de comprendre comment ça fonctionne, donc on va expliquer un peu plus [...] je dirais que c'est de l'intuition aussi et de la relation sociale presque* » (MK3 t.28). A propos du nourrisson le MK3 nous dit « *y'a une façon de l'approcher, y'a une façon de l'aborder, qui va pas du tout être la même qu'avec un adulte, on va prendre plus de temps, on va peut-être même aborder d'abord le parent.* » (MK t.54). Le MK4 nous donne l'exemple d'un coureur qui a chuté « *là c'est déconstruire la croyance qu'il a autour de la chute, [...] et lui redonner confiance. Et pour ça y'a des techniques du coup plus précises, par exemple le fractionné, la pliométrie, où on va mettre en contraintes le patient et...plus que ce qu'il fait quand lui il est tout seul dans son activité physique et c'est là qu'il va comprendre que s'il est capable de faire ça, bon bah finalement sa petite course de 10km du dimanche matin euh...ça va en fait.* » (MK4 t.60). Le MK5 essaye également de prouver au patient qu'il est capable de faire des choses « *ils faisaient pas grand-chose et puis tout d'un coup là on leur fait des exercices on les fait courir on les fait sauter dans le couloir, alors qu'ils ne pensaient pas du tout le faire, on les fait travailler en musique ils se disent bah en fait, voilà quoi* » (MK5 t.12), « *leur montrer qu'il y a des choses qui sont possibles* » (MK5 t.16). Elle renforce également cela en valorisant les patients « *Je suis tout le temps en train d'essayer de leur montrer ce qu'ils font bien et de pas leur montrer ce qu'ils font pas bien* » (MK5 t.12). En parallèle de cela, le MK5 cherche à « *leur prouver par A + B qu'on peut faire quelque chose pour eux* » (t.44), par exemple « *rien que de savoir le nom de ses médicaments [...] tu prouves à ton patient que tu connais* » (t.62).

D'autre part, les MK1, MK4 et MK5 nous expliquent que si les patients « *ont des questions bah à la séance suivante du coup je leur demande si ils veulent qu'on revoie certains exercices ou pas* » (MK1 t.10). En effet « *même avec des patients cognitifs si on le fait on le re-refait ça redevient automatique* » (MK5 t.18).

Le MK2 et le MK3 nous parlent aussi de dire aux patients « *de ritualiser les exercices, de le faire [...] tel jour telle heure [...] que ça soit pas trop long et que ça soit agréable* » (MK2 t.44) afin de « *donner le goût à l'exercice* » (MK2 t.46). Le MK4 tente de se « *rapprocher du quotidien* » (t.20) du patient, par exemple pour « *l'entorse de cheville [...] on peut faire des pointes de pieds pour renforcer les fibulaires [...] Et je vais dire à mes patients [...] « vous faites ça quand vous vous brossez les dents »* » (t.20), ainsi que de se rapprocher « *de la pratique professionnelle des patients pour essayer de trouver des moments dans la journée pour que ça devienne automatique* » (t.20). Le MK4 essaye par ailleurs de « *trouver des objectifs concrets comme [...] la reprise d'une activité* » et agit de façon similaire au MK3 qui demande aux patients « *ce que eux ils en attendent, de la rééducation* » (MK3 t.36) afin « *d'être en collaboration avec les patients [...] de l'intégrer directement dans des choses concrètes qu'il va pouvoir se fixer comme objectif* » (MK4 t.12). Le MK4 trouve également que « *c'est intéressant euh... de garder un contact avec le patient soit par sms soit par euh par téléphone soit par visio* » (t.20). Cette dernière essaye par ailleurs de rassurer le patient « *je leur dis « bah voilà le dimanche vous faites la sortie en fractionnée, de toute façon ne vous inquiétez pas si y'a quelque chose qui se passe pas bien on se voit le lundi » [...] j'essaye d'adapter vraiment pour les rassurer* » (MK4 t.62). Elle ajoute à ce sujet « *j'essaye d'être quasiment être sûre qu'il va pas y avoir de douleurs. Parce que redonner une information négative au niveau d'une articulation ou d'une pathologie ça peut repartir dans des travers pas top* » (t.62), ainsi que « *je parle plus trop de douleur depuis ma formation du coup, je parle plutôt d'inconfort* » (t.64) car en faisant cela « *on enlève un peu ce terme-là de catastrophisation du fait d'avoir des douleurs* » (t.66).

Le MK3 et le MK5 s'appuient sur les aidants du patient : « *Si [...] on met le parent en confiance l'enfant tout de suite on va le sentir aussi beaucoup plus à même de faire la séance* » (MK3 t.54) « *la place de l'aidant c'est un peu ma main qui continue à la maison* » (MK5 t.30). Le MK5 nous donne un exemple de conseil qu'elle donne à l'aidant : « *au lieu de dire à son conjoint redresse toi lui dire, bah tiens chocolat ou pot de crème, euh...voilà ça permet [...] de pas reprocher quelque chose mais plutôt de dire on va travailler ça ensemble* » (t.30). En parlant de ses patients parkinsoniens, le MK5 mentionne également un autre outil « *il faut toujours euh...parler plus fort euh montrer l'exercice plus grand, plus haut, plus en arrière enfin voilà donc euh...il faut les motiver par ça aussi* ».

En cas de difficulté à faire adhérer les patients le MK3 et le MK4 discutent de la motivation avec le patient « *je leur pose réellement la question de savoir si ils sont motivés pour travailler,*

est ce qu'ils ont envie que ça avance et est ce qu'ils veulent que ça change » (MK3 t.22) « L'entretien motivationnel est important aussi hein faut trouver des choses qui motivent le patient » (MK4 t.44). Elles font toutes deux des « pauses dans la rééducation » (MK3 t.20) : « j'arrête les soins [...] on va voir ce que ça fait quand je suis plus là. [...]. Euh soit on se revoit et là le patient me dit « bah ça a pas tenu, et du coup bah qu'est-ce qu'on peut faire pour que ça tienne dans le temps », en fait je le confronte un peu à l'échec » (MK4 t.42).

Un autre moyen que nous rapportent le MK3 et le MK4 à utiliser en cas de difficulté est l'écoute, la confiance *« je lui demande pourquoi il a peur de se refaire mal et ce qui lui fait peur » (MK4 t.60) « j'essaie plus d'échanger [...] parfois aller chercher des choses peut être un peu plus personnelles [...] pas se confier soi mais en tout cas donner des bribes de notre histoire à nous, qui fait que tout de suite le patient se sent en confiance parce qu'on est un peu plus à égalité on va dire [...] et on voit vraiment la différence sur l'adhésion la confiance et du coup ben...l'efficacité derrière des séances. » (MK3 t.60)*

Si ces méthodes ne fonctionnent pas, tous les MK à l'exception du MK5 nous disent réorienter le patient ou mettent fin à la rééducation : *« si vraiment ça fonctionne pas on leur dit de...de revenir soit plus tard soit d'arrêter complètement ou de changer de praticien des fois » (MK3 t.22). Le MK2, le MK3 et le MK4 orientent parfois vers des cours collectifs par exemple : « je les invite à s'inscrire sur [...] des cours de yoga ou de pilates [...] d'exercices dans l'eau mais plutôt des cours collectifs quoi. Où ils y vont toutes les semaines » (MK2 t.16), « qu'ils payent pour y aller » (MK2 t.18) « Je réoriente soit vers de l'éducation thérapeutique où là ils vont avoir des ateliers vraiment de groupe » (MK4 t.40), « peut être orienter vers quelqu'un qui travaille en groupe » (MK3 t.24). Le MK4 peut aussi réorienter « vers des thérapies cognitivo-comportementales, soit vers de l'hypnose » (t.52) lorsqu'elle juge les facteurs psychosociaux limitants trop importants. Le MK2 nous parle également de son utilisation d' « outils d'hypnose [...] tu peux repérer euh...comment fonctionne le patient. Si il est plutôt auditif, visuel, tactile...et du coup tu vas employer des mots du champ lexical par exemple quelqu'un qui serait visuel tu dirais « vous voyez » » (t.56). Elle nous parle aussi de « reprendre les attitudes du patient » (t.56) et de reprendre « ses mots » (t.56) en expliquant qu'ainsi « tu accroches un peu son attention et t'es sûr qu'il t'écoute [...] et euh pour que lui aussi se sente compris » (t.56). De même lorsque « parfois le jargon médical ils l'écorchent » (t.56) elle ne les « corrige pas » (t.56).*

5.6 Modes/besoin d'acquisition de connaissances sur le sujet

Nous avons demandé aux participants le mode d'acquisition de leurs stratégies visant à favoriser l'implication du patient, en guise d'ouverture.

Le MK1, le MK2 et le MK3 mettent en avant l'expérience comme mode d'apprentissage « *ouais par expérience, plus tu côtoies de patient plus...plus t'arrives à affiner bah déjà ton toucher tout ça et plus t'arrives aussi à ressentir un peu le patient* » (MK1 t.52). Le MK2 et MK3 nous parle quand même de l'école « *il y a quand même pas mal de messages qui sont passé à l'école et en cours de formation* » (MK2 t.56). Tout comme le MK2 et le MK3, le MK4 nous parle de « *formations* » (t.70). Elle mentionne également « *le tutorat. Devoir trouver des explications à mes stagiaires ça me force à trouver des explications à mes patients* » (MK4 t.70), ainsi que « *la littérature [...] les réseaux sociaux [...] tout ce qui est chaînes sur insta, enfin moi je trouve qu'elles sont vraiment de qualité* » (MK4 t.70).

Tous les MK ont réagi positivement lorsque leur avons demandé si ils auraient aimé en savoir plus sur le sujet « *On a toujours besoin d'en apprendre plus.* » (MK5 t.54).

6 Discussion

6.1 Interprétation des résultats

6.1.1 Hypothèse 1 : Près de la moitié des patients n'adhèrent pas à la rééducation autogérée

Les MK ne nous ont pas donné le même pourcentage ou du moins le même ressenti vis-à-vis de l'adhésion de leurs patients à la thérapie autogérée. Cependant ils ont tous réagi en riant, pouvant signifier soit la surprise en entendant cette question, soit qu'ils la jugeaient naïve. Leur réaction ensuite nous a fait sentir qu'il s'agissait de quelque chose posant problème ou difficulté, conformément à ce qui ressortait dans nos lectures (4).

D'après le MK1, 80 à 70% des patients n'adhèrent pas pleinement à la rééducation autogérée. Les propos que nous jugeons plutôt pessimistes du MK2, nous laissent à penser qu'elle estime également cette proportion élevée, au point que cela l'a démotivée à proposer ce genre de thérapie. Pour le MK3 la non adhésion chez les adultes est de 50%. Ces pourcentages coïncident avec ceux que nous pouvons trouver dans la littérature scientifique : 50 à 70% des patients n'adhèreraient pas ou adhèreraient de manière incomplète à la rééducation autogérée (4). En revanche, chez les nourrissons ou les parkinsoniens, la rééducation est davantage suivie. Les parents de nourrissons sont plus nombreux à adhérer que les patients adultes d'après le MK3 (70%).

Les participants mettent en avant l'adhésion partielle des patients (la majorité des patients du MK1) : les patients auraient tendance à faire leur rééducation autogérée sans respecter précisément ce qui est proposé par le kinésithérapeute. Ils ne feraient leurs exercices que lorsqu'ils ont mal ou durant la rééducation, mais pas à long terme, la douleur agissant comme rappel. D'autres font leurs exercices dans des proportions différentes de celle prescrite par le MK, mais sont tout de même réguliers. Enfin, d'autres patients auraient tendance à trop en faire, au risque de se blesser, ce qui correspond à une adhésion inadaptée, excessive. La question se pose de la mesure dans laquelle nous pouvons dire qu'un patient adhère à la rééducation. L'adhésion est difficile à quantifier, notamment dans le contexte de la kinésithérapie. La rééducation autogérée n'est pas forcément protocolaire comme pourrait l'être un traitement médicamenteux : le kinésithérapeute ne prescrit pas toujours un nombre précis de répétitions de tel mouvement tant de fois durant la journée. Le patient compose également avec son quotidien. D'autre part, l'adhésion fait référence à des processus internes au patient, comme ses attitudes ou ses motivations à suivre le traitement. Cela est donc difficile à objectiver de manière précise (54). Nous pouvons en revanche utiliser l'observance du patient comme marqueur objectif d'adhésion thérapeutique (54). Or dans le cadre d'une thérapie sans supervision, nous ne pouvons statuer que sur les dires du patient, sa bonne exécution des exercices en séance et sur l'évolution de ses symptômes. Bien que ce faisceau de preuves puisse témoigner d'une non-adhésion complète, il ne permet pas de stipuler du degré précis d'observance du patient.

Enfin, selon le MK1, 20% des patients ne font rien du tout. Cette non-adhésion catégorique représente une minorité de ses patients. Les dires des autres MK nous laissent penser que cela est également peu fréquent chez leurs patients. Ces patients se placent en posture passive dans leur rééducation, et n'ont pas compris, ou refusent d'entendre, que leur implication peut avoir un intérêt à long terme. Un autre point de vue qui nous est proposé est celui du MK2. Cette dernière considère que les patients doivent adopter une activité physique régulière qui leur plaît et propose donc peu de thérapie active à proprement parler. Elle nous dit avoir été déçue par l'adhésion des patients à ces thérapies en autogestion et ne plus apprécier cela.

Face à ces résultats, nous considérons cette hypothèse comme partiellement validée.

6.1.2 Hypothèse 2 : Le MK libéral perçoit des facteurs psychologiques influençant l'adhésion des patients à la rééducation autogérée

Les participants nous parlent de divers facteurs influençant positivement ou négativement l'adhésion des patients à la thérapie autogérée.

La motivation est un facteur fréquemment mis en avant lors de nos échanges avec les MK. Notre lecture de cet article nous permet de faire ressortir des exemples de motivations intrinsèques du discours des participants (30). Nous avons entre autres le fait de ne pas se satisfaire de sa condition de malade/blessé et de vouloir revivre normalement. Il y a également le fait de trouver l'activité physique agréable. Par ailleurs, nous percevons des exemples de motivations extrinsèques telles que le fait de payer pour une activité régulière, ou d'avoir un kinésithérapeute exigeant. Ce type de motivations, bien que semblant efficaces à court terme, sont de plus mauvais pronostic que les motivations intrinsèques au sujet de la perpétuation du comportement à long terme. En effet certains exercices d'autogestion peuvent avoir une action préventive vis-à-vis des récidives s'ils sont perpétués à long terme. Il peut donc être intéressant pour le kinésithérapeute de tenter de faire émerger une auto-motivation chez le patient (30). Un autre type de motivation est mis en avant par le MK3 et le MK5, il s'agit de la motivation du parent ou de l'aidant pour son enfant ou son conjoint. D'après les MK concernés, faire quelque chose pour quelqu'un qui nous est cher procure davantage de motivation que lorsque nous le faisons pour nous-même. Outre de la motivation, nous pouvons percevoir en ce phénomène une forme de dévouement. Cette motivation liée à l'entourage semble importante chez les patients atteints de maladies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson. Le MK5 soulève la question des patients seuls et isolés, n'ayant aucune motivation externe. Face à ce type de patients, semblant n'avoir aucune source de plaisir ou d'engouement dans leur vie, nous nous posons la question de comment agir. Comment les aider à trouver de l'intérêt dans la quête d'un corps fonctionnel ? Par ailleurs, le MK1 et le MK4 nous mentionnent la sur-motivation de certains patients, pouvant être néfaste pour leur rééducation. Cela est une autre forme de non-adhésion, dans laquelle le patient aurait tendance à vouloir trop en faire, et à ne pas écouter les conseils de son kinésithérapeute. Il n'arrive pas à suivre les restrictions d'activités. Ils risquent parfois de se reblesser et donc de retarder leur guérison (55).

Aucun des MK interrogé ne nous a mentionné littéralement l'auto-efficacité des patients. Cependant à l'aide de notre cadre conceptuel et en nous appuyant sur les échelles de mesures spécifiques, nous avons trouvé des traces de cette auto-efficacité dans leur discours. Nous pouvons percevoir dans les patients adhérents et motivés, une bonne auto-efficacité générale et à la douleur. Ils se donnent en effet les moyens d'obtenir ce qu'ils veulent et suivent leur thérapie autogérée malgré leurs douleurs.

Le fait d'être sportif ou de s'y mettre pendant la rééducation, ainsi que d'y voir un résultat ou d'y prendre plaisir, sous-entend une auto-efficacité dans les exercices plus élevée que chez les

patients n'en pratiquant jamais. Ils n'ont en effet pas l'occasion de tester leurs capacités physiques et donc de prendre confiance en ces dernières. Cela est un manque d'expérience de maîtrise éactive identifiée par Bandura (6), et un frein avéré à l'adhésion à la thérapie autogérée (7). Les patients sportifs ou devenant actifs ont eu l'occasion d'expérimenter des comportements se rapprochant de la thérapie active, sentiment accroissant leur auto-efficacité dans les exercices. Outre la pratique d'activité physique, le suivi régulier de la rééducation autogérée permet aux patients de réaliser correctement leurs exercices lorsque leur kinésithérapeute le leur demande à la séance suivante. Ce sentiment de réussite contribue à augmenter leur auto-efficacité et à persévérer dans leur comportement, jusqu'à y voir des progrès, venant de nouveau renforcer ce sentiment de compétence. Cela est une illustration du processus d'action en santé de Schwarzer (36).

La confiance en le thérapeute impacte également l'adhésion des patients d'après nos participants. Si la communication est claire et saine, si le lien entre les deux parties se fait, le patient sera plus à même de suivre les conseils de son thérapeute. A l'opposé, si le patient n'a pas confiance en son thérapeute, il se trouvera moins réceptif. Les MK interrogés nous donnent différentes origines à ce manque de confiance. La première peut être une expérience antérieure en kinésithérapie vécue comme négative. Si le patient a longtemps suivi une rééducation dans laquelle il ne se sentait pas impliqué, qu'il n'a pas compris, que son rapport au thérapeute était perçu comme mauvais, et qui au final, ne l'a pas soigné, il est possible qu'il entame sa nouvelle rééducation avec des à priori négatifs. Cela peut donc entraver sa relation avec son nouveau kinésithérapeute et au final son adhésion à la rééducation, comme nous le confirme la littérature (25). Une autre possibilité donnée par nos participants est que le thérapeute n'a pas réussi à donner confiance au patient. Cela peut venir par exemple, d'une mauvaise entente avec le patient, de caractères incompatibles. Cela peut aussi être que le comportement et la façon de faire du thérapeute ne plaît pas au patient. Le MK5 nous a donné un exemple de patient trouvant sa voix agaçante (MK5 t.48). Ce manque de confiance se ressent lorsque le patient remet sans cesse en question ou critique le thérapeute, d'après le MK1 et le MK5. Dans ce type de situation, la question se pose d'à quel point le thérapeute se doit d'unifier, d'aplatir son propre caractère afin de s'adapter à son patient. La relation soignant-soigné est avant tout une relation humaine et les efforts se doivent d'être fournis par les deux parties. Nous pouvons nous demander jusqu'à quel point les efforts fournis peuvent être asymétriques.

Par ailleurs, chez certaines patientèles, la confiance de l'aidant peut s'avérer déterminante pour l'adhésion du patient d'après le MK3 et le MK5. Chez les nourrissons, il est important de gagner

la confiance du ou des parent(s) présent(s) en consultation d'après le MK3. Si ce dernier est réticent à laisser la main au thérapeute, l'enfant le ressent et peut ne pas adhérer. Cela peut se poursuivre en dehors des séances : les parents étant prestataires des exercices de leur enfant, s'ils n'adhèrent pas à la rééducation en autogestion, ils ne lui feront pas faire. Secondement, dans le cas de patients dépendants de leur conjoint ou de leur famille pour certaines tâches, il est important de gagner la confiance des aidants d'après le MK5. Cette dernière nous donne l'exemple d'une patiente atteinte de Parkinson habitant loin du cabinet de kinésithérapie et ne pouvant pas conduire. Son mari ne voyait pas l'intérêt de la rééducation et pensait qu'elle était mieux chez elle et inactive. Ce dernier a donc entravé la rééducation en refusant d'amener sa femme en séance de kinésithérapie, et semblait ne pas l'aider pas dans sa vie quotidienne (t.36). Malgré l'envie de se soigner de la patiente, son adhésion n'a pas pu être obtenue car son mari a agi comme un frein. Cet exemple soulève une problématique, étant celle du rôle de l'aidant. Nous nous demandons à quel point ce dernier a le devoir de s'impliquer dans le traitement de l'autre. Il ne relève en effet d'aucune loi de devoir aider son conjoint dans sa maladie. Cela relève d'une question d'éthique. Pouvons-nous donc vraiment reprocher à un aidant de ne pas s'investir pleinement dans la maladie de son conjoint ? Devons-nous le pousser à le faire en tant que soignant, ou devons-nous au contraire accepter sa prise de liberté même si cela impacte notre patient ?

Ce manque de confiance dans le thérapeute peut également provenir d'une mal-compréhension de la rééducation. Cela peut en effet entraîner de la peur chez le patient d'après le MK4, voire des attentes démesurées, pouvant ensuite causer de la frustration face au résultat réel. Cette incompréhension de la rééducation peut également pousser le patient à ne pas saisir le but, l'intérêt de la rééducation. Il ne perçoit pas forcément le rôle qu'il a à jouer. Elle peut provenir d'une prescription de kinésithérapie par le médecin sans aucune explication sur son but ou intérêt, d'après le MK3. Afin d'éviter ce genre de situation, il pourrait être intéressant d'éduquer davantage les soignants amenés à travailler ensemble aux métiers des autres. Cela permettrait une bonne continuité et cohérence des soins, et serait rassurant pour le patient. L'incompréhension est un gros frein rapporté par le MK1 le MK3 et le MK4. En effet elle peut majorer la non-adhésion au travail actif et à la thérapie autogérée des patients qui en attendent beaucoup des autres. Comme nous le mentionne le MK3, ces patients ne sont pas capables de se dire que les efforts pour leur santé peuvent venir d'eux. Nous y percevons ici un locus de contrôle externe, peu favorable à l'adoption ou à la modification d'un comportement de santé (27), ainsi qu'une basse auto-efficacité dans la rééducation.

De cette incompréhension peuvent découler des croyances inadaptées au sujet de la douleur ou de la pathologie du patient, dont nous parle le MK4. Des croyances inadaptées peuvent entraîner une détresse psychologique, une peur de la douleur, un comportement inadapté de peur d'évitement. Cela peut engendrer ensuite des stratégies de coping passives et cela empêche de s'engager dans l'exercice physique. Nous pouvons donc retrouver des comportements d'évitement ou de catastrophisation de la douleur chez ces patients (29). Cela constitue donc un frein à l'adhésion à la thérapie active, d'autant plus en autogestion. Dans l'exemple que nous donne le MK4 d'un patient lui disant « de toute façon j'en ai plein le dos puis cette douleur je la gèrerai jamais » (t.52), les croyances inadaptées peuvent baisser l'auto-efficacité des patients face à la douleur. Comme décrit dans cet article, certaines croyances, notamment au sujet du dos, sont fréquentes au niveau de la population générale (29). Ces dernières pourraient donc trouver leur origine dans la société en elle-même, dans les messages transmis à l'école, dans les familles, dans les médias. Nous pouvons penser que certaines croyances seront difficiles à déconstruire tant que les mentalités sociétales sur le sujet n'ont pas changé.

Dans l'exemple du MK4 à t.60, le patient, suite à une chute, a peur et ne se sent plus capable de refaire le mouvement ou l'activité qui l'a blessé. Nous pouvons y voir ici une auto-efficacité spécifique à l'exercice ou l'activité en question diminuée en lien avec cette peur du mouvement ou kinésiophobie. A force d'évitement du mouvement certains patients peuvent avoir un schéma mental inadapté d'après le MK4. Ce schéma mental inadapté du patient est un frein à l'adhésion du patient (25).

Les kinésithérapeutes interrogés mettent en avant des difficultés d'adhésion chez des patients se faisant « happer » par leur quotidien (enfants, travail, soucis personnels). A notre sens, cela peut provenir de plusieurs choses, dont nous a parlé le MK4. Tout d'abord, des exigences de rééducation de la part du kinésithérapeute ne permettant pas aux patients de se projeter dans leur quotidien. Par exemple, demander à quelqu'un travaillant 10h par jour d'effectuer des exercices contraignants physiquement 5 fois dans la journée. Ces objectifs ne se trouvent pas adaptés au patient, et ce dernier ne peut donc pas s'y projeter, cela peut rester pour lui hypothétique, protocolaire nous dit le MK4. Il risque de ne pas se sentir intégré dans la rééducation, et ainsi de ne pas y adhérer (56).

Secondement, cela peut provenir d'un problème psychologique ou psychiatrique du patient, comme nous le disent les MK interrogés. D'après le MK3, certains patients ont été fragilisés mentalement ou physiquement à cause de leur contexte ou histoire de vie. Ils en ont perdu confiance en eux, et ont ainsi des difficultés à s'impliquer dans une rééducation active

autogérée. Le MK4 nous mentionne la détresse psychologique, la dépression, les troubles anxieux. En effet, bien que la thérapie par l'exercice soit un moyen efficace pour la gestion de la dépression, en complément du traitement antidépresseur pour les dépressions sévères, la dépression est un réel frein à cette thérapie. Cette maladie entraîne en effet un manque d'intérêt, de motivation, une faible estime de soi, une faible confiance en soi, une peur de bouger par exemple (57). L'adhésion à la thérapie active autogérée est donc difficile à obtenir chez ces patients (57). En dehors d'un contexte dépressif, la faible estime de soi nous a été rapportée par le MK2 (t.26). La patiente dont elle parle semble avoir peur du regard des autres et de se comparer à eux, peut-être car elle s'estime moins compétente ou inférieure à eux. On peut y voir aussi une éventuelle trace de basse auto-efficacité.

Par ailleurs, le MK3 nous rapporte que certains patients, avec selon elle un contexte psychosocial difficile à vivre pour eux, viennent en séance de rééducation dans un but autre que la guérison. Ces derniers seraient en recherche de lien social, d'écoute, auraient besoin d'extérioriser ou de se couper de certaines choses. Leurs douleurs ou pathologie agissent en prétexte pour obtenir ce lien. Le MK4 nous parle également de ces patients, qui ont besoin de « sortir de leur corps » (t.22) pendant la rééducation, et chez qui l'adhésion à la thérapie active est difficile à obtenir. Elle nous cite l'exemple de femmes en post partum, dépassées par leur quotidien de jeunes mamans, ne prenant plus le temps de s'occuper d'elles-mêmes. Cette période pleine de changements peut en effet être difficile à gérer et entraîner des doutes dans leur esprit, voire des problèmes de type dépression (58). Il peut être donc plus difficile de pousser ces personnes à suivre une thérapie par l'exercice en autogestion, alors qu'elles ont besoin d'être soignées et prises en main. La prise en soin s'éloigne ici de son but curatif pour se rapprocher des attentes du patient. La question que nous pouvons nous poser dans ces cas-là est jusqu'à quel point le thérapeute peut-il s'éloigner de son objectif de traitement somatique du patient. Les limites de notre champ de compétences de kinésithérapeute peuvent ensuite être questionnées, dans le cas où notre prise en charge s'axe davantage sur l'écoute. Bien que nous ayons le devoir de prendre en compte et d'agir sur la psychologie du patient si besoin (50), nous pouvons nous demander jusqu'à quel point le kinésithérapeute peut agir sur ce terrain.

Le contexte socio-professionnel du patient est un autre facteur d'adhésion ou de non-adhésion d'après le MK3 et le MK5. Le MK3 nous parle des catégories de patients ayant un travail physique pénible. Ces derniers ne prendraient pas le temps de s'occuper de leur corps et de leur rééducation, ni même de comprendre que cela peut être important. Le MK5, dans le cas des patients atteints de la maladie de Parkinson, pense que le contexte social est un facteur

déterminant de la rééducation. La littérature scientifique nous confirme l'importance de ce facteur dans la gestion de cette pathologie (59). Lorsque l'entourage du patient ne se montre pas compréhensif face à sa pathologie, ce dernier peut être empreint de culpabilité, le disposant dans un état psychologique négatif et augmentant probablement son pessimisme. Il va être plus difficile pour lui de se prendre en charge lorsque sa famille n'est pas présente pour l'accompagner. Le MK5 nous parle également des milieux aisés, où cette difficulté sociale peut se voir augmentée dans le cadre de pathologies handicapantes comme la maladie de Parkinson, maladie ayant parfois des conséquences inesthétiques. Il peut en effet être très difficile pour un patient d'accepter sa maladie en ayant une place importante dans la société, voire une place publique où le regard des autres est important. Ce dernier peut avoir beaucoup misé sur son image et le fait de ne plus pouvoir le faire peut lui faire perdre ses repères et en confiance en lui. Cette vision négative de soi-même, parfois amplifiée par l'entourage, peut être un frein à l'autogestion.

Enfin, le dernier facteur de non-adhésion identifié à l'aide des discours des MK interrogés est inhérent au praticien. Le MK4 nous dit par exemple que parfois la rééducation du patient n'avance pas car elle est passée à côté de facteurs psychosociaux le limitant dans son adhésion. Elle explique cela par le fait qu'elle soit restée concentrée sur ses aprioris de départ l'empêchant de s'ouvrir, ou alors que le patient ne l'a pas mentionné car il n'en avait pas envie. Le thérapeute étant avant tout un être humain, il lui arrive aussi parfois d'être moins ouvert aux patients, ou moins performant. Cela fait partie du métier. Le MK5 nous dit se remettre également en question, et estimer que parfois, elle ne réussit pas à bien faire passer le message qu'elle souhaite faire passer. D'autre part, le MK2 dit proposer peu de thérapie active car son but est de faire aux patients ce qu'ils ne peuvent pas se faire. Elle considère que le patient doit prendre des habitudes saines de son côté. Ayant été déçue par le passé du manque d'adhésion à la thérapie autogérée de certains, elle nous dit ne pas insister sur ce plan-là, car cela ne lui plaît plus. Nous pouvons supposer qu'en plus d'une histoire de goût, il s'agit d'un manque de confiance du thérapeute en ses patients.

Face à ces éléments de réponse, nous pouvons considérer cette hypothèse comme validée.

6.1.3 Hypothèse 3 : Les MK agissent sur l'auto-efficacité des patients

Afin de pallier à un manque d'adhésion, tous les MK interrogés mettent en place une phase d'éducation du patient. Durant cette phase, ils leur expliquent leur pathologie, comment ils peuvent les aider à la soigner, pourquoi il faut procéder de la sorte. Cette phase d'éducation est

considérée comme un moyen efficace d'augmenter l'adhésion à la rééducation, et d'augmenter l'auto-efficacité du patient (47). Les MK nous disent mettre en place ces explications à tout moment de leur rééducation s'ils sentent le patient peu adhérent.

Les MK4 et MK5 usent de stratégies pour prouver au patient qu'il est capable de faire des choses, et ainsi augmenter son auto-efficacité dans ces exercices/activités. Le MK5 va par exemple décomposer certains exercices semblant complexes pour le patient, afin de lui montrer qu'il est capable de les réaliser. Par ailleurs, face à une appréhension du patient au sujet de la pratique d'une activité, le MK4 propose des exercices plus précis, mettant en contrainte le patient, mais différents de l'activité en elle-même. Cela serait un moyen de détourner l'attention du patient de la source de sa peur en lui faisant faire des choses finalement plus difficiles. Enfin, nos deux participantes vont mettre en avant les capacités du patient, en leur faisant remarquer qu'ils sont capables de faire des exercices s'avérant être difficiles, ou que les patients ne pensaient pas être en capacité de réaliser. Le MK5 nous dit d'ailleurs ne mettre l'accent que sur ce qui va bien, pour ne parler au patient que de ce qu'il fait correctement et lui donner de l'optimisme. Cet optimisme est une façon positive d'évaluer ses probabilités de succès, et pousse à s'engager plus facilement dans des comportements (60). Le fait de valoriser et de permettre au patient de voir ses progrès contribue à augmenter son optimisme et son auto-efficacité (49). Par ailleurs, la rééducation active répétée en elle-même ainsi que les résultats positifs associés contribuent également à augmenter cette auto-efficacité du patient (1,18).

Lorsque cela n'est pas suffisant et qu'ils font face à un manque d'adhésion persistant, tous les MK sauf le MK5 cherchent à modifier et adapter davantage leurs exercices aux patients. Le but de cette démarche est de leur proposer quelque chose qui leur plaît, qui leur parle, qu'ils se voient réaliser en autonomie de leur côté. Une démarche similaire, mise en place par le MK2, est d'encourager les patients à choisir et s'inscrire à une activité physique régulière qui leur plaît. Ce choix étant celui du patient, il sera plus à même de s'y rendre. En effet, sa décision se portera probablement sur une activité dans laquelle il se projette et qu'il se sent capable d'effectuer. Cependant, on ne peut pas considérer cela comme de la thérapie autogérée car le but n'est pas thérapeutique, mais préventif.

A propos de cette projection du patient dans son autonomie, les MK nous rapportent plusieurs mesures qu'elles mettent en place afin que la rééducation autogérée accompagne les patients dans leur quotidien. Premièrement, le MK4 nous rapporte qu'en début de prise en charge, elle établit avec le patient des objectifs en rapport direct avec le quotidien de ce dernier. Cette façon de faire, centrée sur la personne, est centrale pour une adhésion optimale du patient. Les

objectifs des patients ne seraient en effet pas liés à des amplitudes articulaires, des cotations de douleur ou de force. Ils auraient plutôt un rapport avec leurs activités, physiques, professionnelles, ou de loisir, leurs relations, leur sommeil ou énergie. Les objectifs établis en début de prise en charge kinésithérapeute doivent être parlants, concrets, réalistes (56). L'atteinte de ces objectifs, percevables dans la vie quotidienne du patient permettrait d'augmenter l'auto-efficacité du patient. Il serait même intéressant d'établir les barrières et les facilitateurs de la rééducation avec le patient en vue de ces objectifs, afin qu'il se concentre sur les stratégies à employer (56,61). Le MK4 discutent de ces barrières avec le patient lorsque ces dernières empêchent la bonne adhésion de ce dernier. Discuter des freins psychologiques à l'adoption d'un comportement est un moyen d'agir positivement sur l'auto-efficacité du patient, bien qu'il soit controversé (6). Le MK3 tente également de pousser le patient à se confier lorsque ce dernier n'adhère pas à la rééducation. Pour cela, elle lui livre quelques bribes de son histoire personnelle, afin que la personne se sente comprise, non jugée, plus à l'aise pour s'ouvrir. Cela permet de se placer sur un pied d'égalité avec le patient d'après elle, et de le mettre en confiance. Pourtant, nous notons une certaine vigilance à adopter lors de l'emploi de ce type de stratégies. En tant que professionnel de santé, nous pouvons nous poser la question du seuil de familiarité que nous devons respecter pour rester dans une posture professionnelle. Est-il acceptable de se confier au patient en tant que thérapeute, et dans quel degré ?

Deuxièmement, la MK4 nous dit adapter les exercices qu'elle propose au quotidien du patient. Lors des séances, elle discute avec les patients du moment de leur journée où ils peuvent faire leurs exercices. Par exemple, les exercices de pointes de pieds pour les entorses de cheville en se lavant les dents. Ou encore, les exercices pour les cervicales dans la voiture pour les patients qui ont beaucoup de route quotidienne. Cela permet au patient de directement se projeter dans son quotidien, et diminue l'aspect contraignant de la partie autogérée de la rééducation (62). Cela pourrait être un moyen intéressant de réduire les inégalités d'adhésion dues au contexte socio-professionnel des patients. Troisièmement, le MK2 et le MK3 proposent aux patients de ritualiser leurs pratiques d'exercices, en planifiant à l'avance les moments où ils pourront les faire. Cette stratégie, empruntée aux thérapies cognitivo-comportementales, vise à augmenter l'auto-efficacité des patients et à augmenter les chances de pratique du comportement cible (49).

Enfin, afin de permettre aux patients d'effectuer correctement leurs exercices au quotidien, à distance de la rééducation, ou en cas de récurrences, tous les MK interrogés donnent à leurs patients un support d'exercices. Sur ce support, les MK écrivent, dessinent, filment, expliquent

les exercices prescrits à leurs patients à réaliser en autogestion. D'après les MK ces supports permettent au patient de se détacher du kinésithérapeute, et minimise la peur de mal faire les exercices. Ils aident également la mémoire des patients qui se souviennent ainsi plus facilement de leurs exercices. Cela renforce par ailleurs la consigne de continuer leur rééducation en autogestion d'après le MK4. Nous pensons que filmer le patient entrain de faire son exercice avec son propre téléphone serait un moyen efficace de maintenir son sentiment de compétences. En effet, en se revoyant effectuer l'exercice correctement à distance des séances de kinésithérapie, ils se souviendraient qu'il en est capable. Le MK4 nous dit essayer de garder contact avec les patients entre les séances, afin de répondre à leurs questions, montrer qu'ils peuvent avoir confiance en elle. Cela permet par ailleurs de favoriser l'adhésion des patients à la thérapie autogérée (4). Cependant, nous nous demandons si le fait de garder un contact permanent avec ses patients n'empêche pas les thérapeutes de se détacher de leur métier. En effet, les métiers de soin sont des métiers nécessitant un réel dévouement, et pouvant engendrer une charge mentale et émotionnelle conséquente, même en dehors des heures de travail. Nous nous demandons donc s'il n'est préférable d'effectuer des coupures complètes avec nos patients en dehors de nos heures de travail. Cela permettrait de laisser nos patients à notre cabinet, et de ne pas les « ramener » dans notre intimité, lieu où nous sommes supposés quitter notre rôle de thérapeute, ceci dans le but de nous préserver nous.

Le MK2 et le MK4 nous parlent d'adaptation de leur langage. Le MK2 utilise une technique se rapprochant de l'hypnose (t.56), afin que le patient comprenne mieux ce que le thérapeute lui dit, et qu'il se sente également compris. Cela permet de renforcer la communication entre le patient et son thérapeute (63). Le MK4 nous dit qu'elle n'utilise plus le mot « douleur » mais plutôt « inconfort » ou des synonymes avec ses patients afin de lutter contre le catastrophisme de ces derniers. Ce mode de communication consiste à éviter de délivrer des messages potentiellement nocebos pour le patient. Le fait de mentionner un mot tel que la douleur pousse l'interlocuteur à se focaliser sur cette sensation et peut contribuer à augmenter cette dernière. Tandis qu'en questionnant le patient sur son inconfort, il va se demander s'il se sent confortable dans son corps, et se détacher de cette notion péjorative et subjective qu'est la douleur. Le fait de réduire l'utilisation de messages nocebos permet donc de réduire l'anxiété des patients, de les rendre plus optimistes vis-à-vis du traitement, et d'augmenter les résultats de ce traitement (64).

Un autre moyen utilisé par le MK3 et le MK4 est la discussion autour de la motivation avec le patient. Le MK4 nous parle de l'entretien motivationnel afin de déterminer ce qui le motive.

L'entretien motivationnel est un mode de conversation visant à renforcer la motivation et l'engagement d'une personne dans un changement de comportement. Pour cela, le thérapeute pousse le patient à mettre en avant son ambivalence au sujet du changement de comportement. Ensuite, il tente de résoudre cela et encourage le patient à exprimer pourquoi et comment il pourrait changer de comportement (65). Elles confrontent également les patients à l'échec en effectuant des pauses thérapeutiques. Si le patient réussit à s'autonomiser et voit qu'il peut faire passer ses douleurs seul grâce à sa perpétuation de la thérapie autogérée prescrite, il se sentira capable de gérer ses douleurs seul et la rééducation pourra cesser. En revanche, dans le cas d'un patient non adhérent, s'il voit qu'en ne faisant rien, cela n'évolue pas, il se remettra en question et prendra peut-être conscience de l'importance de sa rééducation en autonomie.

D'autre part le MK3 et le MK5 s'appuient sur les aidants du patient afin de créer un cadre de travail optimal pour ce dernier. Le MK3 fournit aux parents de ses patients nourrissons la même phase d'éducation qu'à ses patients adultes, puisque ces derniers sont responsables de la rééducation. Le MK5, pour ses patients atteints de la maladie de Parkinson, inclut autant que possible les conjoints ou les familles dans la gestion de la rééducation. Les patients peuvent en effet avoir des problèmes cognitifs ou peuvent perdre en autonomie et ne pas se rendre compte de ce qu'ils font. L'aidant est donc ici un acteur clé, pouvant lui rappeler ce qu'il doit faire, l'aider à faire certaines tâches, ou non. Le MK5 propose donc aux aidants des astuces afin de rendre cet accompagnement moins désagréable pour le patient, et moins désagréable pour le couple. Elle nous dit en effet que dans ces pathologies là il est facile pour l'aidant de se retrouver dans une posture ingrate, autoritaire envers son conjoint, à le critiquer sans cesse sur sa façon d'être. Le MK5 leur fait part d'astuces de langage par exemple à mettre en place ensemble afin que l'aidant sorte de cette posture néfaste.

Enfin, les MK interrogées nous parlent d'une ultime stratégie en cas de manque d'adhésion : il s'agit de l'arrêt des soins ou de la réorientation. Ainsi, elles peuvent proposer au patient des thérapeutes peut-être plus adaptés à ses attentes ou à ses besoins.

Cette hypothèse est donc validée, bien que les participants de cette étude ne nous aient que peu parlé de stratégies visant à augmenter l'auto-efficacité en tant que telle. Mais certaines stratégies qu'ils nous ont citées, employées pour favoriser l'adhésion des patients à la thérapie active et autogérée, ont un impact sur l'auto-efficacité.

6.1.4 Hypothèse 4 : Le MK a recours à des stratégies différentes en fonction des caractéristiques des patients

Les MK interrogés nous disent s'adapter principalement au caractère et au comportement des patients. De par leurs différences de patientèles, nous pouvons mettre en lumière certaines différences inhérentes à des catégories de patients. Chez les personnes dépendantes ou en voie de dépendance, comme les nourrissons ou certains patients parkinsoniens, l'aidant est véritablement inclus dans la rééducation (59). Les problématiques de freins à l'adhésion à la thérapie autogérée se trouvent partagées par le patient et son aidant. Par ailleurs, le MK5 nous dit se comporter d'une manière spécifique avec ses patients parkinsoniens. Elle nous dit parler fort, montrer tous les exercices en grand, de manière presque démesurée, afin de compenser avec leur manque d'énergie induit par la maladie. Face à des patients avec des problèmes cognitifs, le MK5 met en évidence l'importance des aides à la mémoire et de la répétition afin que les exercices se transforment en automatismes.

Nous considérons donc cette hypothèse comme partiellement validée.

6.1.5 Hypothèse 5 : Les stratégies d'action sur l'auto-efficacité ont un effet positif sur l'adhésion des patients

Les MK interrogés rapportent globalement un effet positif des mesures qu'ils mettent en place sur l'adhésion des patients. Par exemple, l'éducation permet d'accrocher le patient, de lui faire comprendre pourquoi il est là d'après le MK3. Elle note tout de suite que la rééducation est plus efficace car le patient lui fait confiance et fait confiance en la réussite de la rééducation. Il se montre donc plus adhérent (62). Le fait de fixer des objectifs centrés sur la personne augmenterait l'autogestion des patients, et donc leur adhésion (56). Nous pouvons donc considérer cette hypothèse comme validée dans la plupart des cas.

Toutefois l'effet n'est pas positif 100% du temps. Certains patients ne se montrent pas réceptifs aux stratégies mises en place par son thérapeute. Les moyens employés n'étaient peut-être pas adaptés à ce patient précis, ou peut-être pas assez nombreux pour le faire adhérer. Ou alors, comme nous le rapportent le MK1 et le MK4, la problématique du patient dépasse le champ de compétences du kinésithérapeute. Certains freins à son adhésion sont peu modifiables par le kinésithérapeute seul. La problématique et les attentes du patient peuvent également dépasser les compétences du thérapeute en lui-même, ou ses envies personnelles de pratique. Nous pouvons ainsi se poser la question de la place que doivent occuper nos envies dans notre pratique, et si il faut y rester fidèle, quitte à réorienter les patients au besoin et à risquer que ces

derniers aient des difficultés à trouver un thérapeute adapté ensuite, ou si les besoins du patient passent avant nos choix arbitraires de pratique.

6.2 Intérêts et limites

L'emploi de cette méthodologie qualitative d'entretiens semi-directif comprend un certain nombre de limites qu'il est important de souligner. Nous exposerons conjointement les limites de notre propre travail, nos difficultés et l'intérêt de cette étude.

Le premier biais présent dans cette étude est le biais de sélection des participants. Notre thème global pouvant concerner tous les kinésithérapeutes libéraux, nous n'avons pas démarché nos participants sur un réseau social, donc de manière presque aléatoire. En effet nous avons estimé que contacter les participants directement par téléphone les ferait se sentir davantage concernés qu'une publication sur un réseau social s'adressant à une large catégorie de la population. Ainsi, nous avons jugé augmenter nos chances d'obtention de réponses positives. Nous avons donc sélectionné les personnes à contacter, par la méthode de proche en proche, donc en utilisant nos relations sociales (66). Nos participants ont été sélectionnés parmi nos contacts ainsi que les contacts de notre entourage. Lors de la réalisation d'un nombre faible d'entretiens comme dans notre cas, cette méthode est intéressante à utiliser. Mais nos résultats ne peuvent se transposer en aucun cas à notre population cible car le mode de sélection n'était pas totalement aléatoire. De plus, notre échantillon de 5 MK interrogés ne permet pas d'obtenir la saturation des données, bien qu'un échantillon comportant entre 5 et 10 sujets soit considéré comme raisonnable dans ce cadre de travail d'initiation à la recherche (52).

Notre mode de sélection a une autre caractéristique présentant des limites comme des intérêts. En effet, notre question de recherche ne cible pas de population de patient spécifique si ce n'est les patients pouvant se rendre en cabinet libéral, ni de formations particulières des kinésithérapeutes libéraux. Cela nous a exposé au risque de ne pas obtenir de données sur les stratégies spécifiques à l'auto-efficacité des patients. Mais cela nous a permis d'ouvrir notre champ de recherche à des types de pratiques différentes, en l'occurrence de la thérapie presque exclusivement manuelle, de la thérapie plutôt mixte, de la thérapie spécifique pédiatrique et active, de la thérapie active pour les adultes, et de la thérapie active ciblée neurodégénérative incluant ainsi des potentiels déficits cognitifs. Nous avons ainsi pu, en sélectionnant des MK aux prises en charge variées, nous rapprocher d'une population plus proche de la population réelle. Mais le faible nombre d'entretiens, et le fait que nous ayons sélectionné nous-mêmes les participants, oriente tout de même notre étude.

Cette méthode peut également poser des difficultés du fait qu'elle dépend de l'accord des potentiels participants. En effet, ayant fait face à plusieurs refus ou absences de réponse suffisamment rapide, nous n'avons interrogé que des personnes de sexe féminin, étant les seules personnes à accepter de participer. La mixité n'est donc pas respectée. Cependant, nous jugeons que cela n'impacte pas nos résultats, les hommes et les femmes n'étant pas formés différemment.

Un autre biais dans nos réponses est dû aux modalités des entretiens. En effet, nous avons agi en fonction des possibilités et de ce qui arrangeait le mieux les participants, parce que nous ne nous sommes pas accordé une fenêtre de temps suffisante pour imposer la modalité présentiel. Cette modalité s'avère préférable pour favoriser une communication entière (verbale et non verbale) ainsi qu'une relation de confiance avec l'interviewé (52). Mais nous avons dû parfois effectuer nos entretiens en visioconférence. Nous ne pouvons donc pas dire que tous nos entretiens se placent sur un pied d'égalité en termes de contexte et environnement. De plus, nous étions encore novices dans le domaine des méthodes qualitatives. Nous n'avions pas eu l'occasion par le passé d'effectuer des entretiens semi-directifs. Bien que nous nous soyons entraînés en amont, notre manière de mener les entretiens s'est améliorée au fur et à mesure et nous ne pouvons juger notre performance comme équitable tout au long de ces échanges. Mais cela nous a permis d'être meilleures dans nos formulations de question, nos manières de relancer l'interviewé lors des derniers entretiens. Cela se ressent dans les durées de nos entretiens, quasiment croissantes.

La démarche hypothético-déductive utilisée dans notre travail, consistant à élaborer des hypothèses en amont des entretiens découlant de nos recherches dans la littérature représente également une limite. Cette recherche de réponses a influencé la conception de notre guide d'entretien. Il a donc été difficile de se détacher de nos croyances et de ne pas induire de réponses aux participants. Cependant, nous estimons que les questions que nous avons posées étaient suffisamment ouvertes pour laisser la possibilité à l'interviewé de donner son avis personnel sur le sujet. Afin de ne pas le biaiser sur ses réponses, nous avons également fait le choix de ne pas annoncer nos thèmes en début d'entretien, et de laisser couler la discussion de l'un à l'autre de manière plus spontanée.

Le désavantage de cela est que nos hypothèses apparaissent en fin de compte moins pertinentes en regard des données recueillies. Cela a posé difficulté dans notre présentation des résultats et dans notre discussion. En effet, nous avons présenté certains dires des MK interviewés qui nous

paraissaient intéressants mais qui n'étaient pas tout à fait en lien avec nos hypothèses de départ. Nous les avons jugés intéressants en termes d'introduction et de conclusion des échanges.

6.3 Perspectives

6.3.1 Perspectives personnelles et professionnelles

La réalisation de cette étude nous a permis de nous initier à cette méthode qu'est l'approche qualitative par entretiens semi-directifs. Outre le fait que cela nous a permis de découvrir cette méthode et nous familiariser avec les études en sciences humaines et sociales, nous y voyons un intérêt pour notre pratique future. Ce travail d'initiation nous a permis d'apprendre à nous détacher de nos croyances et préjugés dans une démarche de recherche, peu importe sa modalité (bibliographie, sur le « terrain »). En effet, nous percevons dans l'entretien semi-directif des similitudes avec le bilan de première séance d'un patient. Les stratégies mises en œuvre pour faire émerger des informations de la part du patient et de la part de l'interviewé sont en effet les mêmes. Le guidage semi-directif de l'anamnèse du patient est encouragé afin qu'il se sente écouté, compris. Cela peut aider à le mettre en confiance, et à faire émerger des informations qui lui sont personnelles, comme les freins à l'adhésion étudiés dans cette étude. Nous pensons donc que cet entraînement pourra nous servir lors de nos pratiques futures.

Ce travail a par ailleurs été enrichissant. Nous avons pu échanger avec des MK aux pratiques diverses et recueilli leurs avis et expériences autour d'un sujet concernant tous les praticiens libéraux. Cela nous a permis d'explorer et comprendre leurs choix ou avis de par leur argumentation. Nous avons ainsi pu nous projeter dans notre propre pratique, et remettre en question certaines représentations que nous avions.

D'autres part, notre étude s'axant sur un thème global, les informations récoltées au sujet de l'adhésion du patient pourront nous servir qu'importe notre type de pratique libérale. Le croisement des données de la littérature avec l'expérience des participants nous donne un bagage théorique au sujet de l'implication du patient, ses déterminants, et les moyens de l'influencer.

6.3.2 Perspectives de recherches

Nous pensons qu'il pourrait être intéressant d'investiguer ces différents modes de pensée et façon de faire à une échelle plus grande que celle que nous avons fait. En effet, notre échantillon de personnes se limitait à la région nantaise, zone bien dotée en kinésithérapeutes (19,20). Cette densité de praticien peut avoir un impact sur l'adhésion des patients à la rééducation autogérée.

En effet, un patient devant effectuer un trajet long et contraignant pour se rendre chez son thérapeute aura peut-être un abord différent de sa rééducation. Il arriverait peut être à s'autonomiser davantage que quelqu'un vivant en grande ville et ayant beaucoup plus d'opportunités de soin. C'est pourquoi nous jugeons qu'il pourrait être intéressant d'investiguer les comportements des patients sur un territoire plus large, et l'adaptation des praticiens en fonction du facteur distance avec le patient.

D'autre part, nous pensons qu'il pourrait être intéressant d'approfondir le rôle de l'entourage du patient sur son adhésion et son auto-efficacité. Nos échanges avec le MK3 et le MK5 ont mis en lumière le rôle parfois crucial des aidants dans la rééducation.

Il pourrait également être intéressant d'investiguer les méthodes d'optimisation de l'adhésion à la thérapie autogérée et de l'auto-efficacité chez d'autres catégories de patients (enfants, personnes âgées, sportifs de haut niveau...). Nous aimerions également approfondir ce travail en ciblant de manière plus précise la mise en pratique de ces méthodes.

Tous les MK que nous avons interrogés ont mis en avant une envie ou un besoin d'en savoir plus au sujet de l'adhésion du patient à la thérapie autogérée. En effet, cette thématique semble, dans leurs retours d'expériences comme dans la littérature, être une réelle problématique de soin. Nous serons nous-même très probablement confrontées à ces difficultés dans notre pratique future. Cette problématique pouvant concerner tous les MK libéraux, il pourrait être intéressant d'approfondir les recherches à ce sujet. Nos lectures ont mis en lumière certaines contradictions, et il pourrait être bon d'essayer de préciser cela. Il pourrait être intéressant de formuler un guide pratique, permettant à tout MK d'agir en cas de manque d'adhésion du patient, avec des possibilités d'adaptation en fonction des caractéristiques de ce dernier. Nous pensons également qu'il pourrait être intéressant d'incorporer davantage de cours théoriques et pratiques à ce sujet dans la formation de base des kinésithérapeutes, puisque l'adhésion thérapeutique est l'un des fondements de toute prise en soin.

7 Conclusion

L'adhésion des patients à la thérapie active autogérée est parfois difficile à obtenir par le kinésithérapeute. Nous avons interrogé la littérature et des kinésithérapeutes au sujet des raisons de ces difficultés et des moyens pour y pallier. Le croisement de ces différentes données fait émerger différents points importants.

Tout d'abord, l'adhésion des patients à la partie autogérée de la rééducation est globalement insuffisante par rapport à son degré d'importance dans la récupération. Cela est dû à de

nombreux obstacles auxquels les patients doivent parfois faire face pour adhérer pleinement : le quotidien, le manque de motivation, la peur, l'incompréhension, une auto-efficacité insuffisante, une rééducation inadaptée, un manque de confiance dans son kinésithérapeute... Que ce soit grâce à des formations, la littérature scientifique ou leur expérience, les participants à cette étude sont tous en mesure de repérer ces facteurs psychologiques limitants.

La question se posait de comment accompagner les patients et leur donner la possibilité de suivre entièrement leur rééducation au quotidien. L'auto-efficacité est le facteur ayant retenu notre attention. Nous ne pouvons bien sûr réduire l'adhésion thérapeutique à cela, mais ce sentiment de compétence s'imbrique et influe sur plusieurs autres déterminants de la rééducation. Dans leurs discours, les MK n'ont pas explicité ce terme, soit par méconnaissance, soit par manque d'envie, soit car ils n'y ont pas songé. Mais tous l'ont mentionné de manière implicite. Et tous agissaient dessus par des méthodes parfois similaires malgré leurs divergences de pratiques.

L'éducation du patient, la transposition de la rééducation dans son quotidien, la décomposition d'exercices pour montrer qu'ils sont réalisables, autant de moyens proposés par les kinésithérapeutes ayant un impact sur l'auto-efficacité des patients. Ces méthodes sont toutes efficaces pour augmenter l'adhésion du patient. Cependant, nous notons chez les kinésithérapeutes interrogés des différences de connaissances sur le sujet. Cet écart de connaissances peut également être à l'origine des difficultés d'adhésion des patients. Les expériences de rééducation antérieures dans lesquelles ils n'ont pas été intégrés peuvent influencer négativement leurs prises en charge actuelles. D'où l'importance, selon nous, d'une mise à niveau en cours de formation en institut sur le sujet de l'adhésion thérapeutique. Cela permettrait en effet de débiter sa carrière de professionnel de santé avec toutes les cartes en main pour favoriser une adhésion optimale des patients et agir en cas de difficultés.

Références bibliographiques

1. Smith BE, Hendrick P, Bateman M, Holden S, Littlewood C, Smith TO, et al. Musculoskeletal pain and exercise—challenging existing paradigms and introducing new. *Br J Sports Med.* juill 2019;53(14):907-12.
2. Activité physique [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
3. Bleakley CM, Taylor JB, Dischiavi SL, Doherty C, Delahunt E. Rehabilitation Exercises Reduce Reinjury Post Ankle Sprain, But the Content and Parameters of an Optimal Exercise Program Have Yet to Be Established: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* juill 2019;100(7):1367-75.
4. Peek K, Sanson-Fisher R, Mackenzie L, Carey M. Interventions to aid patient adherence to physiotherapist prescribed self-management strategies: a systematic review. *Physiotherapy.* juin 2016;102(2):127-35.
5. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
6. Ashford S, Edmunds J, French DP. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol.* mai 2010;15(Pt 2):265-88.
7. Picha KJ, Jochimsen KN, Heebner NR, Abt JP, Usher EL, Capilouto G, et al. Measurements of self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review. *Musculoskeletal Care.* déc 2018;16(4):471-88.
8. CHAMPS - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ffmpegr.org/pratique-professionnelle/exercice-liberal/exercice-professionnel-ref232/champs-de-competence-du-mk>
9. La kiné en chiffres - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ffmpegr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres>
10. Lowe A, Littlewood C, McLean S. Understanding physical activity promotion in physiotherapy practice: A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract.* juin 2018;35:1-7.

11. Fredin K, Lorås H. Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain - A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract.* oct 2017;31:62-71.
12. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Johnson L, Kramer S, Carter DD, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 20 mars 2020;3:CD003316.
13. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 juill 2009;(3):CD002759.
14. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 sept 2021;9:CD009790.
15. Riera J, Smythe A, Malliaras P. French physiotherapy management of rotator cuff related shoulder pain: An observational study. *Musculoskeletal Care.* déc 2021;19(4):484-94.
16. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine.* 15 févr 2000;25(4 Suppl):1S-33S.
17. Mayer F, Scharhag-Rosenberger F, Carlsohn A, Cassel M, Müller S, Scharhag J. The Intensity and Effects of Strength Training in the Elderly. *Dtsch Ärztebl Int.* mai 2011;108(21):359-64.
18. Tang MY, Smith DM, Mc Sharry J, Hann M, French DP. Behavior Change Techniques Associated With Changes in Postintervention and Maintained Changes in Self-Efficacy For Physical Activity: A Systematic Review With Meta-analysis. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* 16 août 2019;53(9):801-15.
19. Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-masseurs-kinesitherapeutes-liberaux/>
20. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=104913,6798946,570051,301746&c=indicator&i=offre_ps.dist_mk&s=2021&view=map12
21. Essery R, Geraghty AWA, Kirby S, Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disabil Rehabil.* mars 2017;39(6):519-34.

22. Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hübscher M. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*. déc 2017;15(4):413-21.
23. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Arch Cardiovasc Dis Suppl*. déc 2012;4(4):291-8.
24. Masson E. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? [Internet]. EM-Consulte. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/156964/compliance-observance-ou-adhesion-therapeutique>
25. Rizzo J. Patients' mental models and adherence to outpatient physical therapy home exercise programs. *Physiother Theory Pract*. mai 2015;31(4):253-9.
26. Wright BJ, Galtieri NJ, Fell M. Non-adherence to prescribed home rehabilitation exercises for musculoskeletal injuries: the role of the patient-practitioner relationship. *J Rehabil Med*. févr 2014;46(2):153-8.
27. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PloS One*. 2017;12(10):e0186458.
28. McLean SM, Burton M, Bradley L, Littlewood C. Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: a systematic review. *Man Ther*. déc 2010;15(6):514-21.
29. Christe G, Pizzolato V, Meyer M, Nzamba J, Pichonnaz C. Unhelpful beliefs and attitudes about low back pain in the general population: A cross-sectional survey. *Musculoskelet Sci Pract*. 1 avr 2021;52:102342.
30. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 22 juin 2012;9:78.
31. Lavoie M, Chouinard MC. Auto-efficacité [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-83.htm>
32. Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal effects revisited. *J Appl Psychol*. févr 2003;88(1):87-99.

33. Meyer T, Verlhac JF. Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? *Savoirs*. 2004;Hors série(5):117-34.
34. Blondé J, Girandola F. Faire « appel à la peur » pour persuader ? *Revue de la littérature et perspectives de recherche. L'Année Psychol.* 2016;Vol. 116(1):67-103.
35. Romain A, Chevance G, Caudroit J, Bernard P. Le modèle transthéorique : description, intérêts, et application dans la motivation à l'activité physique auprès de populations en surcharge pondérale. *Obésité*. 1 mars 2016;11.
36. Fleig L, Ngo J, Roman B, Ntzani E, Satta P, Warner LM, et al. Beyond single behaviour theory: Adding cross-behaviour cognitions to the health action process approach. *Br J Health Psychol.* nov 2015;20(4):824-41.
37. Kefi H. Mesures perceptuelles de l'usage des systèmes d'information : application de la théorie du comportement planifié. *Humanisme Entrep.* 2010;n° 297(2):45-64.
38. Alhowimel AS, Alotaibi MA, Alenazi AM, Alqahtani BA, Alshehri MA, Alamam D, et al. Psychosocial Predictors of Pain and Disability Outcomes in People with Chronic Low Back Pain Treated Conservatively by Guideline-Based Intervention: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc.* 30 déc 2021;14:3549-59.
39. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *J Psychol.* 1 sept 2005;139(5):439-57.
40. Clavijo M, Yévenes F, Gallardo I, Contreras AM, Santos C. [The general self-efficacy scale (GSES): Reevaluation of its reliability and validity evidence in Chile]. *Rev Med Chil.* oct 2020;148(10):1452-60.
41. Lazić M, Jovanović V, Gavrilov-Jerković V. The general self-efficacy scale: New evidence of structural validity, measurement invariance, and predictive properties in relationship to subjective well-being in Serbian samples. *Curr Psychol.* 2018;
42. General Self-Efficacy Scale - PsycNET [Internet]. [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F00393-000>
43. Schwarzer R, Jerusalem M. The General Self-Efficacy Scale (GSE). :2.
44. Vergeld V, Utesch T. Pain-related Self-efficacy Among People With Back Pain: A Systematic Review of Assessment Tools. *Clin J Pain.* juin 2020;36(6):480-94.

45. Levy AR, Polman RCJ, Clough PJ. Adherence to sport injury rehabilitation programs: an integrated psycho-social approach. *Scand J Med Sci Sports*. déc 2008;18(6):798-809.
46. Sheeran P, Maki A, Montanaro E, Avishai-Yitshak A, Bryan A, Klein WMP, et al. The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. nov 2016;35(11):1178-88.
47. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Fernandez-Sanchez M, Luque-Suarez A. Which Interventions Enhance Pain Self-efficacy in People With Chronic Musculoskeletal Pain? A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Including Over 12 000 Participants. *J Orthop Sports Phys Ther*. août 2020;50(8):418-30.
48. Sveinsdottir V, Eriksen HR, Reme SE. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *J Pain Res*. 11 oct 2012;5:371-80.
49. Göhner W, Schlicht W. Preventing chronic back pain: evaluation of a theory-based cognitive-behavioural training programme for patients with subacute back pain. *Patient Educ Couns*. déc 2006;64(1-3):87-95.
50. Le référentiel de la profession. [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2012 [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-referentiel-du-masseur-kinesitherapeute-et-du-masseur-kinesitherapeute-osteopathe/>
51. De Ketele JM, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations : fondement des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents [Internet]. De Boeck Université; 1996. (Collection Méthodes des sciences humaines). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=ANoUAAAACAAJ>
52. Imbert G. The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23-34.
53. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2021 [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019.htm>
54. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. [Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence: what do we speak about?]. *Rev Mal Respir*. févr 2005;22(1 Pt 1):31-4.

55. Podlog L, Gao Z, Kenow L, Kleinert J, Granquist M, Newton M, et al. Injury Rehabilitation Overadherence: Preliminary Scale Validation and Relationships With Athletic Identity and Self-Presentation Concerns. *J Athl Train*. 2013;48(3):372-81.
56. Melin J, Nordin Å, Feldthusen C, Danielsson L. Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiother Theory Pract*. août 2021;37(8):863-80.
57. Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil*. 2015;37(16):1490-5.
58. Sacristan-Martin O, Santed MA, Garcia-Campayo J, Duncan LG, Bardacke N, Fernandez-Alonso C, et al. A mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 28 nov 2019;20(1):654.
59. Sunvisson H, Ekman SL. Environmental influences on the experiences of people with Parkinson's disease. *Nurs Inq*. mars 2001;8(1):41-50.
60. Basten-Günther J, Peters M, Lautenbacher S. Optimism and the Experience of Pain: A Systematic Review. *Behav Med Wash DC*. déc 2019;45(4):323-39.
61. Kang E, Kim MY, Lipsey KL, Foster ER. Person-Centered Goal Setting: A Systematic Review of Intervention Components and Level of Active Engagement in Rehabilitation Goal-Setting Interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. janv 2022;103(1):121-130.e3.
62. Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, de Oliveira Sousa SL, et al. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 10 mars 2010;10:60.
63. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose [Internet]. [cité 7 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/construire-la-communication-therapeutique--9782100801374.htm>
64. Glare P, Fridman I, Ashton-James CE. Choose Your Words Wisely: The Impact of Message Framing on Patients' Responses to Treatment Advice. *Int Rev Neurobiol*. 2018;139:159-90.

65. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. PLoS ONE. 18 oct 2018;13(10):e0204890.
66. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2015. 126 p. (128 (Paris), ISSN 1160-2422).

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour je m'appelle Julie Marc-Tudor et je suis étudiante en dernière année à l'IFM3R de Nantes. Je vous remercie tout d'abord d'avoir accepté de participer à cet entretien. Comme vous le savez mon mémoire porte sur l'implication du patient dans sa rééducation. Mon but est de recueillir le ressenti et le vécu de kiné libéraux, toutes spécialités confondues. Je vous rappelle que cet entretien est enregistré pour être retranscrit puis analysé. Il sera complètement anonymisé. Etes-vous toujours d'accord pour participer ? Il devrait durer une trentaine de minutes. Avez-vous des questions avant de commencer ?

THEME	HYPOTHESES	QUESTIONS
Présentation des MK et de leur pratique		Pourriez-vous vous présenter votre présenter votre parcours professionnel ? - <i>Date du diplôme</i> - <i>Formations</i> - <i>Lieux de pratique</i> - Pathologies rencontrées / Type de patients ? Quelle est votre façon de travailler ? - <i>Type de pratique ?</i>
Adhésion à la partie autogérée = <u>Implication du patient</u>	Près de la moitié des patients n'adhèrent pas à la rééducation autogérée	Dans quelle proportion proposez-vous au patient de faire des exercices entre les séances ? - <i>Pourquoi ?</i> - <i>Dans quelle proportion les font-ils ?</i> - <i>A quoi cela peut-il être dû ?</i> Pourquoi certains ne le font/feraient pas ? - Pourquoi n'ont-ils pas envie ? - Pourquoi ne sont-ils pas réceptifs d'après vous ?

Place de l'auto-efficacité dans la rééducation = <u>Ce qui peut limiter cette implication</u>	Le MK libéral perçoit des facteurs psychologiques influençant l'adhésion des patients à la rééducation autogérée	A quoi voyez-vous que certains patients ne sont pas aptes à s'impliquer ? - <i>Pas motivés ?</i> - <i>Pourquoi ?</i> Comment voyez-vous au contraire qu'un patient est prêt à s'impliquer ? - <i>Autonomie ?</i> - <i>Motivation ?</i> Comment voyez-vous qu'un patient est capable de se passer de kiné ?
Utilisation de moyens d'interventions = <u>Comment faire pour favoriser l'implication des patients</u>	Les MK agissent sur l'auto-efficacité des patients Le MK a recours à des stratégies différentes en fonction des caractéristiques du patient Les stratégies d'action sur l'auto-efficacité ont un effet positif sur l'adhésion des patients	Si nous revenons sur le cas inverse : Comment agissez-vous lorsqu'un patient ne semble pas capable de s'impliquer dans sa rééducation ? - <i>Comment lui montrez-vous qu'il a les compétences de faire sa rééducation ?</i> - <i>Quelles sont les différences entre les patients ?</i> Comment avez-vous trouvé ces méthodes ? - <i>Cours ? formations ? Expérience, empirique ?</i> Quel impact cela a-t-il sur les patients ? - <i>Autonomie ?</i> - <i>Mêmes résultats chez tout le monde ?</i>
Conclusion		Auriez-vous aimé en savoir plus sur ces stratégies ? Qu'aimeriez-vous rajouter à ce sujet ?

Annexe 2 : Grille d'analyse

Thèmes	Discours des MK
La thérapie autogérée	1) Rapport du MK à la thérapie autogérée MK1 : - 8 : « je travaille plutôt en manuel, euh on prend nos patients une demie heure par séance. Après on essaye ouais qu'il s'implique dans la rééducation enfin...comment on peut dire ça, qu'on les fasse travailler aussi enfin qu'on leur donne les exercices pas faire que du massage des étirements enfin en fonction des pathologies. Vraiment qu'ils soient acteurs aussi un peu de leur rééducation. » MK2 : - 8 : « Moi je travaille beaucoup en thérapie manuelle [ok] beaucoup beaucoup... Donc euh je fais euh... en fait pour moi le patient il doit aller lui-même chercher euh...euh...enfin dans une activité physique dans un loisir, quelque chose qui lui fait du bien et qui...dans une prévention. Et après quand il vient au cabinet pour moi je fais des choses que lui ne peut pas se faire tout seul quoi » « en général euh sur les premières séances ça va être euh le bilan, soulager la douleur et tout, et après je vais mettre en place une petite série d'exercices, type stretching type yoga, quelque chose qui soit agréable pour lui à ritualiser mais de son côté. Moi en fait c'est pas, ça m'amuse pas trop trop de...de faire un...aller en salle de gym et de motiver le patient à chaque fois...enfin voilà, je l'invite à le faire lui de son côté de ritualiser quelque chose » - 10 : « ça peut être un peu désolant ouais des fois...d'inviter les gens à le faire et...qu'ils le fassent pas enfin...c'est sûr qu'on a pas toujours une prise là-dessus quoi. » - 14 : « moi j'essaie de les inviter à faire quelque chose...de leur côté pour le ritualiser sur euh...qu'ils le ritualisent sur le long terme, de manière préventive de sorte à ce que nous on fait en kiné ça soulage et qu'ensuite lui ils fassent le travail les petits exercices qu'on a mis en place et...voilà mais c'est pas la majorité de ma rééducation ouais. » - 14 : « pourquoi je le fais pas...c'est aussi euh...oui je pense qu'à un moment ça m'a peut être un peu désolée ouais, de me dire tu motives les patients, tu leur fais faire plein d'étirements, plein de trucs plein de trucs plein de trucs et en fait derrière euh...bah...non ils font plus rien » - 14 : « je pense que j'ai pas non plus suffisamment de connaissances sur euh, sur tout ce qui est travail actif » - 14 : « de toute façon on peut pas tout faire on sait pas tout faire et faut faire ce qu'on aime et...c'est tout » - 30 : « ils sont euh plus exigeants que... que moi par exemple sans doute. Je vais pas forcer le patient à faire du sport si il aime pas ça si il en a pas envie euh...ouais faire des exercices enfin du...mais du coup tu fais que du symptomatique quoi. » - 36 : « t'oriente vers quelqu'un d'autre...pour une autre raison. Quelqu'un qui est peut être plus déterminé aussi dans le message à passer » - 38 : « je pense clairement que le praticien il faut qu'il sache aussi dire stop si il sent que le patient est pas motivé sinon c'est nous qui nous épuisons. » MK3 : - 8 (rapport aux exercices à domicile) : « c'est 90% du temps voire même 95 [rire] parce que en fait c'est un travail d'équipe, alors ça je parle pour les patientèles classiques mais pour les patientèles enfants aussi c'est vrai pour tous les patients je pense. C'est euh pas nous qui allons soigner le patient c'est lui qui se soigne avec notre aide » « si le patient est pas motivé et n'a pas l'envie ou ne se donne pas les moyens d'aller mieux, c'est déjà une étape de venir en rééducation mais c'en est une autre de continuer sa rééduc et de faire des choses chez soi, enfin je pense que ça peut pas fonctionner. » « aux parents on conseille énormément de stimuler leur enfant avec des exercices qu'on leur montre, qu'on fait ensemble en séance, on les fait pratiquer et puis euh, aux adultes ben c'est le même principe on leur fait faire les exercices et on leur demande de les refaire à la maison dans la mesure du possible. » MK4 : - 4 : « je vais essayer de...de d'autonomiser le patient au maximum » - 14 : « alors ça c'est vraiment à prendre cas par cas. Euh ça arrive que j'ai des patients à qui je ne donne pas d'exercices, parce que je les vois par exemple euh sur une courte période mais deux fois par semaine et qu'ils n'arrêtent pas leur activité physique à côté, et je me sens pas du coup euh...sereine de leur proposer autre chose en plus, au risque que ce soit trop du coup et délègue pour la prise en charge » - 14 : « en début de prise en charge c'est voir mes patients une fois par semaine avec une séance d'autonomie à domicile » MK5 : - 8 : « tout ce qui est fait euh au sein du cabinet euh...est refait bien entendu, enfin ou on essaye qu'ils le refassent chez eux en auto-rééducation » 2) Adhésion des patients à la thérapie autogérée MK1 : - 12 : « Oula [rire]. J'ai envie de dire à mon avis pas assez » - 12 : « certains sont très motivés parce qu'ils en ont marre d'avoir mal mal qu'ils veulent avancer qui veulent revivre normalement donc eux ils vont bien les faire. On va dire ça c'est 20-30% de mes patients » - 12 : « Puis t'as ceux qui quand ils ont mal ils font leurs exercices » « puis quand

ils ont pas mal ils oublient de faire leurs exercices » « t'as peut-être la moitié » - 12 : « t'as ceux qui même quand ils ont mal ils ont pas envie ils ont juste envie qu'on les masse donc ils font pas grand-chose quoi. » « et après les 20% restants mm ils font rien du tout » - 20 : t'as ceux qui s'écoutent pas du coup ils ont envie de faire plein de choses donc...en fait faut les driver aussi sur les bons exercices les bons trucs pour pas qu'ils se refassent mal et qu'ils se re-blessent trop vite. »

MK2 : - 10 : « Pas toujours ça dépend ça dépend des gens » - 10 : « ça peut être un peu désolant ouais des fois...d'inviter les gens à le faire et...qu'ils le fassent pas enfin » - 14 : « d'autres sont plus consciencieux mais euh...mais dès que t'arrêtes, dès que t'arrêtes la rééduc ils arrêtent aussi donc... » - 26 : « Mais y'en a plein y'en a plein qui le font aussi...qui s'inscrivent et qui se trouvent une activité régulière et...et qui du coup ont une hygiène de vie euh... »

MK3 : - 10 : « Alors ça c'est [rire] c'est toujours le truc pas cool. Je dirais que...avec les enfants les parents refont pas mal les exercices c'est un autre euh...c'est un autre point de vue quoi parce qu'ils le font pas pour eux ils le font pour leur enfant donc c'est souvent un petit peu plus suivi euh donc avec la patientèle pédiatrique je dirais que c'est plus 70%, 70% des parents refont vraiment bien les exercices à la maison, et utilisent ce qu'on leur montre. Après sur la patientèle adulte je dirais que 50% refont et encore, je suis gentille. Euh ou refont pas forcément régulièrement, ils réutilisent mais pas tout le temps et pas sur la durée. »

MK4 : - 20 : « la consigne c'est au moins tous les deux jours, la réalité encore là ce midi j'avais une patiente au téléphone en contrôle parce que je lui avais donné des exercices d'hyperextension au niveau du rachis lombaire, et elle a été honnête avec moi elle a dit « bah voilà je l'ai fait tous les jours mais je l'ai pas fait 6 fois par jour comme vous me l'aviez demandé. » Après y'a la réalité du terrain »

MK5 : - 10 : « tu le vois immédiatement, ceux qui te suivent ils te suivent, et ils te suivent à 300% puisque c'est ça que je prône à longueur de journée, et ceux qui te suivent ils te suivent à 300% et...tout le restant de leur vie en fait. » - 10 : « les jeunes parkinsoniens sont difficiles à avoir sur la durée » - 10 : « y'en a quelques-uns qui ont compris en fin de compte, qui sont arrivés dans un tel état, qui ont compris que tout ce qu'on faisait et ce qu'on leur faisait faire chez eux, euh c'était le jour et la nuit, donc ceux là ils viennent assez régulièrement assez longtemps » - 10 : « alors les hommes si y'a pas une femme derrière, ils arrêtent à un moment donné. Faut qu'il y ait une femme un peu qui sert la vis pour qu'ils viennent, mais normalement si y'a une femme derrière un homme parkinsonien, bah il vient et il vient hyper régulièrement. » - 10 : « les femmes elles se rendent compte très vite, elles viennent elles étaient pas du tout sportives, les femmes sont quand même moins sportives que les hommes à la base, elles viennent et elles découvrent ce qu'elles peuvent faire en 300% en renforcement musculaire en extension en ouverture, et euh et là elles foncent dedans » - 10 : « ceux qui se plongent dedans, ils se plongent dedans ils voient que ça fait du bien et en fin de compte ils n'arrêtent pas. » - 10 : « je dirais que c'est assez suivi » - 22 : « j'ai eu des patients qui ne faisaient rien chez eux qui voulaient rien faire chez eux, et qui le disaient »

3) Démonstration de l'adhésion

MK1 : - 20 : « bah quand il est demandeur d'exercices, qu'on lui apprenne d'autre chose pour que lui se sente bien. Que tu sens que son envie de reprendre le sport ou de re-mener une vie à peu près normale euh est assez présente » et...et t'as ouais t'as ceux qui s'écoutent pas du coup ils ont envie de faire plein de choses donc...en fait faut les driver aussi sur les bons exercices les bons trucs pour pas qu'ils se refassent mal et qu'ils se re-blessent trop vite. » 22 : « ils aiment pas se sentir affaiblis par leur pathologie » - 28 : « bah parce que la rééducation généralement elle stagne » - 28 : « pour des gens qui ont une entorse de cheville si ils font pas quelques exercices chez eux bah tu vas te rendre compte qu'au bout de 8 séances bah du coup ça stagne un peu il dit qu'il a encore des douleurs et tout » - 30 : « tu perçois au premier...ouais les 2-3 premières séances » - 30 : « je pense c'est peut être avec l'expérience mais tu ressens un peu euh le genre de personne je sais pas t'apprend à connaître un peu ton patient » - 48 : « ils te remettent en question sur tout »

MK2 : - 36 : « je l'invitais à aller dans la salle puis euh...puis c'était toujours le même... « non mais je suis crevée j'ai trop mal... » » - 40 : « il va te dire tout le temps qu'il a mal, te dire tout le temps qu'il est fatigué...euh...tu lui donnes des conseils et puis euh...oui il va dire que qu'il y arrive pas ou...mm...ouais ouais c'est...dans l'attitude quoi, l'attitude et ce qu'il te raconte. »

MK3 : - 18 : « on le voit surtout dans l'avancée de la rééducation, [ouais] c'est assez radical hein de toute façon on voit bien dès les premières séances si la personne pratique ou pas et refait les exercices, parce que ça avance tout simplement, soit y'a moins de douleur, soit y'a moins de gêne fonctionnelle, soit y'a une avancée un gain d'amplitude ou ce genre de chose euh » - 18 : « quand on sent que ça stagne, quand on sent que les parents sont pas toujours motivés ou quoi ben ça se ressent sur l'enfant aussi, là je parle vraiment pour l'enfant

	mais pour les parents c'est pareil euh... quand on est obligé de redonner toujours les mêmes exercices, quand on est obligé de réexpliquer parce que soit il a oublié un détail, soit il fait pas exactement comme on lui avait montré, ben on voit que on voit que oui c'est pas suivi quoi. » - 18 : « les patients qui arrivent et qui savent tout de suite refaire les exercices et y'en a où faut leur remonter re re montrer » - 44 : « en fonction du profil et du ressenti qu'on a y'a des choses qu'on n'explique pas trop non plus » - 56 : « soit ils vont pleurer, soit ils vont être inconfortables... soit ils vont pas être détendus et on le ressent dans les mains aussi hein » MK4 : - 54 : (repère les facteurs psy) « L'expérience, le bilan et des fois on les repère pas » MK5 : - 10 : « les mouvements que j'ai donné à la première séance, au bout de 4 séances ils arrivent toujours pas à faire le mouvement que tu connais le mouvement parfait, ou un autre hein, mais celui-là voilà on voit bien quand c'est fait à la maison ou quand c'est pas fait à la maison, » - 18 : « La deuxième fois y'a des patients qui arrivent ils sont en position de référence immédiatement, t'as rien dis, t'as rien demandé ! » « t'es devenu dieu pour tes patients. Là tu sais que ça va marcher comme sur des roulettes, et là tu peux leur demander n'importe quoi » - 48 : « il a l'air un peu un peu bizarre très très cognitif aussi donc, pas non plus lui en vouloir euh... mais bon n'aimant pas ma voix, me coupant en me disant « vous me posez des questions mais pourquoi vous me posez des questions ? » » « disant des choses qui n'avaient pas d'intérêt que je n'avais pas demandé mais ne répondant pas à mes questions, euh essayant de trouver toujours des excuses sur ce qu'il faisait ou ne faisait pas » « toujours dans la critique »
Déterminants de l'adhésion à la thérapie autogérée	1) Facteurs favorisants MK1 : - 12 : « certains sont très motivés parce qu'ils en ont marre d'avoir mal qu'ils veulent avancer qui veulent revivre normalement donc eux ils vont bien les faire. » - 26 : « Et t'as ceux avec qui tu t'entends mieux et que tu... et que tu vois que tu peux, t'arrives un peu à les motiver mais tu sais que bon... ils vont faire quand t'es avec eux mais ils vont pas forcément faire chez eux » MK2 : - 10 : « Faut que ce soit agréable pour eux sinon ils le feront pas. Faut que ce soit ritualisé faut que ce soit pas trop long, faut que ce soit agréable... Et après bah t'as ceux qui ont vraiment besoin de bouger, se défouler donc là y'a pas... là y'a pas de problème. Y'a même besoin de calmer quelques fois. » - 26 : « qui se trouvent une activité régulière et... et qui du coup ont une hygiène de vie euh... Et puis quelque fois de mettre ça en place ça leur donne envie aussi de sentir que ça leur fait du bien ça leur donne envie d'en faire plus et... et qui arrivent à mettre un bonne euh... une bonne hygiène quotidienne en terme d'exercices. » - 28 : « c'est un ensemble de motivations et disponibilités et de rigueur » - 50 : « quand il y a une relation de confiance qui se met en place euh... les gens ils y vont et... y'a plein de... plein de cas où ça se passe très très bien ouais. » « ça se débloque sur pas mal de... pas mal de plans. Les gens ils le voient ça. » MK3 : - 10 : « Je dirais que... avec les enfants les parents refont pas mal les exercices c'est un autre euh... c'est un autre point de vue quoi parce qu'ils le font pas pour eux ils le font pour leur enfant » - 14 : « des gens vraiment qui sont très motivés qui vont prendre ça vraiment à cœur et ça avance du coup la rééducation » - 42 : « qu'ils ont bien mis en place les choses aussi... qu'ils ont peut être remis en place des choses de leur côté, pas forcément que en lien avec la kiné hein » - 66 : « c'est indispensable d'avoir une compréhension d'abord, un lien de confiance » MK4 : - 12 : « c'est vraiment un travail euh... de partenaire à partenaire et qui va permettre, pour moi c'est le seul moyen d'avoir une réussite complète dans la prise en charge. » - 20 : (objectifs) « faut que ce soit atteignable » - 42 : « C'est toujours une relation de confiance et de communication avec le patient, et si c'est compris des deux côtés je pense qu'il y a pas de raisons que... que ça marche pas. » - 44 : « si le patient voit qu'il atteint ses objectifs il va s'autonomiser » - 48 : « qu'est ce qui nous motive. Voilà c'est notre vie quotidienne » MK5 : - 10 : « qui sont arrivés dans un tel état, qui ont compris que tout ce qu'on faisait et ce qu'on leur faisait faire chez eux, euh c'était le jour et la nuit, donc ceux là ils viennent assez régulièrement » « les hommes si y'a pas une femme derrière, ils arrêtent à un moment donné. Faut qu'il y ait une femme un peu qui sert la vis pour qu'ils viennent » « les femmes elles se rendent compte très vite, elles viennent elles étaient pas du tout sportives, les femmes sont quand même moins sportives que les hommes à la base, elles viennent et elles découvrent ce qu'elles peuvent faire en 300% en renforcement musculaire en extension en ouverture, et euh et là elles foncent dedans » « ceux qui se plongent dedans, ils se plongent dedans ils voient que ça fait du bien et en fin de compte ils n'arrêtent pas. » - 12 : « Parce qu'ils sont motivés ? ou parce que je les motive... » - 30 : « la place de l'aidant c'est un peu ma main qui continue à la maison » - 54 : « la majorité des patients que j'ai et qui restent, euh ils sont ils viennent parce qu'en fait ça les rebooste en fait » « Ils sont quand même contents parce que euh, ils sont venus ils ont bossé ils vont mieux après »

2) Facteurs limitants

MK1 : - 20 : « t'as ceux qui s'écoutent pas du coup ils ont envie de faire plein de choses donc...en fait faut les driver aussi sur les bons exercices les bons trucs pour pas qu'ils se refassent mal et qu'ils se re-blessent trop vite. » - 12 : « t'as ceux qui même quand ils ont mal ils ont pas envie ils ont juste envie qu'on les masse donc ils font pas grand-chose quoi. » - 14 : « y'a l'âge » - 14 : « c'est qu'ils sont pas sportifs et qu'ils ont pas envie de se donner la peine » « le facteur psy quoi les gens qui sont un peu euh centrés sur eux-mêmes et...mm bah ils ont pas envie de se faire chier à faire des exercices [rire] on va dire ça comme ça » - 16 : « le caractère ouais ouais...ouais t'as des gens qui sont plus...mollassons qui sont plus mous qui sont plus...ouais qui se laissent aller quoi ils ont pas envie euh, si ils sont pas sportifs ils ont pas envie d'essayer de faire plus quoi » - 18 : personnes assez âgées très âgées qui vont avoir personne chez eux et tout ça ils vont pas forcément faire trop d'exercices » « ou alors les très très jeunes...genre les jeunes ados c'est compliqué de leur enfin y'en a qui vont faire des exercices mais y'en a ça va être euh...ils ont pas envie quoi. Ils ont autre chose à faire et ils pensent à autre chose donc ils ont pas envie de faire des exercices. Ils préfèrent sortir et voir leurs copains. [rire] plutôt que faire des exos pour pas voir mal au dos ou pas avoir mal aux jambes tu vois. [rire] » - 26 : « après t'as certains patients avec qui tu... t'as...tu vas pas avoir le feeling et du coup ils vont pas adhérer à ce que tu leur proposes » - 36 : « Après du coup on en vient à des profils de personnes particulières qui se victimisent un petit peu et qui restent dans leur douleur dans leur mal-être quoi, c'est peut être plus des personnes avec...un petit truc psy sur lequel faudrait qu'il travaille mais t'as pas forcément d'emprise là-dessus donc euh... » - 40 : « Ils sont dans leur monde dans leur truc et y'en a qui ont pas envie. Et t'as des gens qui vont venir te voir juste parce qu'ils veulent du massage quoi, et c'est écrit sur l'ordonnance qu'il faut du massage donc en fait euh t'auras beau leur expliquer que tu peux mettre en place d'autres techniques et que t'as le libre choix de tes techniques euh...quand y'en a qui veulent que se faire masser euh...bah tu tu...on s'applique dans le massage tu me diras [rire] mais euh...bon c'est bien de masser mais faut pas faire que ça je pense... » - 44 : « Y'a une histoire aussi de feeling et de confiance dans le thérapeute et la personne qui...je sais pas y'a un truc tu sens que le patient il a pas confiance en ce que tu fais donc t'auras beau dire il adhèrera pas et t'arriveras pas à lui faire faire ce que tu voudrais qu'il fasse » - 46 : « tu sais y'a des gens avec qui tu t'entends et des gens avec tu t'entends pas c'est une question de feeling et de caractère » - 48 : « ils te remettent en question sur tout » « t'arrives pas à les emmener vers un truc où t'arrives à les mettre en confiance bah du coup ils vont pas faire » - 50 : « le caractère du patient et le tien sont pas compatibles donc t'arrives pas à t'adapter aussi à lui et lui n'arrive pas à s'adapter à toi et donc du coup y'a pas le relationnel de confiance qui se met en place pour qu'il y ait du coup...du coup bah une implication des deux côtés et ne fait t'arrives pas à faire ce que tu veux et le patient il adhère pas donc...donc ça marche pas en fait » - 52 : « le caractère enfin, quand tu vois que t'as certaines personnes qui te parle facilement qui se livre facilement et que voilà bah tu sens que tu vas agir plus facilement, t'as ceux qui vont trop en dire et du coup faut faire le tri, et t'as ceux qui vont rien dire où bah du coup c'est plus compliqué parce que tu sais pas si...enfin tu leur poses toujours plein de questions pour savoir où ils en sont, ce qu'ils ressentent, ce qu'ils en pensent, est ce que ça leur fait du bien est-ce que ça leur fait pas du bien, enfin voilà... ça va dépendre vraiment du patient quoi. »

MK2 : - 14 : « ça m'a peut être un peu désolée » « je pense que j'ai pas non plus suffisamment de connaissances sur euh, sur tout ce qui est travail actif » « faut faire ce qu'on aime » - 16 : « Euh parce que c'est contraignant, qu'ils ont la flemme de se motiver tout seul » - 18 : « parce que c'est contraignant et parce qu'ils sont tout seuls à faire » - 20 : « parce qu'à faire chez eux ils sont pas enfin... ils ont pas forcément le matériel ni le cadre euh...[silence] après peut être que quand ils ont mal ils le font, ça c'est possible, mais une fois qu'ils ont moins mal ils le font moins. Et oui je pense que c'est le...c'est de pas avoir de rendez-vous régulier c'est de pas avoir d'obligation de le faire en fait. Et puis c'est le...c'est la vie des gens en général quoi. Quand t'es chez toi t'as des choses à faire y'a le boulot y'a la famille...[ouais] Voilà. De rentrer tard le soir, de pas forcément vouloir le faire... » - 26 : « c'est une dame qui...euh donc qui a un ptit peu d'ostéoporose et du coup il faudrait qu'elle ait quelque chose euh...une activité bah...gymnique assez douce mais du coup qui...bah qui entretiennent un ptit peu l'état de...de la musculature et du coup des os enfin voilà, et elle en fait elle euh...elle se voit pas s'inscrire quelque part parce qu'elle ne supporte pas qu'il y ait d'autres personnes qui regardent, qu'elle puisse se comparer enfin voilà, alors que j'arrête pas de lui dire que personne n'en a, enfin, finalement chacun est un ptit peu dans son coin et puis même enfin chacun fait ce qu'il peut mais par exemple elle euh...elle est en quelque sorte trop compétitrice quoi enfin trop sensible au jugement des autres elle le fera pas. » - 30 : « qu'il y a des cabinets de kinés où y'a une...une euh dès la prise de rendez-vous ils demandent aux patients si ils sont prêts à bouger à faire du sport » « « Ok soit je décide d'aller dans ce cabinet là et du coup avec perspective de je me met à bouger et...et je m'autonomise du coup ou alors je cherche autre chose ailleurs » » « ils sont euh plus exigeants que... que moi par exemple sans doute. Je vais pas forcer le patient à faire du sport si il aime pas ça si il en a pas envie euh...ouais faire des exercices enfin du...mais du coup tu fais que du symptomatique quoi. » - 34 : « ils sont pas motivés » - 36 : « je l'invitais à aller dans la salle puis euh...puis c'était toujours le même... « non mais je suis crevée

j'ai trop mal... » - 40 : « il va te dire tout le temps qu'il a mal, te dire tout le temps qu'il est fatigué...euh...tu lui donnes des conseils et puis euh...oui il va dire que qu'il y arrive pas ou...mm...ouais ouais c'est...dans l'attitude quoi, l'attitude et ce qu'il te raconte. »

MK3 : - 12 : « c'est déjà un manque de temps pour certains ça s'est sûr, et après un manque d'investissement dans le sens où on se fait un peu happer dans la vie de tous les jours, les enfants parfois pour ceux qui en ont, le fait que nous en pédiatrie c'est pas forcément les parents qui gardent toujours les enfants donc...c'est pas forcément refait et le temps qu'ils passent avec leurs enfants ils ont envie de faire autre chose que travailler entre guillemets, et pour les adultes je pense que...ben c'est parfois un oubli, parfois euh...d'autres choses à faire je pense que voilà c'est le quotidien, ils se donnent pas forcément un moment dans la journée où faire les choses, et voilà le travail, la famille...les occupations autres prennent la place sur ça quoi. » - 14 : « qu'ils se disent on revient en rééduc donc ça va aider...ça va aider voilà par la séance de rééducation peut-être parce qu'ils se disent que déjà d'avoir entrepris de venir en séance de rééducation ça...c'est bon ils ont fait le boulot euh...donc ils auront pas forcément euh...voilà ils se disent c'est bon j'ai fait la séance ça suffit pour aujourd'hui terminé et puis après ils oublient » - 14 : « ils se donnent pas forcément les moyens » - 18 : « on sent que les parents sont pas toujours motivés ou quoi ben ça se ressent sur l'enfant aussi » - 22 : « des fois y'en a qui sont biens comme ça » - 32 : « ce manque de temps déjà, euh ça peut être un souci autre, physique ou psychologique parfois, euh des choses qui se font un peu...ouais avoir enfin en tout cas happé ce que je disais tout à l'heure par la vie de tous les jours et peut être par des soucis personnels aussi, ça peut être...parce qu'on leur a imposé une rééducation parce que le médecin leur a prescrit quelque chose sans forcément euh expliquer pourquoi, et là c'est un peu notre rôle aussi d'éduquer et de leur expliquer pourquoi ils sont là, euh quand ils comprennent pas quand ils savent pas pourquoi et quand euh...ils voient pas trop l'intérêt de la rééducation ou en tout cas ils se disent que ça va pas fonctionner, ben on est quasiment sûrs que ça va pas avancer quoi, on sait que c'est carrément une alliance. » - 44 : « si vraiment des fois ça marche pas ça peut être juste un problème de lien euh...et de...qui se fait pas entre nous et le patient » - 46 : « des gens qui arrivent avec d'énormes attentes, beaucoup beaucoup d'attentes, qu'on...entre guillemets un peu erré avant dans des prises en charge à droite à gauche, qu'on tenté beaucoup beaucoup de choses, qui arrivent là un peu en dernier recours avec beaucoup d'attentes, et qui ont parfois très douloureux, on sait que ça risque d'être compliqué. » « qui sont beaucoup en attente des autres en fait aussi. Y'a pas forcément de...ils sont pas peut être capables de se dire que ça peut venir d'eux que ça aille mieux. » « Des gens euh...qu'ont pas forcément euh la capacité de se dire que eux peuvent s'en sortir tout seuls quoi. » - 48 : « ça peut être leur histoire de vie euh...leur leur vécu du moment, euh des antécédents particuliers qui on fait que ça les a fragilisés physiquement ou même moralement personnellement etc, euh...on sait que on a des gens qui sont plus à risques de développer certaines pathologies, ...le contexte social impacte énormément aussi, même si on peut pas généraliser on sait que dans un contexte social particulier ça peut être plus difficile que pour d'autres personnes, euh...c'est un tout je pense c'est un truc un peu multifactoriel qui fait que...ben...ils sont plus ou moins à même d'avoir confiance en eux et du coup de se dire qu'on va y arriver, d'être plutôt optimiste je dirais. » - 50 : « les gens qui ont un travail plutôt euh...plutôt physique euh...qui va leur demander énormément de ben de d'efforts physiques et d'investissement personnel et physique, souvent c'est des gens qui ont plus de douleurs aussi hein, c'est la réalité et qui euh...et qui du coup ont pas forcément euh...comment dire, la capacité de de...comment expliquer...la capacité de se se...ouais qui se rendent pas forcément compte des choses non plus. Ils ont pas forcément le ressenti que d'autres ont en ayant plus de temps pour eux aussi...[oui d'accord] donc je dirais que c'est plus dans la pénibilité du travail qu'on va voir que...après c'est pas vrai pour tous hein, j'ai une patiente en tête qui a un travail très pénible et qui est très motivée qui vient là qui est jamais en retard et qui...qui bosse hyper bien donc c'est, c'est pas une généralité mais on sait qu'il y a des tendances. » - 52 : « ce qui bloque le plus avec les enfants c'est plus des parents qui ont pas confiance en nous. » « on a des parents qui nous laisse pas forcément la main et l'enfant le ressent et...du coup on a pas d'adhésion de l'enfant, du parent du coup non plus et donc on avance pas parfois. »

MK4 : - 12 : « un objectif de cotation musculaire ou alors un objectif d'amplitude articulaire quantifié par un chiffre ou alors une échelle de la douleur je trouve que c'est très hypothétique pour le patient. Ça risque de pas l'intégrer pleinement à sa prise en charge, ou alors de manquer une partie vraiment de notre objectif » - 20 : « faut que ce soit atteignable. C'est comme les objectifs de début de prise en charge si on lui demande de faire quelque chose tous les jours qui lui prend une demie heure ça marchera pas » - 20 : « Si on donne quelque chose de trop protocolaire, j'ai pas assez d'expérience pour dire que ça marche pas mais pour l'instant avec moi ça marche pas. » - 22 : « qu'il va y avoir des patients qui ne vont pas se sentir concernés par leur prise en charge. Y'en a qui viennent chez le kiné et qui veulent sortir de leur corps pendant la prise en charge, c'est le kiné qui gère et eux ils font rien. Donc typiquement la massothérapie euh...les ultrasons, qui sont parfois utiles, mais où on va venir appliquer une technique à un patient et le patient va être consommateur de la technique et du coup va pas se sentir intégré va pas comprendre pourquoi. Donc ça c'est ces patients qui sont consommateurs et qui viennent un peu pour euh...pour d'autres raisons que leur corps mais aussi le mental euh voilà le côté psy, qui vont chercher plutôt un contact humain et pas une prise en charge où ils vont être prêts à s'investir de façon autonome. » « manque de temps. Ça j'ai des patients qui me le disent, et auquel cas où c'est des périodes qui sont stressantes qui sont trop prenantes dans leur vie quotidienne, j'augmente le rythme

de mes séances à deux par semaine. » « l'incompréhension des exercices ou la peur de mal faire » - 24 : « la douleur, la peur d'avoir mal. Je pense que la douleur c'est un gros frein à l'activité des patients. » « L'âge : des patients qui ont été chronicisés pendant 10 ans certains, 20 ans d'autres avec un thérapeute qui fait que du massage, lutter contre des choses qui sont ancrées c'est très compliqué. » « la détresse psychologique je pense que ça c'est un frein aussi au travail actif... » « La méconnaissance. Le fait de pas comprendre pourquoi on demande de faire des activités ça c'est un frein aussi euh pour les patients qui pourraient ne pas vouloir se mettre à l'activité c'est une des...en tout cas moi que je...que j'arrive à identifier chez mes patients, l'activité...personnelle, la vie familiale qui est trop prenante mais en général ça rejoint un côté psy qui est quasiment présent chez tous les gens qui ont pas le temps, le temps de libérer du temps pour s'y mettre » - 30 : « Des gens qui...un moment donné ont perdu le...le lien avec soit une partie du corps soit leur corps tout entier, qui vont avoir...une mauvaise euh...en général c'est lié à un mauvais schéma corporel, c'est des gens qui vont plus s'identifier dans leur propre corps et dans leurs mouvements » « dépression trouble anxieux euh... psychiatrique » « exemple en post partum des mamans qui se sont oubliées pendant toutes la grossesse et les premiers mois de vie de leur enfant, elles vont arriver en rééducation pelvi périnéale, la rééducation intra utérine est faite, il faut passer aux abdominaux hypopressifs et là on se rend compte que c'est des mamans qui sont complètement dépassées par leur quotidien, qui peuvent plus en fait, qui peuvent plus libérer du temps, qui ont besoin qu'on les prenne en charge dans leur corps de femme, dans leur nouvelle étiquette de maman c'est pas toujours facile et du coup elles viennent chercher des fois autre chose que de l'actif. » - 40 : « la frustration contre le fait qu'on a pas envie de s'y mettre bah quand on sait pas euh... quand on est dans l'inconnu on a peur on a des attentes qui sont pas forcément à la hauteur de ce qu'on peut vraiment espérer » - 42 : « on a pas de facteurs biopsychosociaux qui viennent entraver notre prise en charge où là du coup ça peut...ça peut tergiverser » - 46 : « si y'a pas le résultat il le fera pas c'est normal moi non plus je le ferais pas » - 52 : « En lombalgie chronique on va avoir des patients qui vont des fois avoir des dégénérescences...des lésions dégénératives au niveau des disques au niveau des surfaces articulaires postérieures qui vont être fixes, on ne reviendra pas la dessus. Et du coup on va avoir des patients qui vont avoir des croyances erronées « oui mon dos est usé il est cassé je m'en remettrai jamais je vais finir vouté...puis de toute façon j'en ai plein le dos puis cette douleur je la gèrerai jamais...euh...elle passera jamais » et donc là on a des facteurs biopsychosociaux ancrés avec la douleur, qui sont très...impactant pour son quotidien » - 54 : (à propos du repérage des facteurs psychosociaux) « ça arrive que je sois complètement passée à côté pendant le diagnostic éducatif ou dans le bilan parce que euh, parce que je suis restée concentrée euh dans mon idée de départ et j'ai pas été assez ouverte, soit le patient n'avait pas envie d'en parler à ce moment-là »

MK5 : - 10 : « les jeunes parkinsoniens sont difficiles à avoir sur la durée. Parce que en fait ils ont des enfants, ils ont un métier » - 14 : « parce qu'il y a pas forcément de soutien familial » « peut-être parce que j'ai as été bonne [rire] ni plus ni moins, peut-être parce que j'ai pas réussi avec certains à les...à leur montrer exactement euh...ce qui était bien hein peut être que j'ai pas réussi avec certains, c'est parfois plus difficile avec certains patients qu'avec d'autres » « ils se lassent ils sont, c'est une pathologie où ils sont excessivement fatigables, où ils sont de temps en temps très déprimés » « ils sont complètement apathiques, ils ont pas envie de faire des choses donc c'est compliqué de se...ou leur for intérieur leur dit aller reste dans le canapé t'es bien ne va pas faire des choses » - 16 : « y'a une culpabilité euh un peu augmentée en plus à cause de la famille parce que la famille dit « bah je comprends pas, là tu marches très bien et 10 secs après tu marches pas ». » - 22 : « j'ai eu des patients qui ne faisaient rien chez eux qui voulaient rien faire chez eux, et qui le disaient » - 24 : « t'as aussi affaire à des gens qui ont jamais été sport...enfin...qui ont jamais fait d'activité physique euh...y'a des gens qui aiment pas marcher » « ils y croient pas forcément en plus ils ont eu peut-être à faire à différents kinés qui les a massé, qui leur a fait faire 5min de planche, puis qui leur a dit qu'il était temps de rentrer chez eux, qui leur a mis dans un box avec de la... » « ils ont peut-être testé des kinés à droite à gauche et ce sont dit bah c'est nul ça fait rien. » - 26 : « ils partent avec a priori négatifs » - 30 : « Quand le patient est tout seul, c'est qu'il a envie de vivre ça un peu euh...solitaire euh...pas devoir en parler, pas montrer, c'est que l'acceptation n'est pas forcément toujours là donc euh, c'est un peu compliqué pour lui » - 36 : « une dame, elle ne voulait, elle aurait, elle serait venue tous les jours, d'accord, ils habitaient un petit peu loin et son mari était obligé de venir, donc j'ai insisté pour qu'ils viennent deux fois par semaine, sauf que son mari a dit il n'en est pas question » « son mari a décidé que, elle était bien euh...et pourquoi pas à rester devant la télé quoi » « quelqu'un qui aura eu une place importante dans sa vie professionnelle, dans sa vie de ville enfin dans, etc, dans sa vie politique voilà dans...et qui tout d'un coup a la maladie de parkinson qui n'est pas forcément une pathologie chez certains où le visuel est toujours impeccable hein, euh...et qui euh...et là c'est excessivement destructeur » « on peut plus pavaner on peut plus voilà, euh briller en société » « dans des milieux assez aisés, euh...plus destructeur que dans un milieu moins aisé » « la classe sociale joue aussi dans cette euh...chez certains, faut pas généraliser » - 42 : « j'ai peut-être été trop confiante en eux » - 44 : « y'aura des gens, tu plairas pas toujours enfin, y'a des gens où ta méthode va pas plaire » - 50 : « Il a pas de motivations, c'est un monsieur qui vit très seul, très isolé, et qui ne fait rien de ses journées. » « il côtoie personne » « pourquoi veux-tu qu'il se batte ? pour quoi ? »

Stratégies mises en place pour favoriser l'adhésion	MK1 : - 10 : « je leur donne des fiches d'exercices comme ça ils ont un support pour se remémorer » - 10 : « si ils ont des questions bah à la séance suivante du coup je leur demande si ils veulent qu'on revoie certains exercices ou pas » - 20 : (cas de surmotivation) « faut les driver aussi sur les bons exercices » - 22 : « faut délimiter un petit peu » (surmotivation) - 24 : « un moment donné tu vas dire que tu vas pas pouvoir faire plus pour lui si il se prend pas un peu en charge donc bah tu fais quelques séances et après tu mets plus ou moins un terme à la rééducation si il s'implique pas » - 28 : « Après bon pour des pathos chroniques c'est plus...tu sais que tu vas les avoir au long court donc du coup euh t'es un peu moins exigeants avec...euh t'es peut être un petit peu plus exigeant avec eux finalement, qu'ils fassent plus d'efforts et...et voilà. » - 34 : « j'essaye d'expliquer plus ce que je fais pourquoi je le fais, pourquoi je veux qu'il fasse plus d'exercices plus d'étirements plus euh...je leur demande un peu plus chez eux bon bah voilà pour faire avancer la rééducation, voilà ce que j'essaye d'expliquer pourquoi faut qu'il travaille aussi un petit peu chez eux pour euh pour que ça avance quoi...mais y'en a qui veulent pas forcément entendre... » - 40 : « bah certains comprennent donc ils essayent de faire des efforts et de faire un peu plus, euh y'en a qui clairement...ils ont pas envie quoi. Ils sont dans leur monde dans leur truc et y'en a qui ont pas envie. Et t'as des gens qui vont venir te voir juste parce qu'ils veulent du massage quoi, et c'est écrit sur l'ordonnance qu'il faut du massage donc en fait euh t'auras beau leur expliquer que tu peux mettre en place d'autres techniques et que t'as le libre choix de tes techniques euh...quand y'en a qui veulent que se faire masser euh...bah tu tu...on s'applique dans le massage tu me diras [rire] mais euh... » - 42 : « Chez d'autres t'arrivent à en leur expliquant effectivement les bienfaits du mouvement, en expliquant...je sais pas chez une petite dame un peu âgée arthrosique si tu dis qu'il faut qu'elle fasse des exercices que plus elle va les faire...elle va avoir un petit peu mal mais que plus elle va les faire moins elle aura mal et que ça va lui permettre d'entretenir ses articulations et que voilà de pouvoir marcher bouger sans trop de problème, y'en a chez qui ça fonctionne, y'en a chez qui ça fonctionnera pas » MK2 : - 16 : « je les invite à s'inscrire sur un cours de...bah selon comment sont les gens de...bah de sport soit... enfin je les oriente beaucoup plus vers des cours de yoga ou de pilates, ou euh... pour ceux qui sont mieux dans l'eau de...d'exercices dans l'eau mais plutôt des cours collectifs quoi. Où ils y vont toutes les semaines... » - 18 : « qu'ils s'inscrivent quelque part, qu'ils soient...qu'ils payent pour y aller » - 34 : « je vais changer ma façon de travailler leur donner un peu plus d'exercices au cours des séances mais du coup je m'éternise pas quoi » « Comme je peux on se dépatouille. On les invite à arrêter ou à aller dans un autre cabinet si ça n'évolue pas et puis peut être que d'avoir...un autre, un autre message enfin dit d'une autre façon ou...d'entendre le même...la même chose enfin...encore d'une autre personne...ça va renforcer le discours » - 36 : « en fait moi c'est facile de m'amadouer de je pense. Donc ok vous avez mal mais la prochaine fois sauf qu'au bout d'un moment bah...c'est...[inaudible] ça donne du sport en fait de stimuler les gens qui sont pas motivés quoi du coup j'avais un peu lâché et ça s'est...ça s'est fait comme ça du coup je lui ai dis bah clairement on avance pas quoi, donc euh...là le prétexte c'était le périnée bah c'est sûr c'est invalidant pour elle si y'a des problèmes de fuite urinaire, les gens ils restent pas comme ça. Et donc j'ai un peu sauté sur l'occasion pour que X lui fasse euh, bah des abdos et du renforcement pour que du coup voilà bien renforcer les jambes, le périnée...les abdos le dos et du coup avec l'espoir que bah derrière que ça règle le reste du problème. Et et voilà donc...de mon côté je la vois pas, et euh...et après je prendrais des nouvelles et je verrais si ponctuellement ça a du sens du coup du coup que je refasse une petite séance en plus mais... » « t'oriente vers quelqu'un d'autre...pour une autre raison. Quelqu'un qui est peut être plus déterminé aussi dans le message à passer » - 44 : « de leur dire de ritualiser les exercices, de le faire enfin...toujours enfin tel jour telle heure voire tous les jours à tel moment de la journée, ou tous les jours de la semaine enfin vraiment ritualiser donc soit, soit par un cours collectif avec un rdv et machin soit tout seul mais du coup de le ritualiser de se dire voilà, et de leur donner un enchaînement d'exercices qui correspond bien à leurs douleurs, en leur expliquant bien euh...comment respirer à quel moment, comment étirer enfin voilà, et que ce soit un enchaînement qui soit assez...du coup tu leur fais des petits dessins quoi des petites feuilles...des petites choses pour qu'ils refassent à la maison et qu'ils...que ça soit pas trop long et que ça soit agréable, quitte à en faire plus souvent...voilà faire quelque chose qui soit pas contraignant quoi » - 46 : « donner le goût à l'exercice » - 50 : « des petits conseils d'alimentation...euh de manger un petit peu plus...de refaire euh quelques exercices, euh mais aussitôt ça va carrément mieux quoi » « jeune patiente-là qui a mal au dos je lui ai redonné des petits exercices à faire pour ses abdos...et euh du coup je lui ai donné aussi de l'hypopressif à faire parce qu'elle a des problèmes digestifs et en fait ça fait vachement de bien » - 56 : « des outils d'hypnose euh...t'es aucunement capable d'hypnotiser ton patient pour qu'il fasse des exercices hein mais juste tu peux repérer euh...comment fonctionne le patient. Si il est plutôt auditif, visuel, tactile...et du coup tu vas employer des mots du champ lexical par exemple quelqu'un qui serait visuel tu dirais « vous voyez », [ah oui] auditif tu dirais « vous entendez » tu vois enfin le champ lexical le...par les attitudes reprendre les attitudes du patient en fait mm...avec ces petites techniques tu accroches un peu son attention et t'es sûr qu'il t'écoute. Et euh pour que lui aussi se sente compris, en fait qu'il y ait cette relation de confiance qui s'installe, tu reprends ses mots. Alors parfois le jargon kiné médical ils l'écorchent et...ça c'est un truc auquel je fais toujours attention c'est que je le corrige pas en fait, parce qu'on s'en fiche. » « par rapport aussi à la détente pour savoir comment calmer un peu des patients qui sont euh...qui sont stressés,
--	--

qui sont...c'est des trucs tout bêtes ouais, c'est...de parler sur l'expiration quand le patient il parle, toujours tu parles sur son expiration, même si tu coupes ton mot en plein milieu de la phrase c'est marrant il le repère pas du tout. »

MK3 : - 20 : « je leur réexplique toujours je reviens toujours sur les bases je reprends avec eux, quand c'est une fois deux fois ça peut passer et au bout d'un moment je leur explique que voilà euh...il faut travailler ou on fait des pauses parfois, dans la rééducation. Je leur dis vous êtes pas forcément peut être disponible en ce moment, y'a autre chose à gérer donc autant faire des pauses dans la rééducation on y reviendra plus tard, euh...je leur donne parfois des petits exercices en terme sur papier ou quelque chose comme ça et je leur dis vous faites à la maison on se revoit dans quelque temps et...et si on voit que ça avance pas comme ça malgré ça ben on arrête la rééducation hein. » - 22 : « on leur dit que c'est peut-être pas le bon moment et que, moi je leur pose réellement la question de savoir si ils sont motivés pour travailler, est ce qu'ils ont envie que ça avance et est ce qu'ils veulent que ça change parce que des fois en fait y'en a qui sont biens comme ça. » « qu'il y a quand même un...un besoin quelque part derrière donc euh...on essaye de trouver d'autres techniques d'accroche, et puis si vraiment ça fonctionne pas on leur dit de...de revenir soit plus tard soit d'arrêter complètement ou de changer de praticien des fois. » - 24 : « changer des exercices, refaire travailler la même chose mais de façon différente, euh...ça peut être euh l'amener différemment par quelque chose de plus ludique, euh ça peut être euh changer de moment dans la journée, euh de période, peut-être se voir à un autre créneau, être plus disponible, peut-être se voir en, alors nous on fait pas de travail de groupe au cabinet, mais peut être orienter vers quelqu'un qui travaille en groupe, changer de technique... de kiné pure je veux dire, peut être aller voir un kiné qui va faire plus de renforcement...ou un kiné qui va être plus sur de la balnéo, un kiné qui va faire euh des techniques particulières type McKenzie ou voilà essayer de de...quand ça avance pas on se remet toujours en question de se dire est-ce que c'est vraiment ça qu'il lui faut quoi. » - 28 : « quand on commence à connaître un petit peu la personne on voit un peu comment ils fonctionnent, est ce que c'est des gens qui vont être plutôt sur des trucs très carrés, ils ont besoin de choses très concrètes avec un nombre de répétitions quelque chose de très carré et là on peut proposer quelque chose de...de carré. Y'en a qui ont plus besoin de ressenti, qui ont plus besoin de sentir comment ça fonctionne, de comprendre comment ça fonctionne, donc on va expliquer un peu plus, euh...ça c'est vraiment euh, je dirais que c'est de l'intuition aussi et de la relation sociale presque [rire] c'est...l'échange avec le patient qui va faire qu'on va s'orienter plus ou moins vers telle ou telle technique » - 34 : « leur expliquer ce qu'on va faire ensemble, comment on va fonctionner et pourquoi on fait comme ça, moi je le fais très rapidement en séance dans les premières séances voire même la première et souvent ça les détend. On voit qu'il y a une accroche ils comprennent pourquoi ils sont là, du coup ils sont parfois plus loquaces aussi, ils parlent un peu plus, ils se détendent un peu, on sent qu'il y a un peu comme un...un mur qui se fissure un peu quoi, on arrive un peu à les approcher. Et après une fois que la confiance est installée...euh...ben du coup on sent que tout de suite c'est plus efficace parce qu'ils nous font confiance donc ils se disent que ça va fonctionner, ils sont plus motivés, et dans ce cas-là ça avance, en général. » - 36 : « après avoir fait toute l'anamnèse moi j'explique un peu les objectifs et ce qu'on va faire et, ce pour quoi on est là, et je leur demande très rapidement aussi ce que eux ils en attendent, de la rééducation et ce que...et si vraiment pour eux ça a un intérêt quoi. » - 38 : « on va rapidement euh les autonomiser par euh...par des routines d'exercices, par des...on teste aussi un peu de laisser sans kiné pendant 15 jours ou parfois même juste une semaine et on se revoit, on fait des pauses dans le suivi, pour voir un peu est ce que ça a un impact, est ce que pas. Parfois le fait de venir en kiné ils se disent que c'est indispensable et en fait finalement en faisant une pause ils se rendent compte que c'est pas plus mal comme ça... » - 44 : « c'est juste qu'on a pas la bonne techniques ben moi je réoriente très vite vers des collègues » - 54 : (nourrissons) « y'a une façon de l'approcher, y'a une façon de l'aborder, qui va pas du tout être la même qu'avec un adulte, on va prendre plus de temps, on va peut-être même aborder d'abord le parent. Si on a entre guillemet le parent on met le parent en confiance l'enfant tout de suite on va le sentir aussi beaucoup plus à même de faire la séance » « si l'enfant n'est pas...n'est pas confortable, n'est pas bien, c'est pas un moment pour lui, on essaye mais si ça fonctionne pas et si je le sens pas disponible ben ça sert à rien de, de faire la séance » - 60 : « j'ai une approche qui va pas forcément être interventionniste, dans ces cas-là j'essaie plus d'échanger, je vais être plus dans le dialogue, dans...parfois aller chercher des choses peut être un peu plus personnelles, mais ou euh...parfois même je je ouais je peux le dire presque pas se confier soi mais en tout cas donner des bribes de notre histoire à nous, qui fait que tout de suite le patient se sent en confiance parce qu'on est un peu plus à égalité on va dire, et dans ces cas-là euh...la confiance elle s'installe, euh...le côté apaisé, calme, se sentir un peu...voilà pas pas en...pas en speed en stress on va vraiment essayer de se poser avec la personne, que ce soit adulte ou les parents d'ailleurs, et on voit vraiment la différence.[ouais] sur l'adhésion la confiance et du coup ben...l'efficacité derrière des séances. » - 62 : « ce versant de de d'écoute et de compréhension sans jugement, où tout de suite ben peu importe ce qu'ils me disent on écoute et puis après on...on donne notre point de vue hein c'est pas pour ça qu'on s'impose pas, mais on est à l'écoute et pour le coup ça change quand même pas mal de choses. »

MK4 : - 8 : « je vais commencer par un bilan, qui va me prendre euh...une demie heure trois quart d'heure, des fois plusieurs séances, pour bien cerner l'attente de mon patient. Euh je vais essayer de...de plus fixer des objectifs plutôt que...quelque chose d'hypothétique comme diminuer la douleur etc, trouver des objectifs concrets comme soit la reprise d'une

activité soit euh...un moment de la journée où le patient est gêné et diminuer cette gêne pour améliorer son quotidien, et après on se fixe au moins un objectif jusqu'à trois objectifs jamais plus, euh pour avoir un suivi quand même cohérent et quelque chose d'atteignable. Euh l'objectif étant de ne pas garder mon patient en fonction des pathologies plus de 15 séances. » - 12 : (objectif concret) « C'est une façon aussi d'être en collaboration avec les patients, de travailler en équipe, de l'intégrer directement dans des choses concrètes qu'il va pouvoir se fixer comme objectif » - 14 : « mes exercices soit je les donne à voix haute, soit je les filme, soit je les dessine. C'est le patient qui choisit, voilà. Il a toujours un petit remis, soit que je lui transmets ensuite par mail soit directement avec son portable, soit à la fin sur un petit post it euh... Bon les feuilles volantes je commence à arrêter parce que les perdre c'est un peu facile c'est un peu la bonne excuse [rires] donc j'essaie de travailler maintenant sur des choses concrètes, euh, avec un support qu'ils peuvent garder dans le temps, et l'objectif au fur et à mesure c'est d'éloigner mes séances, d'augmenter leur autonomie, et avoir à la fin, en général je termine au bout de 10-15 séances par une séance à trois semaine un mois d'intervalle avec la fin de ma prise en charge, pour vraiment avoir un contrôle et un retour sur ce qui a été mis en place, si ça a fonctionné si ça a pas fonctionné si il faut revenir sur des exercices bah revenir sur des exercices, si faut changer de thérapeutique parce que la kiné n'est pas la solution ou si faut carrément envoyer chez un confrère qui a une approche différente de la mienne. » - 16 : « qu'ils s'en souviennent que ça les rassure parce qu'ils ont quelque chose dans leur portable qui fait que si y'a une crise bah y'a une solution à la crise avant de prendre un antalgique etc. Euh si je pars en vacances, et ben...y'a la possibilité d'être actif même pendant que je suis pas là même quand j'ai pas de remplaçant. Euh...l'objectif aussi c'est de pas...de pas faire un exercice dans le vent. En général y'a des patients des fois qui revenaient et qui me disaient bah voilà moi j'ai fait les exercices, je suis pas sûr de les avoir bien fait donc j'ai arrêté de les faire. Bah là ils ont plus d'excuses. C'est aussi ça aussi, c'est renforcer la...le la consigne « faites vos exercices » par un support qui est fiable en fait. » - 18 : « Qu'ils puissent se détacher un peu du kiné et qu'ils puissent se rassurer dans leur autonomie aussi hein en se disant bah voilà je fais les choses mais je les fais bien parce que de toute façon j'ai ma petite vidéo, j'ai revérifié et c'est bien comme ça qu'il faut faire. » - 20 : « c'est intéressant euh... de garder un contact avec le patient soit par sms soit par euh par téléphone soit par visio aussi je trouve que c'est des outils qui à l'avenir vont...j'espère être intéressants à exploiter dans...dans notre pratique professionnelle » « j'essaie au maximum de me rapprocher du quotidien, je vais prendre comme exemple bateau l'entorse de cheville, l'entorse de cheville qu'est-ce qu'on peut faire, on peut faire des pointes de pieds pour renforcer les fibulaires avec une descente très très lente, pour augmenter la résistance en excentrique. Et je vais dire à mes patients mes petits patients par exemple mes ados ou mes enfants je vais leur dire bah voilà vous faites ça quand vous vous brossez les dents. Ou alors quand vous...quand vous faites la vaisselle. Mm voilà j'essaie de trouver une activité de me rapproche au plus de la pratique professionnelle des patients pour essayer de trouver des moments dans la journée pour que ça devienne automatique. » - 22 : « l'incompréhension des exercices ou la peur de mal faire, et là je renforce soit par des vidéos, soit par des petits tuto youtube, ça voilà enfin ça me dérange pas de remonter deux trois mouvements et qu'ils me filment comme en plus je donne les explications à voix haute » - 38 : « J'explique vraiment pourquoi on met tout ça en place et pourquoi du coup il faut faire ça pour arriver à notre objectif final. Si le patient comprend pas, bah c'est pas grave c'est un raté on essaye autre chose et puis petit à petit on va revenir quand même sur notre cheval de guerre qu'est l'actif. « Et vous voyez ça fait dix séances, mais dix séances que vous continuez de venir me voir euh, on a réussi à...on a réussi à étaler les séances sur 3-4 des fois un mois d'écart entre les séances puis finalement ça va pas vraiment mieux vous êtes sûr que vous voulez pas essayer les exercices ? » « Ah bah si peut être » ou alors « pas du tout ». » « au bout de 15 séances si j'ai pas atteint mon objectif et que le patient voit qu'il l'a pas atteint, il comprend lui aussi qu'on arrête les soins ça ça pose rarement souci, sauf dans certains cas où le patient est trop demandeur d'une technique passive et du coup moi là j'arrête vraiment les soins » - 40 : « Je réoriente soit vers de l'éducation thérapeutique où là ils vont avoir des ateliers vraiment de groupe, je réoriente vers un de mes collègues qui va être plus passif, euh toujours en terminant euh...enfin ma prise en charge en disant bah voilà de toute façon mon objectif c'est quand même que vous soyez autonome n'oubliez pas » « si on prend le temps d'expliquer au patient euh...en général euh j'ai rarement des refus » « l'explication, la connaissance, la connaissance c'est la plus grande force qu'on a contre...contre la frustration contre le fait qu'on a pas envie de s'y mettre bah quand on sait pas euh...quand on est dans l'inconnu on a peur on a des attentes qui sont pas forcément à la hauteur de ce qu'on peut vraiment espérer et du coup réexpliquer, reprendre le temps, schématiser euh, des fois perdre une demie heure assis sur une chaise ça vaut le coup. » - 42 : « Je fais des pauses thérapeutiques. J'arrête les soins, euh...voilà on a fait les 15 séances, la douleur ça va mieux il est super content le patient il a fait ses deux séances par semaine euh, il se sent musclé il a plus de douleurs quand il fait ses petites activités, bah on va voir ce que ça fait quand je suis plus là. Un mois et demi grand maximum, deux mois deux mois et demi et on se revoit. Euh soit on se revoit et là le patient me dit bah ça a pas tenu, et du coup bah qu'est-ce qu'on peut faire pour que ça tienne dans le temps, en fait je le confronte un peu à l'échec. Bah voilà quand on arrête de faire ça voilà ce qui se passe. Ok bah du coup j'aimerais bien trouver une solution pour que ça arrête de faire ça. Ok bah on va trouver une solution. Sauf que je suis pas prête à me passer complètement de kiné. Ok donc bon on va passer à une fois par semaine, on va remettre en place 10 séances, moi je m'en fiche du patient combien de fois je le vois dans l'année, mon objectif c'est qu'à la fin de ma prise en charge kiné, qui peut durer des fois un an, il parte et qu'il ait plus besoin de kiné, qu'il sache s'autogérer. Si ça prend 3 fois 15 séances, si ça prend 2 fois 10 séances et que à la fin on finit par dire ok mais on se voit tous les mois pour contrôler. » « C'est une sorte d'autonomie, parce qu'à un moment donné il va en avoir marre de voir kiné dans son

emploi du temps, de venir me voir tous les mois, il va se dire toute façon moi ce que je fais au cabinet je peux le faire chez moi, bah ça va s'arrêter. » - 44 : « L'entretien motivationnel est important aussi hein faut trouver des choses qui motivent le patient » - 52 : cas des facteurs psychosociaux : « ça vaut le coup de rentrer soit dans un phénomène d'éducation thérapeutique, soit de petit à petit déconstruire les connaissances et les croyances du patient pour arriver à quelque chose de plus équilibré et de moins surfait, pas lui vendre du rêve non plus parce que là c'est sûr qu'ils iront jamais mieux hein ses articulaires postérieures, son disque il va pas se repulper inch'allah d'un seul coup ça c'est clair et net, mais par contre on peut gérer ça et je pense qu'il y a aussi beaucoup de patients qui vont chez le kiné en pensant qu'on est le résultat...on est la solution à tous leurs maux alors qu'il y a certaines douleurs qui passeront jamais mais par contre on est un petit peu le pilier qui va leur permettre de supporter jusqu'à parfois oublier qu'ils ont des douleurs chroniques » « j'explique » « y'a des patients qui me disent « bah voilà moi vous parler ça me suffit », très bien. Pendant qu'ils font leurs exercices ils me parlent, ça me suffit aussi, et ça leur fait du bien. » « j'oriente soit vers des thérapies cognitivo-comportementales, soit vers de l'hypnose en fonction des discussions que j'ai avec les patients, soit vers le médecin généraliste si je vois que là y'a besoin d'une médication » - 54 : « quand ça sort à la dernière séance, ça peut être rebondir en mode « tiens est ce que vous pensez que... ça ça peut être un de un de nos échecs dans la thérapie, le fait que donc déjà mes exercices, » alors je remets toujours en cause ce que j'ai fait parce que c'est jamais 100% de la faute du patient comme on travaille en équipe c'est toujours 50-50 « Mais est-ce que vous pensez que le fait que ça n'aille pas dans ci dans ça, ça peut jouer ? » « Ah bah maintenant que vous le dites oui, je pensais que c'était vraiment mon genou mais effectivement maintenant quand je me mets à courir à chaque fois je pense à ça j'ai peur euh j'ai de l'appréhension... » Des fois ça repart sur dix séances et des fois ça s'arrête là je réoriente mon patient je lui dis bah écoutez, le fait que vous ayez eu besoin d'en parler ça vaut peut-être le coup d'exploiter cette partie-là avec un autre thérapeute...voilà. » - 60 : « je demande pourquoi, je lui demande pourquoi il a peur de se refaire mal et ce qui lui fait peur, et donc du coup des fois ça va être « non mais en fait j'ai été traumatisé quand je suis au ski je me revois tomber et tout ça » et du coup là c'est déconstruire la croyance qu'il a autour de la chute, autour de à chaque fois que mon genou va vriller je vais faire une entorse je vais faire des machins des trucs, à chaque fois que je vais faire un marathon je vais me retaper une tendinite, un syndrome de l'essuie-glace, et déconstruire ça et lui redonner confiance. Et pour ça y'a des techniques du coup plus précises, par exemple le fractionné, la pliométrie, où on va mettre en contraintes le patient et...plus que ce qu'il fait quand lui il est tout seul dans son activité physique et c'est là qu'il va comprendre que s'il est capable de faire ça, bon bah finalement sa petite course de 10km du dimanche matin euh...ça va en fait. » - 62 : je leur dis bah voilà le dimanche vous faites la sortie en fractionnée, de toute façon ne vous inquiétez pas si y'a quelque chose qui se passe pas bien on se voit le lundi. [oui] et si vraiment ils sont paniqués je leur dis « on se voit le lundi matin à 7h30 avant de commencer le boulot ». Donc au pire si ça se passe pas bien, y'a rien qui se passe entre les deux, j'essaye d'adapter vraiment pour les rassurer. » « que j'essaye d'être quasiment être sûre qu'il va pas y avoir de douleurs. Parce que redonner une information négative au niveau d'une articulation ou d'une pathologie ça peut repartir dans des travers pas top, et du coup j'essaye en général de pas me planter quand je les remet en activité un peu plus contraignante de me dire bah voilà je sais que ça va passer et que...c'est plus pour les rassurer que pour les...[inaudible] ou alors des fois j'adapte, je rajoute une petite bande élastique et je leur dis vous voyez là ça vous fait pas mal « ah bah non » et pourtant là c'est plus dur. » - 64 : « je parle plus trop de douleur depuis ma formation du coup, je parle plutôt d'inconfort. Parce que la douleur c'est une perception, si on commence à parler de ça ça va diverger [rires] la douleur c'est une perception, et du coup euh je pars dans l'objectif de soulager un inconfort. Lui il le perçoit comme dans la douleur mais moi je dis désagréable ou agréable. Supportable pas supportable. Inconfortable confortable. Et déjà en...en utilisant ces mots là le patient il...si on arrive le patient on lui dit « alors, votre douleur aujourd'hui, elle est passée de combien à combien ? » alors déjà le patient ça lui parle pas, lui toute façon il a toujours mal. « Du coup c'est plus supportable ou pas supportable ? » « bah finalement c'était peut-être plus supportable parce que j'ai réussi à m'endormir » et là du coup c'est pas du tout la même euh démarche. » - 66 : « on enlève un peu ce terme-là de catastrophisation du fait d'avoir des douleurs » - 74 : « Je sais qu'il y a des applications maintenant qui existent, on peut programmer des exercices pour les patients et du coup ils ont directement leur liste d'exercices à faire chez eux euh...et ils peuvent commenter ce qu'ils ont ressenti et nous on peut regarder »

MK5 : - 8 : « quand y'a des problèmes cognitifs quand y'a des problèmes de de de mémoire de travail, avec les parkinsoniens c'est quand même très souvent, à ce moment-là j'ai des fiches que je leur photocopie je leur fais des petits cahiers avec des dessins, euh...qui sont très explicites euh...et je vous ai parlé du livret tout à l'heure que j'ai écrit avec France parkinson, là aussi c'est pareil on remet on refait des dessins on remet vraiment dans la vision la décomposition des exercices un peu complexes, pour que ça soit tous des exercices plus simples pour le patient, euh...ou alors moi je leur donne des livrets de photocopies d'exercices de photocopies de...de rééducation qu'ils ont fait ici, qu'ils connaissent, qu'on fait, qu'on refait, ils peuvent refaire chez eux. » - 10 : « je leur dis attendez, moi c'est pas, c'est pas mon parkinson c'est pas ma rééducation il faut aussi qu'ils comprennent qu'il faut qu'ils se prennent en main et que les exercices soient fait à la maison » - 12 : « parce que je leur ai fait comprendre par A + B parce que je leur ai tout expliqué, je passe mon temps à expliquer des choses sur leur pathologie » « ils faisaient pas grand-chose et puis tout d'un coup là on leur fait des exercices on les fait courir on les fait sauter dans le couloir, alors

	qu'ils ne pensaient pas du tout le faire, on les fait travailler en musique ils se disent bah en fait, voilà quoi » « Je suis tout le temps en train d'essayer de leur montrer ce qu'ils font bien et de pas leur montrer ce qu'ils font pas bien et de les motiver motiver motiver motiver tout le temps tout le temps. Et je pense que eux s'auto-motivent aussi. » - 16 : « leur montrer qu'il y a des choses qui sont possibles » « vaut mieux lui montrer ce qui va toujours bien, et comment ça va toujours bien, même si on a mis en place une canne, c'est que ça va bien, avec la canne il continue à faire les choses, avec le déambulateur il continue à faire les choses » « mettre l'accent et les points sur ce qui est positif, et jamais sur ce qui est négatif et qu'il ne fait plus » - 18 : « Même avec des patients cognitifs si on le fait on le re-refait ça redevient automatique donc c'est c'est c'est assez bluffant même pour eux, même pour eux, donc euh...leur montrer qu'il y a un petit truc « ça vous arrivez pas bien ? Allez pousser un peu plus ici, tirez un peu plus là » et ça se fait » - 22 : « Je refais comme si je refaisais une première séance. « Alors est ce que vous savez que c'est psycho, je leur explique, vous savez que c'est une rééducation psychorigide, c'est comme ça, c'est pas moi qui l'ai inventé » » « pour redonner des bases, pour redonner de la motivation » - 30 : « la place de l'aidant c'est un peu ma main qui continue à la maison » « au lieu de dire à son conjoint redresse toi lui dire, bah tiens chocolat ou pot de crème, euh...voilà ça permet de pas dire quelque chose, de pas reprocher quelque chose mais plutôt de dire on va travailler ça ensemble » « Y'a des aidants qui viennent à chaque séance, et euh...moi ça me va très bien, y'a aucun souci, et euh...sauf les aidants qui sont trop intrusifs et qui disent « eh non et tu vois, plus haut ! Plus grand ! » Et qui n'arrêtent pas de critiquer, là du coup faut que je les calme un petit peu de temps en temps » - 42 : « Bah moi j'espère que ça les remotive quoi si tu veux, que ça les replonge dans le chemin où je veux qu'ils aillent quoi » - 44 : « le bilan et la première séance c'est...crucial. Il faut leur passer ce qu'on veut et ce qu'on a...leur prouver par A + B qu'on peut faire quelque chose pour eux » - 46 : « il m'a dit que en fin de compte « bah non votre voix elle commande en fait » et bah oui oui ça c'est sûr, on est bien d'accord, mais en fait avec des parkinsoniens c'est ça hein, c'est toujours, c'est madame + donc il faut toujours euh...parler plus fort euh montrer l'exercice plus grand, plus haut, plus en arrière enfin voilà donc euh...il faut les motiver par ça aussi » - 62 : « Rien que de savoir le nom de ses médicaments. » « tu prouves à ton patient que tu connais »
Acquisition / besoin de connaissances sur le sujet	MK1 : - 52 : « par expérience, plus tu côtoies de patient plus...plus t'arrives à affiner bah déjà ton toucher tout ça et plus t'arrives aussi à ressentir un peu le patient » - 54 : « ouais peut être avoir un peu plus de...de savoir comment s'y prendre effectivement un peu plus facilement pour ouais effectivement euh...bah être, réussir à prendre en charge un peu tous tes patients même ceux qui s'impliquent un peu moins et les faire adhérer un petit peu, c'est un petit sentiment d'échec quand même quand le patient t'arrives pas à l'emmener où tu veux et qu'il veut pas quoi » MK2 : - 54 : « Euh bah je me suis jamais posé la question, mais oui sans doute. De toute façon y'a plein de choses qu'on apprend en pratiquant hein en quelque sorte, mais euh, mais oui d'avoir des conseils et des...c'est toujours bon à prendre ouais » - 56 : « oui c'est l'expérience bah c'est un mélange de tout si il y a quand même pas mal de messages qui sont passés à l'école et en cours de formation » « tu brodes un peu autour avec euh...avec toi ton expérience...tes...tes sensations » « une formation qui m'a été pas mal utile, qui s'appelle Communication Thérapeutique » MK3 : - 44 : « c'est un petit peu un mix de tout, à l'école on nous apprend quand même à respecter les patients et à les écouter un minimum et après ben y'a l'expérience qui fait que on sait que...on repère assez vite des profils de patients aussi. » - 64 : « Bah pourquoi pas ouais, c'est toujours bon à prendre, moi je prends tout ce qu'on peut avoir de nouveau, carrément. C'est vrai que c'est plus difficile à...c'est plus difficile à aller chercher on va dire... Je sais pas, l'exercice renfo quadri euh... [ouais] [rire] là tout ce qui est adhésion euh confiance c'est un peu plus compliqué mais euh y'a des petites techniques je pense mais...on connaît pas toujours tout en fait. Beaucoup je dirais au feeling hein, à l'instinct et à l'expérience. » MK4 : - 70 : « le tutorat. Devoir trouver des explications à mes stagiaires ça me force à trouver des explications à mes patients. Donc le tutorat je pense que c'est une grosse valeur ajoutée à notre pratique professionnelle et à toujours remettre en cause et, faire preuve d'esprit critique euh...on est obligé de le faire quand y'a des étudiants donc après ça devient automatique on le fait tout le temps, et ça aide beaucoup » « la littérature même si c'est un peu hypocrite parce qu'en ce moment j'ai pas du tout le temps de lire d'articles. Je suis plutôt sur les réseaux sociaux, euh mais ça aide beaucoup hein tout ce qui est chaînes sur insta, enfin moi je trouve qu'elles sont vraiment de qualité, je recommande » « les formations » « Toujours essayer de chercher le meilleur [...] et puis... être humble » - 74 : (ça vous intéresserait d'en savoir plus ?) « Oui moi j'aime beaucoup échanger sur les différentes pratiques » MK5 : - 54 : « On a toujours besoin d'en apprendre plus. »

Annexe 3 : Tableaux récapitulatifs des caractéristiques des participants et des entretiens*Tableau I : Caractéristiques des participants de l'étude*

	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Année de diplôme	2006	2008	2017	2018	1991
Lieu d'exercice	Nantes	Nantes	St-Sébastien sur Loire	Clisson	Nantes
Patientèle	Adultes, enfants Variée (rhumatologie, musculo-squelettique, neurologie)	Adultes Variée, majorité de femmes	Enfants, nourrissons, femmes enceintes	Adultes, adolescents Rhumatologie, orthopédie, neurologie	Adultes Majoritairement patients atteints de la maladie de Parkinson

Tableau II : Caractéristiques des entretiens réalisés

	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Date de l'entretien	18 mars 2022	24 mars 2022	25 mars 2022	25 mars 2022	28 mars 2022
Modalité et lieu de l'entretien	Visio : la participante se trouvait à son domicile	Visio : la participante se trouvait à son domicile	Présentiel : dans la salle-kiné de la participante	Visio : la participante se trouvait dans son jardin	Présentiel : dans la salle-kiné de la participante
Durée de l'entretien	21 minutes	33 minutes et 19 secondes	29 minutes et 17 secondes	39 minutes et 11 secondes	49 minutes et 43 secondes