



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation

Pays de la Loire

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE

Adultes actifs et observance thérapeutique à domicile dans la prise en charge des affections musculosquelettiques en masso-kinésithérapie

Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs

Louise CHAIGNEAU

Mémoire UE 28

Semestre 10

Année scolaire : 2023-2024

Région des Pays de la Loire



AVERTISSEMENT

Les mémoires, comptes-rendus et autres écrits des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont des travaux réalisés au cours de leur formation.

Ils ne constituent pas nécessairement un modèle. 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.


Engagement de non plagiat

Je, soussignée

CHAIGNEAU Louise, déclare être pleinement consciente 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 : Nantes

Le : 30/04/2024

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

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce projet que ce soit de près ou de loin.

Premièrement je tiens à remercier ma directrice de mémoire sans qui tout cela n'aurait pas pu être possible. Merci pour sa rapidité de réponse, son écoute et ses conseils bienveillants tout le long de ce travail.

Je remercie également tous les patients et tous les MK qui ont accepté de participer aux entretiens.

Je tiens ensuite à remercier les tuteurs de stages, enseignants à l'IFM3R qui m'ont permis de découvrir un métier passionnant et de me transmettre de nombreuses connaissances. Toutes ces expériences de stage m'ont permis de découvrir un métier passionnant et me définiront en tant que future masseur-kinésithérapeute.

Enfin, je remercie, ma famille et mes amis, pour leur soutien sans faille tout au long de ce projet. Merci pour les moments de rire, de joie et de peine.

Je vous remercie tous d'avoir contribué à rendre ces études encore plus mémorables.

Résumé

Introduction : De nos jours, les troubles musculosquelettiques représentent une forte proportion des pathologies retrouvées en prise en charge libérale. En 2009 en France, ils représentaient 41 000 cas et un coût annuel d'environ 875 millions d'euros. Concernant ces pathologie les recommandations des grandes instances et des chercheurs prônent l'auto-rééducation et les thérapies actives. Cependant, les taux d'observance en santé sont faibles et concernent de nombreux patients. Quels facteurs en pratique influencent l'observance à domicile en kinésithérapie ?

Objectif : L'objectif de ce mémoire est de mieux comprendre le principe d'observance thérapeutique à domicile et ce qui l'influence dans la pratique en kinésithérapie pour pouvoir, accompagner au mieux les patients atteints de troubles musculosquelettiques dans leur prise en charge.

Méthode : Pour répondre à cette question de recherche des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des patients adultes actifs et des masseurs-kinésithérapeutes en exercice.

Résultat : D'après les entretiens réalisés les facteurs influençant l'observance retrouvés en pratique kinésithérapique dans le champ musculosquelettique sont : le profil du patient (pratique d'activité sportive, caractère/tempérament), l'impact de sa pathologie sur son quotidien (ancienneté de la pathologie, douleur, gêne, fatigue) et la manière d'expliquer la prescription d'exercices (écrire, nombre d'exercice, supervision).

Discussion : Les résultats des entretiens associés à ceux de la littérature convergent vers des données communes. En revanche, des précautions sont à prendre quant à la qualité méthodologique de cette étude. En tant que MK, avoir conscience de ce qui influence l'observance thérapeutique au domicile et être sensibilisé à cela permet d'avoir de meilleures compétences pour pallier à la non observance. De plus pour certains patients, les séances de groupe peuvent être une solution pour pallier à cette problématique mais est-ce possible pour tous les patients et le système de santé permet-il cela ?

Mots clés

- Observance thérapeutique
- Troubles musculosquelettiques
- Auto-rééducation.

Abstract

Introduction : Nowadays, musculoskeletal disorders account for a large proportion of the pathologies seen in private practice. In 2009 in France, they accounted for 41,000 cases and an annual cost of around €875 million. For these diseases, the recommendations of the major authorities and researchers advocate self-education and active therapies. However, compliance rates are low and concern many patients. What factors in practice influence compliance with physiotherapy at home?

Aim : The aim of this thesis is to gain a better understanding of the principle of therapeutic compliance at home and what influences it in physiotherapy practice, so as to be able to provide patients with musculoskeletal disorders with the best possible care.

Method : To answer this research question, semi-directive interviews were conducted with active adult patients and practising physiotherapists.

Results : According to the interviews carried out, the factors influencing compliance found in physiotherapy practice in the musculoskeletal field are: the patient's profile (sporting activity, character/temperament), the impact of their pathology on their daily life (length of pathology, pain, discomfort, fatigue) and the way in which the exercise prescription is explained (writing, number of exercises, supervision).

Discussion : The results of the interviews combined with those of the literature converge towards common data. However, precautions should be taken regarding the methodological quality of this study. As a medical practitioner, being aware of the factors influencing compliance with treatment in the home and being sensitised to these factors will improve your skills in dealing with non-compliance. In addition, for some patients, group sessions may be a solution to this problem, but is this possible for all patients, and does the healthcare system allow it?

Keywords

- Adherence / Compliance
- Musculoskeletal disorders
- Self-managed / Self-education

Glossaire des abréviations

MK : Masseur-kinésithérapeute, masso-kinésithérapie

TMS : Troubles MusculoSquelettiques

HAS : Haute Autorité de Santé

OARSI : Osteoarthritis Research Society International

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HBM : Health Belief Model

SCT : Social Cognitive Theory

SMART : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporellement défini

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Sommaire

I.	Introduction	1
II.	Cadre conceptuel.....	2
1.	Définition des termes.....	2
2.	Modèles théoriques liés à l’observance	6
3.	Troubles musculosquelettiques.....	9
4.	Auto-rééducation	10
5.	Observance et masso-kinésithérapie	11
III.	Problématique de recherche	11
IV.	Méthodologie	13
1.	Méthode qualitative au moyen d’entretiens semi-directifs	13
2.	Guide d’entretien	13
3.	Recueil des données	14
4.	Sélection des enquêtés.....	14
5.	Traitement des données	18
6.	Anonymisation	19
7.	Aspects réglementaires et déontologiques	19
V.	Résultats	20
1.	Description des résultats des binômes masseur-kinésithérapeute n°1 et patients 1.	20
2.	Description des résultats des binômes masseur-kinésithérapeute n°2 et patients 2.	24
3.	Description des résultats des binômes masseur-kinésithérapeute n°3 et patients 3.	29
4.	Mise en lien des entretiens des masseurs-kinésithérapeutes	34
VI.	Discussion	36
1.	Vérification des hypothèses :	36
2.	Réponse à la question de recherche	42
3.	Limites de l’étude	45
4.	Ouvertures.....	46
5.	Apport personnels	47
VII.	Conclusion.....	48
Bibliographie :.....		
Annexes.....		I
Annexe 1 : Guide d’entretien à destination des MK		I
Annexe 2 : Guide d’entretien à destination des patients.....		III
Annexe 3 : Affiche anonymisée		VI
Annexe 4 : Mail envoyé aux MK du cabinet n°2		VII
Annexe 5 : Extrait de la retranscription du patient 1.1		VIII
Annexe 6 : Extrait du tableau d’analyse des patients du MK2.....		IX

I. Introduction

La kinésithérapie est en perpétuelle évolution. La formation initiale a subi une transformation lors de la réforme de 2015, le cursus est passé de trois à quatre années d'études précédées d'une année universitaire. « Cette réforme adapte, pour la première fois depuis 1989, la formation des futurs praticiens aux nouvelles exigences de l'exercice et aux attentes des patients » (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2015). De plus, ces quatre années d'études se finissent par la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche. Il a pour but de « développer son esprit critique pour le transférer dans son raisonnement professionnel et ses pratiques » (Légifrance, 2015). Ces compétences en recherche et le perfectionnement de l'analyse critique font évoluer les façons de penser et les paradigmes autour des méthodes utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes (MK). De nos jours, les exercices actifs sont recommandés pour de nombreuses pathologies et troubles musculosquelettiques (TMS). De nombreuses instances et auteurs recommandent du travail actif dans la rééducation. À propos de la lombalgie commune, la Haute Autorité de Santé (HAS) indique : « la réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, poursuivie à domicile, est recommandée (grade B) » (HAS, 2019). L'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) souligne l'importance de l'implication du patient atteint d'arthrose de genou et de hanche : « l'accent initial doit être mis sur les moyens et les traitements pouvant être mis en œuvre par le patient lui-même, plutôt que des traitements passifs délivrés par des professionnels de la santé » (Beauvais, 2017).

L'utilisation de programmes d'auto-rééducation à réaliser en dehors des séances a de nombreux objectifs. Cela peut maximiser les bénéfices de la rééducation « classique » ou conserver ce qui a été gagné pendant les séances (Smith et al., 2011). Cela peut également avoir de solides effets sur la douleur, sur la fonction physique et sur la qualité de vie des patients (Tarquinio et al., 2019) (Babatunde et al., 2017) (Luan et al., 2019). Selon Chloé Gay (docteur en recherche clinique) et ses collègues, l'exercice et la perte de poids sont les piliers des traitements non-pharmacologiques. Ils améliorent la fonction et réduisent la douleur (Gay et al., 2016) (Mazière et al., 2008). Néanmoins, l'auto-rééducation n'est efficace que si elle est réalisée régulièrement (Jansons et al., 2017). Ceci est un problème puisque nous savons que la non-observance ou non-adhésion peut concerner tous les patients (Vermeire et al., 2001). Il est difficile de connaître et de mesurer le taux d'observance en kinésithérapie. Nous remarquons néanmoins que le rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 2003 déclare que « la capacité des patients à suivre les plans de traitement de manière optimale est fréquemment compromise par plus d'un obstacle, généralement lié à différents aspects du problème » (Sabaté, 2003). Ceci pose également question puisque les TMS sur le plan économique occupent une place

importante. En 2009, en France, ils représentaient 41 000 cas et un coût annuel d'environ 875 millions d'euros (Fassier et al., 2014).

Ce principe de rééducation actif et le manque d'observance amènent des questionnements. Pourquoi un patient ne suit-il pas les recommandations faites par le masseur-kinésithérapeute ? Quelle est la différence entre les patients qui réalisent leurs exercices et ceux qui ne les réalisent pas ? Qu'est-ce qui influence le comportement ? Comment le MK peut-il accompagner le patient dans une meilleure observance ?

L'objectif de ce mémoire est de comprendre ce qui influence la réalisation des exercices à domicile. Pour ce faire, le cadre théorique est défini à l'aide de la littérature scientifique. De ce cadre a découlé une problématisation avec des hypothèses pouvant y répondre. En a suivi la description de la méthodologie utilisée pour les explorer. Des entretiens semi-directifs avec des patients et des masseurs-kinésithérapeutes ont été réalisés afin de répondre aux questionnements. Les résultats sont ici présentés et analysés, puis discutés. Enfin, les limites et intérêts de cette étude sont présentés.

II. Cadre conceptuel

Pour débiter ce mémoire, une étude de la littérature a été effectuée pour définir les termes principaux et comprendre les concepts associés à ce sujet d'étude. Pour ce faire, les recherches ont été réalisées sur les bases de données suivantes : cairn.info, pubmed, google scholar. Le terme « observance thérapeutique » est le terme le plus important à définir dans cette étude, c'est pour cela qu'il sera défini en premier. Suite à ces recherches, de nombreux termes ont également été explicités. Puis, l'appui sur des modèles théoriques a permis de préciser le concept d'observance. Enfin le lien avec la kinésithérapie et les TMS a été étudié.

1. Définition des termes

a) Observance thérapeutique

Le terme observance a de nombreuses définitions en fonction des époques et des auteurs. Son origine première vient de la culture religieuse chrétienne et signifie le fait de respecter « l'exécution des règles de la pratique religieuse » comme le précisent Rioux & Sylvain (docteur en sciences infirmières) (Rioux & Sylvain, 2004). À partir des années 1975, ce terme apparaît dans le secteur médical. Cependant, il n'y a pas de consensus de sens, ni de consensus de définition pour l'observance.

Certains auteurs comme Joël Ménard (docteur en médecine interne) l'ont défini par un seuil quantitatif : « une prise d'au moins 80 % de la dose totale prescrite » (Ménard, 1979). Cela pose un problème pour classer les patients en « observant » ou « non observant », car dans les études

qui traitent du sujet, très peu détaillent leur manière de quantifier l'observance. De plus, différents seuils sont utilisés. Se rajoute le fait que les chercheurs qui travaillent sur le sujet n'incluent pas tous les mêmes comportements dans ce terme. Pour certains auteurs, l'observance est simplement le taux de médicament pris par rapport à la prescription (Lamouroux et al., 2005) (Aronson, 2007). Pour d'autres c'est le nombre de médicaments mais également les modalités de prise. D'autres auteurs incluent également l'assiduité aux consultations médicales (Tarquinio & Tarquinio, 2007).

Ensuite, il y a les auteurs comme Pierre François Plouin (médecine interne) et ses collègues qui décrivent l'observance thérapeutique comme « le degré de concordance qui existe entre les recommandations du médecin et le comportement du patient » (Plouin et al., 1979). Cette définition amène la même ambivalence que précédemment, qu'est-ce qui est inclus dans les recommandations du médecin ? Du point de vue de ces définitions, ce sont les prescriptions médicales qui doivent s'imposer au patient et dans un second temps le comportement du patient est analysé.

De nouveaux auteurs reprennent la définition d'observance thérapeutique. Cyril Tarquinio (psychologie), par exemple, la décrit comme « un espace de confrontation entre les exigences médicales (définition du bien-être et de la santé, attentes de conduites permettant d'atteindre de tels idéaux) et les ressources que le sujet pourra développer et mobiliser pour s'adapter à sa situation de malade » (Tarquinio & Tarquinio, 2007). Dans cette définition, nous retrouvons un changement, le patient est placé comme acteur au centre de l'observance. C'est le patient qui, grâce à ses compétences va s'adapter à sa situation de malade. Suite à ces nouvelles définitions, le schéma de soumission aux décisions médicales tend à disparaître, tandis que la notion d'échange, de collaboration entre le patient et le médecin apparaît.

Pour ce sujet d'étude, lorsque nous parlons d'observance nous traitons des notions d'échange et de collaboration entre le soignant et le patient.

b) Taux d'observance

La non-observance est une dimension difficile à mesurer, en effet, les nombreuses études sur le sujet décrivent des taux d'observances thérapeutiques différents. L'observance de la santé générale dans le monde a été mesurée pour différentes pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle (Cotton & Antill, 1984), le diabète (Kravitz et al., 1993), l'asthme ((Bailey et al., 1990)/ (Brooks et al., 1994)). Elle a également été mesurée sur différentes populations telles que les enfants (Krasnegor et al., 1993), les adolescents (Gavin et al., 1999) ou les adultes ((Myers & Midence, 1998)). Dans ces études citées précédemment ; les taux

d'observance vont de 29% à 82%. L'observance a également été mesurée plus spécifiquement en kinésithérapie. Selon une étude de 2023, le taux d'observance kinésithérapique après une chirurgie orthopédique était de 64% (Kattan et al., 2023). Nous pouvons nuancer ces données avec d'autres études qui se sont concentrées sur les maladies orthopédiques avec des taux allant de 85 à 89% pour Di Fabio et al (Di Fabio et al., 1996), et des taux de 44% pour Ludwig et Adams (Ludwig & Adams, 1968). Ces différents taux d'observance peuvent être expliqués par le type de pathologie ou par le type de traitement. Mais en réalité, aucun consensus n'a établi un "seuil d'observance" nécessaire pour obtenir les effets thérapeutiques désirés (Alvin, 2000). Dahan et ses collaborateurs disent qu'il est généralement admis qu'une observance égale ou supérieure à 75-81% de la posologie prescrite est indicative d'une bonne observance (Dahan et al., 1985). Ankri et ses collaborateurs expliquent dans leur article de 1995 que ce seuil varie considérablement, allant de 30 à 90% de la prise du traitement (Ankri et al., 1995). La question qui se pose est : est-il réellement nécessaire de définir un seuil d'observance pour la mesurer ? Au vu de la difficulté de la mesure quantitative de l'observance, dans cette recherche, nous allons nous intéresser à sa mesure qualitative. Plus spécifiquement à ce qui influence celle-ci. Pour mieux la comprendre, nous allons définir les termes qui gravitent autour d'elle.

c) Compliance

Dans le monde anglo-saxon, les travaux sur l'observance thérapeutique se développent dans les années 1980 mais sous le terme de *compliance*. Aurore Lamouroux (docteur en psychologie sociale) et ses collègues indiquent que « l'observance, dans la littérature française est encore parfois utilisée sous son équivalent anglais *compliance*. Or, ce terme connote, en français, une idée de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite par le médecin : "to comply with" veut dire se soumettre, suivre conformément » (Lamouroux et al., 2005). Dans les textes français nous pouvons voir apparaître ce terme de *compliance*, cependant, il renvoie à la notion de conformité et de soumission du patient envers le thérapeute. Margaret Chesney (docteur en médecine), (Chesney et al., 2000) met en avant qu'elle préfère utiliser le terme d'adhésion, de partenariat. Elle exprime qu'une telle acceptation du terme *compliance* oblige à considérer le patient comme passif. Certains auteurs ont proposé d'enrichir les définitions d'observance et de conformité en réponse à cette observation d'une passivité excessive chez les patients. Dans les années 1990, Marcel Burner (psychologie) propose d'y ajouter la notion de confiance et de coopération par « l'obéissance liée à la confiance » (Burner, 1990). Une communication efficace entre un professionnel de santé et un patient, joue un rôle essentiel dans l'observance thérapeutique, une notion souvent désigné par le terme d'alliance thérapeutique.

d) Alliance thérapeutique

Le terme d'alliance thérapeutique est apparu dans le cadre de la psychanalyse. Sigmund Freud (médecin fondateur psychanalyse) a été le premier à l'utiliser dans la relation du patient et du thérapeute dans la psychothérapie (Freud, 1913). Dans un cadre plus général, l'alliance thérapeutique se caractérise par une collaboration étroite et un partenariat entre le patient et le thérapeute, tous deux travaillant ensemble pour atteindre des objectifs convenus conjointement (Valot & Lalau, 2020). De nombreux auteurs ont démontré que l'alliance thérapeutique est un aspect essentiel pour garantir une observance de qualité (Eraker et al., 1984) (Horwitz & Horwitz, 1993) (Reach, 2007). Le devoir du médecin ne se limite pas à simplement "éduquer" le patient, mais plutôt à s'engager dans son système de croyances afin de le comprendre pleinement. C'est à partir de cette compréhension qu'un authentique partage des croyances peut s'établir entre le médecin et le patient. La communication entre les deux partenaires favorisera l'établissement d'une relation de confiance, fondement indispensable à la construction d'une alliance thérapeutique (Reach, 2007).

e) Adhésion thérapeutique

Dans le champ lexical de l'observance thérapeutique nous pouvons également trouver le terme d'adhésion thérapeutique. Ce terme émerge en 1976 et Blackwell le définit pour la première fois (Blackwell, 1976). Au plus l'utilisation de ce terme augmente, au plus le terme de compliance disparaît (Cognet et al., 2010). Comme pour les termes précédents, il n'y a pas de consensus strict sur un sens ou une définition. Dans la majorité de la littérature, les mots adhésion et observance sont utilisés pour définir les mêmes principes.

Si nous faisons une analyse plus poussée du terme adhésion thérapeutique, nous remarquons qu'il se réfère majoritairement à un accord entre le thérapeute et le patient. Elle correspond à l'aspect attitudinal de l'observance pour Aurore Lamouroux (docteur en psychologie sociale) et ses collègues (Lamouroux et al., 2005). En attribuant un rôle plus actif au patient, sa définition forme le fondement sur lequel l'OMS a établi en 2003 la notion d'adhésion thérapeutique : « niveau d'adéquation entre le comportement d'un patient, et les recommandations sur lesquelles il s'est entendu avec un professionnel de santé » (Sabaté, 2003). Selon Robert Brian Haynes (docteur en médecine) et ses collègues (1979) ce terme est fluctuant et modulé par plus de 200 facteurs différents (psychosociaux et motivationnels). Des auteurs tels Marie Paule Schneider (docteur en pharmacie) et ses collègues, proposent d'expliquer l'adhésion thérapeutique grâce à des modèles comportementaux (Schneider et al., 2013).

Ce terme adhésion sera utilisé en plus d'observance dans ce sujet d'étude. En effet, il semble être moins difficile à comprendre pour les patients et se rapproche davantage de la pratique.

2. Modèles théoriques liés à l'observance

Dans la continuité de la définition d'observance thérapeutique, de nombreux modèles théoriques ont été élaborés pour l'expliquer. Nous allons en décrire trois qui nous paraissent primordiaux concernant ce sujet d'étude. Cependant, ces modèles concernent la santé générale et ne sont pas spécifiques à la masso-kinésithérapie.

a) Health Belief Model (HBM)

Le *health belief model* a été décrit par Irwin M. Rosentock (médecine) (Rosentock, 1966) (Rosentock, 1974) puis a été repris par Marshall H Becker (sociologue) et ses collègues (Becker & Maiman, 1975) (Becker & Rosentock, 1984). Ce modèle est sans doute le plus célèbre dans la psychologie de la santé. Il est le premier modèle à avoir un regard pluridisciplinaire et non exclusivement médical sur les comportements de santé (Tarquinio et al., 2019). Il a été conçu dans un contexte où les chercheurs voulaient comprendre pourquoi les patients portaient une réserve à suivre certaines mesures préventives ou prescriptions médicales. Selon Rosentock, la réalisation du comportement dépend de quatre facteurs :

- La vulnérabilité perçue d'une mauvaise santé, autrement dit la perception du risque : la probabilité de contracter une pathologie
- La gravité perçue de la pathologie ; en d'autres termes, le retentissement de la pathologie sur soi-même
- Les bénéfices perçus du changement de comportement, c'est-à-dire ce que la personne estime qu'elle va gagner de ce changement
- Les obstacles perçus à l'action, soit, ce qui peut empêcher de faire cette action

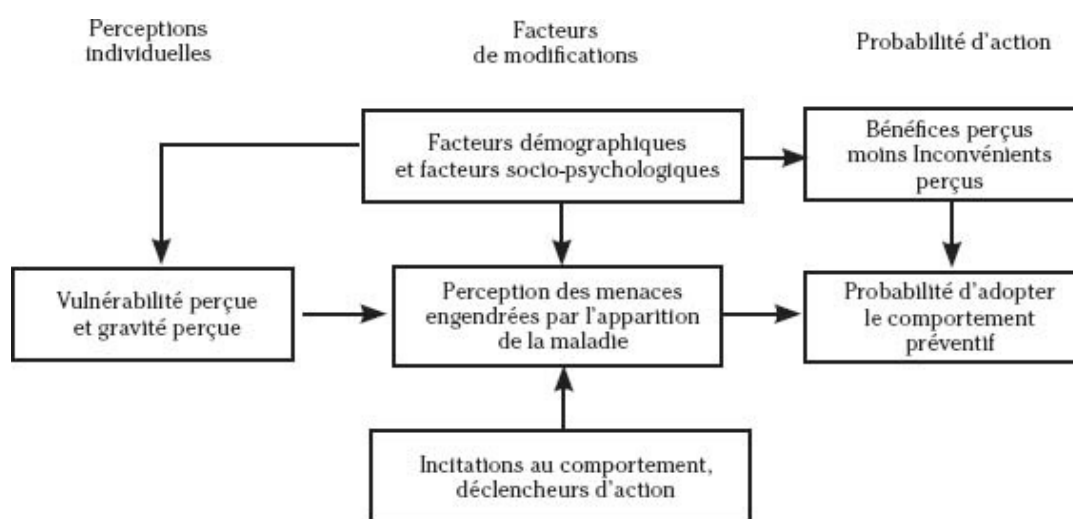


Figure 1 : Health Belief Model (Tarquinio et al., 2019)

Ces quatre facteurs sont divisibles en deux catégories : les facteurs associés au ressenti du patient et les facteurs associés aux conséquences du comportement. Ce modèle a servi de cadre explicatif pour prédire les comportements sains ou à risques à partir de quelques facteurs cognitifs (évaluation, perception, croyances). Ce modèle se distingue des modèles biomédicaux qui définissent la santé et la maladie de manière objective et relationnelle puisqu'il prend en compte les croyances et les représentations communes des individus (Tarquinio et al., 2019) (Green et al., 2020) (Rosentock, 2000). En revanche, comme de nombreux modèles, il présente une limite car il ne prend pas en compte l'auto-efficacité du sujet. Un nouveau modèle apparaît dans les années 1990 et prend en compte cette notion d'auto-efficacité.

b) Social Cognitive Theory (SCT)

Théorie proposée par Albert Bandura (psychologie) dans les années 1990 basée sur la notion d'interaction. Pour lui, il existe une interaction dynamique entre les facteurs personnels, le comportement et l'environnement (Bandura, 1991). Bandura décide de placer les facteurs cognitifs au centre de cette théorie. De fait, une notion importante et nouvelle découle : le sentiment d'efficacité personnel ou auto-efficacité. L'auto-efficacité concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités (Fenouillet, 2003) (Bandura, 1994) (Bandura, 2003).

Selon Bandura, la croyance en l'auto-efficacité a quatre sources principales :

- L'expérience active de maîtrise, en d'autres termes, se rendre compte pour la personne qu'elle est capable de réussir ce qu'elle entreprend. « Vivre des expériences que l'on maîtrise et que l'on réussit » (Bandura, 2003)
- L'expérience vicariante, le fait de s'inspirer de l'expérience de personnes ayant rencontré les mêmes obstacles. La personne va évaluer ses compétences en fonction des compétences des autres
- La persuasion verbale par le biais d'encouragements vocaux
- Les états physiologiques et émotionnels qui influencent le processus de réussite dans une action donnée

c) Le modèle trans-théorique du changement

Ces théories tentent de considérer les facteurs qui influent la décision d'adopter un comportement. Cependant, une notion n'a pas été abordée, l'étape de motivation dans laquelle se trouve le patient. Selon James. O Prochaska et Carlo DiClemente (professeurs en psychologie), le patient passe par plusieurs étapes avant d'adopter le comportement en question (Prochaska & DiClemente, 1992). Ces étapes sont décrites dans la *figure 2*.

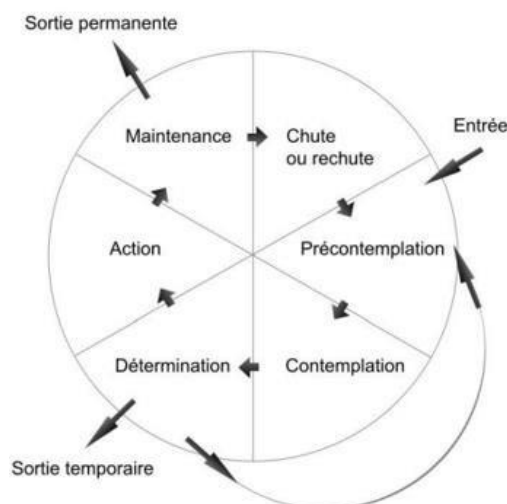


Figure 2 : *Transtheoretical therapy* (Prochaska & DiClemente, 1992)

Le processus de ce modèle débute par la **pré-contemplation** : elle correspond au stade de changement le plus précoce (Prochaska et al., 1997) où le patient ne pense pas avoir de problème, la personne n'envisage pas de changer de comportement.

Il poursuit par la phase de **contemplation/réflexion** : à ce stade, l'ambivalence commence à se manifester. La personne reconnaît qu'elle a un problème et commence à penser à un comportement à mettre en place dans les six prochains mois.

Nous trouvons ensuite la phase de **préparation** : dans cette phase, il y a une intention de changer son comportement dans les 30 prochains jours et la personne a réalisé une tentative de changement durant l'année passée (Prochaska et al., 1997).

Puis, arrive la phase **d'action** : elle est caractérisée par des modifications importantes du comportement. Certains critères/seuils sont décrits pour certaines problématiques. « Ex : pour le comportement addictif : abstinence depuis moins de six mois, pour la dépression : pas plus de deux jours consécutifs de tristesse... » (Prochaska et al., 1994).

La phase de **maintien** est considérée comme le stade final du processus de changement.

Elle suit la période de six mois d'arrêt d'un comportement, la personne résiste aux diverses tentations de retour au comportement problématique.

Les auteurs se sont rendu compte que la **rechute** était quelque chose de fréquent, ils ont donc décidé de l'intégrer dans leur modèle. La rechute fait revenir les personnes vers un stade antérieur. Néanmoins, elles n'échouent pas de manière définitive.

Ces principes permettent de comprendre les phénomènes qui influencent le comportement et donc à postériori l'observance. La principale limite de ce modèle est la difficulté d'évaluer les stades de changement sur le terrain. Cependant, retrouvons-nous cela plus spécifiquement en kinésithérapie ?

3. Troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont décrits par l’OMS comme étant des « atteintes de l’appareil locomoteur, c’est à dire des muscles, des tendons, du squelette, des cartilages, des ligaments et des nerfs. Ils couvrent toutes sortes d’affections, des troubles légers et passagers jusqu’aux lésions irréversibles et aux états chroniques d’incapacité » (Luttman et al., 2004). Selon l’assurance maladie, les TMS les plus courants sont : le syndrome du canal carpien (38%), le syndrome de la coiffe des rotateurs à l’épaule (30%), l’épicondylalgie (22%) et les lombalgies (7%) (Assurance maladie, 2022a). La figure 3 illustre ceci.

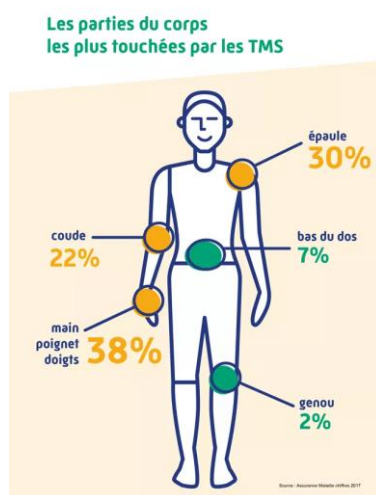


Figure 3 : Parties du corps touchées par les TMS (Assurance maladie, 2022)

En France, les TMS représentent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur fréquence élevée et de leurs répercussions socio-économiques significatives tant pour les travailleurs que pour les entreprises. En France, selon les données de 2020 de l’assurance maladie, 87% des maladies professionnelles reconnues sont des TMS, et 45% d’entre eux entraînent des séquelles graves, se traduisant par des incapacités permanentes de travail (Assurance maladie, 2020b). Cela engendre une importante cause d’absentéisme au travail et des coûts d’indemnisation élevés (Lestra et al., 2020) (Assurance maladie, 2020a).

Le masseur-kinésithérapeute dispose de nombreux savoirs et techniques pour lutter contre les troubles musculosquelettiques. Il occupe une place majeure dans la prise en charge de ces affections en utilisant une variété de techniques mises à sa disposition. Le praticien peut combiner des approches visant à soulager la douleur, à améliorer la mobilité articulaire et musculaire, ainsi qu’à rétablir la coordination neuromusculaire. Par exemple, pour la prise en charge des troubles liés à la coiffe des rotateurs, la haute autorité de santé (HAS) recommande des techniques de mobilisation passives, de mobilisations spécifiques associées à du renforcement musculaire (HAS, 2001). Pour le traitement du syndrome du canal carpien, la

HAS recommande des mobilisations articulaires et tissulaires (HAS, 2013). Concernant les lésions tendineuses de nombreuses études ont analysé les effets des exercices. Pour un trouble de la coiffe des rotateurs (Dejaco et al., 2017), pour une tendinopathie du triceps sural (Rees et al., 2009) également pour une tendinopathie des épicondyliens latéraux (Peterson et al., 2014) (Peterson et al., 2011), la réalisation d'exercices diminue la douleur et améliore la fonction de la zone touchée.

De ce constat, nous nous rendons compte que l'auto-rééducation à une place importante dans la prise en charge des TMS.

4. Auto-rééducation

Armanda M Hall (physiothérapie) et ses collègues donnent une définition large de l'auto rééducation : « toutes les stratégies non-pharmacologiques qui doivent être effectuées dans un cadre non-clinique » (Hall et al., 2015). Dans cette définition, nous pouvons englober diverses actions telles que réaliser des exercices, modifier son alimentation, pratiquer une activité physique. Cela peut également être le fait d'utiliser de la physiothérapie chez soi. Cependant, tout ce qui est englobé n'est pas réellement défini. Les points principaux qui permettent de définir l'auto-rééducation sont le fait que ce soit des actions réalisées par le patient et que ces actions soient en dehors des séances de rééducation. Le patient va devoir mettre en place des changements dans son quotidien pour faire ses exercices ou appliquer les conseils prodigués par les professionnels de santé. Pour ce faire, le masseur-kinésithérapeute a un rôle important pour aider le patient à modifier ses comportements et être davantage acteur de sa rééducation (Hutting et al., 2019).

L'auto-rééducation en kinésithérapie a différents objectifs cliniques (Ouegnin & Valdes, 2019) :

- Responsabiliser les patients en les autonomisant dans leur processus de guérison, en les éduquant sur les techniques et exercices qu'ils peuvent effectuer chez eux
- Assurer la continuité des soins en dehors des séances de kinésithérapie pour maximiser les bénéfices de la rééducation et prévenir la réapparition des symptômes
- Renforcer l'efficacité du traitement

En effet, des études ont montré que l'ajout d'exercices d'auto rééducation aux séances de masso-kinésithérapie en clinique peut améliorer l'efficacité du traitement et accélérer le rétablissement des patients (Ouegnin & Valdes, 2019).

5. Observance et masso-kinésithérapie

Nous observons grâce aux études de Kirsten Jack (docteur en médecine) et ses collègues et de Kerry Peek (docteur en physiothérapie) et ses collègues qui confrontent le degré d'observance déclaré par le patient à la perception du MK, qu'il y a une discordance entre les déclarations du MK et celles du patient. Ils constatent sur un échantillon de 61 patients, que 24 ont déclaré suivre fidèlement leur traitement, en revanche seuls 10 patients étaient considérés comme tels par les MK. De plus, seuls 9 patients se souvenaient avec précision des exercices qui leur avaient été prescrits et étaient capables de les reproduire devant un chercheur (Peek et al., 2018) (Jack et al., 2010).

Lors du congrès de la confédération mondiale en masso-kinésithérapie à Cape Town en 2017, une conférence a été tenue sur l'auto-prise en charge en kinésithérapie sur les troubles musculosquelettiques. Des auteurs ont partagé leurs expériences et leurs recherches sur le sujet. Richardson a étudié le lien entre la physiothérapie et l'auto prise en charge. Elle a remarqué « qu'une meilleure compréhension de la douleur et de l'intérêt de l'auto-prise en charge pourrait améliorer la conviction et/ou la confiance du patient envers le changement » (Labat, 2017). Bridget Jonhston (docteur en médecine) a étudié la promotion de l'auto-prise en charge chez les travailleurs souhaitant retourner au travail après une blessure. Elle explique lors de son intervention que « les travailleurs lors de la reprise du travail ressentiraient un manque de compréhension du processus de rééducation et du rôle de chacun des acteurs de soin » (Labat, 2017). Elle remarque également que « fournir aux patients les connaissances concernant les conséquences de sa blessure semble primordial pour une meilleure récupération » (Johnston et al., 2014). Elle a également présenté la notion d'objectifs Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporellement définis (SMART) (concrets pour le patient) et du rôle primordial du kinésithérapeute dans la promotion de l'auto-prise en charge. Nous remarquons que cette notion d'auto-rééducation dans la pratique kinésithérapique est au centre des études. Il est nécessaire de la comprendre pour améliorer l'efficacité des prises en charge dans le champ musculosquelettique.

III. Problématique de recherche

Cette réflexion a émergé autour d'un questionnement initial : pourquoi les patients ne réalisent pas les exercices recommandés par les masseurs kinésithérapeutes ? Suite aux recherches, à la lecture scientifique et à notre formation initiale nous avons appris que le traitement des troubles musculosquelettique repose également sur du travail actif. En effet, il y a de nombreux bénéfices au travail actif, tels qu'améliorer la fonction, améliorer la qualité de vie et diminuer les douleurs. Cependant, lors de stages nous avons remarqué que le travail actif n'est pas toujours réalisé par

le patient en pratique en rééducation. Grâce à de nouvelles lectures nous avons trouvé dans la littérature qu'il existe des concepts, des théories qui expliquent les facteurs qui interviennent dans le comportement d'observance thérapeutique. Pour rappel, ces facteurs sont : la vulnérabilité perçue, la gravité perçue, les bénéfices perçus au changement, les obstacles perçus au changement et enfin l'auto-efficacité (Rosentock, 2000) (Bandura, 1994). Mais retrouvons-nous tous ces facteurs, ou/et d'autres dans la pratique de la masso-kinésithérapie ? Le but de ce mémoire est de confronter les éléments théoriques généraux sur le comportement d'observance, vus précédemment dans le cadre conceptuel, à la pratique dans le champ musculosquelettique en cabinet libéral. Pour cela, nous décidons également d'étudier les liens entre la pratique du masseur-kinésithérapeute et l'observance du patient.

Cela amène la problématique suivante :

En pratique dans le champ musculosquelettique de la kinésithérapie, qu'est ce qui influence l'observance thérapeutique, à domicile ?

Pour répondre à cette problématique nous allons nous intéresser à une population adulte active, atteinte de troubles musculosquelettiques. Nous avons choisi cette population de patients puisqu'ils ont besoin d'intégrer dans leurs quotidiens « classiques » (en activité) les actions proposées par le masseur-kinésithérapeute. De ce fait, les patients en arrêt de travail ne sont pas inclus dans la recherche. Ils ne représentent pas le quotidien « commun » de la majorité des patients avec des troubles musculosquelettiques.

Cette étude permettra de mieux comprendre le principe d'observance thérapeutique et de comprendre ce qui l'influence dans la pratique du masseur-kinésithérapeute. Le sujet a déjà été étudié de nombreuses fois mais étant donné qu'il est difficile de mesurer l'observance, il est compliqué de réaliser des revues systématiques de la littérature. Nous aimerions savoir s'il est possible de comprendre les facteurs qui influencent l'observance pour pouvoir, au mieux, accompagner les patients atteints de TMS dans leur prise en charge. De plus, la notion de lien entre la pratique du MK et l'observance thérapeutique a peu été étudiée.

Les hypothèses initiales répondant à la problématique sont les suivantes :

Hypothèse 1 : Une personne pratiquant une activité physique arrivera davantage à mettre en place les exercices recommandés par le MK.

Hypothèse 2 : Le tempérament / caractère d'une personne peut influencer la réalisation d'exercices.

Hypothèse 3 : Les connaissances en santé des patients favorisent la réalisation d'exercice.

Hypothèse 4 : Plus la pathologie est en place depuis un certain temps et plus le ressenti de cette pathologie est négatif, moins les patients arriveront à mettre en place les exercices.

Hypothèse 5 : La façon dont le MK a expliqué et prescrit les exercices influence la réalisation des exercices.

IV. Méthodologie

1. Méthode qualitative au moyen d'entretiens semi-directifs

La méthode est décidée en fonction de l'objectif de l'étude. Ici, le but est de comprendre ce qui influence les comportements des patients sur les exercices à domicile, pour pouvoir au mieux accompagner les patients dans la réalisation d'exercices. Pour analyser et étudier cette question, la méthode la plus en adéquation est l'entretien semi-directif. C'est une méthode qui « combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance » (Berthier, 2016). Cet entretien dispose d'un guide d'entretien qui peut être réalisé de différentes manières. Un guide qui reprend les thématiques à aborder durant l'entretien (Desanti & Cardon, 2010) ou alors des questions précises à poser durant celui-ci. Cependant malgré les questions rédigées, il existe une souplesse concernant l'ordre des questions (Sauvayre, 2021a). Les questions posées durant l'entretien semi-directif sont des questions ouvertes qui permettent à la personne interviewée d'avoir une liberté dans ses réponses et de pouvoir les développer à sa guise. Étant donné que nous étudions des facteurs personnels et sociaux, il est important de ne pas biaiser, influencer les réponses en réalisant des questions fermées (Imbert, 2010). De plus les questions ouvertes permettent d'obtenir une multitude d'informations, souvent inattendues. La difficulté demeure lorsque l'enquêté interprète la question différemment de ce qui est voulu, ce qui peut faire dériver le sujet sur des thèmes qui ne répondent pas à la question de recherche (Sauvayre, 2021b).

2. Guide d'entretien

Pour réaliser cette étude, deux guides d'entretiens ont été rédigés séparément. Les avantages du guide d'entretien sont le gain en rigueur, en structure et en sérénité pour l'enquêteur (Beaud & Weber, 2010). Les inconvénients sont que le guide d'entretien donne un caractère « officiel et presque scolaire » (Beaud, 1996), ce qui peut nuire à la relation enquêté et enquêteur.

Avant de commencer les entretiens un paragraphe a été rédigé et expliqué à tous les interviewés. Il précise le but de l'entretien, l'anonymisation de toutes les données recueillies et la bienveillance et le non-jugement durant l'entretien. Il demande également le consentement éclairé de l'enquêté pour enregistrer la conversation. En effet, nous avons choisi de ne pas prendre note écrite des réponses aux questions pour que la discussion soit plus fluide et que l'attention se concentre sur le discours de l'interviewé. Les entretiens ont été retranscrits par la

suite. Il a également été expliqué au participant qu'il peut s'il le souhaite arrêter à tout moment l'entretien, qu'il peut rectifier tout ce qui a été dit même à postériori et, enfin, qu'il n'est pas obligé de répondre à toutes les questions.

Ce guide comprend l'ensemble des thèmes à explorer. La création du guide d'entretien implique la transformation des hypothèses en questions de recherche. Les grands thèmes abordés dans le guide MK sont : le parcours professionnel, son mode de pratique aujourd'hui, sa connaissance théorique sur les notions qui entourent l'observance thérapeutique, sa manière de prescrire les exercices et son avis sur l'observance thérapeutique (*annexe 1*). Les thèmes abordés dans l'entretien patient sont : le mode de vie du patient, son ressenti face à sa pathologie et aux informations reçues par les professionnels, son ressenti par rapport aux actions recommandées par le MK, le mode d'application ou non de ces actions, les bénéfices et/ou inconvénients perçus du travail actif et de l'auto-efficacité (*annexe 2*).

3. Recueil des données

Les modalités des entretiens étaient les suivantes : des entretiens individuels dans une pièce fermée, sans passage et dérangement possible. Nous avons proposé deux lieux possibles pour l'entretien, soit au cabinet de MK dans une pièce mise à disposition pour cela, soit en distanciel via la plateforme Teams. Le choix était laissé à chaque participant. Dans le cas où l'entretien se déroulait en présentiel, deux chaises étaient disposées à 45° et nous avons laissé le participant s'installer en premier. Cette disposition visait à permettre d'être plus facilement à l'aise que la disposition à 90° (Sauvayre, 2013). Si la disposition ne plaît pas à l'interviewé, en s'installant en premier, il a le libre choix de déplacer la chaise. En réalité, aucun participant n'a déplacé la chaise avant de s'installer.

Dans le cas où l'entretien se déroulait à distance, nous avons veillé à être sûre que le participant nous entendait correctement et que nous l'entendions en retour. Nous nous assurons également qu'il pouvait allumer sa caméra pour favoriser la communication non-verbale. Enfin nous avons veillé à ce que l'environnement des deux côtés soit calme et qu'il soit le moins dérangent possible lors de l'entretien. L'environnement aurait pu poser problème lors de l'entretien 1.4 où la patiente était dans sa voiture, mais ce n'a pas été le cas.

4. Sélection des enquêtés

La population a été choisie en se basant sur des critères d'inclusion et d'exclusion liés à la pertinence théorique et au cadre géographique (Imbert, 2010). Les participants MK doivent avoir leur diplôme d'Etat de masso-kinésithérapie et exercer en cabinet libéral. En considérant que ce mémoire se concentre sur le champ musculosquelettique, les MK doivent exercer cette

profession dans ce champ de pratique. Ils doivent également prescrire des exercices à faire au domicile à leurs patients. Les participants patients doivent être majeurs, être suivis par des MK pour un trouble musculosquelettique et avoir des exercices à réaliser au domicile ou au quotidien. Par ailleurs, pour affiner notre exploration en tenant compte des points de vue et expériences des MK et patients inscrits dans une relation thérapeutique, nous avons choisi d'interviewer des patients suivis par les MK interviewés.

La majeure partie des questionnements qui ont amené ce sujet d'étude sont apparus durant un stage réalisé en cabinet libéral. C'est pour cela que la première partie des entretiens se réalise avec trois MK et des patients d'un même cabinet libéral. Nous avons premièrement réalisé un entretien exploratoire (Combessie, 2007) patient dans ce cabinet en septembre 2023. Cet entretien a permis de comprendre l'attitude nécessaire à employer durant un entretien et également de modifier certaines questions du guide d'entretien et d'en rajouter d'autres. Puis les entretiens MK ont été réalisés individuellement sur une après-midi. Ils ont été réalisés avant les entretiens patients pour garder l'anonymat et la confidentialité des entretiens avec les patients. En effet, dans notre enquête, il a fallu faire attention à ne donner aucune information reçue de la part du patient au MK. C'est au patient que revient le choix de dire ou non au MK qu'il a participé à l'étude et/ou de dire des informations qui ont été transmises durant l'échange. À la suite des entretiens avec les MK, une affiche a été disposée dans la salle d'attente du cabinet pour que des patients proposent leur participation à l'étude (Annexe 3). Grâce à cette affiche trois patients se sont proposés pour réaliser les entretiens. Après cette étape nous récoltons donc un entretien exploratoire et trois entretiens complémentaires. Cependant les quatre entretiens recueillis sont seulement des patients du MK1. En voyant le temps avancer et n'ayant pas de propositions d'autres patients nous avons décidé de recommencer le processus dans un autre cabinet de MK. Dans ce cabinet, exercent plusieurs MK ; nous leur avons envoyé un mail (annexe 4) pour savoir si certains étaient intéressés. Deux ont accepté de participer à cette étude. Puis, comme pour le cabinet n°1, une affiche a été disposée dans la salle d'attente du cabinet. Cette affiche a permis de récolter sept entretiens, quatre pour le MK2 et trois pour le MK3. La fin de la réalisation des entretiens à fin février 2024.

Au total, la collecte de données comprend cinq entretiens MK et onze entretiens patients. Nous avons décidé de ne pas garder pour analyse les deux entretiens MK réalisés dans le cabinet 1 et pour lesquels nous n'avons pas eu d'entretiens patients. L'analyse portera donc (ainsi)MK sur trois entretiens MK (MK1, MK2, MK3) et onze entretiens patients (4 du MK1, 4 du MK2 et 3 du MK3). Vous pourrez retrouver dans la retranscription de certains entretiens le tutoiement ;

en effet, certains MK et patients nous ont demandé de les tutoyer avant de commencer les entretiens.

Pour faciliter la compréhension et la visualisation des sujets, nous avons pris le parti de réaliser des tableaux qui regroupent les informations importantes de chaque interviews. En considérant le nombre d'entretiens, ces tableaux détaillés remplacent un résumé de chaque entretien. Vous retrouverez quatre tableaux, un tableau MK et trois tableaux regroupant les patients de chaque MK. Pour favoriser la compréhension, nous allons décrire les résultats en mentionnant des groupes. Par exemple, le groupe 1 correspond au MK 1 et ses patients (1.1, 1.2, 1.3 et 1.4).

Tableau I : Caractéristiques des MK

	MK 1	MK 2	MK 3
SEXE	Femme	Homme	Femme
PÉRIODE DE DIPLÔME	[2010-2015]	[2015-2020]	[2015-2020]
FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	Kiné du sport, thérapie manuelle, dry needling, uro-génitaux	Kiné du sport, clinique du coureur, épaule du sportif, Mc Kenzie, neurodynamique	Kiné du sport, clinique du coureur, post partum, gymnastique abdo pelvienne, neurodynamique
NATURE DE L'ENTRETIEN	Complémentaire	Complémentaire	Complémentaire
DURÉE DE L'ENTRETIEN	20 min	16 min	18 min
DATE DE L'ENTRETIEN	Novembre 2023	Janvier 2024	Janvier 2024
LIEU DE L'ENTRETIEN	Cabinet n°1	Cabinet n°2	Cabinet n°2

Tableau II : Caractéristiques des patients du MK1

	PATIENT 1.1	PATIENT 1.2	PATIENT 1.3	PATIENT 1.4
SEXE	Femme	Homme	Homme	Femme
AGE	40/45 ans	45/50 ans	60/65 ans	50/55 ans
LOISIRS	"Non"	Activités manuelles	Activités manuelles	Sport collectif en loisir
MÉTIER	Employé et ouvrier	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Artisan	Profession intermédiaire
PATHOLOGIE / ANCIENNETÉ	Rachis depuis 13 ans	Rachis depuis un an	Genou / coude depuis 2 ou 3 ans	Coude depuis un an
DÉBUT PRISE EN CHARGE MK	Milieu année 2023	Moins d'un an	Milieu année 2023	Depuis un an
TEMPÉRAMENT / CARACTÈRE	"Calme d'extérieur, nerveux d'intérieur"	Question non posée	"Dynamique, hypersensible et sociable"	"Dynamique, autonome et spontanée"
ENTOURAGE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	/	Oui	Oui	Non
NATURE DE L'ENTRETIEN	Exploratoire	Complémentaire	Complémentaire	Complémentaire
DURÉE DE L'ENTRETIEN	18 min	19 min	24 min	23 min
DATE DE L'ENTRETIEN	Septembre 2023	Novembre 2023	Novembre 2023	Décembre 2023
LIEU DE L'ENTRETIEN	Cabinet n°1	Visio patient chez lui	Visio patient chez lui	Visio patient dans sa voiture

Tableau III : Caractéristiques des patients du MK2

	PATIENT 2.1	PATIENT 2.2	PATIENT 2.3	PATIENT 2.4
SEXE	Homme	Femme	Homme	Homme
AGE	45/50 ans	35/40 ans	50/55 ans	35/40 ans
LOISIRS	Sport individuel, autonomie, loisir	Sport individuel, autonomie, loisir + lecture	Sport individuel en compétition	Sport collectif en compétition
MÉTIER	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Commerçant et chef d'entreprise	Commerçant et chef d'entrepris
PATHOLOGIE / ANCIENNETÉ	Epaule depuis fin année 2023	Pied depuis 2022	Epaule depuis fin année 2023	Cheville depuis fin année 2023
DÉBUT PRISE EN CHARGE MK	Depuis quelques mois	Fin année 2023	Fin année 2023	Fin année 2023
TEMPÉRAMENT / CARACTÈRE	"Il faut que je contrôle tout ce qu'il se passe"	"Je sais ce que je veux"	"Pugnace c'est à dire volonté de réussir"	"Calme mais j'aime que ce soit dynamique"
ENTOURAGE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	Non	Oui	Non	Non
NATURE DE L'ENTRETIEN	Complémentaire	Complémentaire	Complémentaire	Complémentaire
DURÉE DE L'ENTRETIEN	17 min	24 min	10 min	11 min
DATE DE L'ENTRETIEN	Février 2024	Février 2024	Février 2024	Février 2024
LIEU DE L'ENTRETIEN	Cabinet n°2	Visio patient chez lui	Cabinet n°2	Cabinet n°2

Tableau IV : Caractéristiques des patients du MK3

	PATIENT 3.1	PATIENT 3.2	PATIENT 3.3
SEXE	Femme	Femme	Femme
AGE	18/25 ans	25/30 ans	35/40 ans
LOISIRS	Sport collectif en compétition	Sport individuel en compétition	Sport collectif en compétition
MÉTIER	Etudiante	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Commerçant et chef d'entreprise
PATHOLOGIE / ANCIENNETÉ	Epaule depuis fin année 2023	Cuisse depuis fin année 2023	Genou depuis milieu année 2023
DÉBUT PRISE EN CHARGE MK	Début année 2024	Fin année 2023	Milieu année 2023
TEMPÉRAMENT / CARACTÈRE	"Dynamique, toujours besoin de m'occuper"	"Calme et sensible"	"Discrète mais je ne me laisse pas marcher dessus"
ENTOURAGE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	Oui	Oui	Non
NATURE DE L'ENTRETIEN	Complémentaire	Complémentaire	Complémentaire
DURÉE DE L'ENTRETIEN	12 min	16 min	20 min
DATE DE L'ENTRETIEN	Février 2024	Février 2024	Février 2024
LIEU DE L'ENTRETIEN	Cabinet n°2	Cabinet n°2	Cabinet n°2

5. Traitement des données

Pour le traitement des données une retranscription mot à mot a été réalisée grâce à l'outil dicté sur Word. Il a fallu après cette étape corriger manuellement les erreurs de retranscription et les fautes de langage phrase par phrase. Cette transcription permet de rester objectif face au discours de l'interviewé et de ne pas l'interpréter, ce qui est pertinent dans un mémoire qui tente de comprendre des phénomènes (Claude, 2018). Pour comprendre plus facilement chaque entretien nous les avons mis en page avec la question du chercheur en gras et la réponse du participant dessous (extrait annexe 5). Suite à cette transcription, la transposition pour analyse thématique a eu lieu grâce à différents tableaux, un tableau pour les MK et un tableau pour les patients d'un même MK. Ces tableaux permettent de faire apparaître des thèmes et des sous-thèmes présentés par les interviewés. Ces thèmes et sous-thèmes sont explicités grâce aux verbatims employés par les sujets. Ces tableaux ont été remplis indépendamment les uns des autres et ont été analysés de manière horizontale et de manière verticale par la suite, cela correspond à la reconstitution. Vous retrouvez en annexe 6, un extrait du tableau des patients du MK2.

Pour que l'analyse soit ordonnée et claire elle débutera par l'analyse thématique des patients de chaque MK, puis l'analyse verticale du MK correspondant avec ensuite une analyse qui compare le groupe. Pour finir une analyse sur les différences entre les MK sera présentée. Il n'y aura pas d'analyse verticale des entretiens patients étant donné le nombre d'entretiens importants.

6. Anonymisation

Concernant l'anonymisation, il a fallu faire attention à ce que les patients et les MK ne soient pas reconnaissables. Pour ce faire plusieurs informations personnelles ont été présentées de manière évasive.

- Premièrement pour les appellations, il a été décidé de numéroter les enquêtés. Les MK sont numérotés 1, 2 et 3. Les patients sont numérotés en fonction de leur MK. Par exemple le patient 1.1 est le premier patient du MK1.
- Ensuite, il a été décidé de ne pas donner l'âge exact du patient mais de donner une tranche d'âge de 5 ans. De même pour les MK il a été précisé la période de diplôme avec un intervalle de 5 ans.
- Pour le métier, nous avons décidé d'utiliser la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE qui classe les métiers en 6 catégories (INSEE, 2021). Pour les loisirs il a également été choisi d'élargir aux notions de sport ou d'activité manuelle. Pour le sport nous avons précisé s'il s'agit d'un sport individuel/collectif, en club ou en autonomie et en loisir ou en compétition.
- Concernant la pathologie, pour préserver l'anonymat il a été décidé d'identifier simplement la localisation de la douleur ou de la pathologie.

7. Aspects réglementaires et déontologiques

Avant de réaliser les entretiens il a fallu se renseigner sur la réglementation des recherches. Notre étude s'intéresse seulement à ce que les patients et les MK font ou non, dans une perspective compréhensive, sans émettre de jugement pendant ou à l'issue de l'entretien, et sans informer les MK de ce que diront les patients, et réciproquement. C'est une étude qualitative relevant des sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé (CNIL, 2018). Ces recherches sont dites « hors loi Jardé ». Il est nécessaire d'obtenir le consentement des participants (MK et patients) quant à leur participation à l'étude en rappelant le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (CNIL, 2023). Mais il n'est pas nécessaire de réaliser de déclarations à certaines instances telles que le Comité de protection des personnes.

V. Résultats

Grâce à ces entretiens nous cherchons à savoir quels facteurs influencent l'observance thérapeutique au domicile. Pour ce faire nous allons décrire les résultats par thèmes et sous-thèmes en les illustrant avec des verbatims. Nous allons procéder par groupe, le groupe 1 correspond au MK1 et ses patients, (1.1, 1.2, 1.3, 1.4). Dans un groupe, il y a l'analyse thématique des patients, l'analyse verticale du MK puis la concordance entre les deux analyses.

1. Description des résultats des binômes masseur-kinésithérapeute n°1 et patients 1.

a) Description thématique des entretiens des patients du MK n°1

Le patient 1.1 et le patient 1.2 ont une pathologie affectant le rachis, le patient 1.3 a une pathologie affectant son genou et son coude, enfin la patiente 1.4 a une pathologie affectant son coude. Concernant leurs ressentis face à cette pathologie, certains parlent de **fatigue** (1.1, 1.3), d'autres parlent de **douleurs à l'effort** (1.3, 1.4), le ressenti de **blocage/coinceage** ressort également (1.1,1.2,1.3).

Concernant les recommandations du MK en matière d'exercices à faire à domicile : le sous-thème de la **charge trop importante** ressort pour un patient (1.1) « *j'ai essayé d'en faire par contre 3 fois par semaine c'était pas possible. Je sais que la semaine, avec le travail que j'ai, [...] j'ai besoin de repos aussi* » (1.59-61). Tous les quatre apprécient le fait que la MK donne des **feuilles qui récapitulent les exercices**, cela les rassure : « *Si on suit bien les feuilles parce qu'elles sont quand même bien expliquées, normalement il n'y a pas de souci* » (1.1 ; 1.113-114) ; « *j'avais peur que ma mémoire me fasse défaut donc elle m'a noté les exercices et avec la fréquence* » (1.4 ; 1.98-99). Ils ont également tous les quatre mentionnés le fait qu'ils ont **réalisé les exercices avec la MK avant** de les faire chez eux. A propos des **informations** qu'ils ont reçu concernant leur pathologie, une patiente nous a dit qu'elle n'a pas retenu les informations données par la MK « *c'est vrai qu'on a pas mal discuté mais j'ai pas forcément retenu* » (1.4 ; 1.65-66). Un autre patient nous dit qu'il ne voulait pas avoir plus d'informations « *après j'ai pas cherché à en savoir beaucoup plus* » (1.2 ; 1.46-47).

À propos de l'organisation, deux patients (1.3,1.4) rapportent le fait qu'ils font leurs exercices à un **moment aléatoire** de la journée. « *Non, c'est vraiment quand j'ai un petit créneau de temps de 10-15 minutes* » (1.3 ; 1.139). « *J'essaie d'y penser le matin, en essayant de caler ça dans la journée ou parfois [...] si j'ai 10 minutes devant moi parce que je dois attendre quelque chose, je fais mes exercices* » (1.4 ; 1.132-136). En réponse à la question du **temps accordable** aux exercices le patient 1.2 a répondu « *sur une plage de 5 à 10 minutes, ça peut éventuellement se trouver tous les jours* » (1.94-95), il dit par ailleurs que la totalité de ses exercices prend 30 minutes à réaliser. Les patients 1.3 et 1.4 eux expliquent que leurs exercices prennent entre 5 et

10 minutes à faire. D'autres sous-thèmes sont également ressortis comme le **manque de matériel et d'installation** pour une patiente « *l'inconvénient, quelquefois dans la mise en place [...] c'est pour attacher mon élastique. Parfois je suis pas bien installée par rapport au cabinet* » (1.4 ; 150-153).

Relativement à la motivation de réaliser les exercices, plusieurs sous-thèmes sont ressortis. La **solitude** pour deux patients, « *souvent quand on est seul à les faire, ça ça motive pas en fait* » (1.1 ; 1.77), « *ne pas avoir quelqu'un à côté, ça n'aide pas* » (1.2 ; 1.115-116). Les mêmes patients traitent également du fait que les exercices soient une **contrainte** « *avoir un rythme de vie peut-être un peu moins occupé* » (1.1 ; 1.93). « *Ça m'a semblé une contrainte, parce que je savais, je savais que j'aurais du mal à trouver ce temps-là pour les faire* » (1.2 ; 1.81-82). Au contraire les deux autres patients ont parlé de leur **motivation** et de leur **satisfaction** grâce à la diminution des gênes et des douleurs. « *J'ai trouvé ça très très bien au contraire. Enfin moi, si ça peut accélérer la récupération, c'est bien* » (1.4 ; 1.110-111), « *l'unique motivation, c'est me sentir confort au travail [...] Quand je m'aperçois que c'est plus facile, que c'est moins douloureux, bah je suis content* » (1.3 ; 151-155). Un patient a déclaré que le manque de **coaching** à la maison influence la réalisation d'exercice : « *dans la correction des exercices, dans la félicitation, dans l'encouragement. Ça joue vachement, ça* » (1.3 ; 195-196).

Enfin comme réponse à ce que le MK peut améliorer pour faciliter la réalisation des exercices, différentes notions ont été exposées. Celle de **mettre en relation des patients** « *peut-être éventuellement mettre en relation des patients qui sont à peu près pareils [...] pour éventuellement faire des exercices ensemble* », « *Les exercices feraient moins corvée, ça passerait mieux de le faire avec quelqu'un* » (1.1 ; 1.154-156 / 1.162-163). Celle d'avoir un **support vidéo** pour le patient 1.2. Le patient 1.4 n'avait rien à ajouter mais a préféré insister sur le fait que c'est important de **noter** les exercices. Enfin le patient 1.3 a insisté sur le fait que c'est important de **réaliser les exercices avec la MK avant** de les réaliser à la maison.

b) Description verticale de l'entretien du masseur-kinésithérapeute n°1

Nous avons interrogé les MK sur des termes techniques en lien avec l'observance thérapeutique, pour savoir comment ils les comprennent, ce que ça représente pour eux et comment ils les mettent en place en pratique. Selon la MK 1 l'éducation thérapeutique est le fait de « *donner les infos nécessaires aux patients pour qu'ils puissent [...] s'autoréguler au quotidien* » (MK1 ; 1.17-19). Dans cette définition nous retrouvons la notion **d'autonomie** du patient grâce **aux informations du MK**. L'alliance thérapeutique est « *la capacité du kiné et du patient à travailler de concert pour remplir les objectifs posés par le patient* » (MK1, 1.31-33). Ici, nous retrouvons le fait que l'alliance thérapeutique relève de la **capacité du patient et**

du MK, pas seulement la capacité du MK. En revanche, pour elle, l'observance thérapeutique est une **capacité seulement du patient**. Elle la définit ainsi : « *la capacité du patient à suivre ce que tu lui demandes [...] à la fois des exercices que tu pourrais donner, des gestes et postures à, à intégrer au quotidien ou à bannir du quotidien. [...] Des conseils de santé [...] pour améliorer les choses ou pour en tout cas, éviter que ça empire* » (MK1 ; 1.37-45). Pour elle, l'auto-rééducation dépend de **l'observance thérapeutique**. Elle observe : « *je suis-je suis pour les rendre autonomes, pour qu'ils soient vraiment acteurs de leur, de leur éducation et les sensibiliser à ça. Mais il y a des limites à savoir bah l'observance thérapeutique* » (MK1 ; 1.48-51). Selon elle, tous les patients ne peuvent pas être autonomes.

En pratique, la MK1 essaye premièrement de savoir si le patient **va pouvoir** réaliser les exercices au domicile : « *je suis du genre à tester les exercices ici, en donner peu pour voir si ça se fait bien. Si la personne est sérieuse et petit à petit augmenter le travail à domicile de manière autonome* » (MK1 ; 1.61-63). Cependant elle fonctionne comme cela depuis seulement quelques années, elle a **modifié sa pratique** grâce à son expérience. « *Avant, j'étais là avec un super programme, je vous montre, vous allez faire plein de trucs. [...] Mais en fait je me cassais la tête pour rien parce que les gens ne les faisaient pas. Donc je préfère en donner peu pour qu'il le fasse et augmenter si c'est faisable. Ou pas en fonction* » (MK1 ; 1.65-68). Une notion intéressante qui ne ressort pas dans les autres entretiens MK est qu'elle ne donne **jamais d'exercices** à faire au domicile **la première séance**. « *À partir du moment où le patient est régulier et qu'on a avancé dans le traitement. Là, dans ces cas-là, je commence le travail actif ici [au cabinet], je donne rien. Et après par la suite, si je vois que la personne elle arrive à faire les exercices et qu'elle peut les reproduire. Dans ces cas-là, j'en donne* » (MK1 ; 1.101-105). Nous voyons ici, qu'elle prend des **précautions** à donner les exercices à faire au quotidien. Pour les prescrire elle n'hésite pas à faire un **récapitulatif** en fin de séance et de donner un **support papier** avec les exercices, le **nombre** de répétitions et le nombre de séries. En termes d'explications avant de donner des exercices, elle **s'adapte** aux personnes qu'elle a en face d'elle et aux types d'exercices, « *d'autres personnes pour qui plus tu vas donner de l'info, plus tu vas les perdre, plus tu vas les saouler. Et y'a des gens [...] qui s'en foutent, ils veulent pas savoir* » (MK1, 1.145-147). Par contre, elle précise qu'elle ne rentre pas dans des **explications scientifiques**, à dire que tel exercice est prouvé par la littérature. Elle nous dit « *je leur explique, voilà votre pathologie elle provoque ça. Donc du coup pour éviter telle chose, telle chose ou régler tel problème, on va renforcer si ça et ça* » (MK1 ; 1.151-153). Pour être sûr que les patients aient compris, elle **vérifie** avec eux avant qu'ils repartent avec l'exercice et si elle a un doute sur la réalisation « *si je suis obligée de recorriger la posture recorriger recorriger à chaque fois qu'on fait l'exercice je le donne pas* » (MK1 ; 1.165-167).

Concernant le ressenti du MK face à la non-réalisation de l'exercice par le patient, celui-ci a également changé au cours de sa pratique. « *Alors il y a [10-15] ans, ça me saoulait et du coup je rentrais dans des grandes explications "Oui, mais si vous le faites pas et tititi et titita". Et puis t'insistes t'insistes. Maintenant je leur dis vous faites pas, bah écoutez on va pas avancer quoi. Maintenant je le prends avec beaucoup plus de **distance** que je ne prenais avant* » (MK1 ; 1.172-176). A l'inverse quand le patient réalise ses exercices, la MK ressent de la **satisfaction** « *donc, c'est satisfaisant de voir que la personne elle est contente. Tu fais ça pour ça, tu tu fais ce métier aussi pour ça* » (MK1 ; 1.205-206).

c) Analyse du groupe 1

En analysant séparément les entretiens patients 1 (1.1, 1.2, 1.3, 1.4) d'une part, et l'entretien MK1 d'autre part nous nous rendons compte qu'il y a des informations qui concordent mais également des informations qui se contredisent. Concernant les informations concordantes, nous retrouvons la notion de recommandation d'exercices par une **trace écrite** avec une feuille qui récapitule les exercices donnés. Selon les patients c'est quelque chose d'important d'avoir une trace écrite pour plus facilement réaliser les exercices. Pour la MK c'est également important pour être sûr que les exercices soient bien réalisés. Une notion qui revient également avec les quatre entretiens patients et l'entretien MK est le fait de **réaliser les exercices ensemble avant** qu'ils soient prescrits au domicile. Le fait que tous les patients de ce groupe interviewés en parlent nous montre que c'est une dimension importante pour l'auto-rééducation. Nous retrouvons également la notion des **explications**. Deux patients (1.2, 1.4) nous disent qu'ils n'ont pas retenu les informations ou qu'ils ne veulent pas en savoir plus. La MK1 nous explique qu'elle **s'adapte** au patient qu'elle a en face d'elle et qu'elle évite de donner des explications scientifiques par risque de les **perdre** « *Et d'autres personnes pour qui plus tu vas donner de l'info, plus tu vas les perdre, plus tu vas les saouler. Et y'a des gens [...] qui s'en foutent, ils veulent pas savoir* » (MK1 ; 1.145-147). Elle a conscience qu'il y a des patients qui sont **perdus avec trop d'informations** ou simplement que des patients **ne veulent pas savoir**. Le fait d'avoir conscience de cela permet de **s'adapter** au patient et de ne pas le surcharger d'informations s'il n'en ressent pas le besoin. Ne pas perdre le patient dans des explications permet de garder de l'attention et de la mémoire pour les exercices proposés.

Concernant les informations discordantes, la patiente 1.1 explique que selon elle, la **charge d'exercice** est trop importante et qu'elle ne peut pas les réaliser quotidiennement « *j'ai essayé d'en faire par contre 3 fois par semaine c'était pas possible. Je sais que la semaine, avec le travail que j'ai, [...] j'ai besoin de repos aussi* » (1.59 à 1.61). Cependant, lorsque nous reprenons l'entretien MK1, nous voyons que celle-ci explique qu'elle **s'adapte** à chaque patient et qu'elle

vérifie que le patient est capable de réaliser les exercices avant de les prescrire. De même concernant le **manque de matériel** et **d'installation** notifié par les patients 1.3 et 1.4 : du fait que la MK vérifie plusieurs fois que l'exercice est réalisable à domicile, nous pouvons supposer qu'il ne devrait pas avoir ces problématiques. Nous pouvons supposer dans ce groupe que la communication et les modalités de recommandation d'exercices choisis ne sont pas optimales pour favoriser l'observance à domicile.

2. Description des résultats des binômes masseur-kinésithérapeute n°2 et patients 2.

a) Description thématique des entretiens des patients du MK n°2

Les patients 2.1 et 2.3 ont une prise en charge kinésithérapique pour une pathologie affectant l'épaule, les patients 2.2 et 2.4 sont suivis pour une pathologie affectant la cheville et le pied. Concernant le ressenti de leur pathologie, deux parlent de **gêne** : « *c'était plutôt la gêne physique de ne pas pouvoir réaliser les activités au quotidien* » (2.3 ; 1.133-134). « *C'est plus de la gêne, que de la douleur en fait [...] la gêne dans les mouvements de tous les jours* » (2.1 ; 1.46-53) Le patient 2.2 évoque la **douleur** « *la douleur, elle est tout le temps présente, mais elle évolue* » (1.77). Deux patients exposent la **frustration** de devoir arrêter leurs activités physiques « *j'ai continué quand même le sport mais j'ai limité tous les impacts en fait* » (2.2 ; 1.74-75), « *j'étais un peu frustré parce je pouvais pas retourner au sport* » (2.4 ; 1.55-54). Le patient 2.4 a également évoqué l'**appréhension** « *j'appréhendais à chaque fois que je marchais ou que je tournais mon pied à droite* » (2.4 ; 1.56-59).

Concernant les recommandations du MK, tous les patients exposent le fait d'avoir **réalisé les exercices en séance** « *on les faisait en séance avant* » (2.1 ; 1.101), « *on les voyait ensemble* » (2.2 ; 1.131). Le patient 2.1 et le patient 2.2 parlent de l'**évolution** de leurs exercices. « *Je trouve que dans la démarche c'est assez logique en termes de d'évolution d'exercice [...] je trouve ça plutôt agréable parce que j'ai vraiment l'impression qu'on travaille de façon globale l'épaule* » (2.1 ; 1.168-172). « *Mes exercices, ils ont évolué au fur et à mesure de l'état de mon pied* » (2.2 ; 1.117-118). Deux patients ont trouvé important de notifier le **nombre d'exercices** qu'ils avaient à réaliser « *généralement il y avait 2 exercices à peu près* » (2.1 ; 1.95), « *en général il me donnait 2 à 3 exercices à la maison* » (2.2 ; 1.133). Enfin le dernier sous-thème apparu est la **mémoire** « *j'ai une mémoire très visuelle, donc en fait, une fois que je l'ai fait je me souviens* » (2.1 ; 1.104-105), « *J'ai tout, tout dans le cerveau [...] quand j'étais plus jeune, j'avais un un coach [...] fallait le retenir donc* » (2.3 ; 1.138-142).

Concernant l'organisation, et le **temps accordable** aux exercices, un patient pense qu'il ne peut pas prendre plus que 5 à 10 minutes « *en général je passe ouais entre 5 et 10 minutes [...] plus ça aurait été plus difficile* » (2.2 ; 1.144-147). Les trois autres patients disent qu'ils seraient prêts

à accorder entre 20 à 30 minutes par jour. « *Je pense que je peux y passer une demi-heure dans la journée même sans sans difficulté quoi* » (2.1 ; 1.138-140). « *Je pense que je suis à peu près entre 20 et 30 minutes par jour* » (2.4 ; 1.99-100). Un nouveau sous-thème est ressorti de ces entretiens, trois patients **fractionnent** leurs exercices sur une journée : « *je ne le ferais pas en séance de 20 minutes parce que je trouverais ça pénible. Je préfère le faire au fil de la journée. [...] je trouve que ça se cale plus facilement dans la journée* » (2.1 ; 1.130-132). « *Pas forcément tous l'un derrière l'autre, mais saccadé dans la journée quand j'ai un petit moment* » (2.3 ; 1.86-87). « *Moi je préfère fractionner dans la journée je trouve c'est plus simple* » (2.4 ; 1.180-181). La patiente 2.2 explique qu'elle fait ses exercices **tous les deux jours** « *alors moi je les fais pas tous les jours. En général, je les fais tous les 2 jours* » (1.142-143). Elle explique également qu'elle a intégré des **automatismes** « *j'ai des moments en fait où où c'est devenu un comme un automatisme. Pour moi, la salle de bain, c'est un lieu qui est bien dédié* » (1.153-154). Le fait que les patients fractionnent ou modifient légèrement ce que le MK a prescrit montre une prise d'initiative des patients, cela peut être favorable à une meilleure appropriation des exercices donc possiblement une meilleure réalisation.

Ensuite concernant la motivation à réaliser les exercices, le sous-thème de la motivation pour **retourner au sport** est également revenu « *j'ai envie de retrouver 100% de la mobilité. J'ai une échéance dans 2 semaines, je pars au [...] j'ai l'intention d'être prêt pour y retourner* » (2.1, 1.158-160), « *c'est le fait ben que je retrouve ma ma mobilité pour pouvoir retrouver ma liberté de sport et le fait de ne plus avoir mal quoi* » (2.2 ; 1.170-172), « *de pouvoir reprendre [sport], entre autre, refaire du sport* » (2.3 ; 1.93). Le patient 2.4 traite également le fait de « *ne pas avoir l'appréhension de me dire si je fais ça, je risque de me faire mal* » (1.116-117). La vue de la **récupération d'amplitude** est abordée par le patient 2.3 et le patient 2.4 « *ben forcément, je gagne de l'amplitude* » (2.3 ; 1.99), « *ben j'ai plus de de mobilité quand même au niveau de la cheville* » (2.4 ; 1.71-72). Deux patients énoncent le fait que le **temps et les enfants** sont un facteur qui limite la réalisation des exercices « *sauf que le soir, quand on rentre, on a une 2e journée* » (2.2, 1.194-195), « *c'est plus à avoir le temps parce que j'ai 2 enfants en bas âge donc* » (2.4 ; 1.77). Ces deux patients traitent également le faire qu'en **arrêt de travail ou en télétravail** ils ont plus le temps pour les exercices « *quand j'étais en arrêt de travail, j'avais pas de contraintes à réaliser les les exercices* » (2.2 ; 1.240-241), « *quand je suis tranquille, en télétravail j'ai plus de temps pour faire des exercices* » (2.4 ; 1.158-159). Enfin la patiente 2.2 expose le fait qu'en fin de journée, la **fatigue** est présente : « *il y a des jours où je le fais pas parce que je suis rincée quoi [...] tout ce que j'ai envie c'est d'aller me coucher, me mettre dans mon lit tranquille [...] faire quelque chose que j'ai envie, quoi* » (1.204-208). Nous pouvons établir un lien avec la notion qui a émergé lors des entretiens 1.1 et 1.2, où les patients

exprimaient que leurs exercices étaient une **contrainte**. Cependant les patients 1.1 et 1.2 ne réalisaient pas leurs exercices alors que la patiente 2.2 les réalisait une fois sur deux.

Concernant l'auto-efficacité, les patients 2.2 et 2.3 présentent le fait qu'en séance de kinésithérapie, le MK les aide à aller chercher **plus loin** que ce qu'ils font au domicile. « *Le kiné en fait, il nous, il nous pousse dans nos retranchements* » (2.2 ; 1.212), « *en séance, j'ai l'impression que je vais chercher quand même plus loin que quand je suis à la maison* » (2.3 ; 1.113-114). De même, pour les patients du MK 1 la notion de **matériel/équipement** est revenue pour deux patients. « *À part peut être être équipé de 3 choses, mais en fait on arrive tout le temps à trouver* » (2.1 ; 1.78-79). « *Des fois d'équipements supplémentaires pour faire l'exercice [...] mais vu qu'il a trouvé une autre solution pour faire le même exercice avec ce qu'on a sous la main* » (2.4 ; 1.93-168).

b) Description verticale de l'entretien du masseur-kinésithérapeute n°2

À propos de l'éducation thérapeutique, le MK2 nous parle des notions de donner des **connaissances** au patient, **d'adhésion** entre le patient et les méthodes de kinésithérapie. « *Faire comprendre et que ton patient adhère aux méthodes que tu vas, que tu vas pratiquer, et notamment aussi bien sur les choses à faire ou ne pas faire que sur ses exercices à reproduire à la maison* » (1.19-22). Concernant l'alliance thérapeutique nous notons que pour ce MK c'est quelque chose qu'il doit **chercher à avoir** en séance, il peut y arriver par différents moyens mais s'il n'a pas d'alliance thérapeutique le soin ne sera pas optimal donc il préfère réorienter. Ce verbatim nous le montre : « *J'essaie de l'avoir en 3-4 séances, si je vois que je ne l'ai pas, c'est que, j'essaie d'expliquer aux patients ce que je fais. Si ça correspond pas, je le réoriente, parce que pour moi, sans alliance thérapeutique, tu peux pas. Tu peux déjà jouer sur l'effet placebo, grâce à l'alliance* » (1.26-30). Pour lui, c'est au MK **d'initier** l'alliance thérapeutique mais il y a également besoin de l'adhésion du patient par la suite. Enfin concernant l'auto-rééducation, c'est quelque chose qu'il utilise davantage dans sa pratique avec l'expérience, « *De plus en plus avec l'expérience [...] je les **autonomise** plus et donc je les **intègre** plus dans d'alliance thérapeutique* » (1.43-45). Il a également traité une notion intéressante, le fait que c'est le **patient qui est douloureux** et non le MK. « *Leur faire comprendre que c'est pour eux et pas pour moi. C'est pas moi qui ai la douleur* » (1.45-46). Ce qui ressort est que le MK veut rendre ses patients **autonomes**, « *une fois qu'il a compris sa pathologie ou comment on la déclenche, de pouvoir s'auto traiter si jamais ça revenait, en tout cas de ne pas consulter et de ne pas pousser à la consultation* » (1.49-51).

Concernant la prescription d'exercice en elle-même, ce MK prescrit **continuellement** des exercices à ses patients. « *Oui à 100%[...] c'est pas toujours la même manière, si je vois qu'un exercice est immédiatement efficace en séance et qu'il est reproductible à la maison, je le prescris systématiquement.* (1.74-78). Dans cet entretien ressort la notion de **s'assurer que l'exercice soit reproductible** au domicile du patient avec des moyens simples. Ce MK essaye de trouver le meilleur moyen par lequel le patient va **retenir** l'exercice : « *est ce qu'il veut qu'on les dessine, les film, faire des moyens mnémotechniques. J'essaie toujours qu'il y ait une méthode et pas juste c'est bon j'ai retenu* » (1.86-88). L'expérience qu'a ce MK (période de diplôme [2015-2020]) fait qu'il **sait ce qui fonctionne** et surtout ce qui ne fonctionne pas chez la majorité des patients. Au sujet de **l'organisation** de la prescription, ce MK nous dit : « *L'exercice, ils auront à la maison sera toujours fait en séance [...] Et j'essaie de quantifier pour ne pas qu'il y en ait plus de 3 ou 4. Afin que le temps de travail prenne de 5 à 10 minutes maximum* » (1.104-108). Ce verbatim fait ressortir des notions intéressantes, celle de **faire l'exercice avant** en séance avec le MK, de **quantifier** le nombre d'exercice et le temps nécessaire aux exercices. Relativement aux explications des exercices, ce MK **demande** au patient s'il veut des informations. Il s'est rendu compte au cours de sa pratique que les patients ont des besoins différents en terme d'explications. En revanche, selon lui, il est intéressant que le patient **comprenne** quelle zone il doit ressentir sur chaque exercice et qu'est-ce que ça modifie sur sa gêne ou sa douleur. « *Si c'est la demande du patient, j'essaie de donner des explications mais des fois je lui demande s'il veut un nom de pathologie ou pas parce que sinon je ne mets pas un nom sur la pathologie* » (1.115-117). Enfin pour être sûr que le patient ait compris l'exercice il lui semble nécessaire de **répéter**, surtout si l'exercice semble pertinent pour la rééducation. « *Je répète, répète, répète. C'est à dire que si si 10 fois il fait l'exo et à chaque fois il est amélioré et que c'est durable, Ben. Je le filme. Prends des photos. Je vais pas changer d'exercice si je sens que c'est le bon exercice* » (1.133-136).

Concernant le ressenti du MK sur la non-réalisation des exercices, il nous dit que ça dépend si le patient est **honnête** ou non. Si le patient est honnête et que ça n'arrive pas souvent, le MK « *je réexplique pourquoi il faut qu'il fasse* » (1.145). Cependant, si ça devient régulier, « *j'explique qu'on va espacer les séances parce que je peux pas avancer plus tant que je n'ai pas plus d'informations* » (1.146-148). Par contre il n'hésite pas à nous dire qu'il **ne le prend pas mal** et qu'il essaye plutôt de **comprendre** le patient. Enfin, le ressenti sur la réalisation des exercices, il ressent de la **satisfaction** par contre il explique bien au patient que ça **ne s'arrête pas là**. « *C'est de bien faire comprendre au patient qu'il ne faut pas s'arrêter là. De ne pas se satisfaire de si peu pour pas que ça revienne. Donc d'essayer d'encore plus le motiver pour continuer* » (1.159-161).

Relativement aux facteurs qui influencent la réalisation des exercices, ce MK nous parle du **manque de temps** par les patients, le possible manque de **matériel**, la **motivation** des patients et leurs **parcours de soin** : « *s'il a été habitué à avoir des traitements plutôt passifs ou à avoir un traitement plutôt actif* » (1.96-97). Il nous a également parlé des **croyances** des patients sur les professions croisées et la nécessité de **casser certaines croyances** « *les croyances de chaque patient sur bah des fois les professions croisées est ce que l'ostéo a dit un truc, le médecin a dit autre chose. Donc c'est plus les croyances qui des fois sont à casser "ah mais oui mais moi j'ai le bassin décalé donc si je fais ça je vais me le redécaler"* » (1.98-101)

Dans cet entretien, le MK émet l'hypothèse qu'il n'a peut-être pas les **bons outils** ou les **bonnes manières** de prescrire les exercices. « *On n'utilise pas toujours les bons outils pour l'auto, l'auto traitement. Par rapport, au fait que les gens se trompent 9 fois sur 10 d'exo* » (1.55-57). C'est une notion intéressante, cela montre que ce MK sait se remettre en question et qu'il sait qu'il peut exister d'autres manières de prescrire des exercices plus efficacement. Néanmoins, nous voyons que malgré le fait que le MK s'assure de la compréhension des exercices, de nombreux patients se trompent lors de la réalisation à domicile.

c) Analyse du groupe 2

Le point de cohérence qui ressort dans ce groupe est le fait que le MK2 s'assure de la **reproductibilité** des exercices à la maison ; certains patients ont décrit le fait que le matériel pouvait être une limite aux exercices mais que dans leurs cas le MK a toujours trouvé des solutions pour que ce soit **réalisable facilement**. « *A part peut être être équipé de 3 choses, mais en fait on arrive tout le temps à trouver* » (2.1 ; 1.178-179), « *Il y en a que un où j'ai eu du mal à le réaliser. Mais après, lors d'un rendez-vous, on a revu ensemble et du coup je peux le faire à la maison* » (2.2 ; 1.137-139). Concernant la **quantification** du nombre d'exercices et du temps de réalisation le MK2, nous dit « *j'essaie de quantifier pour ne pas qu'il y en ait plus de 3 ou 4. Afin que le temps de travail prenne de 5 à 10 minutes maximum* » (1.106-108). La question a été posée différemment aux patients, il leur a été demandé le **temps** qu'ils seraient **prêts à accorder** à leurs exercices, et non pas combien de temps prennent leurs exercices. C'est une précision qu'il aurait été utile d'ajouter dans les entretiens patients. Cependant, concernant le **temps accordable** pour les exercices, les patients se placent entre 5 et 10 minutes pour l'un (2.2) et 20 à 30 minutes pour les autres. Si nous rapportons tout cela au fait que les quatre patients interrogés réalisent leurs exercices et que le temps d'exercice prescrit se trouve dans leur temps accordable montre qu'il y a une cohérence entre ce MK et ses quatre patients.

Comme pour le groupe précédent, la notion de **réaliser les exercices au préalable** en séance avant de les faire à domicile ressort pour tous ces entretiens. Une notion nouvelle apparue

durant les entretiens patients est le fait que trois des quatre patients **fractionnent** leurs exercices dans la journée. Cela montre qu'ils se sont **appropriés** leurs exercices de rééducation et qu'ils sont capables de les **adapter** à leurs quotidiens. De même pour la patiente qui dédie des pièces de sa maison pour réaliser ses exercices (salle de bain), cela montre que le patient est capable **d'adapter** son programme à son quotidien et son domicile. Est-ce que le fait de réussir à s'approprier les exercices favorise la réalisation de ceux-ci ?

Enfin, la notion de la **motivation à retourner au sport** est ressortie pour les quatre entretiens patients. Nous voyons ici que les binômes MK/patients ont réussi à trouver des objectifs pour la rééducation, cela renforce la motivation des patients à réaliser leurs exercices au domicile.

Dans ce groupe, les patients ont exprimé la dimension que **l'équipement** ou le **matériel** peut influencer la réalisation d'exercice. En revanche, ils précisent que ce n'est pas le cas pour eux puisque le MK s'adapte à leur environnement et à leur matériel.

3. Description des résultats des binômes masseur-kinésithérapeute n°3 et patients 3.

a) Description thématique des entretiens des patients du MK n°3

La patiente 3.1 a une pathologie affectant son épaule, la patiente 3.2, sa cuisse et la patiente 3.3 son genou. Concernant le ressenti de leur pathologie, deux patients expliquent qu'ils ont eu de fortes **douleurs** : « *je l'ai traîné pendant 2 mois, 2 mois, j'ai super mal jour et nuit en fait* » (3.1 ; 1.50), « *une douleur vive énorme, un craquement* » (3.3 ; 1.60). La notion de douleur peut être quelque chose qui influence la perception de la pathologie et de la rééducation. Une notion est également ressortie sur ces trois entretiens, à savoir le ressenti négatif de **devoir arrêter la pratique sportive**. La patiente 3.1 nous dit : « *j'ai arrêté l'exercice pendant un mois et demi, donc ouais, moralement, c'était un peu dur* » (1.52-53), la patiente 3.2 déclare : « *saoulée, vraiment je commençais tout juste à me remettre [...] enfin à être bien* » (1.61-66). Enfin la patiente 3.3 insiste sur le fait que **psychologiquement** cela a été **dur** « *vu que c'était la 2^e fois, ça a été très dur [...] j'allais devoir arrêter le sport donc psychologiquement voilà* » (1.68-70). Nous remarquons que ces trois patientes ont un **lien fort avec le sport**. Par ailleurs, le fait que leur pathologie retentisse sur leur pratique est quelque chose de compliqué à vivre. La MK étant spécialisée dans le domaine sportif, il est nécessaire de nuancer cette information. Il aurait été intéressant d'interviewer des patients de ce MK non sportif. Une notion liée à **l'acceptation** est arrivée durant l'entretien avec la patiente 3.3 : « *j'ai mis beaucoup de temps à accepter de me faire opérer [...] j'ai pas mal reculé l'opération* » (1.72-75).

À propos des recommandations des MK, différents sous-thèmes ressortent. La **fréquence d'exercice** ressort notamment pour les trois patientes : « *Une fois par jour j'ai 2-3 exercices à*

faire » (3.1 ; 1.72), « *c'était deux à trois fois par semaine, donc une une fois tous les 2-3 jours, c'était faisable* » (3.2 ; 1.126-128), « *il [remplaçant] me demandait des fois 4 à 5 fois par semaine, et là c'était chaud. J'avoue que quand j'arrivais à faire 3-4 fois, j'étais contente* » (3.3 ; 1.182-184) La notion de **fréquence** de réalisation est ici quelque chose d'important à préciser pour les patientes. De plus, la patiente 3.3 ayant eu des recommandations d'un autre MK, précise que devoir répéter trop régulièrement les exercices au domicile est complexe à réaliser. Le sous-thème de la **réalisation au préalable** des exercices est également ressorti pour deux patientes « *elle me les a montrés, je les ai faits* » (3.1 ; 1.77), « *c'était des exercices qu'on avait faits déjà ici* » (3.2 ; 1.136-137). Deux patientes sur trois ont également mentionné avoir reçu par la MK des **programmes de reprise d'entraînement** « *elle m'a donné justement des fiches d'entraînement. Du coup bah c'était cool parce qu'au final ça m'a permis de reprendre, de retourner [sport]* » (3.2 ; 1.94-96). « *Je recommence un processus de course* » (3.3 ; 1.147). Enfin, la patiente 3.2 a insisté sur le fait que la MK lui a prescrit les exercices à **l'écrit** « *elle m'a donné une feuille et heureusement, parce que j'oublie toujours tout* » (1.132-133). Elle a également donné son **ressenti** sur la prescription d'exercice « *j'étais contente d'avoir la séance d'entraînement que d'avoir des exercices à faire chez moi* » (1.101-102).

À propos de l'organisation de la réalisation des exercices, la patiente 3.1 explique : « *c'est plus le soir en rentrant des cours [...] avant de partir au sport* » (1.111-114). La patiente 3.2 annonce que « *c'était toujours le soir, juste avant de manger* » (1.119). Elle ajoute l'importance de sa **routine** sur la réalisation des exercices « *dès que ma routine elle est un peu bancal c'est sûr que [...] je ne les fais pas* » (1. 206-208). Ces deux patientes réalisent leurs exercices **le soir** mais n'hésitent pas à préciser que c'est le moment où elles sont le plus **fatiguées** et où c'est le plus dur de s'y mettre : « *des fois, quand vous arrivez en fin de journée et vous êtes claqué, vous avez pas envie quoi. Faut être honnête. Et du coup faut un peu se motiver, se mettre un coup de pied aux fesses* » (3.3 ; 1.229-232). Le sous-thème de la **priorité** ressort aussi dans ces entretiens ; « *si imaginons, c'est la fin de semaine et qu'on me dit bah viens on va boire un verre. Là aussi, évidemment, je sors et je ne vais pas faire les exercices* » (3.2 ; 1.177-179). « *Le travail, les enfants, c'est difficile. Plus les rendez-vous des uns et des autres* » (3.3 ; 1.173-174). Nous voyons ici que les **facteurs du quotidien** peuvent venir entraver la bonne réalisation des exercices. Envers le sous-thème du **temps accordable** aux exercices, deux patientes (3.1, 3.2), expriment le fait que 15 minutes c'est acceptable pour des exercices mais que si c'était plus ça ne serait pas ou moins réalisable. « *Franchement c'est 2 3 exercices à faire sous forme de de 8 10 répétitions donc ça me prend 15/20 minutes pas plus* » (3.1 ; 1.102-104), « *ça prenait 15 minutes donc c'est pour ça, je pense que je le faisais* » (1.122-123). Alors que la patiente 3.3,

serait prête à accorder maximum 30 minutes sur ses exercices « *on va dire entre une demi-heure et 45 minutes donc ouais mais pas tous, pas tous les jours* » (1.168-169).

Enfin, à propos de la motivation à réaliser les exercices, la notion de la **motivation** ressort pour les trois patientes, que ce soit pour ne plus avoir de **douleur** « *ne plus avoir mal et puis bah pas que ça se reproduise quoi* » (3.1 ; 1.117) ou pour **reprendre le sport** « *à reprendre [sport] et surtout la la compétition. Refaire mes perfs d'avant* » (3.2 ; 1.143), « *de pouvoir plus tard rejouer au ballon avec mes enfants* » (3.3 ; 1.206-207). Concernant le **bénéfice des exercices**, les réponses étaient plutôt mitigées. La première patiente nous dit que les exercices ont été bénéfiques mais que ce n'est **pas le seul facteur** « *je pense que c'est un peu des deux. Il y a les exercices [...] mais je pense qu'il y a aussi beaucoup de repos* » (1.127-129). La deuxième a plutôt traité le fait qu'avoir ses séances de reprise permettait qu'elle reprenne le sport et qu'elle ne reste pas sans faire de sport avec cette « *peur de grossir* » (1.147). Enfin la troisième patiente nous dit qu'elle voit réellement une **évolution** depuis le début de sa prise en charge : « *j'avais ma jambe qui était démusclée, j'avais plus de force [...] je reprends la force, et cetera, je peux m'appuyer dessus euh au travail debout, j'ai plus mal en statique* » (1.111-114). Relativement à l'**auto-efficacité** et la différence entre la réalisation en séance et la réalisation au domicile ou au sport, les patientes nous disent qu'elles savent qu'au domicile il y aurait des **corrections** en plus même si elles pensent qu'elles sont bien positionnées et qu'elles réalisent bien leur exercice. « *Forcément j'ai pas de correction donc moi il me paraissait bien après si [prénom MK3] était à côté de moi chez moi peut-être qu'elle me dirait Ah là non, ton dos, comme ça tes mains plutôt comme ça. Mais je pense qu'il y a une différence. Mais c'est mieux que rien* » (3.1 ; 1.149-152). Également le fait qu'en séance de kinésithérapie, le MK met **plus de force** que ce que le patient met au domicile « *elle mettait beaucoup de force et et puis bah du coup comme je le faisais moi-même bah je mettais moins de force* » (3.2 ; 1.169-170).

b) Description verticale de l'entretien du masseur-kinésithérapeute n°3

La MK 3 a des notions concernant l'éducation thérapeutique, pour elle c'est le fait de « *donner plus de connaissances aux patients en lien avec sa pathologie et lui donner les clés pour qu'il s'améliore et qu'il soit autonome* » (1.26-28). En revanche, concernant les termes d'alliance thérapeutique et d'observance thérapeutique, elle **n'utilise pas** ces termes au quotidien. Pour l'alliance thérapeutique elle nous dit : « *je l'utilise jamais ce terme [...] une sorte de **compromis** et de d'entente entre le patient et le kiné de de, de, de décisions communes* » (1.34-37). Cependant, il s'agit dans l'ensemble de la définition proposée dans le cadre conceptuel (Valot & Lalau, 2020). Pour l'observance thérapeutique elle nous dit, « *si tu m'en avais pas parlé, clairement j'aurais, sans tricher [...] Je l'aurais mis plus dans les **devoirs** à faire quelque chose*

comme dans ce registre-là » (1.42-44). Nous pouvons voir qu'en posant le cadre du mémoire au début de l'entretien nous avons déjà influencé les réponses et les connaissances des MK.

Enfin, l'opinion de cette MK sur l'auto-rééducation est un « *moyen de limiter la prise en charge des patients au cabinet. Le but, c'est pas me débarrasser des patients, c'est juste qu'ils soient plus autonomes et qu'ils soient moins dépendants du kiné* » (1.50-52). Nous voyons également ici que cette MK a pour objectif de rendre les patients **autonomes** dans leur quotidien face à leur problème de santé. Une notion importante ressort de cet entretien, c'est le fait que le MK n'est pas un « **sauveur** », il faut que les patients soient **acteurs de leur santé** et de leurs soins. Cette MK a l'impression qu'avec l'auto-rééducation le patient peut **passer à côté de certaines informations** en le laissant travailler en autonomie ce qui peut amener à la dégradation de son état de santé. « *Je suis moins maître des choses quand je le laisse faire* » (1.74-75). Cela est une limite mais ça ne l'empêche pas de proposer à ses patients des exercices à faire au domicile.

Concernant la prescription d'exercices en tant que tel, cette MK en donne « *très souvent de manière plus ou moins précise* » (1.92-93). Elle **s'adapte** à la personne qu'elle a en face d'elle, « *enfant, ado ou personne âgée, j'ai tendance à noter, à faire des schémas [...] comme ça, je leur demande de revenir avec la feuille. En plus, ça permet de voir s'ils les ont faits, s'ils ont fait des annotations, s'ils ont des questions. Ça les ancre un peu mieux je trouve* » (1.96-99). Pour des « *adultes classiques* » (1.100) elle ne les écrit pas forcément. A propos du nombre d'exercice à donner, elle n'en donne **pas plus de trois** ou alors si il y en a plus elle les **note** « *j'ai ce truc en tête qui est complètement un biais [...] je me dis 3 exercices c'est facile à retenir [...] Au-dessus de 3, même moi je j'oublie quand je finis d'expliquer le 3^{ème}* » (1.207-210). Néanmoins, s'il n'y a qu'un exercice important elle n'hésite pas à n'en donner qu'un. Il arrive qu'elle prescrive des **séances d'échauffement** ou des séances de **reprise de sport** en fin de rééducation. Qui plus est, elle a remarqué que lorsque les séances sont **rédigées**, prescrites de **manière plus officielles**, tels que les programmes de reprise de course « *systématiquement c'est quand même fait* » (1.137-138). Avec ce système « *on est 100% engagés, du coup y a plus que le patient, la balle est dans son camp, c'est à lui de gérer* » (1.123-124).

La MK nous a précisé : « *si je sens que j'ai pas d'adhérence, du traitement des exos, je peux les noter, les placarder, mettre des post it et tout c'est mort* » (1.144-146). Nous voyons ici, que cette MK se rend compte que dans certaines situations la non-observance n'est **pas de son ressort**, qu'elle ne pourra pas toujours y changer quelque chose.

Les exercices qui sont proposés au domicile sont « *toujours faits avec eux et validés avec eux, ça c'est un prérequis* » (1.111-112). Cependant, elle fait la distinction entre des exercices clés de la rééducation et des exercices bonus. « *Quand c'est vraiment la clé de la rééducation je*

suis beaucoup plus attentive à ce qu'ils les fassent bien. Si c'est un plus, je vais lâcher un peu plus la bride » (l.115-117). Si un exercice bonus n'est pas toujours bien fait mais que le patient ne se met pas en danger elle le laisse à faire à la maison et cet exercice peut permettre de savoir si le patient est **acteur** de son traitement.

Les explications vont également **dépendre** du patient et de sa pathologie. « *Si j'ai un patient qui, qui est un peu la pour se faire masser, pour lui faire comprendre que l'exercice va être clé je prends le temps, je prends la séance si il faut, mais je veux qu'il reparte en en ayant compris que la réussite du traitement c'est à 80% de son côté, que ça va se jouer et que c'est pas chez moi* » (l.123-127). Ici, nous voyons vraiment que cette MK est prête à passer du temps avec certains patients à **expliquer l'intérêt des exercices**, pourquoi le patient doit s'impliquer. Par contre elle explique bien que « *les explications anatomiques, ça perd plus d'autres choses. Je le fais de temps en temps et je me rends compte que parfois j'aurai pas du* » (l.132-134).

Concernant le ressenti de la MK sur la réalisation ou non des exercices nous voyons qu'elle aime **l'honnêteté** des patients. Si un patient ne fait pas ses exercices mais est honnête, elle va essayer de trouver des solutions avec lui, quitte à repousser la prise en charge pour lui laisser le temps de régler ses problèmes du quotidien. « *Le traitement sera pas efficace et dans ce cas moi je préfère qu'ils prennent le temps chez lui de tout régler [...] et de revenir plus tard quand il sera plutôt libéré de tout ça. J'essaie d'être clair là-dessus, c'est pas évident, mais je prends les patients par la main. Mais à un moment donné, si eux ils ont pas envie. C'est pas moi qui vais les guérir, c'est eux* » (l.184-189). Ici, cette MK n'hésite pas à **réorienter** le patient s'il ne peut pas s'investir totalement dans la rééducation. A l'inverse, lorsqu'il réalise ses exercices elle ressent du **plaisir** « *moi ça me fait plaisir parce que je me dis, je me dis qu'il a compris l'enjeu et en plus ça, je sais que ça va être un instrument pour moi à utiliser* » (l.193-195).

c) Analyse du groupe 3

Ce qui ressort majoritairement dans ce groupe par rapport aux autres est le fait que la MK se rend compte que lorsqu'elle prescrit des exercices de manière plus **officielle** ou à **l'écrit**, il y a une meilleure observance. C'est intéressant puisque nous retrouvons également cela dans les entretiens de ses patientes. « *Elle m'a donné une feuille et heureusement, parce que j'oublie toujours tout donc heureusement* » (3.2 ; l.132-133). Pareil pour le fait de prendre en **photo** ou **filmer** certains exercices, les patientes trouvent que c'est plus simple de les reproduire ensuite à la maison, elles ont moins peur de mal faire l'exercice « *vraiment, la vidéo je trouve ça hyper complet* » (3.3 ; l.186-187). Concernant le nombre d'exercice la MK3 nous dit qu'elle ne donne pas plus de **trois** exercices sinon elle trouve que c'est difficile à retenir mais nous n'avons pas

traité de la notion du temps pour réaliser les exercices. Il aurait été utile de traiter cette notion durant l'entretien.

Comme pour le groupe 2, la notion de motivation pour avoir moins de **douleurs** ou pour **reprendre l'activité physique** a été décrite par les patientes, cela montre qu'elles ont des **objectifs de rééducation**. Pour certains patients, ce sont des objectifs fixés par le patient (3.2), pour les autres patients nous ne savons pas si ce sont des objectifs fixés entre le patient et le MK ou simplement les objectifs du MK. Cela aurait pu également être étudié. En revanche, le fait d'avoir des objectifs renforce la motivation pour réaliser les exercices.

4. Mise en lien des entretiens des masseurs-kinésithérapeutes

Premièrement, les notions d'éducation thérapeutique, d'alliance thérapeutique et d'observance thérapeutique ont été abordées. Concernant l'éducation thérapeutique, différents sous-thèmes sont ressortis. Les MK n°1 et n°3 parlent d'**autonomie**, « *pour qu'il puisse s'autonomiser* » (MK1 ; 1.22), « *Lui donner les clés pour qu'il s'améliore et qu'il soit autonome* » (MK3 ; 1.27-28). Le sous-thème des **connaissances** et des **informations** en possession du patient est également ressorti, « *plus ton patient a compris tout ça plus il s'adapte à ta rééducation* » (MK2 ; 1.22-23), « *donner plus de connaissances aux patients* » (MK3 ; 1.26). Cependant, nous n'avons pas demandé aux MK ce qu'ils entendaient par connaissance, il est possible que les notions incluses dans les connaissances diffèrent en fonction du point de vue des MK et de la pathologie des patients. Enfin la notion d'**adhésion** est ressortie par le MK n°2 « *ton patient adhère aux méthodes que tu vas pratiquer* » (1.20). Concernant l'alliance thérapeutique, les différents thèmes ressortent en fonction des MK. Le MK1 présente le thème **commun** « *capacité du kiné et du patient à travailler de concert* » (1.31), et le thème des **objectifs du patient** « *pour remplir les objectifs fixés par le patient* » (1.32). Le MK n°2 explique que pour lui c'est un **moyen du MK** « *j'essaie de l'avoir en 3 4 séances, si je vois que je ne l'ai pas, c'est que, j'essaie d'expliquer aux patients* » (1.26-27) et qu'il passe « *par différentes stratégies d'entretien motivationnel* » (1.30-31). Enfin le MK n°3 exprime qu'il s'agit « *compromis et de d'entente entre le patient et le kiné de de, de, de décisions communes* » (1.36-37), ici nous retrouvons également le thème de **communio**n. Pour finir cette partie, l'observance thérapeutique est définie par le MK1 comme une **capacité du patient** « *c'est la capacité du patient à suivre ce que tu lui demandes* » (1.37-38). Le MK n°1 a tenu à définir ce qui est inclus dans l'observance thérapeutique : « *des gestes et postures à, à intégrer au quotidien ou à bannir du quotidien. Des conseils de santé* » (MK1 ; 42-44). Le MK2 a donné une définition davantage axée sur l'observation plutôt que l'observance, « *ce que le kiné va observer dans l'engagement verbal du patient* » (1.36-37). Nous voyons ici que les MK ont tous une représentation et une

mise en pratique différente de ces termes. Cela permet de se faire une idée de leurs points de vue et de leurs manières de pratiquer concernant l'observance thérapeutique. Savoir cela permet également de nuancer et de comparer les différentes notions ressorties par la suite.

Concernant l'organisation, les trois MK de ces entretiens font réaliser les exercices aux patients **en séance avant de les prescrire au domicile** « *l'exercice qu'ils auront à la maison sera toujours fait en séance* » (MK2 ; 1.104), « *les exercices que je demande de refaire, je les ai toujours faits avec eux et validés avec eux* » (MK3 ; 1.111-112). La notion de **vérification** ressort également pour les trois MK « *quand j'ai un doute [...] je le donne pas* » (MK1 ; 1.163-167), « *quand c'est vraiment la clé de la rééducation je suis beaucoup plus attentive à ce qu'ils les fassent bien* » (MK3 ; 1.115-117). Le **nombre d'exercice** apparaît également, pour le MK n°2 « *pas qu'il y en ait plus de 3 ou 4, que le temps de travail prenne de 5 à 10 minutes maximum* » (1.106-108) et pour le MK °3 « *Au-dessus de 3 même moi je j'oublie* » (1.210). La notion de **compréhension** ressort avec deux MK mais leurs avis divergent « *je préfère ne pas le donner plutôt qu'il soit mal fait* » (MK1 ; 1.169), « *Souvent, j'insiste, et puis je vois si le patient il fait n'importe quoi. Bon, si ça ne le met pas en danger, au moins je le laisse. Ça me permet de voir aussi si il est acteur de son traitement* » (MK3 ; 1.169-171). Leurs avis divergent alors que leur pratique, patientèle et formations post-diplôme sont globalement similaires.

Concernant l'explication des exercices tous les MK traitent du fait que certains patients sont **perdus avec trop d'explications** : « *surtout la localisation d'où ça va travailler. De savoir quel muscle ou autre je m'en fiche* » (MK2 ; 1.126-127), « *parfois, les explications anatomiques, ça perd plus d'autres choses* » (MK3 ; 1.132-133). Ces MK ont également précisé que **les explications ce n'est pas forcément ce que les patients recherchent** : « *je pars peut-être dans des explications alors que le patient ne l'a pas demandé. Donc faudrait que je le demande peut-être plus* » (MK2 ; 1.118-120).

À propos du ressenti quand un patient ne fait pas ses exercices, différents sous-thèmes sont ressortis. Les MK2 et MK3 nous disent, que, si le patient est **honnête** ça ne va pas les déranger, cela peut arriver. « *S'il est honnête bah ça peut arriver donc je réexplique* » (MK2 ; 1.144-145). Ils expliquent également le fait qu'ils essayent de **comprendre** pourquoi il n'a pas pu les faire et ce qui a posé problème. Les MK1 et MK2 ont apporté le sous-thème de la **rupture de soin**, « *j'explique que bah moi du coup on va espacer les séances parce que je peux pas avancer plus tant que je n'ai pas plus d'informations* » (MK2 ; 1.146-148). A contrario, concernant le ressenti des MK quand un patient réalise ses exercices, nous avons la notion de **satisfaction** qui est ressortie pour tous les MK interviewés : « *c'est satisfaisant* » (MK1 ; 1.203), « *satisfaction ça c'est sûr, surtout ça va mieux* » (MK2 ; 156). Le MK2, insiste cependant sur le fait qu'il ne faut

pas s'arrêter là : « *faire comprendre au patient qu'il ne faut pas s'arrêter là. Et du coup de ne pas se satisfaire de si peu pour pas que ça revienne* » (1.159-160). Enfin, la MK3, aborde la notion d'un instrument à utiliser « *je me dis qu'il a compris, il a compris l'enjeu et en plus ça, je sais que ça va être un instrument pour moi à utiliser* » (1.193-195). Cela montre que leurs niveaux de vigilance sur les exercices à domicile sont différents (surtout pour le MK1 et le MK3).

La manière de fonctionner et de pratiquer des MK est globalement convergent sur l'autonomie, l'organisation (la vérification, le nombre d'exercice, la compréhension), les explications (de ne pas expliquer anatomiquement mais plutôt pourquoi c'est important). En revanche, il y a des divergences sur la vigilance à donner des exercices à la maison. Par exemple, la MK1 ne donne jamais d'exercices la première séance et ne donne pas d'exercices si elle voit que le patient a du mal à les réaliser. Alors que la MK3, si l'exercice qu'elle donne est un exercice « bonus », qu'il n'est pas très bien fait mais que le patient ne se met pas en danger, elle donne quand même l'exercice à réaliser au domicile.

VI. Discussion

1. Vérification des hypothèses :

Pour vérifier les hypothèses émises précédemment, nous allons les analyser une par une. Pour ce faire, nous allons partir des résultats des différents entretiens décrits ci-dessus puis faire des liens avec ce que nous avons trouvé dans la littérature. Pour y parvenir nous avons décidé d'étudier l'article de Rosie Essery (psychologue de la santé) (Essery et al., 2016) qui est une revue systématique de la littérature sur les facteurs prédictifs de la réalisation des exercices à domicile. Cette revue n'a pas de méta-analyse en raison du manque d'homogénéité entre les études incluses. À la place, une approche de synthèse narrative a été adoptée pour regrouper les résultats des études.

De plus pour répondre aux hypothèses et faire un lien avec l'observance nous créons ci-dessous un tableau reprenant la fréquence de réalisation de chaque patient et les recommandations des MK. Ces informations viennent des entretiens réalisés. Pour certaines cases nous manquons d'informations. Ce tableau permet d'estimer l'observance de manière qualitative.

Tableau V : Observance thérapeutique des patients

	PATIENT 1.1	PATIENT 1.2	PATIENT 1.3	PATIENT 1.4
FRÉQUENCE DE RÉALISATION	Aucuns exercices en semaine, quelques uns le week-end	Aucuns exercices réalisés	4x par semaine	"J'arrive à les faire en moyenne entre 1 à 2 fois par semaine"
RECOMMANDATIONS DU MK	3 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine		2 à 3 fois par semaine
	PATIENT 2.1	PATIENT 2.2	PATIENT 2.3	PATIENT 2.4
FRÉQUENCE DE RÉALISATION	Fait ses exercices (pas de fréquence)	"Je fais mes exercices tous les deux jours"	Tous les jours	
RECOMMANDATIONS DU MK		Tous les jours	Tous les jours	Tous les jours
	PATIENT 3.1	PATIENT 3.2	PATIENT 3.3	
FRÉQUENCE DE RÉALISATION		"En général j'essaye de m'y tenir mais des fois j'oublie"	"Je fais mon programme"	
RECOMMANDATIONS DU MK	Une fois par jour	Programme de reprise de sport 2x/semaine	Programme de reprise de course à pied	

a) Hypothèse 1

Hypothèse 1 : Une personne pratiquant une activité physique arrivera davantage à mettre en place les exercices recommandés par le MK.

En reprenant les entretiens, nous nous rendons compte que les trois premiers patients du MK 1 (1.1, 1.2, 1.3) ne pratiquent pas d'activité physique régulière, tous les autres patients interviewés pratiquent de l'activité physique. Nous trouvons intéressant de préciser si ces patients pratiquent du sport en club ou en autonomie, de même s'ils pratiquent leurs activités en compétition ou en loisir. Le patient 2.1 pratique son activité sportive en autonomie et en loisir. Les patients 1.4, 2.2 et 2.4 pratiquent leur activité sportive en club et en loisir. Enfin les patients 2.3, 3.1, 3.2 et 3.3 pratiquent leur activité sportive en club et en compétition. Ces informations sont à retrouver dans les *tableaux II à IV* page 17-18) Si nous relient cela à la fréquence de réalisation d'exercice, nous observons qu'il n'est pas possible d'émettre d'association entre le niveau d'activité sportive et l'observance. Cependant, nous observons que les deux patients ne réalisant pas d'activités sportives ne réalisent pas leurs exercices.

Nous avons également remarqué lors des entretiens que la notion de frustration de devoir arrêter le sport ressort. Elle ne ressort pas chez tous les patients interviewés qui réalisent leurs exercices mais pour la plupart. Nous ne la retrouvons pas non plus chez tous les patients qui pratiquent une activité physique puisque cela varie en fonction de l'avancée de leur rééducation. Nous ne pouvons pas exprimer le fait que ce soit un facteur prédictif de l'observance étant donné que nous n'avons pas de cas où le patient ne réalise pas les exercices et pratique de l'activité

physique. De plus, l'échantillon de cette étude n'est pas représentatif de la population, il n'est pas possible de valider un facteur prédictif. Cependant nos données semblent confirmer l'hypothèse que la pratique d'une activité sportive est un facteur renforçant l'observance thérapeutique.

Une étude plus poussée pourrait peut-être mettre en évidence ce facteur (pratiquer une activité sportive) comme favorisant l'observance thérapeutique. Néanmoins, si nous prenons l'article d'Essery et al., (2016), nous nous rendons compte qu'ils ont gardé du recul sur une corrélation entre le niveau d'activité physique et l'observance puisque une seule étude sur les quatre incluses a soutenu cela.

b) Hypothèse 2

Hypothèse 2 : Le tempérament / caractère d'une personne peut influencer la réalisation d'exercices.

Concernant les patients qui décrivent leurs caractères par le terme « dynamique », la fréquence de réalisation est variable, le patient 1.3 réalise ses exercices 4 fois par semaine, le patient 1.4 les fait entre 1 à 2 fois par semaine (la recommandation est de 2 à 3 fois par semaine). Pour les patients 2.4 et 3.1, nous n'avons pas d'informations sur leur fréquence de réalisation sur une semaine. Les patients 2.2 et 2.3 ont décrit leur caractère comme « volontaire » : « *je sais ce que je veux* » (2.2 ; 1.21), « *bah j'ai la volonté de réussir* » (2.3 ; 1.18). Nous voyons qu'ils réalisent leurs exercices mais de façon plus ou moins régulière. La patiente 2.2 réalise ses exercices mais pas tous les jours (recommandations du MK). Le patient 2.3 réalise par contre ses exercices tous les jours comme la recommandation du MK. La volonté de réussir et le fait de savoir ce qu'ils veulent peut influencer favorablement l'observance thérapeutique. Tandis qu'avec le peu d'informations récoltées, il est difficile de conclure sur le trait de caractère dynamique, de plus, les patients n'ont pas précisé ce qu'ils entendaient par dynamique. Dans l'article de Rosie Essery, nous n'avons pas d'informations sur le caractère dynamique des patients, ni sur l'ambition. Cependant, nous avons des informations concernant l'effet de l'humeur négative qui amène à une faible proportion d'exercices réalisés (Brewer et al., 2013). De plus, les patients les plus pessimistes effectuent une plus petite proportion de leurs exercices le jour où ils ressentaient le plus de douleur (Brewer et al., 2013). Ces données sont en lien avec l'observance, elles appuient l'idée que le caractère, le tempérament ou l'humeur d'une personne influencent la réalisation d'exercices. Cependant il est difficile d'établir une association claire avec des traits de caractère précis.

c) Hypothèse 3

Hypothèse 3 : Les connaissances en santé des patients favorisent la réalisation d'exercice.

À la suite des entretiens, nous nous sommes rendu compte qu'il est difficile d'évaluer le niveau de connaissance des patients. Une note de 0 à 10 reste très subjective selon le patient, ses expériences de vie et ses référentiels. Nous avons décidé de ne pas prendre en compte ces informations dans l'analyse mais en revanche de considérer si un membre de leur entourage est dans le domaine de la santé. Cette information sera également à prendre avec parcimonie, puisqu'avoir un membre de l'entourage dans le domaine de la santé ne veut pas dire qu'ils ont discuté de la pathologie et qu'il y a eu un transfert de connaissance. Suite à cette étude, nous n'avons pas découvert de lien entre l'entourage et la fréquence d'observance chez les patients.

Nous avons également remarqué, durant les entretiens, que certains patients ne veulent pas forcément avoir les explications de leur pathologie et de ce qui l'influence. Cependant nous observons dans l'article de Théo Labat (MK) et ses collaborateurs, que « fournir aux patients les connaissances concernant les conséquences de sa blessure semble primordial pour une meilleure récupération » (Labat, 2017). Il semble important que les MK voient avec leurs patients où ils se placent et sachent s'ils veulent ou non, recevoir de l'information et lesquelles. Si le MK donne trop d'information ou des informations non-pertinentes pour le patient alors qu'il ne voulait pas savoir, le MK risque de le perdre. De même, si le patient veut recevoir de l'information mais que le MK ne lui en donne pas il peut se sentir insatisfait. Dans les entretiens MK, nous nous rendons compte que certains l'ont compris grâce à leurs expériences « *parfois, les explications anatomiques, ça perd plus d'autres choses. Je le fais de temps en temps et je me rends compte que parfois j'aurai pas du* » (MK3 ; 1.132-134).

Il est donc difficile de conclure cette hypothèse. Nous préférons dire qu'il est important que le MK demande à son patient s'il a des connaissances sur ce qui lui arrive, s'il veut en avoir davantage et ce qu'il aimerait savoir.

d) Hypothèse 4

Hypothèse 4 : Plus la pathologie est en place depuis un certain temps et plus le ressenti de cette pathologie est négatif moins les patients arriveront à mettre en place les exercices.

Concernant l'ancienneté de la pathologie et de la rééducation en masso-kinésithérapie, il est difficile de fonder une association. En effet, chez les patients pris en charge depuis plus d'un an (1.1, 1.2, 1.4, 3.3), certains ne réalisent pas leurs exercices, d'autres plus ou moins. Les autres patients interviewés, ont plutôt une pathologie aiguë, leur prise en charge en kinésithérapie date d'il y a moins longtemps. Pour eux, les recommandations sont plutôt suivies. Ce facteur

d'ancienneté peut influencer l'observance de par la lassitude et le découragement (Palazzo et al., 2016) mais nous ne pouvons pas le confirmer suite à cette étude et à la littérature.

À propos du ressenti négatif de la pathologie, nous nous rendons compte qu'il est difficile de définir ce que nous entendons par « ressenti négatif ». Nous avons donc décidé de traiter dans cette partie tous les sous-thèmes qui ressortent concernant le ressenti de la pathologie.

- La douleur : cinq patients (1.3, 1.4, 2.2, 3.1, 3.3) ont abordé la notion de douleur « *maintenant, j'ai des douleurs uniquement à l'effort* » (1.4 ; 1.59-60), « *la douleur, elle est tout le temps présente, mais elle évolue en fait* » (2.2 ; 1.78), « *je l'ai traîné pendant 2 mois, 2 mois, j'ai super mal jour et nuit en fait* » (3.1 ; 1.50). Si nous comparons cela à la fréquence d'observance, nous remarquons que les patients qui ressentent des douleurs au quotidien, réalisent plutôt bien les recommandations du MK. La sensation de douleur et l'impact au quotidien, semblent influencer positivement l'observance.

- La gêne : deux patients ont exprimé le fait que leur pathologie est une gêne au quotidien. « *pas forcément énormément de douleur mais c'est plus de la gêne* » (2.1 ; 1.47-48), « *j'ai pas eu de douleur donc c'était plutôt la gêne physique de ne pas pouvoir réaliser les activités au quotidien* » (2.3 ; 1.133-134). Ces deux patients réalisent tous les deux les recommandations faites par le MK. La gêne ressentie au quotidien semble également influencer favorablement l'observance. Nous pouvons également relier cela à l'impact de la pathologie au quotidien.

- Frustration sportive : cinq patients (2.2, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3) ont rapporté la notion de frustration de devoir arrêter ou diminuer l'activité sportive. « *Psychologiquement, moi j'étais un peu frustré parce que je pouvais pas retourner au sport* » (2.4 ; 1.54-55) « *j'ai arrêté l'exercice pendant un mois et demi, donc ouais, moralement, c'était un peu dur* » (3.1 ; 1.52-53). La frustration sportive peut se rapporter à un impact dans la vie quotidienne mais l'association entre l'observance et la frustration sportive n'est pas aussi évidente que la gêne et la douleur.

- Fatigue : deux patients ont formulé le terme fatigue ressentie au quotidien en raison de leur pathologie. « *Le fait de forcer avec la fatigue, continuer le travail physique. Alors que le corps fatigue, je le ressens* » (1.1 ; 1.35-37), « *c'est une douleur fatigue. Le soir où je suis vraiment obligé de de me poser, de m'asseoir* » (1.3 ; 1.79-80). Parmi ces deux patients, un réalise ses exercices comme l'a recommandé le MK, l'autre ne réalise pas ses exercices. D'autres patientes ont également exprimé la fatigue quotidienne (1.1, 2.2, 3.1, 3.3, 3.2) « *j'ai besoin de repos aussi* » (1.1 ; 1.61), « *c'est vrai que des fois j'ai la flemme* » (3.1 ; 1.108), « *je suis rincée quoi. Je suis fatiguée et du coup ben j'ai pas la motivation* » (2.2 ; 1.), « *ouais pas plus parce que après le travail*

un peu la flemme » (3.2 ; 1.114-115). La fatigue de la pathologie et du quotidien peut influencer négativement l'observance thérapeutique des exercices à domicile. Avec cet échantillon, il n'est pas possible d'établir une corrélation entre la fatigue et l'observance, mais cela renforce l'hypothèse que cela peut avoir un lien. Le fait que ce soit des patientes femmes qui rapportent la notion de flemme peut être associé aux notions de bourrage de temps (Aubert, 2018), (Bouilloud & Fournout, 2018) et de charge mentale chez les femmes (Lhuilier et al., 2024) (Fourquet, 2001) (Ferrand, 2001).

- Blocage : deux patients (1.1, 1.2) ont exposé la notion de leur rachis bloqué. « *Au début décoincer un petit peu ce que j'avais, j'ai le côté droit qui était bloqué* » (1.1 ; 1.54-55), « *j'étais tout bloqué. Après j'ai pas cherché à en savoir beaucoup plus* » (1.2 ; 1.46-47). Ces deux patients ne réalisent pas les exercices recommandés par le MK. Ces données nous font nous poser des questions concernant les croyances des patients mais également sur leurs objectifs en kinésithérapie. Quelles sont les attentes de ces patients concernant leur rééducation ?

Les différents sous-thèmes ressortis dans les entretiens, nous poussent à faire évoluer l'hypothèse de base. Grâce aux nouvelles informations, elle pourrait devenir :

Hypothèse 4 : l'impact de la pathologie sur le quotidien influence l'observance à domicile des patients.

Les données récoltées semblent confirmer cette hypothèse. De plus l'étude d'Essery, traite une notion semblable à laquelle nous n'avions pas songé. Les perceptions négatives de l'état de santé (telles que la mauvaise santé, le manque de force, le souffle court et la présence d'une maladie ou d'une limitation existante) ont été associées négativement à l'observance ou ont été rapportées comme raisons d'une non-observance (Essery et al., 2016).

e) Hypothèse 5

Hypothèse 5 : La façon dont le MK a expliqué les exercices et les a prescrits influence la réalisation des exercices.

À propos des explications, nous avons déjà abordé le sujet dans l'hypothèse 3. En revanche, concernant la façon des MK de prescrire nous observons différentes dimensions ressortir.

- Attendre que le patient soit régulier : la MK1 attend que le patient soit régulier aux séances avant de prescrire un exercice au domicile. Si nous comparons cette information aux fréquences de réalisation de ses patients nous voyons que deux sur quatre réalisent leurs exercices. Nous pouvons émettre l'hypothèse que, ne pas commencer immédiatement les exercices au domicile au début de la prise en charge, peut rendre l'adhérence à ceux-ci plus difficile par la suite.

- Écrire : tous les MK interviewés prennent le temps d'écrire les exercices si le patient en a besoin, de récapituler les exercices en fin de séance. Ces vérifications sont importantes pour inclure le patient dans le projet de soin. Nous le voyons puisque c'est une notion qui ressort de nombreuses fois durant les entretiens patients. « *Si on suit bien les feuilles [...] normalement il n'y a pas de souci [...] ça c'est bien parce qu'on sait vraiment ce qu'il y a à faire* » (1.1 ; 1.113-119). « *On les a faits en séance. Du coup elle me les a montrés, je les ai faits. Elle a aussi pris des photos du coup des postures à avoir idéal comme ça je peux reproduire bien chez moi* » (3.1 ; 1.77-79). Cela est également important pour la mémorisation des exercices.
- Nombre d'exercices : le MK2 nous dit : « *pas qu'il y en ait plus de 3 ou 4* » (1.106-107), le MK 3 « *pas plus de 3* » (1.102). Dans la littérature (Essery et al., 2016), il est dit qu'un nombre important d'exercices peut influencer négativement l'observance, mais cela n'a pas nécessairement un effet néfaste sur les résultats du traitement. Le nombre d'exercices effectués, plutôt que la proportion d'exercices prescrits effectués, est plus significatif pour les résultats. Cependant, aucune étude ne nous dit combien d'exercices il est recommandé d'effectuer.
- Supervision : le patient 1.2 insiste sur la supervision et le coaching comme facteur favorisant l'observance. Dans une revue systématique de Joanne Jordan et ses collègues, cette notion est également retrouvée (Jordan et al., 2010).

Par ailleurs la manière de prescrire, la relation soignant/soigné est importante dans l'observance. Selon l'étude d'Essery, cinq études ont fourni la preuve que les participants étaient plus susceptibles d'adhérer aux exercices lorsqu'ils étaient satisfaits de leur MK (Chan & Can F, 2010) (Medina-Mirapeix et al., 2009) (Wright et al., 2014) (Levy et al., 2008) (Terpstra et al., 1992). Cela montre que la relation entre le MK et le patient est importante et qu'elle peut influencer l'observance thérapeutique à domicile.

Ces données tendent à confirmer l'hypothèse que la façon dont le MK a expliqué et a prescrit les exercices influence l'observance thérapeutique.

2. Réponse à la question de recherche

L'objectif de cette étude était de confronter les éléments théoriques généraux en santé sur le comportement d'observance à la pratique dans le champ musculosquelettique en kinésithérapie en cabinet libéral. À travers une synthèse des données récoltées tout au long de la recherche et grâce à leur analyse, une réponse à la question de recherche peut être proposée sur les facteurs influençant l'observance thérapeutique. Nous reprendrons les hypothèses précédentes et les nouvelles notions qui sont apparues au cours des entretiens et au cours des lectures. En effet,

des nouvelles notions sont apparues à la suite des entretiens. Cela peut être dû au regard du professionnel que nous avons au moment de la rédaction des hypothèses. Nous ne nous sommes pas mis dans la situation des patients devant réaliser leurs exercices à domicile. En l'ayant fait, des hypothèses supplémentaires auraient pu émerger.

a) Profil de la personne

Tout d'abord, pour explorer l'hypothèse 2, nous avons essayé de savoir si le caractère / tempérament d'un patient peut influencer l'observance thérapeutique. Suite aux entretiens que nous avons réalisés il est difficile de savoir si le caractère d'une personne peut influencer l'observance thérapeutique mais nous avons vu, dans la littérature, que le caractère ou plutôt l'humeur peut l'influencer.

Ensuite, en explorant l'hypothèse 1, nous avons essayé de savoir si la pratique d'une activité physique peut influencer l'observance thérapeutique. Avec l'appui de nos entretiens, nous voyons que la pratique sportive peut influencer l'observance mais plutôt sur le versant motivationnel. En effet, nous voyons cela quand les patients traitent de la frustration de devoir arrêter le sport ou de l'envie de reprendre rapidement l'activité sportive.

b) L'impact de la pathologie sur le quotidien

L'impact de la pathologie sur le quotidien semble avoir une influence sur l'observance. Nous l'avons remarqué suite à l'expression du ressenti des patients concernant leur pathologie. Les sous-thèmes ressortis impactant le quotidien et influençant l'observance sont, la douleur, la gêne, la frustration de devoir arrêter le sport et la fatigue, que ce soit fatigue liée à la pathologie et fatigue du quotidien. Ces données semblent valider l'hypothèse que l'impact de la pathologie sur le quotidien influence l'observance.

L'information concernant la flemme et la fatigue au quotidien est à nuancer puisque les patients qui ont abordé cette notion sont uniquement des femmes. Cette notion peut être mise en lien avec les notions de bourrage du temps (Aubert, 2018) (Bouilloud & Fournout, 2018) et de charge mentale des femmes au quotidien (Lhuilier et al., 2024) (Fourquet, 2001) (Ferrand, 2001).

c) Mémorisation

Concernant la mémorisation, aucune hypothèse sur celle-ci n'avait été conçue avant les entretiens, cependant au cours des entretiens nous nous sommes rendus compte que c'est une partie importante pour les patients et pour certains MK. En effet, plusieurs patients ont évoqué le fait qu'avec certains MK ils avaient pris en photo, filmé ou dessiné les exercices à réaliser. Selon eux, c'est ce qui permet qu'ils soient efficaces au domicile. De même pour la vérification

des exercices en séance et la récapitulation en fin de séance des exercices, cela semble un point très important pour les patients pour se souvenir des exercices à réaliser. Il est donc important de s'adapter au patient quant à la manière de prescrire les exercices.

d) Organisation

À propos de l'organisation des patients pour réaliser les exercices, nous voyons qu'ils ne placent pas leur curseur du temps accordable au même niveau. Certains patients ne peuvent accorder que 5 à 10 minutes, d'autres 30 minutes mais tous les deux jours à la place de tous les jours. Il semble pertinent de leur laisser le choix de la durée de réalisation des exercices, puis s'adapter à cela en tant que MK, dans la limite du possible. Si le patient choisit la durée des exercices (facteur revenu dans les entretiens) leur réalisation devrait davantage concorder avec son emploi du temps et son organisation. Ceci peut supposer une meilleure observance en limitant l'impact du facteur temps et en favorisant leur engagement (être acteur du soin et non pas le subir).

Au sujet du matériel et de l'installation, les patients nous disent que cela peut être une limite à la réalisation des objectifs. Néanmoins, lorsque nous reprenons le groupe numéro 2, nous voyons que les patients déclarent que le matériel n'a pas été un frein puisque le MK adaptait au matériel disponible à domicile. « *S'il y avait des prêts d'élastique des fois pour pour ces choses-là. Mais vu qu'il a trouvé une autre solution pour faire le même exercice avec ce qu'on a sous la main* » (2.4 ; 1.165-168). Il semble également important ici de s'adapter au matériel présent à domicile, quitte à réfléchir au possible prêt d'équipement.

e) Objectifs

Nous voyons que la pratique d'une activité physique semble renforcer l'observance thérapeutique à domicile. Il nous semble important de créer avec le patient des objectifs adaptés, réalisables et qui amène un sentiment positif aux patients. Il faut que cet objectif soit source de motivation pour le patient. Lors des entretiens nous avons vu que la motivation était souvent corrélée à la pratique de l'activité physique (2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3) ou professionnelle (1.3, 1.4). Le rôle du MK dans ce cas-là est d'aider le patient à formuler les objectifs et de les modifier s'ils sont inatteignables ou dans un temps trop éloigné. Il est possible de poser un objectif à long terme mais il faudra en associer à court et moyen terme pour ne pas que le patient se décourage (Britten et al., 2017) (Siegert & Taylor, 2004).

Pour les patients qui sont motivés par la diminution de la douleur, il faudra qu'ils perçoivent du bénéfice aux exercices. Sur cette notion, les réponses aux questions en lien n'ont pas été très spécifiques. Il aurait fallu avoir des questions plus spécifiques sur ce sujet pour le mesurer.

3. Limites de l'étude

Pour étudier les limites et les biais de cette étude nous allons reprendre les étapes de la méthodologie. En effet, celle-ci peut amener des biais méthodologiques.

a) Cadre conceptuel

Dans la création du cadre conceptuel, il a été difficile au départ de définir clairement les termes. En effet, les notions que nous abordons restent larges et ont une multitude de sens en fonction des auteurs, des époques et des disciplines. Il a également été difficile de comprendre qui a été le premier auteur à initier certaines notions. Dans la littérature, nous retrouvons la difficulté de mesurer l'observance thérapeutique et nous retrouvons la même problématique dans l'analyse des entretiens. Nous avons décidé pour cette analyse qualitative de réaliser un tableau avec la fréquence de réalisation de chaque patient comparé à la recommandation du MK. Cependant, dans ce tableau il nous manque des informations non abordées clairement en entretien avec les patients. Il aurait été pertinent de rajouter une question sur le nombre d'exercices réalisés en une semaine et de comparer ce chiffre à la recommandation du MK pour ce patient. L'analyse aurait été plus précise.

b) Rédaction des hypothèses

Comme dit précédemment lors de la rédaction des hypothèses c'est notre regard de professionnel de santé qui a parlé. Le chercheur ne s'est pas mis à la place des patients qui ne réalisent pas leurs exercices. Si nous avions réussi à réaliser cela, peut-être que les hypothèses du matériel et du temps auraient été dans les premières à apparaître.

c) Réalisation du guide d'entretien

Ensuite nous avons compris durant nos recherches pour le cadre conceptuel que l'auto-efficacité était un point important à développer dans les entretiens. De même pour les bénéfices perçus et la vulnérabilité perçue, néanmoins, il a été difficile de rédiger des questions compréhensibles pour les patients. Cela se répercute dans les entretiens, en les analysant nous n'avons pas de réponses claires et interprétables.

Lors de la rédaction du guide d'entretien nous voulions réaliser une partie sur les connaissances en santé. Nous avons alors décidé de demander aux patients de se mettre une note de 0 à 10 sur leurs connaissances en santé générale puis la même chose sur leurs connaissances en masso-kinésithérapie. En revanche, cela n'est pas interprétable. En effet, les échelles de 0 à 10 restent très subjectives. Il aurait été intéressant de l'utiliser si nous voulions comparer les

connaissances d'une personne avant et après une intervention. Ici, il n'est pas possible de l'interpréter inter-participants.

d) Sélection des enquêtés

La principale source de difficultés durant la sélection des enquêtés a été le temps de réponse des participants. Nous voyons que le premier entretien a été réalisé en septembre 2023 et le dernier en février 2024. Ce temps de latence entre le premier et le dernier entretien a été influencé par la non-réponse des patients dans le cabinet n°1. Nous n'avons eu aucune proposition de participants pour les deux autres MK interviewés du cabinet n°1. Lorsque nous avons pris la décision d'intervenir dans un deuxième cabinet de MK, il était déjà tard et le temps de mettre toutes les démarches en place, cela a retardé la réalisation des entretiens. Cependant durant ces cinq mois nous avons eu le temps de prendre de l'assurance quant à la réalisation des entretiens et de réaliser des entretiens plus fluides.

e) Recueil des données / réalisation des entretiens

La réalisation des entretiens était quelque chose de nouveau, en effet, nous n'avions jamais eu l'occasion de réaliser cet exercice. Le fait d'avoir un guide d'entretien nous a considérablement aidée, mais lorsque le patient ne comprenait pas notre question ou qu'il répondait à côté il a été difficile de réaliser des relances ouvertes. C'est un point qui sera à travailler si nous devons réaliser à nouveau des entretiens. Si nous sommes à l'aise pour réorienter la discussion ou reformuler les questions, l'entretien sera plus fluide et nous passerons moins à côté de certaines informations. Nous avons quand même remarqué, à l'aide des nombreux entretiens, une tendance à être plus facilement à l'aise et de plus en plus de facilité à poser les questions naturellement et avec fluidité.

De plus, il a fallu faire attention lors de la réalisation des entretiens au biais de confirmation. Un chercheur aura tendance à vouloir privilégier les informations qui confirment ses hypothèses et à accorder moins de poids aux informations jouant en sa défaveur. Pour diminuer l'importance de ce biais, le chercheur peut utiliser d'autres outils tels que « le double codage », « la vérification et la révision par les pairs » (Kohn & Christiaens, 2014) (Demony, 2016).

4. Ouvertures

Un élément est apparu dans deux entretiens, plus précisément dans l'entretien 1.1 et 1.3. Le sentiment de solitude ressenti par les patients et l'idée d'intégrer un groupe de travail est ressorti plusieurs fois lors des entretiens. Ce sentiment de solitude les limite dans la réalisation de leurs exercices. Ils émettent l'idée de pouvoir regrouper les patients atteints d'une même pathologie

pour réaliser les exercices ensemble. Avant de réaliser les entretiens, nous n'avions pas pensé à cette dimension. A posteriori, cette idée semble réellement intéressante et peut être une piste pour améliorer l'observance de certains patients. En effet, en se penchant dans la littérature nous avons retrouvé de nombreux bénéfices à l'effet de groupe.

Le phénomène de groupe peut être décrit grâce au concept de cohésion. Selon Léo Festinger (psychosociologue) et ses collègues, la cohésion est « la somme de toutes les forces agissant sur les membres du groupe afin de les y maintenir » (Festinger et al., 1964). Les membres d'un groupe sont interdépendants les uns aux autres. Cette cohésion a des effets sur la satisfaction. Dans un groupe avec une forte cohésion, les membres ont un sentiment de satisfaction global par rapport au travail réalisé. La cohésion a également un effet sur la performance et la productivité (Fischer, 2020). Sur le plan physique, nous retrouvons, une augmentation de la mobilité, de l'endurance et de la force musculaire (Hayden et al., 2021). De plus, les activités en groupe encouragent les capacités de réalisation des activités quotidiennes et améliorent la qualité de vie des personnes (Van der Roer et al., 2008). Enfin, sur le plan cognitif, les activités en groupe tendent à favoriser l'apprentissage de nouvelles compétences, l'auto-prise en charge et la mise en place d'exercices à domicile grâce aux échanges et aux discussions (Lall & Ghodsi, 2012) (Berbaum, 2005). En somme, l'effet de groupe a de nombreuses vertus sur la satisfaction, la performance et les capacités personnelles. Toutes ces notions, incitent à investiguer le lien entre les thérapies de groupe et l'observance thérapeutique.

Cependant, si la problématique principale du patient repose sur la notion de temps, cela nous laisse à penser que son implication au sein d'un groupe pourrait être difficile. Il est donc important de noter que le fonctionnement en groupe n'est pas adapté à tous.

Cela nous fait réfléchir sur la transposition des groupes à la kinésithérapie en libéral. En réalité, les séances de groupe sont fortement réglementées par l'assurance maladie (Légifrance, 2020) et apportent de nombreuses contraintes. En effet, une séance de groupe est limitée à trois patients et doit durer minimum 30 minutes multiplié par le nombre de patients présents (Assurance maladie, 2022b). Exemple : pour un groupe de trois patients la séance ne doit pas durer moins d'une heure et demie. De plus ce type de fonctionnement ne peut s'appliquer qu'à certaines rééducations. Toutes ces modalités n'incitent pas les MK libéraux à réaliser des séances collectives.

5. Apport personnels

Cette recherche a apporté de nombreuses connaissances, de nombreuses compétences telles que la compétence 7 et 8 du référentiel du masseur-kinésithérapeute. « C7 : analyser, évaluer et

faire évaluer sa pratique professionnelle », « C8 : rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques » (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015). De plus, travailler sur un sujet qui nous tient à cœur et pour qui nous avons de l'intérêt permet d'utiliser cette recherche dans la future pratique professionnelle. En effet, voulant travailler en cabinet libéral, nous serons confrontée à cette problématique de non-observance et nous serons sensible aux différents points exposés et détaillés dans ce sujet d'étude.

Nous avons également remarqué durant la réalisation des entretiens que la manière dont les questions sont posées influence les réponses des participants. Avoir pris en compte ce point et en avoir conscience, permet par la suite durant la pratique professionnelle de faire attention à comment nous posons nos questions. Notamment, lors des bilans en tant que MK, il faudra faire attention à la manière dont nous poserons nos questions pour ne pas influencer les réponses des patients.

VII. Conclusion

Au travers de cette étude, de nombreux facteurs influençant l'observance thérapeutique ont été retrouvés dans la pratique en kinésithérapie dans le champ musculosquelettique. Ces derniers sont : le profil du patient (caractère/humeur, niveau d'activité sportive, connaissances en santé), l'impact de sa pathologie sur son quotidien, l'optimisation de la mémorisation, l'organisation du patient et les objectifs communs entre le patient et le MK. L'impact de ces facteurs est variable en fonction des patients interviewés et des binômes MK/patients.

L'ensemble de ces facteurs semblent nécessaires à prendre en compte au cours d'une prise en charge dans le champ musculosquelettique pour favoriser l'observance. En avoir conscience permettrait d'autant plus de renforcer cette dernière en maximisant les discours du MK.

Toutefois, il serait nécessaire que les MK soient sensibilisés à ces facteurs afin de les repérer et d'adapter leurs pratiques en fonction des données scientifiques. Cette sensibilisation permettrait d'apporter un regard différent et de se questionner sur sa façon de pratiquer et son interaction avec le patient. De plus, pour certains patients, les séances de groupe pourraient être une solution pour pallier la problématique de la non-observance. Néanmoins, une question se pose concernant le système de santé français et la profession du MK, sont-ils optimaux pour que des prises en charge en groupe soient réalisées ?

Bibliographie

- Alvin, P. (2000). L'adolescent et l'observance au traitement—ScienceDirect. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, Volume 13, Issue 4, Pages 225-229.
[https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(00\)80087-0](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(00)80087-0)
- Ankri, J., Le Disert, D., & Henrard, J. C. (1995). Comportements individuels face aux médicaments : De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de littérature. *Santé publique*, 4, 427-441.
- Aronson, J. (2007). *Compliance, concordance, adherence*. 63(4), 383-384.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02893.x>
- Assurance maladie. (2020a). *Agir ensemble, protéger chacun. TMS : définition et impact*.
L'Assurance Maladie - [Ahttps://www.ameli.fr/entreprise/santetravail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-definition-impact](https://www.ameli.fr/entreprise/santetravail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-definition-impact)
- Assurance maladie. (2020b). *TMS : définition et impact*. <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-definition-impact>
- Assurance maladie. (2022a). *Comprendre les troubles musculo-squelettiques*.
<https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>
- Assurance maladie. (2022b). *Guide pratique de la NGAP en massokinésithérapie*.
https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide_pratique_de_la_ngap_en_masso-kinesitherapie_assurancemaladieaura-aout_2020_cpam-ain_0.pdf
- Aubert, N. (2018). « Introduction ». Nicole Aubert éd., @ la recherche du temps. *Individus hyperconnectés, société accélérée : tensions et transformations*. Toulouse, Érès, « *Sociologie clinique* », 7-8. <https://doi.org/10.3917/eres.auber.2018.01.0007>

- Babatunde, F. O., MacDermid, J. C., & MacIntyre, N. (2017). A therapist-focused knowledge translation intervention for improving patient adherence in musculoskeletal physiotherapy practice. *Archives of physiotherapy*, 7(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40945-016-0029-x>
- Bailey, W. C., Richards, J. M., Rooks, C. M., Soong, S., Windsor, R. A., & Manzella, B. A. (1990). A randomised trial to improve self-management practices of adults with asthma. *Archives of Internal Medicine*, Aug;150(8):1664-8, 1664-1668. <https://doi.org/10.1001/archinte.1990.00040031664013>
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. 50(2):248-87. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. *Encyclopedia of human behavior*. Academic Press. New York, p.71-81.
- Bandura, A. (2003). Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *Paris : Editions de Boeck Université*. <https://doi.org/doi.org/10.4000/osp.741>
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique. *Politix n°35*, 226-257.
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques. 4e éd., Paris, La Découverte.
- Beauvais, C. (2017). *Monographies de la revue du Rhumatisme: Vol. 84 numéro 1*.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. 13(1), 10-24. <https://doi.org/doi:10.1097/00005650-197501000-00002>
- Becker, M. H., & Rosentock, I. M. (1984). *Compliance with medical advice*. 135-152.
- Berbaum, J. (2005). Le constructivisme comme conception de l'apprentissage. *Paris cedex 14: Presses Universitaires de France « Que sais-je ? »*, 31-58.

- Berthier, N. (2016). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés*.
- Blackwell, B. (1976). *Treatment adherence*. 129:513-31. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.6.513>
- Bouilloud, J.-P., & Fournout, O. (2018). « Accélération et bourrage du temps : Les enjeux de la perception du temps dans la modernité ». Nicole Aubert éd., @ *la recherche du temps. Individus hyperconnectés, société accélérée : tensions et transformations*. Toulouse, Érès, « Sociologie clinique », 125-141. <https://doi.org/10.3917/eres.auber.2018.01.0125>
- Brewer, B., Cornelius, A., & Van Raalte, J. (2013). *Predictors of adherence to home rehabilitation exercises following anterior cruciate ligament reconstruction*. 58, 64-72. <https://doi.org/10.1037/a0031297>
- Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations*, 20(3):407-418. <https://doi.org/10.1111/hex.12468>
- Brooks, G. M., Richards, J. M., Kohler, C. L., & Soong, S. J. (1994). *Assessing adherence to asthma medication and inhaler regimens : A psychometric analysis of adult self-report scales*. *Medical Care* 32. 32(3):298-307, 298-307. <https://doi.org/10.1097/00005650-199403000-00008>
- Burner, M. (1990). Le medecin et le médicament « La compliance ». *Psychologie Medicale*, 22(6)(502-4).
- Chan, D., & Can F. (2010). *Patients' adherence/compliance to physical therapy home exercises [Turkish]*. 21(3):132-139.
- Chesney, M., Morin, M., & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combinaison therapy. *Social science & medicine*, 50, 1599-1605. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00468-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00468-2)
- Claude, G. (2018). *Retranscription d'un entretien : Méthodologie, conseils et exemple*.

- CNIL. (2018). *Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé*. <https://www.cnil.fr/fr/declaration/methodologie-de-referance-04-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le-domaine-de-la-sante>
- CNIL. (2023). *Recherche, étude ou évaluation dans le domaine de la santé : Comment procéder pour une thèse ou un mémoire ?* <https://www.cnil.fr/fr/recherche-etude-ou-evaluation-dans-le-domaine-de-la-sante-comment-proceder-pour-une-these-ou-un>
- Cognet, M., Adam-Vezina, E., & Braud, R. (2010). L'observance : Analyse critique des savoirs. HAL Open Science. *Université Paris Cité*. <https://u-paris.hal.science/hal-02971857>
- Combessie, J. (2007). II. L'entretien semi-directif. *Jean-Claude Combessie éd. Paris: La Découverte.*, 24-32. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24.htm>
- Cotton, S., & Antill, J. K. (1984). Noncompliance : Medical and psychological aspects. *Australian Psychologist*, 19 (2), 193-204. <https://doi.org/10.1080/00050068408255426>
- Dahan, R., Dahan, A., Cadranel, J., & Caulin, C. (1985). *La compliance : Mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique. Vol 40, Num 1, pp 17-23.*
- Dejaco, B., Habets, B., Van Loon, C., Van Grinsven, S., & Van Cingel, R. (2017). Eccentric versus conventional exercise therapy in patients with rotator cuff tendinopathy : A randomized, single blinded, clinical trial. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 25(7), 2051-2059. <https://doi.org/10.1007/s00167-016-4223-x>
- Demony, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie la revue*, déc 2016;16(180):32-7. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Desanti, R., & Cardon, P. (2010). *Initiation à l'enquête sociologique.*

- Di Fabio, R. P., Mackey, G., & Holte, J. B. (1996). Physical Therapy Outcomes for Patients Receiving Workers' Compensation Following Treatment for Herniated Lumbar Disc and Mechanical Low Back Pain Syndrome. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, Volume23Issue3*, Pages180-187. <https://doi.org/10.2519/jospt.1996.23.3.180>
- Eraker, S. A., Kirscht, J. P., & Becker, M. H. (1984). *Understanding and improving patient compliance. 100(2)*, 258-268. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-100-2-258>
- Essery, R., Geraghty, A. W. A., Kirby, S., & Yardley, L. (2016). *Predictors of adherence to home-based physical therapies: A systematic review. 39(6):519-534.* <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1153160>
- Fassier, J.-B., Petit, A., Yven, C., Sappey, P., Bernieri, F., & Soyeux, E. (2014). *Douleurs et travail : Aider le patient à garder un emploi. Douleurs : Evaluation—Diagnostic—Traitement. 15(1):11 9.* <https://doi.org/10.1016/j.douler.2013.12.004>
- Fenouillet, F. (2003). La motivation. *Paris : Dunod, 84*, 105.
- Ferrand, M. (2001). Chapitre 9. Du droit des pères aux pouvoirs des mères. *Jacqueline Laufer éd., Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Sciences sociales et sociétés », 187-209.* <https://doi.org/10.3917/puf.laufe.2001.01.0187>
- Festinger, L., Schachter, S., & Back, K. (1964). Action et fonctionnement des « normes de groupe ». *Henri Mendras éd., Éléments de sociologie générale. Lectures. Paris, Presses de Sciences Po, « Hors collection », 207-228.*
- Fischer, G. (2020). Chapitre 3. Le groupe social. *Paris, Dunod, « Psycho Sup », p. 75-112.* <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.01.0075>
- Fourquet, A. (2001). Chapitre 5. Le travail domestique : Du travail invisible au « gisement » d'emplois. *Jacqueline Laufer éd., Masculin-Féminin questions pour les sciences de*

- l'homme. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Sciences sociales et sociétés », 99-127. <https://doi.org/10.3917/puf.laufe.2001.01.0099>*
- Freud, S. (1913). Le début du traitement. *La technique psychanalytique, PUF. 1981*, 80-104.
- Gavin, L. A., Wamboldt, M. Z., Sorokin, N., Levy, S. Y., & Wamboldt, F. S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. *Journal of Pediatric Psychology, 24 (4)*, 355-365. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/24.4.355>
- Gay, C., Chabaud, A., Gulley, E., & Coudeyre, E. (2016). Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation medicine Med, Jun;59(3):174-183. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.02.005>*
- Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). The health belief model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch68>*
- Hall, A., Kamper, S., Hughes, K., Kelly, G., & Lonsdale, C. (2015). Measurement tools for adherence to non-pharmacologic self-management treatment for chronic musculoskeletal conditions : A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. (96):552-62., Mar;96(3):552-62. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.07.405>*
- HAS. (2001). *Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et massokinésithérapie. https://www.hassante.fr/jcms/c_272089/fr/pathologies-non-operees-de-la-coiffe-des-rotateurs-etmasso-kinesitherapie*
- HAS. (2013). *Syndrome du canal carpien : Optimiser la pertinence du parcours patient. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1365548/fr/syndromedu-canal-carpien-optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient*

- HAS. (2019). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- Hayden, J. A., Ellis, J., Ogilvie, R., Malmivaara, A., & Tulder, M. W. van. (2021). Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*, Sep 28;9(9):CD009790. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009790.pub2>
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Éds.). (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press.
- Horwitz, R. I., & Horwitz, S. M. (1993). *Adherence to treatment and health outcomes*. 153(16):1863-8.
- Hutting, N., Johnston, V., Staal, Bart. J., & Heerkens, Y. F. (2019). Promoting the Use of Self-management Strategies for People With Persistent Musculoskeletal Disorders : The Role of Physical Therapists. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, Volume49 Issue4, Apr;49(4):212-215. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0605>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3 (N° 102), p. 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- INSEE. (2021). *Portrait des professions – Portrait des professions*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5014829?sommaire=5014835>
- Jack, K., McLean, S. M., Moffett, J. K., & Gardiner, E. (2010). *Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics : A systematic review*. Jun;15(3):220-8, 220-228. <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.12.004>
- Jansons, P. S., Haines, T. P., & O'Brien, L. (2017). Interventions to achieve ongoing exercise adherence for adults with chronic health conditions who have completed a supervised

- exercise program: Systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, *Apr;31(4):465-477*. <https://doi.org/10.1177/0269215516653995>
- Johnston, B., Macijauskiene, J., Blazeviciene, A., & Chloewka, P. (2014). *An exploration of self-management support in the context of palliative nursing: A modified concept analysis*. *13, 21*. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-21>
- Jordan, J. L., Holden, M. A., Mason, E. E., & Foster, N. E. (2010). Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD005956*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005956.pub2>
- Kattan, A. E., AlHemsi, H. B., AlKhawashki, A. M., Faisal, B. A., Saad, M. A., Abdulmalik, M. M., & Bassam, A. A. (2023). Patient Compliance With Physical Therapy Following Orthopedic Surgery and Its Outcomes. *Cureus 15(4): e37217*. <https://doi.org/10.7759/cureus.37217>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans a recherche en soins en santé : Apport te croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, LIII(4):67*. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Krasnegor, N. A., Epstein, L., Johnson, S. B., & Yaffe, S. J. (1993). Developmental aspects of health compliance behavior. *Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale*.
- Kravitz, R., Hayes, R. D., Sherbourne, C. D., DiMatteo, M. R., Rogers, W., Ordway, L., & Greenfield, S. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine, 153 (16)*, 1869-1878. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410160029002>
- Labat, T. (2017). *Congrès de la confédération mondiale en kinésithérapie à Cape Town : Kinésithérapie et auto-prise en charge dans le traitement des troubles musculosquelettiques*. *17(190)*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.08.005>

- Lall, M., & Ghodsi, S. (2012). Benefits of collaborative learning. *Procedia. Social and Behavioral Sciences* 31, 31, 486-490. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.12.091>
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence : What do we speak about? *Revue des maladies respiratoires*, 22(1), 31-34. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85433-6](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85433-6)
- Légifrance. (2015). *Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/9/2/AFSH1516234D/jo/texte>
- Légifrance. (2020). *Article L162-1-7—Code de la sécurité sociale—Légifrance*.
- Lestra, L., Burles, D., & Sanchez, C. (2020). *L'intervention en prévention des troubles musculo-squelettiques. La légitimité du kinésithérapeute préventeur en Santé au travail*.
- Levy, A., Polman, R., & Clough, P. (2008). *Adherence to sport injury rehabilitation programmes : An integrated psycho-social approach*. *Dec*;18(6):798-809, 798-809.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00704.x>
- Lhuilier, D., Gelpe, D., & Waser, A.-M. (2024). 1. Des histoires de vie et de travail. *Santé et travail, paroles de chômeurs Toulouse, Érès, « Clinique du travail »*, 13-54.
- Luan, X., Tian, X., Zhang, H., Huang, R., Li, N., Chen, P., & Wang, R. (2019). Exercise as a prescription for patients with various diseases. *Journal of sport and health science*, 8(5), 422-441. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2019.04.002>
- Ludwig, E. G., & Adams, S. D. (1968). Patient Cooperation in a Rehabilitation Center : Assumption of the Client Role. *Journal of Health and Social Behavior*, 9(4), 328-336.
<https://doi.org/10.2307/2948541>
- Luttman, A., Jager, M., & Griefhan, B. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques sur le lieu de travail*. 32.

- Mazière, B., Thevenon, A., Coudeyre, E., Chevalier, X., Revel, M., & Rannou, F. (2008). Adherence to, and results of, physical therapy programs in patients with hip or knee osteoarthritis. Development of French clinical practice guidelines. *Joint Bone Spine*, 75(5):589-96, 589-596. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2008.02.016>
- Medina-Mirapeix, F., Escolar-Reina, P., & Gascan-Cnovas, J. (2009). *Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programmes for neck and low back pain: An observational study*. *Dec 9;10:155*. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-155>
- Ménard, J. (1979). *Le bilan de l'hypertension artérielle*.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2015). Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute / Annexe II. *BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2015/8*, 21-22. <https://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf>
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). Adherence to treatment in medical conditions. *Harwood Academic Publishers, Amsterdam*. <https://doi.org/10.1201/9781003072348>
- Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2015). *Réforme de la formation initiale*. – *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*. <https://www.ordremk.fr/actualites/etudiants/reforme-de-la-formation-initiale-3/>
- Ouegnin, A., & Valdes, K. (2019). *Client preferences and perceptions regarding a written home exercise program or video self-modeling: A cross-sectional study*. *Jan-Mar;33(1):67-72*. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2018.09.006>
- Palazzo, C., Klinger, E., Dorner, V., Kadri, A., Thierry, O., Boumenir, Y., Martin, W., Poiraudau, S., & Ville, I. (2016). Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: Patient expectations regarding new technologies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.01.009>

- Peek, K., Carey, M., Mackenzie, L., & Sanson-Fisher, R. (2018). *Patient adherence to an exercise program for chronic low back pain measured by patient-report, physiotherapist-perception and observational data*. *Dec;35(12):1304-1313*.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1474402>
- Peterson, M., Butler, S., Eriksson, M., & Svärdsudd, K. (2011). A randomized controlled trial of exercise versus wait-list in chronic tennis elbow (lateral epicondylitis). *Upsala journal of medical sciences*, *116(4)*, 269-279.
<https://doi.org/10.3109/03009734.2011.600476>
- Peterson, M., Butler, S., Eriksson, M., & Svärdsudd, K. (2014). A randomized controlled trial of eccentric vs. Concentric graded exercise in chronic tennis elbow (lateral elbow tendinopathy). *Clinical rehabilitation*, *28(9)*, 862-872.
<https://doi.org/10.1177/0269215514527595>
- Plouin, P. F., Degoulet, P., Bautier, P., & Menard, J. (1979). Le traitement de l'hypertension : Stratégie à long terme. *La revue du praticien*, *29(57)*, 4409-4416.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research Practice Training* *19(3):276-288*. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1997). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* *Sep;47(9):1102-14*.
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). Changing for good—A revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward. *New York: Avon Books*, 40-56.

- Reach, G. (2007). Rapport de synthèse. *Anne Laude éd., De l'observance à la gouvernance de sa santé. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Droit et santé », 141-160.*
<https://doi.org/10.3917/puf.laud.2007.01.0141>
- Rees, J. D., Maffulli, N., & Cook, J. (2009). Management of tendinopathy. *The American journal of sports medicine, 37(9), 1855-1867.*
<https://doi.org/10.1177/0363546508324283>
- Rioux, H., & Sylvain, H. (2004). Le concept de l'observance, analyse et exemple : L'observance à la contraception orale. *Recherche en soins infirmiers (77), 20-27, 20-27.* <https://doi.org/10.3917/rsi.077.0020>
- Rosentock, I. M. (1966). *Why People Use Health Services. 83(4).*
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x>
- Rosentock, I. M. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model. 2, 328-335.*
<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosentock, I. M. (2000). Health Belief Model. *Encyclopedia of psychology (Vol. 4, pp. 78–80).* Oxford University Press.
- Sabaté, E. (2003). World Health Organization, editors. Adherence to long-term therapies : Evidence for action. *Geneva: World Health Organization, 198.*
<https://doi.org/10.5144/0256-4947.2004.221>
- Sauvayre, R. (2013). Chapitre 2. La réalisation de l'entretien : Le « terrain ». *Paris: Dunod, pages 49 à 101.* <https://doi.org/10.3917/dunod.sauva.2013.01.0049>
- Sauvayre, R. (2021a). Chapitre 2. Choisir un type d'entretien. *Paris: Armand Colin, 17-28.*
<https://www.cairn.info/initiation-a-l-entretien-en-sciences-sociales--9782200630836-page-17.htm>

- Sauvayre, R. (2021b). Chapitre 3. Le guide d'entretien. *Paris: Armand Colin*, 17-28.
<https://www.cairn.info/initiation-a-l-entretien-en-sciences-sociales--9782200630836-page-29.htm>
- Schneider, M. P., Herzig, L., & Hugentobler, D. (2013). Adhésion thérapeutique du patient chronique : Des concepts à la prise en charge ambulatoire. *Articles thématiques : médecine de famille*, 9, 1032-1036.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2013.9.386.1032>
- Siegert, R. J., & Taylor, W. J. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 7;26(1):1-8.
<https://doi.org/10.1080/09638280410001644932>
- Smith, K. M., McKelvie, R. S., Thorpe, K. E., & Arthur. (2011). Six-year follow-up of a randomised controlled trial examining hospital versus home-based exercise training after coronary artery bypass graft surgery. *Heart*, 97(14), 1169-1174.
<https://doi.org/10.1136/hrt.2010.202036>
- Tarquinio, C., Fisher, G.-N., & Tarquinio, C. (2019). Psychologie de la santé : Fondements et actualités. *Psychologie: Une exploration (pp. 235-258)*. Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2019.01.0235>
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : Déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1-19.
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.09.005>
- Terpstra, S., De Witte, L., & Diederiks, J. (1992). *Compliance of patients with an exercise program for rheumatoid arthritis*. 44, 37-42.
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). The therapeutic alliance. *Médecine des maladies métaboliques*, Volume 14, Issue 8, 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>

- Van der Roer, N., Van Tulder, M., Barendse, J., Knol, D., Van Mechelen, W., & de Vet, H. (2008). Intensive group training protocol versus guideline physiotherapy for patients with chronic low back pain : A randomised controlled trial. *European Spine Journal*, 1193-200. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0718-6>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment : Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331-342. <https://doi.org/10.1046/j.13652710.2001.00363.x>
- Wright, B., Galtieri, N., & Fell, M. (2014). *Non-adherence to prescribed home rehabilitation exercises for musculoskeletal injuries : The role of the patient-practitioner relationship*. *Feb*;46(2):153-8. <https://doi.org/10.2340/16501977-1241>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien à destination des MK

Entretien :

Bonjour, je me présente Louise CHAIGNEAU, je suis étudiante en dernière année de kiné. Pour valider mes années d'étude je dois écrire et valider un mémoire. Pour celui-ci, j'ai décidé d'étudier les facteurs favorisant et limitant l'observance thérapeutique en rééducation. Plus précisément en musculosquelettique chez les adultes actifs (non retraités, pas en arrêt de travail). Pour ceci, je vais vous poser des questions concernant vos habitudes de rééducation. Tout ce que vous me direz restera anonyme. Pour que je puisse étudier au mieux cet échange j'aimerais enregistrer notre conversation afin de pouvoir ensuite la retranscrire par écrit. Êtes-vous d'accord ? Vous pouvez décider d'arrêter l'entretien et l'enregistrement à tout moment, vous n'êtes également pas obligé de répondre à toutes les questions posées. Il n'y a aucun jugement apporté à ce que vous me dites lors de cet entretien. De plus, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il s'agit simplement de vos habitudes de travail.

Questions patient :

Tout d'abord pouvez-vous vous présenter ?

- Depuis combien de temps êtes-vous kiné ?
- Quelles formations avez-vous fait ?
- Prenez-vous en charge des patientèles spécifiques ?

Comment définiriez-vous les termes :

- D'éducation thérapeutique
- D'alliance thérapeutique
- D'observance thérapeutique

Pouvez-vous me donner des exemples pour illustrer ces termes ?

Quel sens donnez-vous à l'auto-rééducation ?

Quels bénéfices et/ou inconvénients trouvez-vous à celle-ci ?

Comment parlez-vous à vos patients d'auto rééducation ?

- Utilisez-vous le terme « exercice » avec vos patients ?
- Avec d'autres MK ou d'autres professionnels de santé ?
- Utilisez-vous d'autres termes ?
- Qu'est-ce que vous pensez du terme « exercice » ?

Est-ce que vous prescrivez des choses à faire à vos patients ?

- Comment ?

Avez-vous remarqué des facteurs qui jouent sur la réalisation des exercices chez les patients et en quoi ?

Comment vous organisez-vous pour donner les exercices ?

En termes d'explications avant de donner vos exercices comment cela se passe ?

Le fait que les patients comprennent les exercices est important pour vous ?

- Et quelle compréhension ? (*Celle des gestes à faire, celle de l'utilité des gestes en lien avec la pathologie*)
- Comment vous organisez-vous pour être sûr que les patients aient compris les exercices que vous lui proposez de réaliser chez eux ?

Que ressentez-vous quand un patient ne fait pas les exercices que vous lui demandez de réaliser ?

A l'inverse que ressentez-vous quand il fait les exercices ?

Que vous disent les patients en lien aux exercices recommandés ? Cela peut être lors de la séance où vous les recommandez ou lors d'une suivante. Comment le vivez-vous ?

- Avez-vous une situation concrète à décrire ?

Avez-vous une approche « générale » ou « standard » quant à la quantité d'exercices donnés ?

Est-ce que dans certains cas vous vous adaptez et adaptez vos exercices ? Comment ? En fonction de quoi ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur ce thème ?

Y a-t-il des questions que je ne vous ai pas posées et auxquelles vous vous attendiez ? (et lesquelles ?)

Avez-vous des questions sur ma recherche ?

Pourquoi avez-vous accepté de participer à ma recherche ?

Merci.

Annexe 2 : Guide d'entretien à destination des patients

Entretien :

Bonjour, je me présente Louise CHAIGNEAU, je suis étudiante dernière année de kiné. Pour valider mes années d'étude et acquérir le diplôme d'Etat je dois écrire et valider un mémoire. Pour celui-ci, j'ai décidé d'étudier les facteurs favorisant et limitant l'observance thérapeutique en rééducation. C'est-à-dire qu'est ce qui fait que vous en tant que patient vous réalisez ou non les choses indiquées par le MK, seul à la maison. Pour ceci, je vais vous poser des questions concernant votre rééducation. Tout ce que vous me direz restera anonyme et rien ne sera répété au kiné qui vous suit. Pour que je puisse étudier au mieux cet échange j'aimerais enregistrer notre conversation afin de pouvoir ensuite le retranscrire par écrit. Êtes-vous d'accord ? Vous pouvez décider d'arrêter l'entretien et l'enregistrement à tout moment, vous n'êtes également pas obligé de répondre à toutes les questions posées. Il n'y a aucun jugement apporté à ce que vous me dites lors de cet entretien. De plus, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il s'agit simplement de vos habitudes de vie.

Questions patient :

Tout d'abord si vous voulez bien vous présenter ?

- Qu'est-ce que vous faites dans la vie ? (âge, sexe, métier, activités, loisirs, lieu de résidence)
- Tempérament, caractère ?
- Est-ce quelqu'un de votre entourage est dans le domaine de la santé ?
- Quelle est votre pathologie et depuis combien de temps est-elle présente ?
- Depuis combien de temps vous prenez des séances de kiné pour cette cause ?
- A quel niveau évalueriez-vous votre connaissance en santé (de 0 à 10) ? Et plus spécifiquement en kiné ?

Que ressentez-vous face à votre pathologie ou à votre problème de santé ?

Êtes-vous déjà allés chez le kiné ? Pour la même chose ou un autre trouble ?

- Comment cela s'est passé ? Est-ce que c'est différent avec votre MK actuel ?

Quelles informations avez-vous reçues concernant votre rééducation ?

Pourriez-vous m'expliquer ce que le kiné vous a recommandé ? Avez-vous des exemples de situations concrètes ?

Si je vous parle de choses à faire à la maison, qu'est-ce que cela vous évoque ?

Si votre kiné vous a parlé de choses à faire à la maison en lien avec votre problème de santé comment l'a-t-il fait ?

- Que vous a-t-il dit ?
- Qu'avez-vous ressenti ? (Ou que pensez-vous que vous ressentiriez si le MK vous indiquait des choses à faire à la maison ?)
- Est-ce que le kiné vous a expliqué pourquoi pour lui il est important de réaliser ces choses ?

Que faites-vous des indications données par le MK et que représentent-elles pour vous ?

Qu'est-ce qui vous amène à suivre ou non les indications du MK ?

Pourriez-vous me parler d'une journée type ? Si vous devriez inclure des nouvelles activités, comment le vivez-vous ?

- Combien de temps seriez-vous prêt à accorder aux exercices ? Pourquoi ?

Si les exercices ont été réalisés, comment les avez-vous mis en place ? (*Moment de la journée, de la semaine, seul, accompagné, fréquence par semaine, nombre de répétitions*)

Qu'est-ce qui vous motive ou pourrait vous motiver à réaliser des exercices et comment ?

Que pensez-vous du bénéfice potentiel des exercices proposés par le kiné ?

A contrario, quels inconvénients voyez-vous à la réalisation de ces exercices ? Ont-ils une influence sur leur réalisation ?

Selon-vous qu'est ce qui peut ou pourrait faire que vous ne réalisiez pas vos exercices ?

Entre la réalisation des exercices en séance de rééducation et à la maison voyez-vous une ou des différences ? La ou lesquelles ?

Qu'est-ce qui selon-vous peut ou pourrait faire que vous vous sentiez efficace dans la réalisation des exercices ? (*Explications, prendre vraiment le temps en séance pour corriger la réalisation*)

Comment vous définissez le fait d'être efficace ou de se sentir efficace ?

Selon vous, quels facteurs dans votre quotidien peuvent limiter ou favoriser la réalisation d'exercices ? Comment ? (*Temps, sentiment de ne pas bien faire, compréhension, envie*)

Est-ce que le kiné pourrait faire quelque chose pour faciliter la réalisation d'exercices ?

Qu'est-ce que vous pensez du terme d'exercice ?

Est-ce que votre kiné utilise le terme « exercice » ? Sinon que vous dit-il ?

Que souhaitez-vous ajouter sur ce thème ?

Y a-t-il des questions que je ne vous ai pas posées et auxquelles vous vous attendiez ? (et lesquelles) ?

Avez-vous des questions sur ma recherche ?

Pourquoi avez-vous accepté de participer à ma recherche ?

Merci.

Annexe 3 : Affiche anonymisée

Entretiens pour mémoire :

Bonjour, je m'appelle Louise CHAIGNEAU, je suis étudiante en dernière année de kinésithérapie à Nantes. Pour valider mon année je dois réaliser un mémoire et pour ce faire, je dois réaliser des entretiens d'une trentaine de minutes.

Si vous :

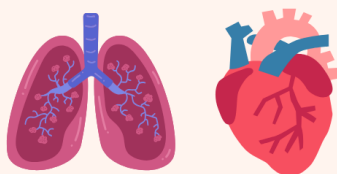
1 Êtes suivi par...



2 Êtes adulte en activité professionnelle



3 N'êtes pas suivi pour des pathologies neurologiques ou respiratoires



4 Voulez bien discuter des choses qui se passent entre vos séances concernant votre rééducation



Contactez moi au ... pour avoir plus d'informations. Si vous avez des doutes n'hésitez pas à demander à vos kinés.

Merci pour votre investissement !

Louise.

Annexe 4 : Mail envoyé aux MK du cabinet n°2

Bonjour,

Je réalise mon mémoire sur l'observance thérapeutique en kinésithérapie dans le champ musculosquelettique. Pour ce faire, je dois réaliser des entretiens auprès de masseurs-kinésithérapeutes (MK) et quelques-uns de leurs patients (4/5).

Les critères pour pouvoir participer à l'entretien MK sont : être kinésithérapeute DE, avoir des patients ayant des troubles musculosquelettiques, prescrire ou recommander aux patients de réaliser des exercices à leur domicile (au quotidien).

Après avoir réalisé l'entretien MK, il faudrait que j'interview 4 ou 5 patients de ce MK. Des patients adultes actifs (en activité professionnelle) avec des troubles musculosquelettiques. Il faudrait également que dans les patients interviewés, il y ait des patients qui réalisent leurs exercices et d'autres non (ou plus difficilement).

Pour recruter les patients, je peux mettre une affiche dans le cabinet et ce sera à eux de me contacter pour que nous fixions un rendez-vous et que nous réalisions l'entretien.

Les entretiens patients et MK durent entre 20 et 30 minutes.

Si vous souhaitez réaliser ces entretiens cela m'aidera grandement dans l'avancée de mon mémoire, mon numéro est ...

Merci.

Louise.

Annexe 5 : Extrait de la retranscription du patient 1.1

- 1 Entretien patient 1.1
- 2
- 3 **Chercheur : D'abord, est-ce que vous voulez bien vous présenter ?**
- 4 **Qui êtes-vous, qu'est-ce que vous faites dans la vie ?**
- 5 Participant 1.1 : Je suis [prénom], j'ai [40-45] ans, je suis [métier] pour
- 6 une mairie. Donc je fais tout ce qui est [description de son métier].
- 7 **Ok, d'accord. Vous avez des loisirs dans votre quotidien ?**
- 8 Non.
- 9 **Comment vous définirez votre caractère, votre tempérament ?**
- 10 Le tempérament, plutôt calme d'extérieur, mais très nerveux intérieur.
- 11 **D'accord, et du coup pourquoi vous venez en séance, quel est votre**
- 12 **pathologie ?**
- 13 Pas mal de lumbago, lombalgie.
- 14 **D'accord, OK, et ça fait longtemps.**
- 15 Depuis que j'ai commencé à la mairie
- 16 **Ok, d'accord**
- 17 Parce qu'en fait le travail, bah je fais [tâches au travail]. Tout le mobilier
- 18 m'arrive presque aux genoux donc du coup bah mauvaise position. Métier
- 19 extrêmement physique, très répétitif.
- 20 **Et ça fait combien de temps que vous faites ce métier ?**
- 21 Alors dans le [métier] en lui-même, ça fait 24 ans et ça fait. On en a eu
- 22 23, ça fait 13 ans que je suis à la mairie
- 23 **OK, d'accord. Et donc ça fait 13 ans que vous allez chez le kiné ?**
- 24 Non, ça fait que depuis le mois de ..., j'ai dû commencer en [milieu de
- 25 l'année 2023].
- 26 **OK. Et donc avant, vous aviez des douleurs et vous aviez pris des**
- 27 **séances ?**
- 28 Bah j'ai pas des arrêts en permanence en fait, je dirais à peu près une fois
- 29 par an. C'est surtout quand j'ai la fatigue du corps... Fatigue du corps.
- 30 Après, je sais que sur l'été, on fait aussi, on déménage les meubles. On
- 31 doit les bouger. C'est physique, métier très physique. La fatigue emmène
- 32 souvent aux lombalgies derrière.
- 33 **Ok. Du coup, j'avais une question, que ressentez-vous face à votre**
- 34 **problème de santé, à votre lombalgie ?**
- 35 Et je pense que c'est la fatigue, la fatigue et le le fait de forcer avec la
- 36 fatigue, continuer le travail physique. Alors que le corps fatigue, je le
- 37 ressens.
- 38 **Et ça vous empêche de faire beaucoup de choses, même en dehors de**
- 39 **vos métiers ?**
- 40 Bah quand je fais des lombalgies oui, parce que je peux rien faire à côté
- 41 parce que généralement je suis pliée en deux. Autrement, non, j'ai des petit
- 42 maux de dos, j'ai aussi mon matelas qui est pas très, pas très neuf.
- 43 **Est-ce que vous êtes déjà allés chez le kiné ici ou un autre pour autre**
- 44 **chose.**
- 45 Non
- 46 **Et là ça se passe comme vous souhaitez avec [prénom MK 1] ?**

Annexe 6 : Extrait du tableau d'analyse des patients du MK2

Thèmes abordés		Patient 2.1	Patient 2.2	Patient 2.3	Patient 2.4
Exercices	Douleur	« les exercices où on éprouve un peu plus de douleur, on peut avoir tendance à les éviter » (l.116-117)			« C'est plutôt quand j'ai eu la douleur par exemple après un match je sais que je ne vais pas faire les exercices le lendemain matin je vais plutôt les faire dans la journée » (l.134-136)
	Motivation	« Parce que j'ai envie de retrouver 100% de la mobilité. J'ai une échéance dans 2 semaines, je pars au ski. Donc quand je suis blessé au ski [fin année 2023], là j'ai j'ai l'intention d'être prêt pour retourner » (l.158-160)	« je retrouve ma ma mobilité pour pouvoir retrouver ma liberté de sport et. Le fait de ne plus avoir mal quoi » (l.170-172)	« De pouvoir reprendre [sport], entre autres, refaire du sport » (l.93)	« j'ai envie de guérir donc j'ai envie de les suivre » (l.92) « ne plus avoir cette douleur quand quand je joue quoi que ce soit, des fois en balade avec les enfants » (l.114-115)
	Bénéfices		« je vais chercher plus loin qu'avant quoi » (l.181)	« je gagne de l'amplitude, même si en en plus ça va au moins l'amplitude elle grandit vite » (l.99-100)	« ça correspond de mieux en mieux enfaite à la zone ou j'ai mal » (l.120-121)
	Stagner		« Après il y a des moments où on a l'impression qu'on stagne. Mais en fait on se rend compte que bah en faisant les exercices, il y a des choses qu'on arrivait moins bien avant et qu'on arrive mieux aujourd'hui » (l.176-179)		
	Equipement	« À part peut être être équipé de 3 choses, mais en fait on			« quand il y a besoin des fois d'équipements supplémentaires pour faire

		arrive tout le temps à trouver » (l.178-179)			l'exercice on a pas toujours tout sous la main. Donc ça peu plus compliquer les exercices » (l.93-95)
	Temps		« le soir, quand on rentre, on a une 2e journée. Et qui est souvent bien rempli » (l.194-195)	« ça pourrait être la fainéantise, je dirais » (l.122)	« c'est plus à avoir le temps parce que j'ai 2 enfants en bas âge donc voilà » (l.77-78)
	Organisation				« planning, le travail, c'est ça qui va qui va générer plus. Des fois y a des journées, je commence à faire peut-être un peu plus qu'une demi-heure et des jours je pourrais pas en faire du tout parce que bah tout ce qu'il y a à faire et les enfants tout ça » (l.150-153)
	Arrêt de travail / télétravail		« le temps libre, c'est quand ils sont couchés pour moi » (l.199-200)		« en télétravail j'ai plus de temps pour faire des exercices » (l.158-159)
	Fatigue		« il y a des jours où je le fais pas. Parce que je suis rincée quoi. Je suis fatiguée et du coup ben j'ai pas la motivation » (l.204-206)		