



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation

Pays de la Loire.

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

Pratiques et représentations des effets contextuels par les  
Masseur-kinésithérapeutes

Maureen ROINSSARD

Mémoire UE 28

Semestre 10

Année Scolaire: 2022-2023



**Engagement de non plagiat**

Je, soussigné (e)

Roinssard Maureen, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à St Julien de Concelles

Le 08/04/2023

Signature:	
------------	--



**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:**

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien de certaines personnes à qui je voudrais adresser des remerciements particuliers.

Avant tout, je voudrais exprimer ma reconnaissance à ma directrice de Mémoire, Masseur kinésithérapeute en santé publique pour sa patience et sa supervision tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier l'Institut de masso-Kinésithérapie de Nantes et tous les professeurs qui ont contribué à la construction de mon identité professionnelle durant ces quatre années d'étude. Je les remercie également pour la qualité des enseignements dont j'ai bénéficié tout au long de ma formation et pour leur aide et leurs conseils durant ce travail d'initiation à la recherche.

Je voudrais évidemment remercier tous les Masseur-kinésithérapeutes qui ont porté de l'intérêt à mon travail en répondant à mon questionnaire.

Pour terminer j'aimerais remercier mes proches, amis et famille pour leur soutien tout au long de mon cursus et de sa concrétisation par la réalisation de ce mémoire.





**Résumé:**

**Introduction:** Aujourd'hui l'efficacité d'une prise en soin kinésithérapique est indissociable des effets non spécifiques et le contexte y joue un rôle primordial. Les caractéristiques du kinésithérapeute, du patient, du traitement, de l'environnement et la communication sont des éléments capables de booster l'efficacité thérapeutique lorsqu'ils sont pris en compte. Au contraire les négliger peut conduire à la création d'effets nocebo et ainsi nuire à la qualité du traitement.

L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations et pratiques des Masseur-kinésithérapeutes dans l'objectif d'évaluer si ces effets contextuels sont intégrés à leur pratique quotidienne.

**Méthode:** Une enquête transversale quantitative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne interrogeant les MK en activité. Ce questionnaire comprend 26 questions réparties en 3 sections distinctes.

**Résultats:** 163 réponses complètes ont été récoltées. Une grande majorité des participants étaient des femmes, travaillant en libéral, en Loire Atlantique. Seulement 15% avaient déjà eu un apport théorique sur le sujet. Environ la moitié des MK savent ce que sont les effets contextuels et 72% ont indiqué les utiliser. Les participants ont obtenu une moyenne de 5,2/8 concernant les questions de connaissances et pratiques par rapport aux recommandations de la littérature. Cette moyenne était significativement différente selon que le MK soit diplômé avant ou après 2019.

**Conclusion:** Associer les effets contextuels à nos pratiques constitue une manière d'optimiser les résultats thérapeutiques sans se confronter aux questions éthiques. Diffuser ces concepts par des cours ou des formations semble donc être un enjeu majeur afin que l'ensemble des kinésithérapeutes utilisent la "*force*" des effets contextuels.

**Mots clés:**

- Effets contextuels
- Effet placebo
- Facteurs contextuels
- kinésithérapie

**Summary:**

**Introduction:** Nowadays, the efficiency of a physiotherapy treatment is inseparable from the non specific effects and the context plays a crucial role in it. The characteristics of the physiotherapist, the patient, the treatment, the environment and the communication are elements able to boost the therapeutic efficiency when they are taken into account. On the contrary, neglecting them can lead to the creation of nocebo effects and thus harm the quality of the treatment.

The objective of this study was to explore the representations and practices of physiotherapists in order to evaluate whether these contextual effects are integrated into their daily practice.

**Method:** A quantitative cross-sectional survey was carried out using an online questionnaire questioning active physiotherapist. The questionnaire consisted of 26 questions divided into 3 distinct sections.

**Results:** 163 complete responses were collected. A large majority of the participants were women, working independently in Loire Atlantique. Only 15% had already had theoretical input on the subject. About half of the MKs knew what contextual effects are, but 72% said they used them. The participants obtained an average of 5.2/8 for knowledge and practice questions compared to literature recommendations. This mean was significantly different for physiotherapists graduating before and after 2019.

**Conclusion:** Linking contextual effects to our practices is a way to optimize therapeutic outcomes without confronting ethical issues. Disseminating these key concepts through courses or trainings therefore seems to be a major issue so that all physical therapists use the "*power*" of contextual effects.

**Key words:**

- Contextual effects
- Contextual factors
- Physiotherapy
- Placebo effect

### **Glossaire des abréviations:**

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EBP : Evidence Base Practice

EC : Effet contextuel

IFMK : Institut de Formation en Masso Kinésithérapie

MK : Masseur kinésithérapeute

Q : Question

TMS : Troubles Musculo Squelettiques

VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde

Table des matières:

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. L'effet placebo</b>	<b>2</b>
2.1. Définition	2
2.2 Mécanismes physiologiques	2
2.3 Les différents effets constatés d'un traitement	3
2.4 Satisfaction et efficacité	4
2.5 Éthique et placebo	5
<b>3. Facteurs et effets contextuels</b>	<b>7</b>
3.1 Définition	7
3.2 Mécanismes	7
3.3 Classification	9
3.4 Les effets contextuels dans la kinésithérapie	17
<b>4. Problématisation</b>	<b>18</b>
<b>5. Méthodologie</b>	<b>19</b>
5.1 Méthodologie quantitative et objectifs	19
5.2 Population cible	19
5.3 Structure du questionnaire	20
5.4 Elaboration du questionnaire	20
5.6 Construction des questions	21
5.7 Diffusion du questionnaire	22
5.8 Procédure d'analyse des données	23
<b>6. Résultats</b>	<b>24</b>
6.1 Caractéristiques démographiques des participants	24
6.2 Les effets contextuels	25
<b>7. Discussion</b>	<b>33</b>
7.1 Discussion Méthodologique	33
7.2 Réponses aux hypothèses	37
7.3 Perspectives pour la pratique future	41
<b>8. Conclusion</b>	<b>42</b>

**Références Bibliographiques****Annexes 1 à 5**

*Cet écrit utilise la norme Vancouver*

## 1. Introduction

Aujourd'hui les besoins kinésithérapiques ne cessent d'augmenter. Selon une étude de Cieza et al, en 2019, 2,41 milliards de personnes dans le monde auraient un état de santé nécessitant des soins kinésithérapiques (1). De plus, en France, la répartition géographique est très inégale et compte près de 30% du territoire en sous dotage (2). Ces facteurs démographiques et géographiques créent une masse de travail très importante pour les kinésithérapeutes qui impliquent une efficacité dans leur prise en charge. Dans ce cadre, le système de santé français impose aux Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) *“d’entretenir et de perfectionner [leurs] connaissances”* par de la formation continue régulière (3) et par de la veille scientifique. Les instances de santé recommandent l'utilisation de traitements dont les effets spécifiques ont été déterminés et préconisent ainsi l'approche Evidence Based Practice (EBP) pour la prise de décision clinique (4). L'EBP est un concept qui permet de guider les choix des thérapeutes dans l'objectif d'être le plus efficient possible. Cette méthode prend en compte 3 piliers: les preuves apportées par la littérature scientifique, l'expérience du praticien et les choix individuels des patients.

Alors comment expliquer le succès des médecines dites *“alternatives”* dont aucun effet spécifique n'a été prouvé ? Comment expliquer que 74% des français estiment que l'homéopathie est un traitement efficace (5) alors que ces produits n'ont jamais montré plus de preuves d'efficacité que le placebo (6)?

*“Pour comprendre le succès des médecines non fondées sur des preuves, il convient de mettre en lumière les effets de contexte dont elles savent tirer profit, quand la médecine savante est souvent contrainte de les subir”* (7). Ces effets de contexte font partie des effets non spécifiques du traitement et sont plus couramment appelés effets contextuels (EC) ou effet placebo. Les effets placebos et les effets contextuels sont de plus en plus étudiés dans la littérature scientifique (Annexe 1) et ont montré de nombreuses preuves d'efficacité notamment dans le domaine de la kinésithérapie. Quelles sont donc les possibilités d'actions des effets contextuels dans le domaine de la santé ?

## 2. L'effet placebo

### 2.1. Définition

La notion de placebo est un concept très large. Ce terme signifie en latin *“je plairai”*. A l'origine, on appelait placebo *“un médicament d'efficacité pharmacologique nulle”* (8) qui était donc *“plus destiné à plaire plutôt qu'à exercer un effet spécifique”* (9).

On distinguait 2 types de placebo. Le placebo *“pur”* (traitement pharmacologiquement inerte) et le placebo *“impure”* (traitement dont l'efficacité n'est pas démontrée ou dont l'utilisation est détournée).

Lorsqu'un traitement placebo ou médicament placebo administré provoque un effet quel qu'il soit, on parle d'effet placebo si c'est un effet positif et d'effet nocebo si c'est un effet négatif.

*“Cette définition comporte cependant un paradoxe, puisque, si un traitement est «inerte», il ne peut par essence pas provoquer d'effets. Pour résoudre ce paradoxe et tenter de comprendre ce qui se joue dans les effets placebos, [la question doit être posée ainsi : qu'est ce que l'intervention] produit chez le patient plutôt que de s'attacher à la substance inerte en elle-même”* (10).

Cette réponse à un traitement inerte varie en fonction des individus et *“est conditionnée par ses croyances, ses représentations ainsi que par ses attentes dans le contexte thérapeutique”* (9).

En 1964, Turbiaux, Kissel et Barrucand ont donc choisi de définir l'effet placebo comme une *« mesure thérapeutique d'efficacité intrinsèque nulle ou faible, sans rapport logique avec la maladie, mais agissant, si le sujet pense recevoir un traitement actif, par un mécanisme psychologique ou psychophysiologique »* (11).

### 2.2 Mécanismes physiologiques

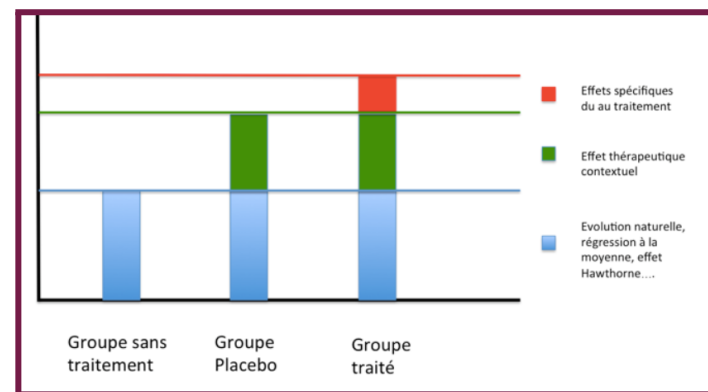
L'effet placebo est basé sur des mécanismes neurobiologiques complexes impliquant plusieurs neurotransmetteurs tels que les endorphines, les cannabinoïdes et la dopamine

(12). Les endorphines et les cannabinoïdes sont impliqués dans les mécanismes d'attente et de conditionnement, la dopamine quant à elle, est plutôt impliquée dans les mécanismes de motivation, d'attente et de récompenses (12). Lorsqu'un patient forme des attentes concernant par exemple une douleur, certaines zones du cerveau vont s'activer (cortex cingulaire antérieur, précentral et préfrontal latéral et substance grise périaqueducale). Si le sujet s'attend à ne pas ressentir de douleur, les zones activées du cerveau seront localisées au niveau du cortex cingulaire postérieur, du cortex temporal supérieur et du gyrus précentral. Au contraire, si le sujet s'attend à ressentir de la douleur, les zones activées seront différentes (cortex cingulaire antérieur, l'insula et l'opercule pariétal et frontal gauche) (13). Selon les zones activées, le cerveau envoie des messages nerveux différents qui se traduisent ensuite par des réponses cliniques différentes.

Toutes ces études ont permis de montrer que l'efficacité des traitements placebos se traduisait par de réels mécanismes physiologiques expliquant leur efficacité.

### 2.3 Les différents effets constatés d'un traitement

L'effet placebo n'est pas un mécanisme constaté seulement dans la prise de traitement médicamenteux. Dans n'importe quel traitement ou action sur l'individu, se produit plusieurs effets: les effets spécifiques du traitement (en rouge) et les effets non spécifiques (en bleu et vert) (Figure 1).



*Figure 1: Résultat d'un essai clinique avec 3 groupes permettant de différencier les résultats dus au traitement, au contexte thérapeutique et aux effets statistiques.*

#### 2.3.1 Les effets spécifiques du traitement

Ils correspondent à l'effet propre du médicament ou du geste, c'est-à-dire à son mécanisme d'action physiologique.

### 2.3.2 les effets non spécifiques

Ce sont tous les effets liés à d'autres facteurs que le traitement en lui-même. Ce sont principalement des effets statistiques ou des effets du contexte qui ont été identifiés lors d'études scientifiques.

- **L'évolution naturelle de la maladie:** Toutes les maladies ont une évolution naturelle qui inclut la rémission spontanée et la fluctuation des symptômes. Et c'est un biais d'attribuer ces changements au traitement ou à l'effet placebo (12)(14).
- **La régression à la moyenne** (15) est très liée à l'évolution naturelle de la maladie et est définie comme *"la tendance d'une variable mesurée extrême, à se rapprocher de sa tendance centrale sur une mesure ultérieure"*(12).
- **L'effet Hawthorne** (16) stipule que le simple fait de participer à une étude augmente les performances du sujet.
- **Le paradoxe de Simpson** *"qui stipule qu'il est possible qu'un même phénomène ait lieu à l'intérieur de différents groupes, mais que ce phénomène s'inverse lorsque les groupes sont rassemblés"* (17). Ce phénomène est dû la plupart du temps à un facteur confondant non considéré (15).
- **Le paradoxe de Rogers** : *"En déplaçant un élément d'un groupe à l'autre, on peut paradoxalement faire monter la moyenne dans les deux groupes"*(18). Ce phénomène survient lors des changements de critères d'inclusions des groupes (15).
- **L'effet placebo** ou effet thérapeutique contextuel: Il fait partie des effets non spécifiques.

Tous ces effets sont importants à distinguer pour ne pas attribuer à tort à l'effet placebo, les propriétés d'autres facteurs.

On peut alors définir l'effet placebo comme : l'effet constaté d'une intervention, auquel on soustrait tous les autres effets (spécifiques et autres effets non spécifiques).



## 2.4 Satisfaction et efficacité

Sur ce concept de placebo, Richard Mauvoisin et Nicolas Pinsault apportent une nuance (19). Le placebo ne guérit pas le patient mais améliore ses symptômes et augmente donc sa qualité de vie. En effet la *“satisfaction d’un soin n’est pas toujours corrélée à son efficacité”*. Ils expliquent qu’un patient avec une maladie tel un cancer pourrait être satisfait d’un traitement placebo qui n’a aucune efficacité sur la guérison de son cancer mais qui diminue ses symptômes et donc améliore sa qualité de vie. Se pose alors la question de ce qui est le plus important : la satisfaction du patient ou sa guérison ?

C’est ce qu’a étudiée cette méta analyse (20), qui a montré que l’effet du traitement placebo était supérieur au groupe contrôle (sans traitement) seulement pour les issues (outcomes) subjectives comme la douleur. Cela confirme que le placebo n’a pas d’influence sur la maladie mais modifie les perceptions du sujet sur celle-ci (20). Par exemple, dans cette étude (21) les auteurs ont sélectionné 39 patients souffrant d’asthme. Chaque patient recevait au hasard un traitement contre l’asthme par inhalateur, un placebo par inhalation, une fausse acupuncture ou pas de traitement. Ce processus a été répété plusieurs fois et à chaque fois les évaluateurs ont mesuré le volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) et la satisfaction globale des patients. Lorsque les patients ont reçu le traitement contre l’asthme, le VEMS s’est retrouvé augmenté de 20% contre 7% dans les autres situations. Cependant la satisfaction était augmentée de 50% environ pour toutes les conditions sauf la situation sans traitement. Ce qui prouve que la satisfaction et l’efficacité d’un traitement ne sont pas toujours corrélées et que l’effet placebo ne guérira pas un patient car il n’agit que sur les éléments subjectifs.

Il faudra donc *“se souvenir que la satisfaction du patient est plus déterminée par les interactions avec le kiné et le processus de soins, plus que par les résultats du traitement”* (22).

## 2.5 Éthique et placebo

La notion d'effet placebo peut être à l'origine de litiges éthiques et est notamment au cœur des débats car les notions de mensonge et de consentement aux soins posent questions. Cette étude (23) a permis de montrer que le paracétamol ne diminuait que très peu la douleur et la fonction dans le cadre d'arthrose de hanche et de genou comparativement au placebo. Cependant, peut-on pour autant remplacer le médicament antalgique contre un placebo sans en informer le patient ?

Selon le code de la santé publique, *“Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.”* (24) et *“le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.”* (article R. 4127-35) du code de déontologie (25).

Pour résoudre cela, des chercheurs ont mis en place le concept de placebo éclairé. Le principe est d'informer le patient que l'on va lui administrer un traitement placebo tout en lui expliquant qu'il sera tout de même efficace. Ce concept a permis de contourner les problèmes éthiques posés par les effets placebos et de continuer à l'utiliser. Dans leur étude (26), Kaptchuk et al. ont comparé l'efficacité du placebo éclairé, à un groupe contrôle. Les différents groupes étaient composés de personnes avec un syndrome du côlon irritable. Dans un groupe, ils ont proposé un médicament placebo présenté au patient comme sans substance active et composé de sucre mais ayant montré une efficacité dans la capacité de guérison du patient. L'autre groupe était un groupe contrôle. A 11 jours et 21 jours, le groupe ayant reçu le placebo a montré une réduction significative de la sévérité des symptômes et une augmentation de la qualité de vie comparativement au groupe contrôle. Des résultats similaires ont été observés dans une autre étude réalisée par Colloca et al. (27) où lorsqu'on informait les patients de l'administration d'un antalgique, la douleur diminuait plus vite que si on ne leur disait pas. De plus, si on les informait de l'arrêt du traitement antalgique, la douleur revenait plus vite que s'ils ne le savaient pas.

*“Les recherches en neuroscience ont permis de montrer que l’effet placebo est un réel phénomène biologique dû au contexte psychosocial présent dans n’importe quelle relation thérapeutique”(12) .*

Un grand nombre d’études ont permis de déterminer de nombreux facteurs pouvant créer ces effets placebos et nocebos: les facteurs contextuels.

### 3. Facteurs et effets contextuels

#### 3.1 Définition

**Les facteurs contextuels** *“sont des aspects multidimensionnels de la rencontre thérapeutique (prestataire, patient, relation patient-prestataire, traitement et cadre) capables de produire des réponses biologiques et psychologiques pouvant déclencher des résultats cliniques positifs ou négatifs par effets placebo et nocebo”* (28). Ces résultats sont appelés **effets contextuels**.

La présence de facteurs contextuels est interprétée par le patient et est convertie en messages neurophysiologiques (cf: 3.2) créant ainsi des effets contextuels (13) (mécanismes biologiques) (Figure 2).

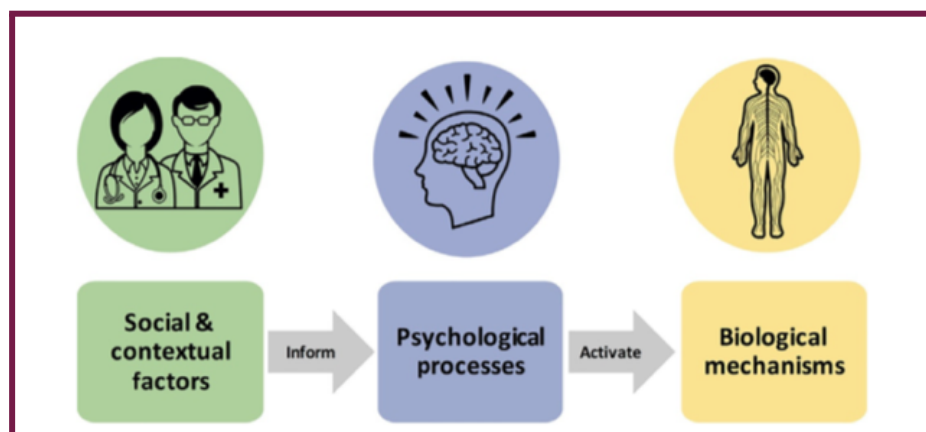


Figure 2: Processus engagé par les effets contextuels (30)

## 3.2 Mécanismes

Les chercheurs ont mis en avant des modifications neurobiologiques lorsqu'un sujet se crée des attentes vis-à-vis d'une situation. Ces attentes ne sont pas créées au hasard, et sont expliquées par différents mécanismes : le conditionnement opérant, la suggestion verbale et l'apprentissage social (8,13,29).

### 3.2.1 Conditionnement, apprentissage social et suggestion verbale

#### Le conditionnement

Le conditionnement pavlovien a été montré pour la première fois par Ivan Pavlov. Dans ce concept, on associe un stimulus inconditionnel (nourriture), à un stimulus neutre (cloche). La réponse du sujet (chien) à ce stimulus est une salivation (réponse inconditionnelle). Au fur et à mesure que ces situations sont reproduites, le chien associe le son de la cloche à la nourriture. Le stimulus neutre (cloche) finit ainsi par provoquer une réponse conditionnée (salivation). Une méta analyse (30) a réussi à démontrer que le conditionnement opérant pouvait modifier la perception de la douleur et notamment provoquer de l'hyperalgésie ou de l'allodynie. Par ailleurs, cette étude (29) a pu montrer que le conditionnement opérant et l'apprentissage social jouaient un rôle dans la réduction de la douleur. En effet, en conditionnant les sujets à recevoir une stimulation non douloureuse avec une lumière verte et un stimulus douloureux avec une lumière rouge, les chercheurs ont montré que par la suite les sujets sous-évaluaient le stimulus douloureux lorsqu'on l'associait à une lumière verte.

#### L'apprentissage social

Les chercheurs ont obtenu les mêmes résultats en faisant observer à des sujets un individu recevant ces différents stimuli en fonction de la couleur de la lumière. Les sujets sous-évaluaient les stimuli lors de la lumière verte et les sur évaluait lors de la lumière rouge. Ce phénomène est appelé : apprentissage social et *“fait référence à des cas d'apprentissage ou le comportement d'un démonstrateur modifie le comportement ultérieur d'un observateur (29).”*

### La suggestion verbale

Le dernier mécanisme pouvant induire des attentes chez un sujet est la suggestion verbale. Pfingsten et al. ont montré que sur un simple mouvement d'extension de genou, les patients informés d'un mouvement potentiellement douloureux ont montré des niveaux de souffrances significativement plus élevées et des performances plus faibles que le groupe ayant été informé que l'expérience n'induirait pas de douleurs (31).

Ce sont par tous ces mécanismes, que les patients sont amenés à créer des attentes.

### 3.2.2 Effet d'attente

Ce concept aussi appelé "*expectation model*" (13) prend en compte les attentes que se fait un sujet sur une situation.

Les attentes du patient sont un levier puissant pour agir sur le résultat d'un traitement (31,32). En effet le simple fait d'avoir une attente, déclenche des modifications neurobiologiques qui peuvent par la suite expliquer les modifications somatiques. Manai et al. (33) ont montré que si les attentes d'un patient sont négatives, des régions du cerveau responsables de la réponse nociceptive comme le cortex préfrontal, le thalamus, le cortex somatosensoriel secondaire, le cortex cingulaire antérieur ou encore le cortex insulaire sont activées par simple anticipation de la douleur. Le fait de penser que l'on va avoir mal va déclencher ce système et apporter de la douleur alors qu'aucun mécanisme nociceptif n'est encore apparu.

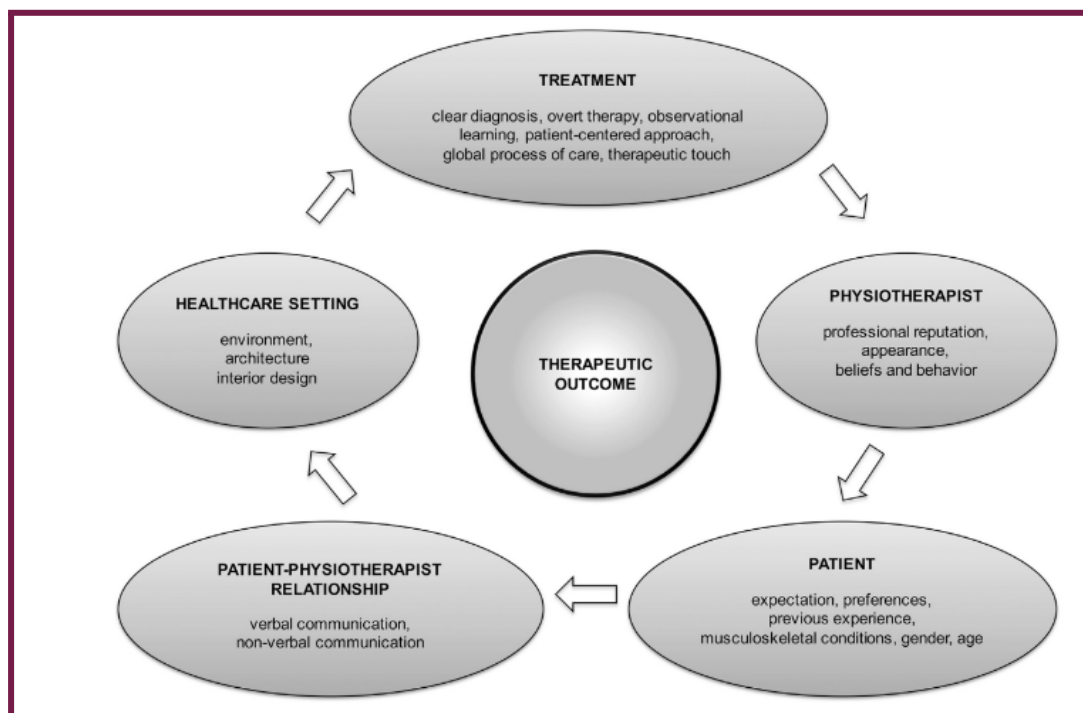
Plusieurs grandes idées ont été dégagées (8):

- Effet d'amplitude : plus un traitement est annoncé efficace plus les attentes du patient sont importantes plus son effet est grand.
- Effet d'attente localisé : dans les traitements locaux l'efficacité n'est ressentie qu'au niveau de la zone traitée.
- effet de complexité : plus un traitement apparaît complexe plus l'effet est grand.

Les attentes du patient jouent donc un rôle important sur le résultat d'un traitement et plusieurs mécanismes (cf: 3.2) ont la capacité de créer ou modifier des attentes chez le patient à partir de plusieurs éléments du contexte: les facteurs contextuels.

### 3.3 Classification

Les facteurs contextuels sont nombreux et très variés, Blasi et al. (34) et Rossetini et al. (13) proposent une classification très similaire et les divisent en 5 catégories (Figure 3).



*Figure 3: Les effets contextuels comme modulateurs de l'issue thérapeutique*

#### 3.3.1 Les caractéristiques du kinésithérapeute

Les caractéristiques du thérapeute sont une part importante de la satisfaction des patients (22) et comprennent notamment son apparence, son professionnalisme, ses comportements et ses croyances.

**Apparence :**

L'image que renvoie notre professionnel de santé peut avoir un impact sur la satisfaction des patients concernant leur prise en soins.

Tout d'abord cette étude a montré que les patients étaient moins satisfaits si le lieu était peu propre et que l'apparence professionnelle du thérapeute était pauvre (22). La tenue qui semble satisfaire le plus de patients (60%) est la tenue "*habillée*" associée à une blouse blanche. Cette tenue et les sentiments de confiance et de compétences sont d'ailleurs associés par les patients (35,36).

**Professionalisme et réputation**

En allant consulter un professionnel de santé, le patient choisit de prendre en compte l'avis d'une tierce personne. Dans ce cadre, plus le thérapeute a bonne réputation et paraît professionnel, plus il sera aisé pour le patient de lui donner sa confiance.

Dans les situations de soins, les patients évaluent comme important, l'expérience du praticien (plus 80% des répondants) et ses compétences techniques (93% des répondants) (37). Les études ont aussi montré que la réputation du praticien avait un effet modéré à fort (37).

Ainsi, la visibilité des diplômes et des formations complémentaires sont donc une manière de rassurer le patient et d'augmenter sa confiance dans ses soins (9,38).

**Comportements et croyances :**

Les croyances et attentes d'une personne par rapport à une autre, influencent son comportement jusqu'à tendre vers la confirmation de ses attentes de départ (12). Cet effet a été décrit pour la première fois par R. Rosenthal en 1963 dans le milieu scolaire entre un professeur et ses élèves et a été surnommé phénomène de la "*prophétie auto-réalisatrice*" (39). L'optimisme ou le pessimisme du praticien envers une prise en charge peut être à l'origine de l'augmentation de son efficacité : effet "*pygmalion*" ou de sa diminution : effet "*golem*".

Pour illustrer cela, prenons l'exemple d'un MK qui pense qu'un patient a de grandes capacités (force, endurance...). Il va donc lui proposer un traitement plus difficile. Il va

probablement s'améliorer plus et plus rapidement qu'un autre. Cela confirmera alors les attentes de départ du MK que ce patient à de grandes capacités.

C'est ce qu'a voulu démontrer Witt et al. (40) dans son étude et qui a conclu que *“les patients pour qui le physiothérapeute avait attendu une amélioration plus importante ont montré une plus grande réduction de la douleur et une meilleure amélioration fonctionnelle que les patients pour qui le physiothérapeute avait attendu une amélioration modérée”*.

De plus, il a été montré que le comportement du kinésithérapeute pouvait modifier les symptômes et la qualité de vie du patient avec le syndrome du côlon irritable (41). Dans cette étude, les auteurs ont créé trois groupes. Le premier groupe était un groupe contrôle, le deuxième recevait un traitement d'acupuncture deux fois par semaine par un thérapeute *“neutre”* dans sa communication et le troisième groupe recevait des séances d'acupuncture deux fois par semaine par un thérapeute avec *“communication augmentée”* (chaleureux, empathique, explication des symptômes).

Le groupe ayant eu le thérapeute avec *“communication augmentée”* a montré des résultats significativement améliorés (symptômes et qualité de vie) par rapport aux autres groupes quel que soit le thérapeute.

### 3.3.2 Les caractéristiques du patient

#### Attentes et préférences

D'après la littérature aucun lien n'est fait entre les préférences d'un patient pour un traitement et ses attentes. Des études ont établi que les patients ne montraient pas de meilleurs résultats quand ils recevaient le traitement qu'ils souhaitaient (42,43). Au contraire, comme vu précédemment, les attentes ont un impact majeur sur le résultat d'un traitement et peuvent constituer un moyen d'augmenter ses effets. On peut donc poser l'hypothèse que les concepts de préférences et d'attentes doivent être pris séparément et que la notion d'attente prime sur la notion de préférence. Il serait donc plus intéressant de réaliser le traitement que le patient pense le plus efficace plutôt que celui qu'il préfère avoir.



En explorant les croyances du patient, le thérapeute pourra ajuster sa prise en charge pour l'axer sur les croyances positives du patient et donc sur ses attentes (13) et ainsi maximiser les effets contextuels.

### Emotions et humeur

L'état émotionnel du patient joue un rôle dans la perception de la douleur qu'il va ressentir (44). Un patient de mauvaise humeur va percevoir une douleur significativement moins agréable qu'un patient de bonne humeur (Figure 4). Il en est de même pour l'attention que l'on porte à la douleur. Plus l'on est attentif à cette sensation, plus l'on va ressentir une douleur intense et inversement (44) (Figure 5).

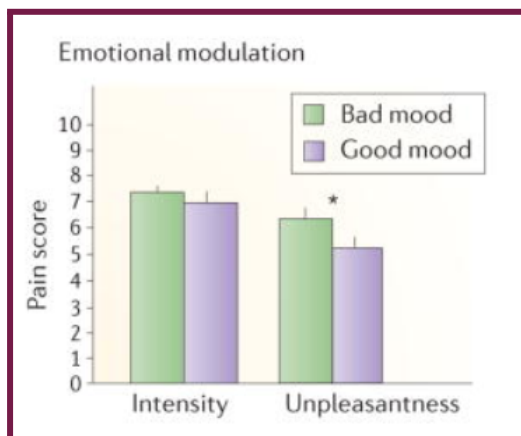


Figure 4: Impact de l'humeur sur le ressenti de la douleur (Intensité et caractère déplaisant)

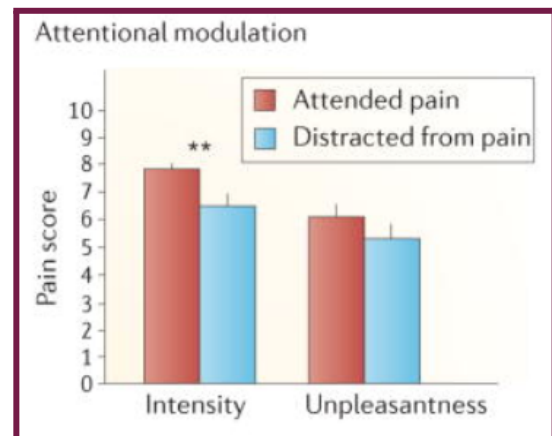


Figure 5: Impact de l'attention sur le ressenti de la douleur (intensité et caractère déplaisant)

### Genre et âge

Aujourd'hui, les caractéristiques intrinsèques telles que le genre du patient ont montré des résultats divergents entre les études, ce qui ne nous permet pas d'affirmer leur implication (45–48).

Cependant l'âge pourrait faire partie des facteurs contextuels. D'après plusieurs études, les personnes âgées (+ 65 ans) semblent plus facilement satisfaites des soins kinésithérapiques que les autres catégories d'âge (49). Une explication a été proposée par J. R. Lewis qui pense que les personnes âgées sont probablement moins exigeantes et ont moins d'attentes que les personnes plus jeunes et sont donc satisfaites plus facilement (50).

### **Troubles musculo squelettiques (TMS)**

Le caractère aigu ou chronique semble aussi avoir un impact sur la satisfaction des soins. Les patients avec des TMS aiguës accordent une plus grande importance aux caractéristiques du thérapeute pour évaluer leur satisfaction alors que ceux avec des TMS chroniques l'évaluent plutôt par l'organisation des soins (22).

#### **3.3.3 La communication soignant/soigné**

La communication a été décrite comme l'élément le plus important que les professionnels de santé doivent maîtriser pour créer une bonne relation thérapeutique (51).

Le premier élément associé par les patients à une bonne expérience chez le kinésithérapeute est *"la communication efficace"* (52). Cette communication peut être scindée en 2 parties : la communication verbale et la communication non verbale.

##### **Communication non verbale**

*"La communication non verbale inclut tous les comportements qui font passer un message sans l'utilisation du langage verbal"* (51).

La plus grande proportion de comportement non verbal chez les kinésithérapeutes est représenté par le toucher thérapeutique (54%) suivi du regard (32%) (51).

C'est aussi un moyen de mettre à l'aise les patients avec leur thérapeute (53). Le toucher thérapeutique est une des méthodes pour améliorer l'interaction patient/thérapeute (53). Il a aussi été démontré que le toucher thérapeutique pouvait être un outil aidant à réduire la douleur du patient (54,55).

##### **Communication verbale**

En moyenne la communication verbale du kinésithérapeute, durant une séance, représente 2 fois plus de temps que celle du patient (51). Il paraît d'autant plus important de soigner notre communication.

Un kinésithérapeute chaleureux, empathique expliquant au patient ses symptômes peut contribuer à diminuer les douleurs de son patient et à améliorer sa qualité de vie (41). Au

contraire une communication plus négative, comme évoquer qu'un exercice peut provoquer de la douleur va augmenter la peur et la douleur avant même de réaliser l'exercice.

C'est ce qu'a établi Pflingsten dans son étude menée sur des patients lombalgiques chroniques (31). Les patients devaient réaliser une extension de genou contre résistance. Un groupe 1 avait été informé que l'exercice pourrait augmenter leur douleur de dos et le groupe 2 avait été informé de l'effet inverse. Le groupe 1 a révélé une augmentation de sa douleur avant même de réaliser le test et une légère augmentation après le test. Le groupe 2 a signifié une nette diminution de la douleur entre l'explication et le test et une légère augmentation après le test.

Les communications verbales et non verbales des professionnels de santé peuvent parfois contenir des suggestions négatives involontaires qui peuvent déclencher des réponses nocebo. Quand les patients consultent en vue d'obtenir des soins, ils sont souvent très réceptifs aux suggestions négatives et très vulnérables aux interprétations erronées provenant des discours médicaux. Dans ces situations, il paraît donc primordial d'interroger leurs croyances et leurs compréhensions concernant les informations qu'ils ont pu recevoir du corps médical (comptes rendus d'opération ou de consultation) afin de supprimer toute ambiguïté pouvant déclencher des effets nocebo (56).

La communication positive est donc à privilégier pour éviter les effets nocebo. Dans son ouvrage, Paul W. Schenk propose des manières de communiquer à privilégier et d'autres à éviter (57). Écarter les termes qui peuvent suggérer que le patient peut échouer, par exemple le verbe "*essayer*". Prononcer des phrases affirmatives permet de valoriser le côté positif et de transmettre un message plus simplement qu'avec des négations. Par ailleurs, il est plus pertinent de demander au patient de faire quelque chose plutôt que de lui demander de ne pas le faire. Par exemple, lui proposer de détendre un membre plutôt que de ne pas le contracter permet de le guider dans sa réalisation.

### **Alliance thérapeutique**

Toute la communication soignant/soigné va contribuer à établir une alliance thérapeutique. Ferreira et al. ont pu démontrer que plus l'alliance thérapeutique est grande, plus l'effet du traitement perçu, la fonction et la réduction de la douleur sont importants (58).

### **3.3.4 Environnement des soins**

L'environnement des soins est une des 5 catégories d'effets contextuels. Il correspond au lieu d'accueil et de prise en charge du patient. Un lieu où le patient se sent confortable et en sécurité sera toujours plus propice à une amélioration des symptômes.

Le patient passe toujours un moment dans la salle d'attente et l'organisation de celle-ci peut modifier son état d'esprit. Les salles d'attente décorées, confortables et paraissant récentes amènent une satisfaction et une meilleure évaluation de la qualité des soins par le patient (59).

Les études se sont surtout penchées sur le lieu de prise en charge lors d'une hospitalisation. Les chercheurs ont remarqué que les patients qui dormaient dans une chambre avec vue sur de la nature restaient moins longtemps hospitalisés et prenaient des antalgiques moins forts durant la période post opératoire (60). De la même manière, ils ont montré qu'avoir un environnement audio (musique) avant, pendant et/ou après une opération pouvait réduire l'anxiété et l'intensité de la douleur (61).

La lumière naturelle et les rayons du soleil sont tout autant que l'environnement végétal une autre manière d'améliorer les symptômes du patient hospitalisé (réduction du stress, de la douleur, de la prise médicamenteuse (61), réduction du temps d'hospitalisation (59)).

Dans ce cadre, il paraît important de faire attention à la température, à l'éclairage du lieu ainsi qu'à son accessibilité. Les couleurs des pièces et notamment de la salle d'attente sont aussi à prendre en compte et il est important de privilégier les teintes claires et lumineuses pour réfléchir la lumière (62).

La propreté du lieu est également un élément pris en compte dans la satisfaction des patients (22).

### **3.3.5 Les caractéristiques du traitement**

Le toucher thérapeutique est un élément de communication très utilisé, cependant il constitue aussi un moyen de booster ses traitements par ses qualités antalgiques.

Le toucher thérapeutique pourrait contribuer à diminuer les douleurs de 0,8 points sur l'échelle visuelle analogique(55). Il permettrait aussi d'augmenter la mobilité et de diminuer

la douleur chez les personnes souffrant d'arthrose de genou (54) et de fibromyalgie (63,64). Par exemple, dans cette étude (54), les sujets recevaient au hasard des visites de *“toucher thérapeutique”* ou des visites *“amicales”* 3 fois par semaine pendant 6 semaines. Les visites *“amicales”* correspondaient au passage d'une infirmière qui prenait le temps de discuter avec le sujet et la visite *“toucher thérapeutique”* était constituée de 20 minutes de *“Drainage de la douleur, connexion Chakra ; compensation magnétique et dégagement d'esprit”*. Le groupe toucher thérapeutique a montré une amélioration significative de la douleur et de la mobilité à la fin des 6 semaines de traitement. L'autre groupe n'a pas montré d'amélioration significative concernant ces deux paramètres.

La qualité supposée du traitement joue aussi un rôle dans son efficacité. En effet, les patients prenant de l'aspirine avec une marque sur le paquet ont montré une plus grande réduction de leur maux de tête que l'aspirine emballée dans un paquet *“ordinaire”* (65). Le prix des traitements crée également un effet contextuel. Plus un traitement est cher, plus il est efficace (66).

Le caractère invasif est aussi un critère qui peut influencer l'efficacité de l'effet placebo. Les traitements antidouleur invasifs contre la migraine sont plus efficaces que le même traitement donné oralement (67). Et de la fausse acupuncture serait plus efficace que des pilules placebos dans la réduction de la douleur des membres supérieurs suite à des mouvements répétitifs (68).

### **3.4 Les effets contextuels dans la kinésithérapie**

Les séances de kinésithérapie semblent être des moments propices pour tenter de maximiser les effets contextuels. En effet, le patient passe beaucoup de temps avec son thérapeute ce qui permet de développer une alliance thérapeutique et de la confiance envers les soins. Le thérapeute connaît alors mieux son patient ce qui lui permet de proposer une thérapie la plus personnalisée possible et de *“jouer”* sur les effets contextuels qui lui correspondent le plus.

Ces effets ont notamment un pouvoir analgésiant (31,41,44) et la douleur constitue une des plaintes principales des patients en kinésithérapie (69). La kinésithérapie est donc un temps propice à l'utilisation des EC.

De plus, ils peuvent constituer jusqu'à 75% de l'effet d'un traitement (études menées sur la prise en charge de l'arthrose, de la lombalgie aiguë et chronique) (70). Ainsi négliger ces facteurs pourrait conduire à une prise en charge moins efficace.

Les principes de conditionnement, d'apprentissage social et de suggestion verbale constituent des moyens de limiter les effets nocebo et de développer les effets placebos. Fanget (8) propose d'ailleurs d'appliquer ces concepts à la kinésithérapie en répétant par exemple les gestes qui seraient bénéfiques au patient. De cette manière, il serait possible de rendre le patient autonome en trouvant par exemple un auto traitement qui permettrait de le soulager. Au contraire, il faudrait éviter de créer une dépendance à des traitements possibles qu'en présence du MK (thérapie manuelle, massage).

L'auteur propose aussi de garder une organisation de séance identique à chaque fois pour que le patient puisse garder des repères car *"tout ce qui est routinier rassure"* (8).

*"D'un point de vue clinique, l'intégration des effets contextuels associé au raisonnement EBP, représente une opportunité de stimuler l'effet placebo et de prévenir les effets nocebos, permettant de booster l'efficacité thérapeutique"* (71).

#### **4. Problématisation**

La littérature fournit un nombre assez conséquent d'informations concernant les effets contextuels. Un grand nombre ont démontré leur efficacité dans les études et ont prouvé qu'ils avaient un rôle à jouer en kinésithérapie. Mais tout cela concerne la théorie. Qu'en est il alors de la pratique ? L'objectif de ce travail est donc de répondre à la problématique suivante: Quelles sont les représentations et les pratiques des MK concernant les effets contextuels ? Les hypothèses qui peuvent être posées en relation avec ces problématiques sont :

**Hypothèse 1: Les Effets contextuels sont connus par les kinésithérapeutes**

- Les MK savent ce que sont les EC
- Certains facteurs influencent la connaissance des EC (genre, année de diplôme, IFMK de formation, type de structure, apport théorique)

**Hypothèse 2: Les effets contextuels sont utilisés en pratique**

- Les MK utilisent les EC consciemment
- Une partie des MK utilisent inconsciemment les EC
- Certains facteurs influencent l'utilisation des EC

**Hypothèse 3: Les Mk suivent les recommandations apportées par la littérature concernant les effets contextuels**

- Les MK sont à jour concernant la littérature sur les EC

## 5. Méthodologie

### 5.1 Méthodologie quantitative et objectifs

Pour répondre à cette problématique, l'approche quantitative a été privilégiée pour permettre d'obtenir les réponses d'un maximum de kinésithérapeutes.

L'objectif était de décrire et comprendre les représentations des MK à propos des effets contextuels, d'interroger leurs pratiques quotidiennes dans le but d'évaluer la prise en compte de ces effets dans leur pratique.

Le questionnaire semblait donc être le moyen le plus adapté.

## 5.2 Population cible

La population ciblée par ce questionnaire a été les Masseurs Kinésithérapeutes en activité quel que soit le lieu de travail en France. La population ciblée est très large pour permettre de récolter un nombre important de réponses.

*Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusions de la population cible*

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Être diplômé en Masso kinésithérapie	Etre étudiant en Masso kinésithérapie
Pratiquer la kinésithérapie	Ne plus pratiquer la kinésithérapie
Parler français	Ne pas parler français
Travailler en France	Travailler à l'étranger

## 5.3 Structure du questionnaire

Le questionnaire se compose de 26 questions séparées en 3 parties. Les deux premières parties se réalisent en aveugle. C'est-à-dire que les participants répondent aux questions sans en connaître le thème.

La première partie se compose de 6 questions et concerne les caractéristiques socio-démographiques des participants. Cette partie a été construite dans l'objectif de trouver des variables pouvant expliquer les différentes tendances qui pourront être retrouvées dans les réponses. Les variables choisies ont été inspirées d'un questionnaire déjà réalisé auprès de MK italiens spécialisés en thérapie manuelle orthopédique (72).

La deuxième partie se compose de 9 questions interrogeant la pratique générale des MK au quotidien. Dans cette partie l'objectif était de limiter les biais d'acquiescement et d'avoir les réponses les plus réalistes possibles sans que les répondants soient orientés vers une réponse ou une autre. Elle a permis de savoir si réellement les MK connaissent et utilisent



les effets contextuels dans leur pratique quotidienne. L'ensemble des questions de la partie 2 a été construit en parallèle de l'élaboration du cadre conceptuel. Chaque question est en lien avec une partie de celui-ci et y trouve ses fondements scientifiques. 1 à 2 questions explorent donc chaque catégorie d'effets contextuels présentés précédemment.

Dans la dernière partie, les participants découvrent le thème du questionnaire. Ces 9 dernières questions sont celles qui n'ont pas pu leur être posées avant car elles concernent directement le sujet des effets contextuels.

#### **5.4 Elaboration du questionnaire**

L'élaboration s'est déroulée en plusieurs temps et sur plusieurs mois. Ce questionnaire a fait l'objet de plusieurs tests et relectures pour éviter toute ambiguïté sémantique entre le chercheur et le répondant. Les premières relectures ont été effectuées par des étudiants en dernière années d'étude de kinésithérapie puis ont été complétées par l'avis d'un MK spécialisé dans la recherche et d'un autre s'intéressant au thème de ce mémoire. Le questionnaire a ensuite été testé par plusieurs kinésithérapeutes en situation réelle pour aboutir à la version finale (Annexe 2).

#### **5.6 Construction des questions**

Sur 26 questions, 22 sont des questions fermées ce qui a permis de réduire le temps de réponse à moins de 8 minutes. Diminuer le nombre de questions ouvertes avait aussi pour objectif de ne pas décourager les répondants et de limiter l'abandon en cours de questionnaire. De plus, les réponses aux questions fermées sont plus facilement analysables et limitent les biais d'interprétation de l'analyste (73). La plupart des questions fermées sont sous forme d'échelle de Likert ce qui permet de couvrir le spectre d'opinion d'un extrême à l'autre allant de *"Pas du tout d'accord"* à *"Totalemt d'accord"*. Ces paramètres ont été privilégiés par rapport aux informations qualitatives qu'auraient pu apporter plus de questions ouvertes. Le reste des questions sont du style semi fermées (73) qui est un

compromis entre les deux autres types. Elles sont composées d'une première partie fermée (propositions) et d'une seconde partie ouverte qui permet de préciser la pensée du répondant.

Les questions courtes (12 mots ou moins) et les questions sans double négation ont été privilégiées pour assurer la meilleure compréhension des sujets (74).

De plus, ce questionnaire s'adressant au MK, le vocabulaire a été adapté aux connaissances théoriques et pratiques des kinésithérapeutes (73).

Les répondants avaient toujours la possibilité lors des questions à choix multiples (QCM) de passer à la question suivante en cochant "*sans réponse*". De ce fait, si aucune réponse ne leur semblait adaptée, ils n'étaient pas obligés de choisir un item par défaut. L'objectif étant de ne pas biaiser les résultats en obligeant un participant à répondre une proposition qui ne lui convenait pas. Cependant cocher un item était indispensable pour passer à la question suivante.

Les répondants n'avaient pas la possibilité de revenir en arrière pour changer leur réponse car certains intitulés pouvaient donner les réponses des questions précédentes.

### **5.7 Diffusion du questionnaire**

Ce questionnaire a été créé via Lime survey, un outil d'enquête en ligne sécurisé. Le mode de diffusion virtuel a été privilégié car il est peu coûteux et ne présente pas de barrière géographique. C'est un moyen facile et rapide pour les répondants de participer. Cependant, il faut être attentif car la population présente sur internet n'est pas représentative de la population générale (73). C'est pour cela que la diffusion a été complétée par des envois d'emails aux cadres de santé des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Nantes et à des MK libéraux. Pour ces derniers, la diffusion a été plus difficile car trouver des adresses mails professionnelles prend du temps. Par ailleurs, ce mode de diffusion implique plus les sujets personnellement car ils sont directement ciblés et peut donc permettre d'obtenir un meilleur taux de réponse. Le questionnaire a aussi été publié sur des sites d'instances kinésithérapiques telles que l'ordre des MK ou l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Pays de la Loire et sur les réseaux sociaux.

La diffusion du questionnaire s'est globalement répartie sur 2 semaines (Figure 6). Le questionnaire est resté ouvert entre le 7 janvier 2023 et le 13 février 2023 date à laquelle aucune nouvelle réponse n'avait été enregistrée depuis 7 jours.

Diffuser un questionnaire sans titre et sans sujet pouvait constituer un frein pour les répondants. Un texte d'introduction (Annexe 3) a donc permis d'attirer leur curiosité pour les inciter à ouvrir le questionnaire (73).

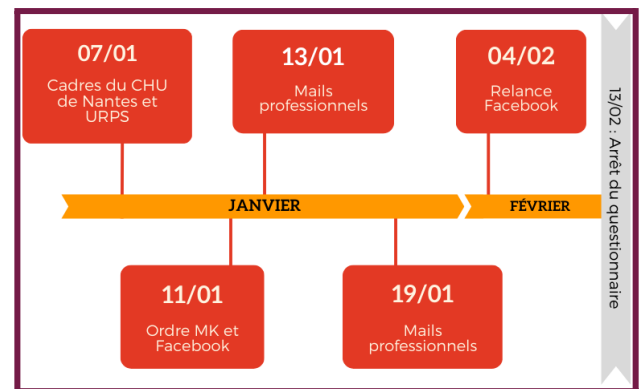


Figure 6: Dates et modes de diffusion du questionnaire

Un deuxième texte introductif (Annexe 4) était également présent après ouverture du questionnaire pour guider le participant dans son parcours et l'informer de l'anonymat des réponses collectées. Le texte indiquait également aux participants que la participation au questionnaire impliquait leur consentement à l'analyse des données en interne. Il leur était demandé dans le même temps une honnêteté dans leurs réponses pour permettre une plus grande fiabilité de l'analyse des données.

## 5.8 Procédure d'analyse des données

Les questionnaires qui n'auront pas été complétés entièrement ne seront pas pris en compte pour l'analyse.

### 5.8.1 Mise en place d'un score

Pour évaluer si les pratiques et connaissances des MK sont en adéquation avec les recommandations de la littérature, un score sur 8 sera établi concernant les questions pratiques générales de kinésithérapie de la partie 2 (Q6 à Q16). Ce score permettra d'illustrer par une donnée numérique, les réelles connaissances et utilisations en pratique des effets contextuels par les MK comparativement aux recommandations de la littérature. 1 point sera attribué pour chaque bonne réponse et aucun point aux mauvaises. Les bonnes

réponses ont été déterminées à partir des preuves apportées par la littérature décrites précédemment dans le cadre conceptuel.

Pour les questions construites sous forme d'échelle de Likert, les bonnes réponses considérées seront *"Totalelement d'accord"* et *"Partiellement d'accord"*.

Pour la question N°8 (Q8) *"A quelle fréquence, pensez-vous que les compte rendus des spécialistes peuvent être mal interprétés par les patients et qu'il est important de leur réexpliquer ?"*, les bonnes réponses considérées seront *"À chaque fois (100% du temps)"* et *"souvent (75%)"*. En effet, les suggestions verbales négatives des professionnels de santé sont fréquentes et peuvent créer des effets nocebo (56).

A la question Q6 *"Vous vous apprêtez à effectuer une technique de thérapie manuelle au niveau des lombaires d'un patient. Le patient ne connaît pas cette technique. Vous..."*, pour avoir 1 point, les répondants devront avoir répondu uniquement *"Vous expliquez comment va se dérouler votre manipulation"* et *"vous prenez le temps d'expliquer les bénéfices attendus"*. Effectivement, la communication positive est recommandée et les suggestions négatives sont à éviter (57).

Et pour la question Q14 *"Un patient veut réaliser un exercice qu'il connaît depuis longtemps. Il est convaincu de son efficacité (il trouve que cet exercice le soulage) mais vous savez qu'il ne présente pas de preuves d'efficacité dans la littérature. Continuez-vous à proposer cet exercice ?"* la bonne réponse considérée sera *"oui"*. Car il a été montré qu'un patient avec des attentes positives concernant un traitement aura de meilleurs résultats qu'un patient sans attentes ou avec des attentes négatives (31).

Dans la Question N°20 *"Lesquels de ces facteurs peuvent influencer les soins ?"*, 2 propositions *"heure de rendez-vous"* et *"localisation du cabinet"* ne sont pas considérées comme facteurs contextuels car la littérature n'a jamais démontré qu'ils étaient capables de modifier le résultat d'une prise en charge.

### 5.8.2 Variables

Pour l'analyse des données, les participants seront répartis par groupe en fonction de leur décennie de diplôme sauf pour les deux groupes les plus récents pour permettre de prendre en compte la réforme du diplôme d'état de MK de 2015. La première génération dont le

cursus a été entièrement impacté par la réforme a été la génération sortie en 2019. Les groupes déterminés sont donc 1970-1979 ; 1980-1989 ; 1990-1999 ; 2000- 2009 ; 2010-2018 et 2019-2022.

Concernant la question semi fermée qui demande aux participants s'ils savent ce que sont les effets contextuels puis de les décrire rapidement, les participants qui répondront le terme *“placebo”*, *“environnement”* ou *“contexte”*, *“effets non spécifiques”* ou qui énonceront le nom d'un facteur contextuel seront catégorisé comme connaissant le terme effets contextuels. Ces mots clés sont considérés comme représentatifs du terme *“effets contextuels”* car apparaissent souvent dans les définitions de plusieurs auteurs à ce sujet (13,34,71)

Au sujet de la variable *“IFMK de formation”*, chaque IFMK regroupant au moins 24 participants soit 15% constituera un groupe.

## 6. Résultats

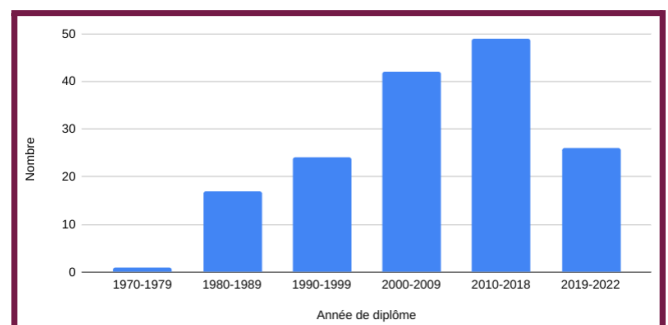
Tous les résultats des questions fermées ont été rassemblés dans l'annexe 5 du document.

### 6.1 Caractéristiques démographiques des participants

Dans cette partie, les caractéristiques démographiques des participants récoltées dans la partie 1 du questionnaire sont présentées.

236 personnes ont accepté de répondre au questionnaire. 73 ne l'ont pas complété entièrement . L'imputation de données n'a pas été réalisée compte tenu du nombre trop faible de réponses complètes.

La majorité des répondants étaient des femmes (N= 128) et seulement 33 étaient des hommes. Les répondants étaient diplômés entre 1979 et 2022.



*Figure 7: Répartition des participants en fonction de leur année de diplôme*

Le groupe le plus représenté était le groupe diplômé entre 2010 et 2018 (Figure 7).

143 MK ont fait leurs études en France. Les autres ont étudié en Espagne (N=2), en Allemagne (N=2), en Belgique (N=17) et au Royaume Uni (N=1). Parmi ceux ayant étudié en France, la majorité ont fait leurs études à Nantes (N=53) qui est le seul IFMK qui regroupe plus de 15% des participants. Un grand nombre de répondants travaillent en libéral (N=112) et une plus petite partie est salariée (N=47).

11 sujets ont déjà assisté à une formation sur les effets contextuels soit 6,7% et 145 ne se sont jamais formés sur le sujet. A la question *“Avez vous eu des cours sur les effets contextuels ?”*, 23 (14%) ont répondu positivement et 150 ont répondu *“non”*. Les autres ont choisi la case *“sans réponse”*. Au total 27 participants (16,5%) ont eu au moins 1 apport théorique sur ce sujet. Parmi eux, 22% étaient des hommes et 16% étaient des femmes.

## **6.2 Les effets contextuels**

Les résultats présentés ci-dessous concernent la partie 3 du questionnaire et permettent de répondre à l'hypothèse 1 pour la partie 6.2.1 et l'hypothèse 2 pour la partie 6.2.2.

### **6.2.1 Les sujets savent t-ils ce que sont les effets contextuels ?**

A la question *“Savez vous ce que sont les effets contextuels ?”* 84 participants ont répondu *“oui”* soit 51,5% des sujets. Par ailleurs 62 (38%) ont répondu *“non”* et 17 n'ont pas émis d'avis.

Parmi les participants pensant savoir ce que sont les effets contextuels, 17 n'ont pas répondu aux critères (cf: partie 5.8.2) et sont considérés comme ne sachant pas ce que sont les effets contextuels. Au total, 79 participants soit 54% ne savent pas ce que sont les effets contextuels.

Pour établir si certaines variables influencent ces résultats, d'autres calculs statistiques ont été réalisés en prenant en compte les mêmes variables que précédemment: genre, année de diplôme, modalités d'exercice, cours et formations. Les comparaisons sont effectuées en

prenant en compte les réponses des participants à la question et non selon l'analyse effectuée avec les critères.

### Genre

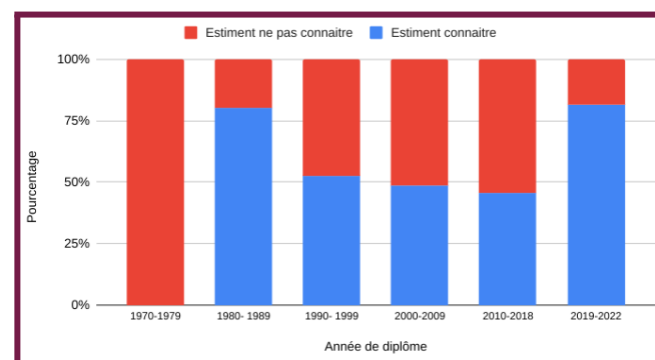
48% des femmes pensent savoir ce que sont les effets contextuels contre 63% des hommes.

### Modalités d'exercice

39% des libéraux et 47% des salariés estiment connaître le terme d'effets contextuels.

### Année de diplôme

La génération diplômée depuis 2019 estime à plus de 80% savoir ce que sont les effets contextuels. 45% des kinés diplômés entre 2010-2018, 48% des kinés diplômés entre 2000-2009, 52% des kinés diplômés entre 1990-1999 et 80% des kinés diplômés entre 1980-1989 ont aussi répondu "oui" et pensent savoir ce que sont les effets contextuels (Figure 8).



*Figure 8: Nombre de participants estimant savoir ce que sont les effets contextuels en fonction de leur année de diplôme*

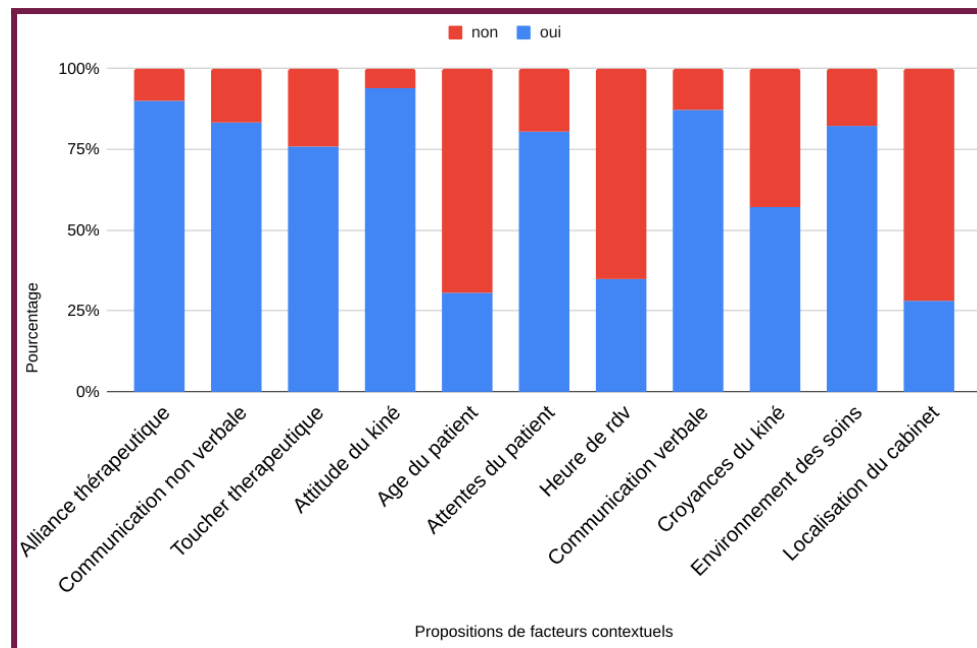
### Formations et cours

Parmi les participants ayant eu un apport théorique sur les effets contextuels (cours ou formation) et ayant répondu à la question sur la connaissance des effets contextuels (N=28), 25 pensent savoir ce que sont les effets contextuels soit 89% contre 51% pour ceux n'ayant jamais eu d'apport théorique.

Globalement la moitié des kinésithérapeutes pensent savoir ce que sont les effets contextuels. Les sujets estimant le plus connaître les effets contextuels sont les hommes ayant effectué leurs études après la réforme de 2015, ayant déjà assisté à un cours où une formation sur le sujet et travaillant en salariat.

### Lesquels de ces facteurs peuvent produire des effets contextuels ?

Les participants au questionnaire ont émis un avis sur la capacité de tous ces facteurs à produire des effets contextuels (Figure 9 et Annexe 5).



**Figure 9:** Facteurs influençant les soins selon les participants

Parmi les véritables facteurs contextuels, deux semblent moins repérés par les kinés: L'âge du patient (repéré à 30%) et les croyances du MK (repéré à 57%). Les autres ont tous été repérés à plus de 75%.

Les propositions *"heure du rendez vous"* et *"localisation du cabinet"* n'ont pas été démontrées comme produisant des effets contextuels mais respectivement 34% et 28% des répondants ont tout de même coché *"oui"* pour ces 2 items.

### 6.2.2 Les sujets utilisent-ils les effets contextuels dans leur pratique ?

*"Dans votre pratique quotidienne, utilisez-vous les effets contextuels ?"* Cette question a été posée aux sujets et 118 ont répondu *"oui"* soit 72%. 20 ont répondu *"non"* et 25 ont choisi la proposition *"sans réponse"*. Puis à la question *"Pensez vous les utiliser inconsciemment"* 128 ont répondu que *"oui"*, 20 ont répondu que *"non"* et 15 ne se sont pas positionnés en cochant la case *"sans réponse"*.

#### Genre

88% des femmes et 72% des hommes déclarent utiliser des effets contextuels.



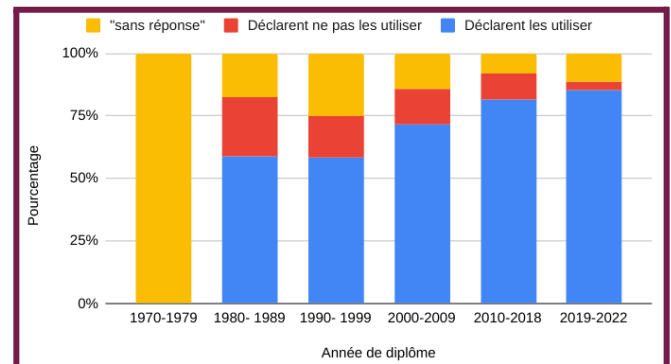
### Modalités d'exercice

85% des salariés et 86% des libéraux déclarent utiliser les effets contextuels dans leur pratique.

### Année de diplôme

Le nombre de MK déclarant utiliser les EC en fonction de leur année de diplôme est schématisé sur la Figure 10.

59% des kinés diplômés entre 1980-1989 déclarent utiliser les effets contextuels. Pour les kinés diplômés entre 1990-1999 c'est 58%. Puis respectivement 71%, 81% et 85% qui déclarent les utiliser pour les générations diplômées entre 2000-2009, 2010-2018 et 2019-2022.



*Figure 10: Proportion de participants déclarant utiliser les effets contextuels ou non en fonction de leur année de diplôme*

### Cours et formations

Parmi les participants ayant déjà eu un apport théorique, 96% déclarent utiliser les effets contextuels. Parmi ceux n'ayant jamais eu d'apport théorique, 83% déclarent les utiliser.

Pour résumer, 72% des participants déclarent utiliser les effets contextuels dans leur pratique et d'autant plus si ce sont des femmes diplômées après 2019 ayant déjà assisté à un cours où une formation sur le sujet.

## 6.3 Pratiques en kinésithérapie et recommandations

Les données présentées ci-dessous sont tirées de la partie 2 (questions générales de pratique) et partie 3 du questionnaire et permettent de répondre à l'hypothèse 3 :

**Hypothèse 3: Les MK suivent les recommandations apportées par la littérature concernant les effets contextuels**

- les MK sont à jour concernant la littérature sur les EC

**6.3.1 Preuves des effets contextuels**

Beaucoup de répondants (N=85) ne se sont pas exprimés et ont coché *“sans réponse”* à la question *“Pensez vous que l’efficacité des effets contextuels est prouvée dans la littérature ?”*. 55 ont répondu *“il y a des études qui montrent l’efficacité des effets contextuels”*. 21 ont choisi la réponse *“il y a des études mais pas de preuves”* et seulement 2 ont coché *“il n’y pas d’étude sur ce sujet”*.

**6.3.2 Connaissances et pratiques réelles**

Les résultats des 9 questions de la partie 2 du questionnaire vont être détaillés selon 5 catégories: caractéristiques du MK, du patient, de l’environnement, de traitement, et de la communication.

**Caractéristiques du kinésithérapeute**

Plus de 80% des répondants ont coché *“Totalelement d’accord”* ou *“Partiellement d’accord”* aux affirmations *“Le simple fait d’avoir des attentes positives par rapport à l’amélioration d’un patient peut conduire à des résultats tels qu’une diminution de la douleur ou une augmentation de la fonction.”* (N=131) et *“L’attitude du thérapeute (communication, posture) peut modifier les symptômes du patient”* (N=147)

A ces deux questions, 127 sujets (77%) ont répondu que ces deux caractéristiques pouvaient amener une modification des symptômes du patient.

### Caractéristiques du patient

A la question: *“Vous arrive-t-il de masser des patients dans des situations où vous savez que ce ne serait pas le traitement le plus efficace mais que le patient le demande ?”* 106 sujets ont répondu *“oui”* et 47 ont répondu *“non”*.

La question N°14, (*“Un patient veut réaliser un exercice qu’il connaît depuis longtemps. Il est convaincu de son efficacité (il trouve que cet exercice le soulage) mais vous savez qu’il ne présente pas de preuves d’efficacité dans la littérature. Continuez vous à proposer cet exercice ?”*), n’a récolté aucune réponse. La réflexion concernant ce résultat sera détaillée dans la partie discussion.

### Caractéristiques de l’environnement

131 sujets ont répondu positivement à l’affirmation *“L’environnement (lumière, couleur, musique) dans lequel est réalisée la prise en charge a un impact sur le résultat.”* par *“Totalemt d’accord”* (N=66) et *“Partiellement d’accord”* (N=65) . Les derniers ont répondu *“Ni d’accord, ni pas d’accord”* (N=20), et *“Plutôt pas d’accord”* (N=8). Aucun n’a répondu *“Pas du tout d’accord”*.

### Caractéristiques du traitement

30 personnes ont répondu *“Totalemt d’accord”* à l’affirmation: *“Utiliser le toucher thérapeutique en complément d’un autre soins augmente les attentes du patient”*. 42 ont répondu *“Partiellement d’accord”*, 43 *“Ni d’accord, ni pas d’accord”*, 18 ont répondu *“Plutôt pas d’accord”* et 3 *“Pas du tout d’accord”*.

A la question *“Utiliser du matériel récent et onéreux peut augmenter la confiance du patient dans ses soins ?”*, la réponse la plus fréquemment obtenue est *“Partiellement d’accord”* (N=53) puis vient *“Ni d’accord, ni pas d’accord”* (N=46), ensuite *“Plutôt pas d’accord”* (N=33), puis *“Pas du tout d’accord”* (N=25) et enfin *“Totalemt d’accord”* (N=1).

### Communication

Concernant la communication du kinésithérapeute lors d’une technique de thérapie manuelle, 57 Participants communiqueraient sur leur technique *“en expliquant comment va se dérouler leur manipulation”* et *“en prenant le temps d’expliquer les bénéfices attendus”*

comme le suggère la littérature. Et 92 d'entre eux (56%) ont répondu au moins une de ces deux propositions. 15 sujets pensent qu'il n'est ni nécessaire "*d'expliquer comment va se dérouler leur manipulation*" ni nécessaire "*d'expliquer les bénéfices attendus*".

Pour la question "*A quelle fréquence, pensez-vous que les compte rendus des spécialistes peuvent être mal interprétés par les patients et qu'il est important de leur réexpliquer ?*" 29 ont répondu "*À chaque fois (100% du temps)*", 99 ont répondu "*Souvent ( 75%)*". Les autres ont respectivement répondu "*Quelquefois (50%)*" (N=27), "*Rarement (25%)*" (N=4), "*Jamais (0%)*" (N=0) et 4 ne se sont pas prononcés.

### 6.3.3 Score total

A partir de ces 8 questions, un score total sur 8 a été établi illustrant de manière quantitative le suivi des recommandations de la littérature par les participants concernant les effets contextuels.

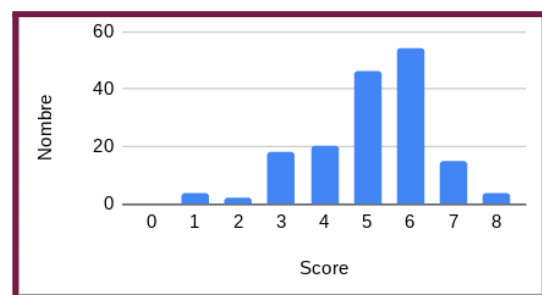


Figure 11: Répartition des scores des participants

Les participants ont obtenu une moyenne de 5,2/8 (Écart type: 1,4) avec une distribution schématisée ci contre (Figure 11).

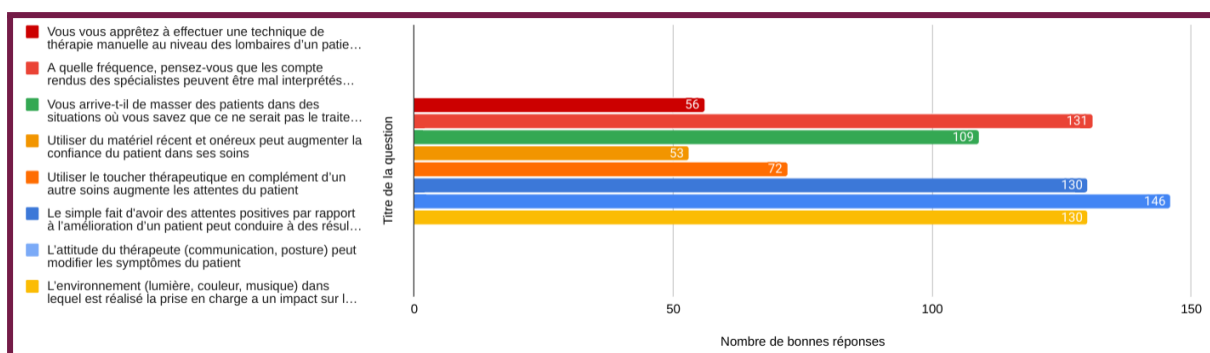


Figure 12: Nombre de bonnes réponses en fonction des questions

Le nombre de bonnes réponses varie d'une question à l'autre, variant de 56/163 à 146/163, (Figure 12). La question où le nombre de bonnes réponses a été le plus élevé a été celle

concernant l'attitude du thérapeute. 146 Participants estiment que la posture du thérapeute peut modifier les symptômes du patient soit 90%. En revanche, la question qui a obtenu le moins de bonnes réponses a été celle concernant le prix du matériel. Seule 1 personne pense (*"Totalemt d'accord"*) que du matériel onéreux peut augmenter la confiance du patient dans ses soins et 53 participants sont *"Partiellement d'accord"*. Au total seulement 33% connaissent ce facteur contextuel.

Pour établir, si certains facteurs ont un impact sur ce score, plusieurs associations de variables ont été effectuées.

### Genre

Les scores ont été analysés selon le genre des participants (Figure 13) Le score moyen pour les femmes est de 5,1 et de 5,2 pour les hommes. La P value obtenue par le T-Test est 0,8. La différence entre les hommes et les femmes n'est donc pas significative.

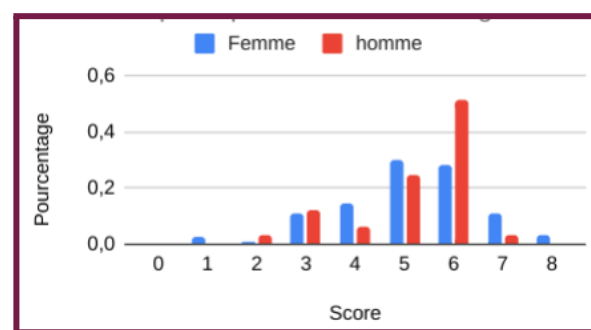


Figure 13: Scores des participants en fonction de leur genre

### Modalités d'exercice

La répartition des scores selon le mode d'exercice est schématisé ci contre sur la figure 14.

Les salariés ont obtenu une moyenne de 5 et les libéraux une moyenne de 5,2 (différence non significative).

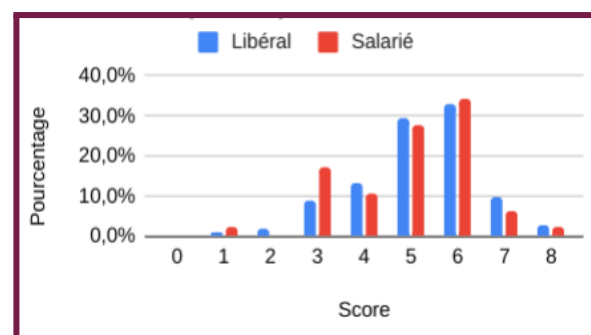


Figure 14: Scores des participants selon leur mode d'exercice

### Année de diplôme

La figure 15 représente les moyennes sur 8 obtenues par chaque génération de participants. La figure 16 représente la répartition de chaque score en fonction de l'année de diplôme des participants.

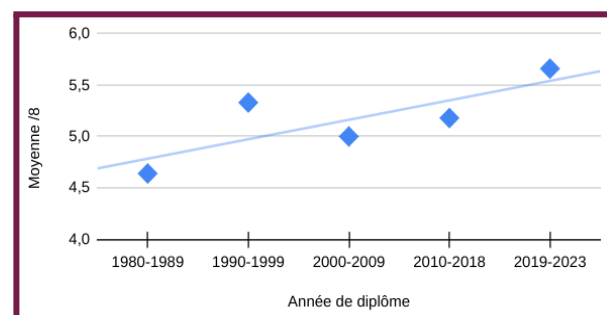
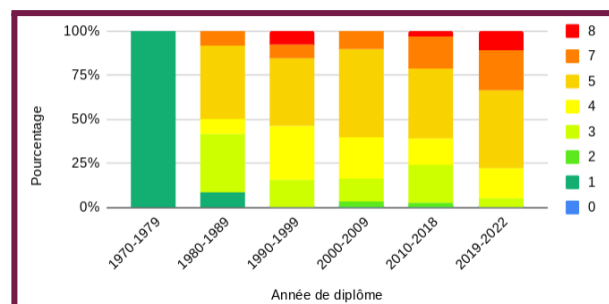


Figure 15: Score moyen des participants en fonction de leur année de diplôme

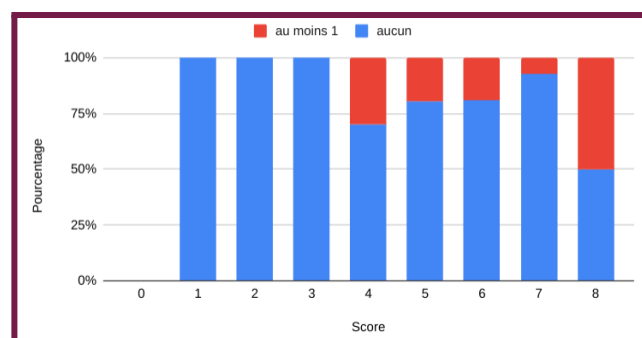
La génération de kinésithérapeutes ayant eu leur diplôme entre 2019 et 2022 a obtenu les meilleurs scores avec une moyenne de 5,7/8. Les MK diplômés avant 2019 ont obtenu une moyenne de 5,1/8. Le seul kiné ayant obtenu son diplôme entre 1970 et 1979 n'a obtenu qu'un point et n'est donc pas représenté sur la figure. Le T-test réalisé pour les groupes ayant eu leur diplôme avant 2019 et à partir de 2019 a fourni une P value de 0,02. Ce qui permet de rejeter l'hypothèse nulle et d'accepter l'hypothèse  $H_A$  qui indique une différence significative sur les scores entre les kinésithérapeutes ayant eu leur diplôme avant et après 2019.



**Figure 16:** Répartition des scores en fonction de leur année de diplôme

## Formations ou cours

Les participants ayant déjà pris part à au moins un cours ou une formation sur les effets contextuels ont obtenu un score moyen de 5,5. Les autres n'ayant jamais eu de notions théoriques à ce sujet ont obtenu une moyenne de 5,1. Le T-Test nous indique une p value à 0,09 ce qui ne démontre pas de différence significative entre les deux groupes. La répartition des scores en fonction du nombre d'apport théorique est schématisé sur la figure 17.



**Figure 17:** Scores des participants en fonction du nombre d'apports théoriques qu'ils ont eu

## 7. Discussion

### 7.1 Discussion Méthodologique

#### 7.1.1 Caractéristiques de l'échantillon

Concernant la représentativité de l'échantillon, il est important de considérer certains biais. 163 participants ont répondu intégralement au questionnaire. Par ailleurs, ces répondants

se sont auto sélectionnés en y participant, ce qui implique probablement des caractéristiques communes. C'est ce qui est appelé le "*volunteer effect*" (75). D'autre part la population présente sur internet n'est pas représentative de la population générale ni de la population étudiée. L'aspect géographique est aussi à prendre en compte puisque la diffusion a été majoritaire en Loire Atlantique mais n'a pas été limitée à ce département ce qui implique un fort taux de participants ligériens comparativement au reste du territoire. Pour finir les participants sélectionnés via leurs adresses mail ont été choisis pour l'accès à leurs adresses et non selon des critères démographiques précis.

L'échantillon est donc peu représentatif concernant plusieurs caractéristiques:

En France, en 2022, 52% des kinésithérapeutes étaient des femmes et 48% étaient des hommes (76). Parmi les participants à ce questionnaire, les femmes (N=128, 79%) étaient 4 fois plus nombreuses que les hommes (N=33, 20%). Cependant la littérature présente des résultats différents sur la participation en fonction du genre dans les questionnaires en ligne (77,78). En fonction des études, les femmes ne seraient pas toujours majoritaires à répondre aux questionnaires en ligne. Cette participation majoritaire des femmes peut probablement être expliquée par un biais au niveau de la diffusion. En effet, en structure de soins, près de 70% des kinésithérapeutes sont des femmes (79), et les propriétaires des adresses e-mail contactées étaient également majoritairement des femmes.

Environ deux tiers des participants (N= 108) ont répondu qu'ils travaillaient en libéral. En France c'est pourtant plus de 85% de kinésithérapeutes qui travaillent en libéral (80). Cette différence peut également s'expliquer par le fait que la diffusion du questionnaire a bien été suivie par les cadres de santé du CHU de Nantes et que par conséquent 43 des 163 répondants (26%) travaillent au CHU de Nantes. Cette proportion est donc déjà plus élevée que la proportion de kinésithérapeutes travaillant en structure de soins en France.

La répartition géographique des lieux de formation des participants étant très hétérogène avec 46 IFMK différents et 33% des participants venant de l'IFMK de Nantes (N=54), l'analyse de cette variable n'a pas été effectuée. Ces résultats sont expliqués par un échantillon trop large comparativement à la diffusion du questionnaire qui a été restée plus locale, ce qui n'a pas permis d'obtenir un échantillon représentatif. De plus le nombre de participants était trop faible pour obtenir un nombre assez conséquent de participants dans chaque IFMK. Il aurait été intéressant de limiter l'analyse des réponses aux participants venant des Pays de la

Loire pour avoir une meilleure homogénéité des profils à l'intérieur d'un échantillon plus restreint.

Les résultats de cette étude ne pourront donc en aucun cas être généralisés à l'ensemble des kinésithérapeutes en activité.

### 7.1.2 Forces et faiblesses de l'étude

Malgré la volonté de suivre au maximum les recommandations (73–75,78) concernant la mise en place d'un questionnaire, certains paramètres sont à prendre en compte après lecture de ce travail.

Après analyse de toutes ces données quelques imprécisions ont été notées concernant tout d'abord la construction du questionnaire.

Malgré la relecture et les avis de plusieurs professionnels la question 21 (*“Dans votre pratique, utilisez vous les effets contextuels ?”*) a semblé ambiguë. En effet 39 personnes ont déclaré utiliser les effets placebos mais ne pas savoir ce qu'ils étaient. Il est possible qu'une partie des répondants ait interprété la question comme *“Pensez-vous les utiliser consciemment dans votre pratique ?”* et d'autres comme *“Pensez vous à les utiliser inconsciemment”*. Ce qui a généré un résultat surprenant. Préciser la question avec l'adverbe *“consciemment”* aurait peut être généré des résultats différents.

Une question n'a récolté aucune réponse (Q14). Après vérification des options de la question, il est apparu qu'elle présentait une erreur de paramétrage et que les participants n'y ont pas eu accès. Malgré le test du questionnaire sur LimeSurvey par plusieurs personnes cette erreur n'a pas pu être relevée car la question était *“invisible”*. Un décompte et une vérification question par question aurait probablement pu permettre d'éviter cette erreur de paramétrage.

Ensuite, lors de la première diffusion du questionnaires sur Facebook, les critères d'inclusions n'ont pas été précisés lors de la communication

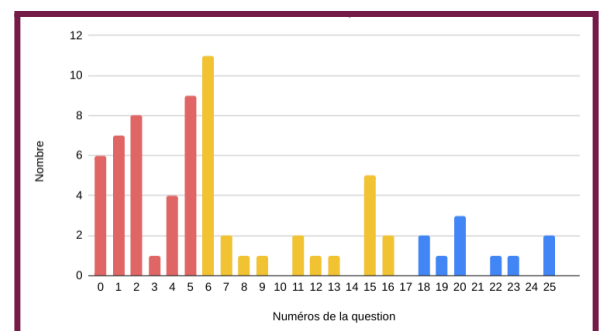


Figure 19: Nombre d'abandon à chaque question du questionnaire (les couleurs rouge, jaune et bleu correspondent respectivement aux 3 parties du questionnaire)



(11/01) ce qui a impacté à la hausse le taux de réponses incomplètes (44%) et un taux d'abandon plus important en début de questionnaire (Figure 19)

Concernant l'analyse des données, la mise en place du score, paraissait être un bon outil numérique pour se représenter le niveau des participants. Cependant il aurait été pertinent de séparer ce score en deux parties, l'une interrogeant les connaissances des participants et l'autre leur pratique. Ce qui aurait permis de comparer le discours (connaissances et pratiques supposées) des MK avec leurs connaissances et pratiques réelles. Pour cela, dès la construction du questionnaire, il aurait été pertinent de créer le même nombre de questions dans chaque groupe. Actuellement cette analyse n'a pas été possible car la catégorie "*connaissance*" contenait 6 questions et la catégorie "*pratique*" n'en contenait que 2 questions ce qui n'aurait pas permis de comparer 2 groupes de taille équivalente.

La mise en place de mot clés pour départager les participants sachant et ne sachant pas ce que sont les effets contextuels peut aussi être discutée. En effet, même si le choix des mots clés s'appuie sur les définitions de ce terme, il reste tout de même très subjectif. Et l'interprétation du résultat doit être prise avec précaution.

Un autre point faible de l'analyse de ce questionnaire a été la difficulté et le temps pour analyser les questions ouvertes. Tourner plus de questions de manière fermée aurait permis de faciliter et de réduire le temps d'analyse notamment pour les questions de la première partie concernant l'IFMK de formation, le type de patientèle, le lieu et type de structure d'exercice. En effet la disparité des réponses aurait été moins grande et donc leur catégorisation plus rapide.

Il semble que le point fort de ce questionnaire ait été la rapidité de réponse (- de 8 minutes) malgré les 26 questions et ainsi un nombre important de participants ayant complété entièrement le questionnaire (N=163). Le taux de réponse n'est pas calculable car le questionnaire ayant été diffusé sur les réseaux sociaux il est impossible de déterminer le nombre de MK y ayant eu accès.

La proportion de question où les participants n'ont pas souhaité exprimer leur opinion (5,6% de "sans réponse") reste dans la moyenne des questionnaires qui se situe entre 3 et 8% des items laissés "blancs" (73).

## 7.2 Réponses aux hypothèses

Pour rappel, ce questionnaire avait pour objectif de répondre à la problématique suivante: Quelles sont les représentations et les pratiques des MK concernant les effets contextuels ? Et de vérifier les hypothèses suivantes:

### **Hypothèse 1: Les Effets contextuels sont connus par les kinésithérapeutes**

- Les MK savent ce que sont les EC
- Certains facteurs influencent la connaissance des EC (genre, année de diplôme, IFMK de formation, type de structure, apport théorique)

### **Hypothèse 2: Les effets contextuels sont utilisés en pratique**

- Les MK utilisent les EC consciemment
- Une partie des MK utilisent inconsciemment les EC
- Certains facteurs influencent l'utilisation des EC

### **Hypothèse 3: Les MK suivent les recommandations apportées par la littérature concernant les effets contextuels**

- Les MK sont à jour concernant la littérature sur les EC

A ce jour, peu d'études ont exploré les représentations de MK ou de futur MK au sujet des effets contextuels. 3 études par questionnaire ont été réalisées chez des MK Italiens (28,72,81) et un mémoire questionnant les représentations des effets contextuels chez les étudiants en masso-kinésithérapie des départements du Nord et du Pas de Calais ont été

répertorié (82). Une thèse conduite par L.Druart nommée : *“De l'usage du contexte pour l'amélioration des pratiques de soins”* menée dans le cadre des sciences de l'ingénierie pour la santé, la cognition et l'environnement est actuellement en cours sous la direction de Nicolas Pinsault (auteur d'articles sur les effets placebos et contextuels) (83).

### **7.2.1 Les effets contextuels sont-ils connus par les kinésithérapeutes ?**

Les éléments clés permettant de répondre à cette première hypothèse sont les suivants:

La moitié des participants pensent savoir ce que sont les effets contextuels mais en réalité seuls 46% ont montré qu'ils le savaient vraiment en indiquant des mots clés liés à leur définition. Peu de MK ont donc la connaissance de ce terme mais au vu des scores (Moy: 5,2/8) obtenus par les participants il est possible que la nomenclature les ait induit en erreur. Plus précisément, le nom *“effet contextuel”* leur était peut être inconnus alors que les effets en pratique leur étaient familiers.

Certains facteurs semblent influencer cette connaissance comme par exemple l'apport théorique que les MK ont pu avoir durant leur cursus initial ou des formations post diplôme. Plus les kinésithérapeutes sont formés sur le sujet, plus ils estiment savoir ce que sont les effets contextuels (89% contre 51%). Cependant au vu du très faible nombre de participants ayant eu un apport théorique sur ce sujet, il faut considérer que les connaissances des participants viennent principalement de leur formation clinique ou de leurs influences personnelles.

Le genre aussi semble jouer un rôle car les hommes estiment plus savoir ce que sont les effets contextuels que les femmes (+15%). Cependant les hommes sont aussi plus formés théoriquement que les femmes sur le sujet (22% contre 16%) ce qui peut expliquer en partie cette différence.

Ce sont les générations diplômées entre 1980-1989 et entre 2019-2022 qui ont le plus estimé connaître les effets contextuels avec un pourcentage à plus de 80%. Pour cette dernière, il est possible que la réforme de la formation initiale de 2015 ait eu un impact sur ces connaissances.

Pour répondre à cette première hypothèse, les EC semblent être peu connus par les kinésithérapeutes interrogés. Leurs connaissances semblent venir en partie des cours et formations auxquels ils ont pu assister mais aussi probablement d'expériences cliniques ou d'influences plus personnelles.

### 7.2.2 Les effets contextuels sont-ils utilisés en pratique ?

La réponse à cette deuxième hypothèse semble être positive. En effet, plus de 71% des répondants indiquent utiliser les effets contextuels dans leur pratique. Paradoxalement, seulement la moitié estime savoir ce qu'ils sont. Il est probable qu'un grand nombre de participants pensent les utiliser inconsciemment sans réellement avoir besoin de savoir ce qu'ils sont. Ce qui concorde avec les résultats de la question concernant l'utilisation inconsciente des effets contextuels où 78% des participants ont répondu les utiliser inconsciemment. Il est possible que les deux questions aient été comprises de la même manière et que l'ajout de l'adjectif consciemment dans la première question aurait donné des résultats différents.

Concernant l'utilisation des EC, une étude menée chez des kinésithérapeutes Italiens travaillant dans le champ Musculo squelettique a rapporté que 72,1% déclarent utiliser les EC "*plusieurs fois*" à "*souvent*". Cette étude ayant un score de 11/12 au Critical Appraisal of Cross- Sectional Study confirme que dans cet échantillon les MK sont nombreux à déclarer utiliser les EC.

Plusieurs caractéristiques semblent favorables à l'utilisation des EC comme être un femme et être diplômé récemment.

En effet, plus les MK sont diplômés depuis peu, plus ils estiment utiliser les EC allant de 71% pour la génération diplômée entre 1980-1989 à 95% pour la génération diplômée après 2019 (Figure 18).

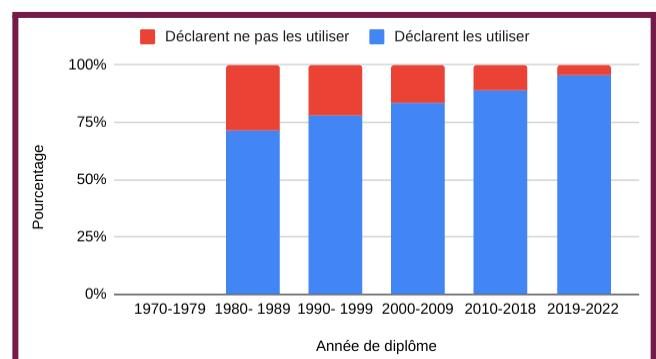


Figure 18: Utilisation des effets contextuels en fonction de l'année de diplôme

Pour conclure sur cette deuxième hypothèse les EC semblent être très utilisés en pratique et d'autant plus quand les MK sont diplômés récemment. Cependant cette utilisation ne paraît pas corrélée avec la connaissance des EC.

### **7.2.3 Les MK suivent-ils les recommandations apportées par la littérature concernant les effets contextuels ?**

Concernant cette dernière hypothèse, il est tout d'abord primordial de considérer leurs connaissances à propos de la littérature scientifique sur ce sujet.

D'après leurs réponses seul un tiers des Mk savent que la littérature présente des preuves concernant les EC. Le plus fort taux d'abstention a été remarqué lors de cette question avec plus de la moitié (52%) des participants qui ont coché la case "*sans réponse*". Cette résultante va dans le sens d'une information peu diffusée chez les kinésithérapeutes sur les effets contextuels et posent question de l'accès à celle-ci.

Cependant, avec une moyenne de 5,2/8, les participants ont montré que leur connaissances et leurs pratiques étaient plutôt en adéquation avec les recommandations de la littérature. Evidemment certains facteurs contextuels sont plus facilement identifiés que d'autres comme l'attitude du kinésithérapeute identifié à 93% par les participants et qui représente le sujet de la question de la partie 2 avec le plus fort taux de réussite. Le facteur le moins identifié en dehors de l'âge du patient (qui n'est pas un facteur modifiable par le thérapeute), sont les croyances du thérapeutes. Or la littérature a bien montré que "*les patients pour qui le physiothérapeute [attend] une amélioration plus importante [montrent] une plus grande réduction de la douleur et une meilleure amélioration fonctionnelle que les patients pour qui le physiothérapeute [attend] une amélioration modérée*"(40) et que "*L'optimisme ou le pessimisme du praticien envers une prise en charge peut donc être à l'origine de l'augmentation de son efficacité: effet "pygmalion" ou de la diminution de son efficacité : effet "golem"*"(39).

Le calcul d'un score a permis de réaliser des tests statistiques permettant d'établir des différences significatives ou non entre les groupes. Parmi les 4 variables étudiées, le genre,

l'apport théorique et le statut des kinésithérapeutes n'ont pas pu démontrer de différence significative. Seule l'année de diplôme a su ressortir des résultats significatifs. Les kinésithérapeutes étant diplômés à partir de 2019 ont eu des résultats significativement meilleurs (Moy: 5,7) que ceux diplômés avant (Moy: 5,0). La réforme de 2015 a donc réellement eu un impact sur les connaissances et pratiques des MK concernant les effets contextuels.

Alors comment expliquer qu'en pratique les MK semblent être conscient des ces problématiques mais que seulement la moitié connaissent les effets contextuels, qu'une minorité ait eu un apport théorique sur le sujet et que très peu de kinés savent que les EC sont prouvés ? Il est probable que même sans avoir les connaissances théoriques sur les EC, de raisonnement clinique et l'esprit critique apporté par la formation initiale et les expériences en formation cliniques, guident les thérapeutes vers une analyse et une réflexion sur leur contexte de prise en charge. Inconsciemment, ils devinent l'importance de ces facteurs et de leur prise en compte dans leur pratique.

Mener d'autres études serait intéressant et pourrait permettre de répondre plus précisément à ces hypothèses.

### **7.3 Perspectives pour la pratique future**

Le processus de réflexion engagé à l'égard de ce travail d'initiation à la recherche a permis de repositionner le patient dans son contexte de soin et de se focaliser sur l'importance de ce dernier.

Les effets contextuels sont omniprésents et nous entourent (84). Ils font inconditionnellement partie de notre pratique que l'on en soit conscient ou non et ont un impact majeur sur celle-ci. Les études ne manquent pas pour prouver leur implication et leurs capacités à modifier l'issue d'une prise en charge.

Même sans savoir ce qu'ils sont et en ignorant les preuves apportées par la littérature, une majeure partie des MK les utilisent dans leur pratique et ce en suivant en partie les recommandations de la science (moy: 5,2/8).

Cependant, une diffusion de ces connaissances paraît indispensable pour une utilisation consciente et réfléchie permettant de concourir à l'optimisation de l'efficacité de nos prises en charge en augmentant les effets placebos et évitant tout effet nocebos.

Plusieurs auteurs (28), parlent déjà d'intégrer ces notions au cursus de la formation initiale en Masso kinésithérapie afin de répandre ces connaissances primordiales au bien-être du patient.

Toutes les notions abordées lors de ce mémoire seront des clés permettant d'élargir nos possibilités d'action. Elles seront applicables quel que soit le patient et doivent être pensées comme des stratégies additionnelles au traitement le plus adapté. Ce mémoire rappelle donc l'importance de l'évidence based practice dans les choix thérapeutiques à effectuer et propose de combiner les EC à l'EBP.

Ce travail d'initiation à la recherche a constitué un aboutissement de plusieurs années d'études par la création d'un travail permettant de valider la compétence 8 (*"Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques"*). Ce mémoire a été un moyen d'élargir notre vision afin de créer un travail organisé et sensé. Il a permis de repenser une partie de notre future pratique et de développer un esprit critique indispensable à cette profession et à l'acquisition de la compétence 7: *"Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle"* (85).

## 8. Conclusion

Les effets contextuels sont aujourd'hui très étudiés dans la littérature scientifique. Leur efficacité est prouvée et ils ont montré un intérêt en kinésithérapie. En outre, les effets contextuels nous entourent et font partie de la prise en charge que l'on en soit conscient ou non. Il est donc primordial de les apprivoiser pour contrôler au mieux leurs effets. Le temps passé régulièrement avec le patient constitue un atout majeur pour le MK pour réussir à

intégrer ces facteurs dans la pratique clinique et ainsi optimiser les résultats d'une prise en charge. Pour espérer développer ces effets non spécifiques du traitement, le kinésithérapeute doit prendre en compte les 5 catégories de facteurs contextuels établis à ce jour (caractéristiques du MK, du patient, du traitement, la communication et l'environnement des soins) et comprendre chacun d'eux pour permettre de créer des effets placebos et de supprimer les effets nocebos.

Après avoir constaté que la littérature était abondante sur le sujet des effets contextuels et qu'elle recommandait leur prise compte dans la pratique clinique, ce mémoire avait pour objectif de, déterminer les connaissances et pratiques des MK français à ce sujet. Le questionnaire réalisé a permis de montrer que moins de la moitié des MK interrogés savaient ce qu'étaient les effets contextuels mais que près de trois quart déclaraient les utiliser dans leur pratique. Certaines variables telles que le genre ou l'année de diplôme semblaient moduler ces résultats. Concernant les questions de pratique générale, les MK ont tout de même obtenu une moyenne de 5,2 sur 8, ce qui indique une réelle prise en compte des effets contextuels dans leur pratique même si elle n'est pas toujours consciente. Des résultats significativement différents ont été observés entre le groupe diplômé avant 2019 et après 2019. L'année de diplôme et, probablement la réforme de la formation initiale de 2015 ont donc un impact majeur sur l'intégration des facteurs contextuels dans la pratique kinésithérapique.

Pour conclure la diffusion du concept d'effet contextuel semble encore limitée, mais l'intégration en pratique est tout de même présente.

Une prise de conscience de grande ampleur semble nécessaire pour démocratiser leur utilisation et ainsi maximiser les résultats de chaque prise en charge. Il faut cependant rester vigilant à adopter l'utilisation du placebo comme une stratégie additionnelle au traitement de base et ainsi le considérer comme un *"amplificateur d'efficacité"*(9).

L'auteur Giacomo Rossetini cité de nombreuses fois dans ce travail nous permet de conclure avec cette phrase: *"D'un point de vue clinique, l'intégration des effets contextuels associé au raisonnement EBP, représente une opportunité de stimuler l'effet placebo et de prévenir les effets nocebo, permettant de booster l'efficacité thérapeutique"*(71).



## Bibliographie

1. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Lond Engl. 19 déc 2020;396(10267):2006-17.
2. Carto santé. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=50933,6884394,733987,485111&c=indicator&i=zonage\\_conv.z\\_kine&view=map12](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=50933,6884394,733987,485111&c=indicator&i=zonage_conv.z_kine&view=map12)
3. Code de la Santé publique. Devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes (Articles R4321-51 à R4321-79) - Légifrance [Internet]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000019726925/#LEGISCTA000019730318](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000019726925/#LEGISCTA000019730318)
4. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Kinésithérapie, une evidence based practice ? [Internet]. 2019 [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesitherapie-une-evidence-based-practice/>
5. IPSOS. L'homéopathie plébiscitée par les Français [Internet]. Ipsos. 2018 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/lhomeopathie-plebiscitee-par-les-francais>
6. HAS. Première évaluation scientifique des médicaments homéopathiques en France [Internet]. 2019 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/presse\\_dp\\_evaluation\\_medicaments\\_homeopathiques\\_2019-06-27\\_18-28-22\\_631.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/presse_dp_evaluation_medicaments_homeopathiques_2019-06-27_18-28-22_631.pdf)
7. Pinsault RM& N. Paradoxes de l'effet placebo [Internet]. Le Monde diplomatique. 2019 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.monde-diplomatique.fr/2019/04/MONVOISIN/59743>
8. Fanget G. L'effet placebo en kinésithérapie, les connaissances actuelles et leurs répercussions sur la pratique. Mens Prat Tech Kinésithérapeute. 10 janv 2018;594.
9. Jean Philippe BASSIN. L'effet placebo en physiothérapie. Kinésithérapie Sci. juin 2016;(2:9-15):13-20.
10. Cedraschi, J. Desmeules, V. Piguet, A.-F. Allaz. Placebo, un allié mésestimé. 29 juin 2011;(7:1396-9).

11. Turbiaux Marcel. M, Barrucand (D.), Kissel (P.). Placebos et effet placebo en médecine. Bull Psychol. 1964;20(252):107-8.
12. Morral A, Urrutia G, Bonfill X. Placebo effect and therapeutic context: A challenge in clinical research. Med Clínica Engl Ed. 7 juill 2017;149(1):26-31.
13. Rossetini G, Carlino E, Testa M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. BMC Musculoskelet Disord. 22 janv 2018;19:27.
14. Hróbjartsson A, Kaptchuk TJ, Miller FG. Placebo effect studies are susceptible to response bias and to other types of biases. J Clin Epidemiol. nov 2011;64(11):1223-9.
15. Kleist P. Quatre effets, phénomènes et paradoxes de la médecine. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum. 15 nov 2006;6(46).
16. Conseil régional de la Formation de Wallonie. Connaissez-vous l'expérience d'Hawthorne? [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://crf.wallonie.be/compasinfo/breve.phpid=38&rub-id=54.html>
17. Sorbonne Université. Le paradoxe de Simpson illustré par des données de vaccination contre le Covid-19. Sorbonne Université. 2021.
18. Monvoisin R. L'effet Will Rogers, ou effet de migration des stades – Le Cortecs [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://cortecs.org/superieur/leffet-will-rogers-ou-effet-de-migration-des-stades/>
19. Eli Garcia. THÉRAPIES ET ALTERNATIVES ? - Épisode 4 : L'effet Placebo [Internet]. Libre Influence; [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=CPjUXaJpI9M>
20. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. N Engl J Med. 24 mai 2001;344(21):1594-602.
21. Wechsler ME, Kelley JM, Boyd IOE, Dutile S, Marigowda G, Kirsch I, et al. Active albuterol or placebo, sham acupuncture, or no intervention in asthma. N Engl J Med. 14 juill 2011;365(2):119-26.
22. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient Satisfaction With Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review. Phys Ther. 1 janv 2011;91(1):25-36.
23. Leopoldino AO, Machado GC, Ferreira PH, Pinheiro MB, Day R, McLachlan AJ, et al. Paracetamol versus placebo for knee and hip osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 25 févr 2019;2(2):CD013273.
24. Code de la Santé publique. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance

- [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721056](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056)
25. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/>
  26. Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, Sanchez MN, Kokkotou E, Singer JP, et al. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE*. 22 déc 2010;5(12):e15591.
  27. Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, Benedetti F. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. nov 2004;3(11):679-84.
  28. Rossetini G, Palese A, Geri T, Fiorio M, Colloca L, Testa M. Physical therapists' perspectives on using contextual factors in clinical practice: Findings from an Italian national survey. *PLoS ONE*. 30 nov 2018;13(11):e0208159.
  29. Colloca L, Benedetti F. Placebo analgesia induced by social observational learning. *PAIN®*. 1 juill 2009;144(1):28-34.
  30. Adamczyk WM, Buglewicz E, Szikszay TM, Luedtke K, Bąbel P. Reward for Pain: Hyperalgesia and Allodynia Induced by Operant Conditioning: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*. août 2019;20(8):861-75.
  31. Pfingsten M, Leibing E, Harter W, Kröner-Herwig B, Hempel D, Kronshage U, et al. Fear-Avoidance Behavior and Anticipation of Pain in Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Study. *Pain Med*. 1 déc 2001;2(4):259-66.
  32. Mondaini N, Gontero P, Giubilei G, Lombardi G, Cai T, Gavazzi A, et al. Finasteride 5 mg and sexual side effects: how many of these are related to a placebo phenomenon? *J Sex Med*. nov 2007;4(6):1708-12.
  33. Manaï M, van Middendorp H, Veldhuijzen DS, Huizinga TWJ, Evers AWM. How to prevent, minimize, or extinguish placebo effects in pain: a narrative review on mechanisms, predictors, and interventions. *Pain Rep*. 7 juin 2019;4(3):e699.
  34. Blasi ZD, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 10 mars 2001;357(9258):757-62.
  35. Petrilli CM, Mack M, Petrilli JJ, Hickner A, Saint S, Chopra V. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature—targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. *BMJ Open*. 19 jan 2015;5(1):e006578.
  36. Mercer E, MacKay-Lyons M, Conway N, Flynn J, Mercer C. Perceptions of Outpatients Regarding the Attire of Physiotherapists. *Physiother Can*. oct 2008;60(4):349-57.

37. Bishop FL, Smith R, Lewith GT. Patient preferences for technical skills versus interpersonal skills in chiropractors and physiotherapists treating low back pain. *Fam Pract.* 1 avr 2013;30(2):197-203.
38. Benedetti F, Benedetti F. Placebo Effects. Second Edition, Second Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2014. 416 p.
39. Sternberg Esther. A self-fulfilling prophecy: linking belief to behavior. *Ann N Y Acad Sci.* 2011;1234(1):98-9.
40. Witt C m., Martins F, Willich S n., Schützler L. Can I help you? Physicians' expectations as predictor for treatment outcome. *Eur J Pain.* 2012;16(10):1455-66.
41. Kelley JM, Lembo AJ, Ablon JS, Villanueva JJ, Conboy LA, Levy R, et al. Patient and Practitioner Influences on the Placebo Effect in Irritable Bowel Syndrome. *Psychosom Med.* sept 2009;71(7):789.
42. Nadine E Foster. The relationship between patient and practitioner expectations and preferences and clinical outcomes in a trial of exercise and acupuncture for knee osteoarthritis. *Eur J Pain.* 1 avr 2010;14(4):402-9.
43. Berry H, Bloom B, Mace BEW, Hamilton EBD, Fernandes L, Molloy M, et al. Expectation and patient preference – does it matter? *J R Soc Med.* janv 1980;73(1):34-8.
44. Bushnell MC, Čeko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci.* juill 2013;14(7):502-11.
45. Averbuch M, Katzper M. Gender and the placebo analgesic effect in acute pain. *Clin Pharmacol Ther.* sept 2001;70(3):287-91.
46. Vambheim SM, Flaten MA. A systematic review of sex differences in the placebo and the nocebo effect. *J Pain Res.* 31 juill 2017;10:1831-9.
47. Gunilla Stenberg, Annacristine Fjellman-Wiklund, Christina Ahlgren. "Getting confirmation": Gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients. *J Rehabil Med [Internet].* 1 févr 2012 [cité 14 oct 2022];44. Disponible sur: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0912>
48. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: A survey comparing the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract.* 1 janv 2007;23(1):21-36.
49. McKinnon AL. Client Satisfaction with Physical Therapy Services. *Phys Occup Ther Geriatr.* 1 mai 2001;19(2):23-37.
50. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*

1982. sept 1994;39(5):655-70.
51. Roberts L, Bucksey SJ. Communicating With Patients: What Happens in Practice? *Phys Ther.* 1 mai 2007;87(5):586-94.
  52. Potter M, Gordon S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Aust J Physiother.* 2003;49(3):195-202.
  53. O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* mai 2016;96(5):609-22.
  54. Lu DF, Hart LK, Lutgendorf SK, Perkhounkova Y. The effect of healing touch on the pain and mobility of persons with osteoarthritis: A feasibility study. *Geriatr Nur (Lond).* juill 2013;34(4):314-22.
  55. So PS, Jiang Y, Qin Y. Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 oct 2008;(4):CD006535.
  56. Häuser W, Hansen E, Enck P. Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice. *Dtsch Arzteblatt Int.* juin 2012;109(26):459-65.
  57. Schenk PW. « Just breathe normally »: word choices that trigger nocebo responses in patients. *Am J Nurs.* mars 2008;108(3):52-7.
  58. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The Therapeutic Alliance Between Clinicians and Patients Predicts Outcome in Chronic Low Back Pain. *Phys Ther.* 1 avr 2013;93(4):470-8.
  59. Dijkstra K, Pieterse M, Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs.* oct 2006;56(2):166-81.
  60. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science.* 27 avr 1984;224(4647):420-1.
  61. Laursen J, Danielsen A, Rosenberg J. Effects of Environmental Design on Patient Outcome: A Systematic Review. *HERD Health Environ Res Des J.* 1 juill 2014;7(4):108-19.
  62. Foll CL. 5 astuces pour optimiser l'espace de sa salle d'attente [Internet]. Office Santé. 2019 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.officesante.com/blog/5-astuces-pour-optimiser-lespace-de-sa-salle-dattente/>
  63. Denison B. Touch the pain away: new research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia syndrome. *Holist Nurs Pract.* 2004;18(3):142-51.

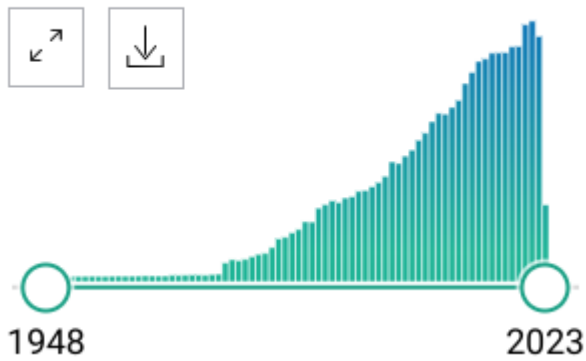
64. Monroe CM. The effects of therapeutic touch on pain. *J Holist Nurs Off J Am Holist Nurses Assoc.* juin 2009;27(2):85-92.
65. Branthwaite A, Cooper P. Analgesic effects of branding in treatment of headaches. *Br Med J Clin Res Ed.* 16 mai 1981;282(6276):1576-8.
66. Waber RL, Shiv B, Carmon Z, Ariely D. Commercial features of placebo and therapeutic efficacy. *JAMA.* 5 mars 2008;299(9):1016-7.
67. de Craen AJ, Tijssen JG, de Gans J, Kleijnen J. Placebo effect in the acute treatment of migraine: subcutaneous placebos are better than oral placebos. *J Neurol.* mars 2000;247(3):183-8.
68. Kaptchuk TJ, Stason WB, Davis RB, Legedza ART, Schnyer RN, Kerr CE, et al. Sham device v inert pill: randomised controlled trial of two placebo treatments. *BMJ.* 18 févr 2006;332(7538):391-7.
69. Haller.P.h. Evaluation de la douleur chronique en kinésithérapie. *Mens Prat Tech Kinésithérapeute* [Internet]. 10 déc 2001 [cité 20 mars 2023];417. Disponible sur: <https://www.ks-mag.com/article/6368-evaluation-de-la-douleur-chronique-en-kinesitherapie>
70. Zou K, Wong J, Abdullah N, Chen X, Smith T, Doherty M, et al. Examination of overall treatment effect and the proportion attributable to contextual effect in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis.* nov 2016;75(11):1964-70.
71. Rossettini G, Camerone EM, Carlino E, Benedetti F, Testa M. Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Arch Physiother.* 11 juin 2020;10:11.
72. Rossettini G, Geri T, Palese A, Marzaro C, Mirandola M, Colloca L, et al. What Physiotherapists Specialized in Orthopedic Manual Therapy Know About Nocebo-Related Effects and Contextual Factors: Findings From a National Survey. *Front Psychol.* 2020;11:582174.
73. Mandal A, Eaden J, Mayberry MK, Mayberry JF. Questionnaire surveys in medical research. *J Eval Clin Pract.* 2000;6(4):395-403.
74. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ.* 29 mai 2004;328(7451):1312-5.
75. Eysenbach G, Wyatt J. Using the Internet for Surveys and Health Research. *J Med Internet Res.* 22 nov 2002;4(2):e13.
76. MACSF.fr. Kinés : les chiffres clés 2022 [Internet]. MACSF.fr. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/actualites/chiffres-cles-kinesitherapeutes>

77. INSEE. Mode de collecte et questionnaire, quels impacts sur les indicateurs européens de l'enquête Emploi ? 2018.
78. S Thorpe. Online Student Evaluation of Instruction: An Investigation of Non-Response Bias | Semantic Scholar. In 2002 [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Online-Student-Evaluation-of-Instruction%3A-A-n-of-Thorpe/8c94749e8766108afd6744c7c94c1ec70109ca47>
79. FFMKR. La kiné en chiffres - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres>
80. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La démographie des kinésithérapeutes en 2020 [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2021 [cité 22 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/>
81. Bisconti M, Venturin D, Bianco A, Capurso V, Giovannico G. Understanding Contextual Factors Effects and Their Implications for Italian Physiotherapists: Findings from a National Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 7 juin 2021;9(6):689.
82. FOYER Baptiste. Kinedoc - Les connaissances et les représentations des effets contextuels et des facteurs contextuels chez les étudiants en masso-kinésithérapie des départements du Nord et du Pas de Calais : résultat d'une enquête [Internet]. [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: [https://kinedoc.org/dc/api/dc/html?f=LONG\\_HTML&l=fr&q=KDOC\\_100124](https://kinedoc.org/dc/api/dc/html?f=LONG_HTML&l=fr&q=KDOC_100124)
83. Druart L. De l'usage du contexte pour l'amélioration des pratiques de soins [Internet] [These en préparation]. Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/s268295>
84. Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther*. août 2016;24:65-74.
85. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. La profession de masseur-kinésithérapeute et les référentiels [Internet]. 2015 sept [cité 14 avr 2023] p. 292. Report No.: N°8. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste\\_20150008\\_0000\\_p000.pdf](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_p000.pdf)

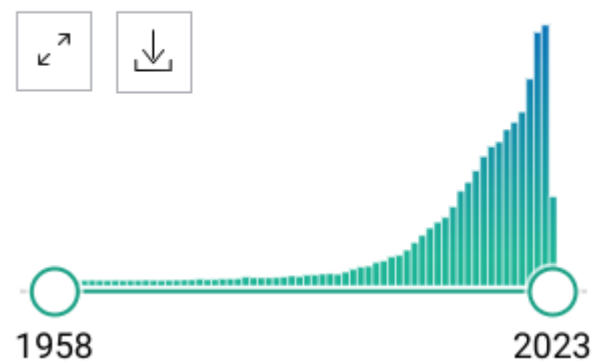
**Annexes:**

**Annexe 1: Nombre de résultats sur Pubmed avec la recherche “placebo effects” (à gauche) et “contextual effects” (à droite)**

RESULTS BY YEAR



RESULTS BY YEAR





**Annexe 2: Questionnaire (Lime Survey)**

## Première partie: votre profil

**\*Q0: Etes vous MKDE ?****!** Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous☐ oui☐ non**?** Ceci est une texte d'aide pour la question.**Q1: Dans quel institut de formation avez vous étudié ?****Q2: En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?****Q3: Quel est votre sexe ?****!** Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous☐ féminin☐ masculin☒ Sans réponse**Q4: Où exercez-vous ? (lieu (ville) et type de structure)****Q5: Avec quel type de patientèle travaillez-vous ?**

## Deuxième partie: questions pratiques en kinésithérapie

**Q6: Vous vous apprêtez à effectuer une technique de thérapie manuelle au niveau des lombaires d'un patient. Le patient ne connaît pas cette technique. Vous...**

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ vous exécutez la technique sans lui parler des résultats pour augmenter l'effet de surprise si elle fonctionne
- ☐ vous prévenez le patient que cette technique ne fonctionne pas sur tout le monde mais qu'il faut l'essayer
- ☐ vous listez les effets secondaires potentiels et les expliquez un par un pour informer le patient
- ☐ vous expliquez comment va se dérouler votre manipulation
- ☐ vous prenez le temps d'expliquer les bénéfices attendus

**Q7: L'environnement (lumière, couleur, musique) dans lequel est réalisé la prise en charge a un impact sur le résultat.**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ Partiellement d'accord
- ☐ Totalement d'accord
- ☒ Sans réponse

**Q8: A quelle fréquence, pensez-vous que les compte rendus des spécialistes peuvent être mal interprétés par les patients et qu'il est important de leur réexpliquer ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ a chaque fois (100% du temps)
- ☐ souvent ( 75%)
- ☐ quelquefois (50%)
- ☐ rarement (25%)
- ☐ jamais (0%)
- ☒ Sans réponse

**Q9: Utiliser du matériel récent et onéreux peut augmenter la confiance du patient dans ses soins**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ Partiellement d'accord
- ☐ Totalement d'accord
- ☒ Sans réponse

**Q10: Vous arrive-t-il de masser des patients dans des situations où vous savez que ce ne serait pas le traitement le plus efficace mais que le patient le demande ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ oui
- ☐ non
- ☒ Sans réponse

**Q11: Pourquoi ?**

**Q12: Le simple fait d'avoir des attentes positives par rapport à l'amélioration d'un patient peut conduire à des résultats tels qu'une diminution de la douleur ou une augmentation de la fonction.**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ Partiellement d'accord
- ☐ Totalement d'accord
- ☒ Sans réponse

**Q13: L'attitude du thérapeute (communication, posture) peut modifier les symptômes du patient**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ Partiellement d'accord
- ☐ Totalement d'accord
- ☒ Sans réponse

**Q14: Un patient veut réaliser un exercice qu'il connaît depuis longtemps. Il est convaincu de son efficacité (il trouve que cet exercice le soulage) mais vous savez qu'il ne présente pas de preuves d'efficacité dans la littérature. Continuez vous à proposer cet exercice ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ oui
- ☐ non
- ☒ Sans réponse

Q15: Pourquoi ?

**Q16: Utiliser le toucher thérapeutique en complément d'un autre soins augmente les attentes du patient**

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
- ☐ Partiellement d'accord
- ☐ Totalelement d'accord
- ☒ Sans réponse

### Troisième partie: les effets contextuels

Q17: Savez vous ce que sont les effets contextuels ?

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ oui
- ☐ non
- ☒ Sans réponse

**Q19: Pensez vous que l'efficacité des effets contextuels est prouvée dans la littérature ?**

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ il n'y pas d'étude sur ce sujet
- ☐ il y a des études mais pas de preuves
- ☐ il y a des études qui montrent l'efficacité des effets contextuels
- ☒ Sans réponse

? Les effets contextuels sont des éléments du contexte qui peuvent influencer le résultat d'un soin indépendamment du médicament ou de l'intervention

**Q20: Lesquels de ces facteurs peuvent influencer l'efficacité des soins ?**

❗ Cochez la ou les réponses

- ☐ l'alliance thérapeutique
- ☐ la communication non verbale
- ☐ toucher thérapeutique
- ☐ l'attitude du kiné
- ☐ l'âge du patient
- ☐ les attentes du patient
- ☐ l'heure de rendez vous
- ☐ la communication verbale
- ☐ les croyances du kiné
- ☐ l'environnement des soins
- ☐ la localisation du cabinet

**Q21: Dans votre pratique quotidienne, utilisez-vous les effets contextuels ?**

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ oui
- ☐ non
- ☒ Sans réponse

Q23: Pensez vous les utiliser inconsciemment ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ oui
- ☐ non
- ☒ Sans réponse

📌 Exemples:

- acceptez vous parfois de réaliser un traitement que le patient trouve efficace mais qui n'est pas prouvé
- Avez vous fait attention à l'aménagement et à la décoration de votre lieu de soins
- présentez vous à l'oral les techniques et exercices que vous réalisez en insistant sur le mécanisme et les biens faits
- autres exemples : lien

Q24: Avez-vous suivi une formation concernant les effets contextuels ou l'effet placebo ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ oui
- ☐ non
- ☒ Sans réponse

Q25: Avez vous eu des cours sur les effets contextuels ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ oui
- ☐ non
- ☒ Sans réponse

**Annexe 3 : Premier texte introductif (extérieur du questionnaire)**

Bonjour,

Je m'appelle Maureen. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude j'ai décidé de créer un questionnaire "en aveugle".

Accepteriez-vous de m'aider en répondant à ce questionnaire sans en connaître la thématique ?

Les questions auxquelles vous répondrez seront simples et concerneront la pratique des kinésithérapeutes en général. Le questionnaire ne dure que 5 à 6 minutes.

Évidemment si les questions ne vous ont pas donné une petite idée du thème, vous le découvrirez dans la troisième partie du questionnaire mais dans un premier temps l'aveugle est nécessaire pour récolter des données pertinentes.

Ce questionnaire est à destination des MKDE en activité.

Lien: <https://limesurvey.ifm3r.eu/index.php/556277?lang=fr>

N'hésitez pas à le partager à 1 ou 2 collègues autour de vous

Merci de votre participation

**Annexe 4 : Deuxième Texte Introductif (intérieur du questionnaire)**

Ce questionnaire se compose d'une première partie pour mieux identifier votre profil, d'une deuxième interrogeant votre pratique au quotidien et une dernière concernant le sujet du mémoire.

Toutes les informations recueillies seront anonymisées, nous vous invitons donc à répondre en toute honnêteté pour permettre la fiabilité des analyses qui seront réalisées.

Si vous répondez à ce questionnaire, vous consentez à l'analyse interne des données récoltées.



**Annexe 5: Résultats bruts des questions fermées du questionnaire (les propositions en vert sont les réponses recommandées par la littérature)**

	“Vous exécutez la technique sans lui parler des résultats pour augmenter l’effet de surprise si elle fonctionne”	“Vous prévenez le patient que cette technique ne fonctionne pas sur tout le monde mais qu’il faut l’essayer “	“Vous listez les effets secondaires potentiels et les expliquer un par un pour informer le patient”	“Vous expliquez comment va se dérouler votre manipulation”	“Vous prenez le temps d’expliquer les bénéfices attendus”
<b>Q6: Vous vous apprêtez à effectuer une technique de thérapie manuelle au niveau des lombaires d’un patient. Le patient ne connaît pas cette technique. Vous...</b>	5	44	22	135	105

	“à chaque fois (100% du temps)”	“souvent (75%)”	“Quelquefois (50%)”	“Rarement (25%)”	“Jamais (0%)”	“Sans réponse”
<b>Q8: A quelle fréquence, pensez-vous que les compte rendus des spécialistes peuvent être mal interprétés par les patients et qu’il est important de leur réexpliquer ?</b>	29	99	27	4	0	4

	OUI	NON	“Sans réponse”
<b>Q10: Vous arrive-t-il de masser des patients dans des situations où vous savez que ce ne serait pas le traitement le plus efficace mais que le patient le demande ?</b>	109	47	7

	“Totale- ment d'accord”	“Partielle- ment d'accord”	“Ni d'accord ni pas d'accord”	“Plutôt pas d'accord”	“Pas du tout d'accord”	“sans réponse ”
<b>Q7: L'environnement (lumière, couleur, musique) dans lequel est réalisée la prise en charge a un impact sur le résultat.</b>	66	65	20	8	0	4
<b>Q9: Utiliser du matériel récent et onéreux peut augmenter la confiance du patient dans ses soins</b>	1	53	46	33	25	5
<b>Q12: Le simple fait d'avoir des attentes positives par rapport à l'amélioration d'un patient peut conduire à des résultats tels qu'une diminution de la douleur ou une augmentation de la fonction.</b>	58	73	15	10	0	7
<b>Q13: L'attitude du thérapeute (communication, posture) peut modifier les symptômes du patient</b>	91	56	4	7	1	4
<b>Q16: Utiliser le toucher thérapeutique en complément d'un autre soins augmente les attentes du patient</b>	30	42	43	18	3	27

Q20: Lesquels de ces facteurs peuvent influencer l'efficacité des soins ?	Alliance thérapeutique	Communicat° non verbale	Toucher thérapeutique	Attitude du kiné	Age du patient	Attentes du patient	Heure de rdv	Communicat° verbale	Croyances du kiné	Environnement des soins	Localisat° du cabinet
“oui”	147	136	124	153	50	131	57	142	93	134	46
“non”	16	27	39	10	113	32	106	21	70	29	117