



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

Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation

Pays de la Loire.

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

Gestion et optimisation de l'adhésion thérapeutique des patients

par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

*Enquête comprehensive par entretiens auprès de quatre professionnels*

Baptiste HANON

Mémoire UE 28

Semestre 8

Année scolaire : 2019-2020

RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE



### **AVERTISSEMENT**

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

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



## **Remerciements**

---

Je souhaite tout d'abord remercier mon directeur de mémoire pour ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce projet.

Pour le temps qu'ils m'ont accordé, je remercie les quatre masseurs-kinésithérapeutes interrogés dans le cadre de cette enquête.

Enfin, je tiens à remercier ma famille pour son soutien et son accompagnement au cours de ces années de formation professionnelle.



## Résumé

---

60 à 73% des patients auraient des difficultés à adhérer au traitement masso-kinésithérapique. La prise en charge de ce défaut d'adhésion est un véritable enjeu pour l'amélioration des résultats cliniques et la réduction des coûts de santé. Le masseur-kinésithérapeute, en tant que (ré)éducateur, dispose de compétences qui devraient lui permettre de promouvoir l'adhésion thérapeutique. Cette enquête a donc pour objectifs l'exploration et la compréhension des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant la gestion de l'adhésion thérapeutique du patient à son programme de rééducation.

Quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de masseurs-kinésithérapeutes français exerçant en libéral. Ils ont été enregistrés, retranscrits puis analysés de manière thématique. Les résultats obtenus permettent d'étudier les pratiques des thérapeutes interrogés quant à l'évaluation de l'adhésion de leur patient, l'identification d'obstacles, l'optimisation de l'adhésion ainsi que la mise en place de stratégies pour surmonter la non-adhésion.

Malgré la faible ampleur de notre échantillon, notre enquête permet d'exposer un premier aperçu des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant la gestion de l'adhésion thérapeutique du patient. Il en ressort une grande variabilité des approches et conceptions des thérapeutes, liées aux expériences vécues et compétences développées. Un état des lieux des pratiques, réalisé par des études de plus grandes ampleurs, permettrait de proposer d'éventuels axes d'amélioration.

## Mots clés

---

- Adhésion thérapeutique
- Autogestion
- Éducation du patient
- Masseur-kinésithérapeute libéral





## **Abstract**

---

60 to 73% of patients would have difficulty adhering to physiotherapy treatment. The management of this lack of adherence is a real challenge for the improvement of clinical results and the reduction of healthcare costs. The physiotherapist, as an educator, has skills that should enable him to promote therapeutic adherence. Therefore, the objectives of this survey are to explore and understand the practices of private practitioners regarding the management of the patient's therapeutic adherence to his rehabilitation programme.

Four semi-structured interviews were carried out with French physiotherapists working as private practitioners. They were recorded, transcribed and then analysed thematically. The results obtained provide the opportunity to study the practices of the therapists surveyed regarding the evaluation of their patient's adherence, the identification of obstacles, the optimization of adherence and the implementation of strategies to overcome non-adherence.

In spite of the small size of our sample, our survey provides a first overview of the practices of private physiotherapists regarding the management of patient adherence. It shows a high variability in the approaches and conceptions of the therapists, linked to the experiences and skills developed. An inventory of the practices, carried out by studies of greater extent, would make it possible to propose possible areas for improvement.

## **Keywords**

---

- Patient education
- Private physiotherapist
- Self-management
- Therapeutic adherence



## Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Cadre conceptuel de recherche.....</b>	<b>2</b>
1.1. La santé et la masso-kinésithérapie.....	2
1.2. Les comportements de santé.....	6
1.3. L'éducation du patient.....	14
1.4. L'adhésion thérapeutique au traitement masso-kinésithérapique.....	16
<b>2. Problématisation.....</b>	<b>22</b>
<b>3. Méthodologie.....</b>	<b>23</b>
3.1. Choix de la méthode.....	23
3.2. Sélection de la population.....	24
3.3. Hypothèses de travail.....	25
3.4. Guide d'entretien.....	26
3.5. Réalisation des entretiens.....	26
3.6. Méthodologie d'analyse des données.....	27
<b>4. Résultats.....</b>	<b>27</b>
4.1. Expériences des professionnels interrogés.....	27
4.2. Conditions d'exercice des professionnels interrogés.....	29
4.1. Portraits des masseurs-kinésithérapeutes.....	30
4.2. Analyse thématique des données.....	33
<b>5. Discussion.....</b>	<b>43</b>
5.1. Interprétation des résultats par rapport aux hypothèses.....	43
5.2. Limites de la méthodologie.....	51
5.3. Perspectives de recherches.....	52
5.4. Perspectives professionnelles.....	52
<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
<b>Références bibliographiques et autres sources.....</b>	<b>54</b>
<b>Annexes 1 et 2.....</b>	<b>I à XV</b>



## Introduction

Le point de départ de cette démarche d'initiation à la recherche se base sur une observation clinique lors d'un stage en cabinet libéral : les difficultés des patients à s'auto-rééduquer en complément des séances semblaient réduire l'efficacité de la prise en charge. Les séances de rééducation ayant une durée limitée (30 minutes par patient, 1 à 2 fois par semaine), les patients étaient invités à poursuivre le traitement en dehors du cabinet. C'est pourquoi des exercices à pratiquer à domicile étaient présentés. Il leur était proposé de réaliser quotidiennement un certain nombre de séries d'exercices afin d'évoluer dans le traitement de la pathologie. Cela encourageait le patient à être placé acteur de sa prise en charge : de sa participation active à sa rééducation dépendait notamment l'amélioration de ses symptômes. Le constat a été fait que les patients qui n'effectuaient pas les exercices à domicile en dehors des séances (qui ont pour objectif un soulagement de leurs douleurs ou gênes), revenaient la séance suivante accompagnés des mêmes plaintes ou une moindre amélioration, en comparaison à des patients adhérents.

La gestion de l'adhésion du patient au traitement par le masseur-kinésithérapeute semble se présenter comme un enjeu crucial pour l'efficacité de la prise en charge. Quels sont alors les obstacles à l'adhésion du patient ? Comment favoriser l'adhésion du patient au traitement masso-kinésithérapique ? Quels outils utiliser afin d'évaluer l'adhésion d'un patient à son traitement ? Quelles stratégies le masseur-kinésithérapeute peut mettre en place face à un patient non-adhérent ?

Pour construire notre étude, nous délimiterons tout d'abord un cadre conceptuel dont l'objectif sera d'apporter des pistes de réponses à notre questionnement initial. Nos recherches feront également ressortir le problème majeur et fréquent de la non-adhésion du patient au traitement masso-kinésithérapique. Néanmoins, des pistes d'optimisation des pratiques sont identifiées par des revues internationales récentes. L'identification de possibles perspectives d'amélioration des pratiques nous conduira à nous interroger sur celles de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en France.

Ces différents constats nous amèneront à poser la problématique suivante : Compte tenu de l'importance des taux de non-adhésion au traitement masso-kinésithérapique retrouvés

dans la littérature, comment le masseur-kinésithérapeute en pratique libérale gère-t-il l'adhésion du patient à son programme de rééducation ?

Pour cela, nous mettrons en place une enquête compréhensive par entretiens semi-directifs auprès de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral. Cette méthodologie favorisera l'expression d'un discours en lien avec les représentations, les expériences et les processus de réflexion des thérapeutes interrogés. Enfin, nous discuterons des résultats obtenus, des limites et des perspectives de notre étude.

## **1. Cadre conceptuel de recherche**

Comprendre les pratiques réelles du masseur-kinésithérapeute conduit à s'interroger sur le cadre d'activité de ce professionnel. Ainsi, le cadre conceptuel de recherche a pour objectif dans un premier temps de situer le masseur-kinésithérapeute, comprendre ses rôles et compétences au sein d'un environnement de la santé changeant. Par la suite, nous aborderons les différents comportements de santé et leur intérêt pour l'éducation du patient. Enfin, un état des lieux autour du thème de l'adhésion du patient au traitement masso-kinésithérapiques sera réalisé, en mettant en avant les méthodes et outils d'évaluation de celle-ci, les obstacles identifiés ainsi que les stratégies pouvant être mises en place par les thérapeutes pour favoriser l'adhésion.

### **1.1. La santé et la masso-kinésithérapie**

#### **1.1.1. Évolution des concepts de santé**

La santé a tout d'abord été définie comme l'absence de maladie. Cette vision négative de la santé présente un sujet, le malade, dont la prise en charge se construit à partir d'une étiologie précise et vérifiable.

Peu à peu et dans un contexte d'Après-Guerre, les professionnels de santé ont commencé à considérer la santé comme un processus de devenir, comme une dynamique qui dépasse d'une certaine manière la simple absence de maladie. En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de

tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (1). Cette définition, qui amène une vision positive de la santé, n'a pas été modifiée depuis sa formulation. Elle met en avant la multidimensionnalité de la notion de santé en ne s'intéressant pas uniquement à l'aspect somatique. En effet, la santé est la résultante d'une interaction complexe entre le sujet et son environnement. Cela implique qu'elle doit être évaluée par des paramètres objectifs mais également subjectifs dans le domaine de la prévention comme dans celui du curatif. Elle impose la prise en compte des valeurs du patient dans toute décision thérapeutique.

En 1986 avec la Charte d'Ottawa, l'OMS définit la notion de Promotion de la santé qui vient alors placer l'individu davantage acteur de son état de santé : « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu [...] doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques » (2). Il s'agit d'une nouvelle conception de la santé qui l'intègre dans une approche plus globale : en plus de la dimension biologique centrée sur l'individu, les dimensions socio-économique, politique, culturelle et environnementale sont désormais considérées. La Charte met en avant 5 actions afin de promouvoir la santé :

- L'élaboration de politiques pour la santé : associer des mesures législatives et financières, et inciter les responsables politiques à prendre conscience de leurs décisions sur la santé
- La création d'environnements favorables : prendre en compte la protection des milieux naturels et la conservation des ressources
- Le renforcement de l'action communautaire : favoriser la participation effective de l'ensemble de la communauté dans la recherche d'une meilleure santé
- L'acquisition d'aptitudes individuelles : permettre aux individus de contrôler davantage leur propre santé et leur environnement

- La réorientation des services de santé : prendre en compte les éléments contextuels qui entourent l'individu (dimensions physique, sociale, culturelle, psychologique...)

Au sein de ce vaste mouvement de promotion de la santé vient s'inscrire la notion d'éducation pour la santé. Il s'agit de « la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé » (3). Le Plan National de l'Éducation pour la Santé définit son objectif : « elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité » (4). Nous retrouvons ici des objectifs d'apprentissage et d'autonomisation du patient vis-à-vis de sa santé. Par la mise en place de démarches et méthodes éducatives, la finalité est de permettre aux individus de mieux gérer leur santé et de faire des choix favorables à celle-ci. L'éducation pour la santé cible donc les comportements individuels et collectifs.

Les définitions, concepts et représentations autour de la notion de santé ont donc évolué, favorisant le rôle de l'individu dans la gestion de sa santé. D'une vision biomédicale à une vision globale dite biopsychosociale, la transformation de la conception de la santé tend à intégrer l'individu au sein d'un environnement dynamique dont les caractéristiques sont propres à chacun.

### **1.1.2. Évolution des pratiques masso-kinésithérapiques**

En 1946, de l'association de deux professions (masseurs et gymnastes médicaux) est née celle de masseur-kinésithérapeute (loi n° 46-857 du 30 avril 1946) (5). Le champ de compétences de la profession a beaucoup évolué depuis sa création.

Deux actes étaient règlementés au départ : le massage et la gymnastique médicale. Les masseurs-kinésithérapeutes vont gagner peu à peu en responsabilités avec l'arrêté du 6 Janvier 1962 qui vient fixer la liste des actes médicaux qui peuvent être réalisés par les auxiliaires médicaux, dont font partie les masseurs-kinésithérapeutes (6). Le décret n°85-918 du 26 Août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute définit les champs d'intervention et techniques applicables par les thérapeutes (7). Ce décret est abrogé puis remplacé par le décret n°96-879 du 8 Octobre 1996



qui vient augmenter l'autonomie du masseur-kinésithérapeute en lui permettant d'établir « un diagnostic kinésithérapique et [choisir] les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés » (article 2) (8). Ce décret vient également élargir le champ de compétences à la prévention et l'éducation (article 13).

Depuis ce décret, les actions d'éducation pour la santé sont donc intégrées aux compétences du masseur-kinésithérapeute. Le dernier référentiel de compétences de la profession en date du 2 Septembre 2015 atteste que le masseur-kinésithérapeute doit être capable de « concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage » (compétence 3), ce qui l'amène notamment à « placer le patient en qualité de coauteur, de codécideur des objectifs, des moyens de soins et de gestion de sa santé » (9).

Les compétences requises ont donc évolué au cours du temps en s'adaptant notamment aux évolutions du système de santé. Les compétences techniques nécessaires à la profession répondent à un besoin médical, à la conception biomédicale du soin et de la santé. La vision globale ou biopsychosociale de la santé vient placer le patient acteur de la gestion de sa santé, et le masseur-kinésithérapeute devient alors coacteur. Il cherche à adapter individuellement la prise en charge thérapeutique en considérant les attentes et objectifs du patient *via* la réalisation du bilan diagnostic kinésithérapique.

Ce bilan, lié à un raisonnement clinique, est influencé par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Proposée par l'OMS en 2001, la CIF a pour objectif de « fournir une base scientifique pour comprendre et étudier les états de la santé, les conséquences qui en découlent et leurs déterminants » (10). L'intérêt est également de mettre en place un langage standardisé pour améliorer la communication entre les différents acteurs de santé. Elle fait suite à la Classification Internationale des Handicaps et santé mentale (CIH) proposée par l'OMS en 1980 qui complète la Classification Internationale des Maladies (CIM). Ces précédentes classifications reflétaient le modèle médical et catégorisaient les handicaps selon une analyse linéaire : une pathologie ou un trouble était responsable d'une déficience qui amenait une incapacité dont la conséquence constituait le handicap (11). Le modèle biopsychosocial constitue le fondement théorique de la CIF au sein de laquelle le fonctionnement et le handicap d'un individu sont considérés comme le résultat

d'interactions complexes entre les conditions de santé et les facteurs contextuels, à la fois environnementaux et personnels (12). Les situations de handicap sont donc analysées au travers de quatre éléments : les fonctions organiques et structures anatomiques, les activités et participation, les facteurs environnementaux, les facteurs personnels. Ces dimensions interagissent entre elles et font alors de la santé un phénomène dynamique et complexe (Figure 1). La CIF est donc un outil permettant de décrire le contexte dans lequel évolue chaque individu en ne le réduisant pas uniquement à une pathologie qui doit être traitée.

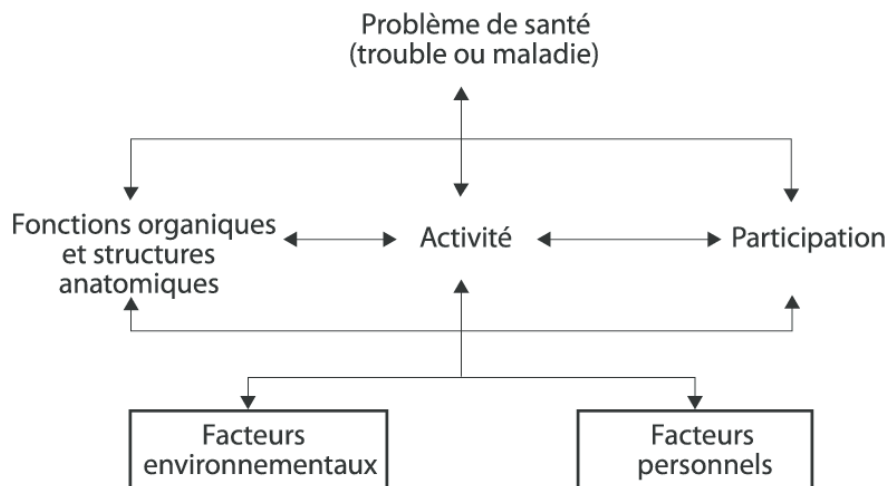


Figure 1 – Interactions entre les composantes de la CIF (10)

Ce bref historique a permis de mettre en avant la transformation du système de santé au fil des années avec comme conséquence notamment l'évolution des pratiques masso-kinésithérapiques. Le patient est devenu l'acteur principal de sa santé et les compétences d'éducateur du masseur-kinésithérapeute se sont peu à peu développées afin d'aider et d'accompagner le patient dans l'adoption de comportements de santé favorables à celle-ci.

## 1.2. Les comportements de santé

### 1.2.1. Observance ou adhésion ?

#### 1.2.1.1. Observance thérapeutique

La notion d'observance (*compliance* en anglais), est définie à l'origine par Sackett et Haynes dans les années 1970 comme « la mesure dans laquelle le comportement du patient (en termes de prise de médicaments, de régimes alimentaires ou d'autres changements de

mode de vie) coïncide avec la prescription clinique ». Il s'agit de l'implication du patient dans l'application des recommandations ou des traitements tels qu'ils lui ont été prescrits. Cet ensemble de comportements adoptés par le patient font de l'observance une notion objectivable via des mesures directes (critères objectifs) ou indirectes (entretiens, questionnaires...) du suivi des prescriptions thérapeutiques.

La définition de Sackett et Haynes met en avant l'autorité du professionnel de santé et ne laisse pas de place au patient dans la prise de décision. Elle fait plutôt référence à la capacité qu'à le patient à prendre correctement son traitement, tel qu'il est prescrit et semble alors détailler un processus dans lequel son autonomie est ignorée (13,14). Le terme suggère une interaction soignant-soigné au cours de laquelle le thérapeute décide du traitement approprié auquel le patient doit se conformer indépendamment de sa volonté. Les perceptions des patients sur le suivi de leur prescription ne sont donc pas considérées.

#### **1.2.1.2. Adhésion thérapeutique**

Pour s'éloigner de cette idée de soumission du patient, le terme « adhésion » (*adherence* en anglais) a été progressivement introduit en alternative au mot « observance ». Cette notion se définirait comme « la mesure dans laquelle le comportement du patient correspond aux recommandations convenues avec le prescripteur » (15). L'OMS offre une définition alternative : « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne (prendre un médicament, suivre un régime alimentaire ou modifier son mode de vie) correspond aux recommandations convenues avec un professionnel de santé » (16). L'adhésion met l'accent sur un processus dans lequel le traitement approprié est déterminé après discussion entre le prescripteur et le patient. C'est une notion qui s'éloigne de la seule conformité thérapeutique, en faisant apparaître la volonté du patient à prendre en charge sa maladie. Cela fait référence à la capacité et à la disposition du patient à suivre les recommandations mutuellement convenues concernant le traitement. La participation et l'engagement du patient à maintenir un régime qu'il estime bénéfique sont mis en avant au travers de cette notion, ainsi que l'importance d'un partenariat thérapeutique avec le professionnel de santé (17). C'est un caractère difficilement mesurable puisqu'il s'agit de la motivation et des attitudes du patient envers sa prescription. Elle ajoute une notion psychosociologique à la notion d'observance en s'intéressant au point de vue du patient ainsi qu'à sa coopération active (13).

### **1.2.1.3. Une diversité problématique**

De nombreuses définitions différentes de l'observance sont retrouvées dans la littérature. Cela rend notamment difficile la comparaison des études entre elles (18). De plus, les termes « d'observance » et « d'adhésion » sont souvent utilisés de manière interchangeable pour désigner un même concept.

L'observance thérapeutique est une construction multidimensionnelle. La diversité des définitions ainsi qu'un manque de consensus a favorisé l'émergence d'autres termes tels que : « concordance », « coopération », « mutualité » ou encore « alliance thérapeutique ». La plupart de ces notions font référence à des éléments relatifs aux responsabilités des patients en matière de santé, leur rôle au sein de leur prise en charge et leur collaboration avec les professionnels de santé, mais tous sont utilisés comme synonymes alors qu'ils ne le sont pas (17–19).

Pour conclure, nous retiendrons principalement que derrière la notion d'observance se cache une définition trop restrictive de l'interaction entre le patient et le professionnel de santé, à l'inverse de la notion d'adhésion qui donne davantage de responsabilités au professionnel dans l'établissement d'une relation thérapeutique avec le patient afin d'améliorer les résultats de la prise en charge (18). L'adhésion est considérée comme reflétant une relation moins paternaliste, le patient étant un décideur actif plutôt qu'un bénéficiaire passif (19). Au terme « d'adhésion » est donc associée la perspective motivationnelle du patient : celle-ci est primordiale car située au centre de la plupart des théories utilisées pour étudier les comportements dans le domaine de la santé à des fins de prédictions ou de changements de comportements (20). En ce sens, nous préférons l'utilisation du terme « adhésion » au cours de notre étude, malgré la large utilisation du terme « observance » dans la littérature.

### **1.2.2. Comprendre l'adhésion : théories et modèles de comportements de santé**

Des théories détaillées dans la littérature tentent de prédire, d'expliquer et de comprendre les comportements d'adhésion du patient. Il n'existe pas de théories concernant l'adhésion en elle-même, mais il existe de nombreux modèles utilisés pour prédire la variabilité qui la caractérise (20). Ces théories peuvent être divisées en deux groupes

principaux qui sont communément appelés « modèles sociocognitifs » et « modèles par étapes ».

Le terme « modèle sociocognitif » fait référence à un groupe de théories similaires, chacune d'entre elles spécifiant un nombre de facteurs cognitifs et affectifs (les croyances et attitudes) comme déterminants du comportement. Les cinq modèles qui ont été le plus largement utilisés par les chercheurs en comportement de santé sont : le Modèle de Croyance en Santé (*Health Belief Model*), la Théorie de la Motivation à la Protection (*Protection Motivation Theory*), la Théorie de l'Action Raisonnée (*Theory of Reasoned Action*), la Théorie du Comportement Planifié (*Theory of Planned Behaviour*) et la Théorie Sociale Cognitive (*Social Cognitive Theory*).

Les modèles par étapes utilisent des concepts similaires mais les organisent de manière différente. Selon cette approche, le changement de comportement implique le suivi d'une séquence d'étapes distinctes. Le modèle par étapes majeur du comportement en matière de santé est le Modèle Transthéorique de Changement (*Transtheoretical Model of Change*) (20,21).

Toutes ces théories partagent des hypothèses centrales selon lesquelles les individus sont capables de prévoir, planifier et prendre des décisions rationnelles. Ils s'inscrivent dans un processus d'apprentissage dynamique rythmé par la fixation d'objectifs et l'autorégulation. Au cours de ce processus, ils font l'expérience de la réussite ou de l'échec de l'adhésion à un comportement (prendre des médicaments, modifier un régime alimentaire, faire de l'exercice régulièrement...) ce qui leur permet d'ajuster et de réguler leurs objectifs (20).

#### **1.2.2.1. Le Modèle de Croyance en Santé**

Le Modèle de Croyance en Santé a été proposé par Rosenstock en 1966. Selon ce modèle, l'adoption d'un comportement de santé repose sur quatre composantes perçues par les individus.

Une personne adopte des mesures de prévention d'une maladie si elle se considère comme sensible à une affection (sensibilité perçue), si elle pense que celle-ci pourrait avoir des conséquences potentiellement graves pour sa santé (gravité perçue), si elle pense qu'un

comportement particulier pourrait réduire la sensibilité ou la gravité ou entraînerait d'autres résultats positifs (avantages perçus), et si elle perçoit peu d'obstacles liés au comportement à adopter (obstacles perçus) (22).

Ces différentes composantes sont des prédicteurs plus ou moins puissants du comportement préventif en matière de santé. Ainsi, la composante des obstacles perçus est le prédicteur le plus puissant, à l'inverse de la composante de la gravité perçue (22).

#### **1.2.2.2. La Théorie de la Motivation à la Protection**

La Théorie de la Motivation à la Protection a été proposée par Rogers en 1983. Cette théorie vise à expliquer les processus cognitifs du changement de comportement en termes d'évaluation de la menace et de la capacité d'adaptation (23). Elle repose sur la croyance que la menace peut modifier les attitudes et les comportements, ou servir de médiateur. La composante d'évaluation de la menace se compose de deux éléments : l'estimation par l'individu de la gravité de la maladie (gravité perçue) et son estimation de la probabilité de contracter la maladie (vulnérabilité perçue). L'évaluation de la capacité d'adaptation consiste en l'attente de l'individu que l'adoption d'un comportement puisse éliminer la menace (efficacité de la réponse) et la croyance en sa capacité à exécuter avec succès le comportement recommandé (niveau d'auto-efficacité perçue) (23,24).

#### **1.2.2.3. Les Théories de l'Action Raisonnée et du Comportement Planifié**

La Théorie de l'Action Raisonnée a été proposée par Ajzen et Fishbein en 1980. Ce modèle suppose que le meilleur indicateur de l'adoption ou non d'un comportement est l'intention comportementale (ce que l'on a l'intention de faire ou de ne pas faire). Celle-ci est à son tour déterminée par l'attitude (l'évaluation que l'on fait du comportement à adopter) et la norme sociale (la pression sociale ressentie envers l'adoption ou non d'un comportement). L'attitude est déterminée par les croyances comportementales (croyances en la probabilité de diverses conséquences de l'adoption du comportement) et les évaluations de la qualité ou de la gravité de ces conséquences. La norme sociale est déterminée par le désir de satisfaire les attentes des personnes qui sont importantes pour l'individu (25). En d'autres termes, plus une personne considère positivement un certain comportement et plus elle perçoit ce

comportement comme important pour ses amis, sa famille ou la société, plus elle est susceptible de l'adopter.

Ajzen a élargi la théorie de l'Action Raisonnée à la Théorie du Comportement Planifié afin de prendre en considération la volonté des individus à adopter le comportement. En effet, l'auteur a noté l'importance d'un comportement sous contrôle volontaire, à la fois dans la formation des intentions et dans l'engagement réel du comportement. Le contrôle comportemental perçu (la perception de la facilité ou de la difficulté à exécuter le comportement) a donc été ajouté au modèle initial (26).

#### **1.2.2.4. La Théorie Sociale Cognitive et le concept d'auto-efficacité**

La Théorie Sociale Cognitive a été proposée par Bandura en 1986. Cette théorie a comme hypothèse centrale importante le principe de la « causalité triadique réciproque ». Ce principe met l'accent sur l'interaction entre trois facteurs pour déterminer la causalité : la personne (cognition, émotion, motivation...), les déterminants du comportement, et les caractéristiques de l'environnement. Chaque facteur de l'interaction peut aider à déterminer les autres. Il s'agit d'une triade dynamique au sein de laquelle les différents facteurs vont influencer de façon variable la causalité (20).

Un principe central de la Théorie Sociale Cognitive est le concept d'auto-efficacité, ou sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire la croyance des individus en leur capacité à adopter un comportement. L'auto-efficacité est spécifique à chaque situation. Le degré d'auto-efficacité perçu par les individus est lié aux compétences qu'ils pensent avoir. Ces compétences comprennent la capacité à utiliser des mécanismes d'adaptation, la confiance en soi pour surmonter les obstacles et la confiance en soi pour tirer parti des ressources disponibles (24). La perception de l'auto-efficacité est influencée par quatre types d'expérience : la maîtrise personnelle (les expériences passées), l'apprentissage social (ou apprentissage vicariant), la persuasion par autrui et l'interprétation de l'état physiologique et émotionnel (20,27,28). La maîtrise personnelle se réfère au succès qu'un individu a eu dans le passé en adoptant un comportement spécifique ou similaire. Les succès répétés augmenteront les niveaux d'auto-efficacité, tandis que les tentatives ou les échecs infructueux feront baisser les niveaux d'efficacité. L'apprentissage social fait référence au fait que l'individu observe le même comportement que celui d'un autre individu. Plus le

comportement observé est similaire à celui à adopter, plus le mécanisme d'apprentissage sera efficace. La persuasion par autrui fait référence à la persuasion verbale ou non verbale reçue en relation avec l'exécution d'un comportement donné. Elle peut provenir de nombreuses sources (la publicité, les professionnels de la santé, les amis...). La persuasion est plus efficace lorsque la personne qui la pratique est considérée comme bien informée. Enfin, les états physiologiques correspondent aux sensations ressenties dans le corps (transpiration, battements cardiaques, raideur musculaire, fatigue...). Des sensations perçues comme menaçantes vont entraîner un doute sur la capacité de l'individu à maintenir le comportement. Les états affectifs sont des sentiments et des réactions émotionnelles : lorsque la réponse émotionnelle au comportement est positive, le niveau d'auto-efficacité perçue augmente (24,27). L'auto-efficacité apparaît comme un déterminant clé du changement cognitif, affectif et comportemental (20).

Un autre concept clé de la Théorie Sociale Cognitive est l'attente en matière de résultats. Elle représente les jugements que l'on porte sur les conséquences probables de l'adoption ou non d'un comportement particulier. Les individus agissent de manière à obtenir des résultats positifs et appréciés, tout en évitant les comportements dont ils s'attendent à ce qu'ils entraînent des résultats défavorables (29). Trois types d'attentes de résultats ont été décrites : les attentes de résultats physiques (conséquences physiques à court ou long terme d'un comportement), les attentes de résultats sociaux (conséquences sociales de l'exécution d'un comportement) et les attentes de résultats d'auto-évaluation (sentiments anticipés de l'individu concernant l'exécution d'un comportement) (24,29).

#### **1.2.2.5. Le Modèle Transthéorique du Changement**

Les modèles de changement de comportement par étapes supposent que le changement de comportement nécessite une séquence de changements qualitativement différents des facteurs et pratiques psychologiques à mesure que les individus en viennent à adopter progressivement de nouveaux comportements. Ces changements peuvent être conceptualisés comme des étapes distinctes par lesquelles un individu passe sur le chemin du changement de comportement. Chaque étape va venir mobiliser et nécessiter des tâches et connaissances différentes (30).



Le Modèle Transthéorique du Changement a été proposé par Prochaska en 1993. Ce modèle présente cinq étapes distinctes par lesquelles les individus passent pour tenter de modifier leur comportement en matière de santé. Ces étapes vont de l'absence de tout changement de comportement au maintien du comportement souhaité : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien (20,31). Au stade de la pré-contemplation, l'individu n'envisage pas de prochainement changer son comportement (dans les six prochains mois) pour des raisons variées : manque d'information, faible confiance en soi, échecs passés, peur des conséquences, autres priorités... Au stade de la contemplation, l'individu envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche et commence à comparer le pour et le contre d'un changement par rapport à son état actuel. La décision du changement est prise lors du stade de la préparation au cours duquel l'individu recherche des conseils et informations. Au stade de l'action, l'individu modifie ses habitudes ce qui lui demande beaucoup d'énergie quotidiennement : il fait face à de nombreuses difficultés et requiert donc du soutien et de l'encouragement. Lors de la période du maintien il s'agit d'éviter les rechutes : l'effort à fournir est moins intense car l'individu a davantage confiance en ses capacités, mais il est important de rester prudent car les tentations de rechute sont nombreuses. Les trois premières étapes sont supposées impliquer des processus de motivation, tandis que les deux dernières sont comportementales. Dans certaines applications, une sixième étape, la « résolution », est ajoutée, lorsque les personnes ont définitivement adopté un nouveau comportement et ne perçoivent plus aucune tentation de revenir à leur comportement antérieur (30). Le Modèle Transthéorique du Changement part de l'hypothèse qu'il existe dix processus cognitifs et comportementaux de changement indépendants qui facilitent la progression par étapes, chacun d'entre eux étant propre à une ou plusieurs d'entre elles : ces processus peuvent être utilisés pour surmonter des obstacles qui empêchent de passer à l'étape suivante (20,30).

Le modèle est également composé d'un équilibre décisionnel entre les avantages et les inconvénients du changement (attentes de résultats positifs et négatifs) et d'un élément d'auto-efficacité comprenant la confiance et la capacité à surmonter la tentation : ces éléments vont servir de médiateurs entre les processus de changement et les progrès réalisés dans les différentes étapes (24,30).

### 1.3. L'éducation du patient

L'éducation des patients vise à permettre aux patients d'améliorer leur propre santé en facilitant les changements de comportements liés à la santé. Elle peut être thérapeutique ou utilisée pour la prévention des pathologies. L'acquisition de connaissances par le patient est souvent une composante essentielle de l'éducation des patients, mais elle ne doit pas se limiter à cela (32). Elle va au-delà de la simple mise à disposition d'informations : elle vise les comportements, les croyances et les attitudes. Cette éducation doit être planifiée et orientée vers un objectif, sur la base d'une évaluation. Les interventions doivent adopter des modèles théoriques et appliquer non seulement des méthodes d'éducation et de conseil, mais aussi une approche psycho-éducative. L'objectif de l'éducation du patient est l'autogestion, c'est-à-dire que le patient est habilité et capable d'assumer la responsabilité de la gestion quotidienne de sa maladie (28). Les patients sont considérés comme des partenaires actifs dans l'ensemble du processus d'éducation.

Les besoins éducatifs du patient doivent être évalués avant de mener toute intervention éducative. Il est nécessaire de définir des objectifs afin de pouvoir proposer des plans d'actions clairs qui peuvent être, par la suite, réévalués. Les objectifs peuvent être des attitudes, des croyances, des motivations et des comportements. Ces éléments s'influencent mutuellement, il est important de les considérer dans leur ensemble. La décision du patient de changer de comportement étant toujours volontaire, l'action des professionnels de santé consiste à promouvoir des interventions efficaces et des situations d'apprentissage optimales (28).

L'éducation du patient doit donc permettre de (28) :

- Faciliter le consentement éclairé
- Améliorer la compréhension de la maladie et sa gestion
- Favoriser la prise de conscience (connaissances, risques), la motivation (attitudes, auto-efficacité) et l'adaptation émotionnelle
- Permettre les changements de comportements et l'autogestion
- Maintenir, améliorer ou ralentir la détérioration la santé
- Permettre une utilisation adéquate et appropriée du système de santé
- Réduire des coûts de santé

### **1.3.1. L'autogestion**

L'autogestion (*self-management* en anglais) est « la capacité de l'individu à gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychosociales et les changements de style de vie inhérents à la vie avec une maladie chronique » (33). Les patients ont besoin de capacités de résolution de problèmes, de techniques de prise de décision et de confiance dans leur capacité d'autogestion. Un partenariat est nécessaire entre les patients et les professionnels de la santé. Ces derniers fournissent des recommandations thérapeutiques appropriées aux patients pour leur permettre par la suite d'assumer des activités de soins de santé préventifs ou thérapeutiques. L'objectif du patient est d'acquérir les compétences et ressources nécessaires pour s'adapter au mieux à la maladie et à ses conséquences (28,34).

### **1.3.2. L'autonomisation**

L'autonomisation (*empowerment* en anglais) est un terme relativement nouveau dans le contexte des soins, mais c'est un objectif important en ce qui concerne l'autogestion. C'est la condition préalable et la conséquence de la capacité d'autogestion (28). L'autonomisation dans l'éducation des patients implique de permettre aux patients d'améliorer leurs compétences sociales, de résolution de problèmes et de communication, en les sensibilisant aux valeurs, aux besoins et aux objectifs de la santé et en facilitant ainsi leur capacité à gérer leurs problèmes de santé (35). Les patients sont donc responsabilisés et capables de développer leurs propres compétences (physiques, mentales ou sociales) nécessaires à l'autogestion de la maladie dans leur contexte de vie.

### **1.3.3. Implication des modèles de comportements de santé dans l'éducation du patient**

Les principes de l'éducation des patients ont été élaborés à partir des modèles et théories sur les comportement en matière de santé développés précédemment (32).

Il est possible d'agir sur les quatre composantes du Modèle de Croyance en Santé. Fournir des informations précises au patient concernant la maladie peut permettre de diminuer la gravité perçue de celle-ci. L'évaluation par le thérapeute des comportements à risque peut influencer la sensibilité perçue du patient à sa maladie et à ses conséquences. Concernant les

avantages et obstacles perçus, le professionnel peut souligner et renforcer les bénéfices liés au comportement de santé (moins de douleur, bien-être, etc), et à l'inverse, discuter et réduire les inconvénients (effort demandé, coûts...) (28).

Concernant la Théorie du Comportement Planifié, prendre en compte les attitudes et croyances du patient permettrait de renforcer les avantages du comportement cible et s'attaquer aux obstacles. Il est également important de tenir compte de l'environnement et des influences sociales afin de développer des stratégies dont l'objectif est de contrôler ces facteurs environnementaux (28).

Enfin, la Théorie Sociale Cognitive et son concept d'auto-efficacité impliquent l'inclusion d'autant de séances pratiques que possible pour optimiser la maîtrise personnelle du comportement. La mise en place de situations de groupe au sein duquel d'autres individus adoptent le même comportement permet de favoriser l'apprentissage social. En discutant des avantages et inconvénients des comportements, ainsi que des objectifs que les patients se fixent pour y apporter des changements, le thérapeute favorise la persuasion par autrui. Enfin, le professionnel de santé doit aider l'individu à réinterpréter les signaux physiologiques et émotionnels qu'il perçoit afin de l'aider à percevoir la différence entre les symptômes de la pathologie et les effets normaux du comportement qu'il doit adopter (28).

L'éducation des patients vise donc à améliorer la santé des patients en leur permettant de faire des choix éclairés concernant leurs propres comportements de santé. Il s'agit d'une composante essentielle de la prise en soin. La compréhension des modèles et théories des comportements de santé peut ainsi aider les professionnels à accompagner les patients et à planifier des interventions efficaces pour favoriser l'adhésion au traitement proposé.

#### **1.4. L'adhésion thérapeutique au traitement masso-kinésithérapique**

L'adhésion dans le cadre d'un traitement masso-kinésithérapique se rapporte à la présence aux rendez-vous, à la compréhension et l'application des conseils, à la réalisation des exercices prescrits, à la fréquence de réalisation des exercices, à l'exécution correcte des exercices... (36,37). D'autre part, la prescription de programmes d'exercices à réaliser à domicile en dehors des séances est en augmentation, étant donné qu'elle permet la réalisation d'économies des coûts de santé (38). Cela va également dans le sens des soins

« centrés sur le patient », où les patients sont invités à devenir des partenaires actifs de leur prise en charge (39). Le rôle du patient dans un programme à domicile est primordial : il assume la responsabilité de l'exécution des exercices prévus et gère la fréquence, l'intensité et la durée des interventions du programme. L'adhésion aux programmes à domicile est donc essentielle pour obtenir de bons résultats de rééducation (40).

Une problématique récurrente sur le sujet de l'adhésion au traitement masso-kinésithérapique est la suivante : le défaut d'adhésion se retrouve, selon les études, chez 60 à 73% des patients (36,41,42). Cette situation est également retrouvée au sein des différents secteurs de santé : 40 à 50% des patients ne seraient pas adhérents à un traitement médicamenteux à long terme (70 à 80% pour un traitement à court terme) (43). La non-adhésion est souvent décrite comme un des problèmes les plus significatifs de la pratique médicale (44). La prise en charge de ce défaut d'adhésion représente donc un enjeu pour l'amélioration des résultats cliniques et la réduction des coûts de santé (36,37).

#### **1.4.1. Évaluation de l'adhésion thérapeutique**

Un problème récurrent lors des études impliquant une mesure de l'adhésion est la diversité des outils utilisés dans le but de quantifier cette adhésion au traitement. L'absence d'une définition généralement acceptée de l'adhésion rend d'autant plus difficile la mesure de ce concept. Par conséquent, les comparaisons et analyses inter-études s'avèrent complexes.

Deux types d'outils utilisés pour mesurer l'adhésion sont principalement retrouvés : les journaux de bord et les questionnaires d'auto-évaluation. Les journaux de bord sont des carnets personnels que le patient renseigne lorsqu'il effectue ses exercices à domicile. Cela permet ensuite de reporter le volume d'activités complété ou de rapporter ce volume comme proportion de ce qui était demandé au départ (45). S'ils permettent un recueil prospectif de l'activité réalisée, ils sont en général perçus comme contraignants par les patients (46). De plus, il n'existe pas de journal « normalisé » favorisant une comparaison des résultats d'une étude à l'autre (47).

En tant que concept comportemental, l'adhésion au traitement implique des actions, des intentions, des émotions et des phénomènes complexes qui peuvent ne pas être directement

observables. Par conséquent, les auto-évaluations ont l'avantage de révéler la propre évaluation du patient quant à l'adhésion au traitement (17). Ces questionnaires d'auto-évaluation, sont très diversifiés. Composés d'un ou de plusieurs items, ils évaluent l'application des exercices, ou des conseils comportementaux, ou les deux (45). Ils sont considérés comme moins contraignants pour les patients car ils ne sont pas réalisés quotidiennement. Ils peuvent être complétés lorsque le patient se rend de nouveau chez le thérapeute par exemple. Cela offre au recueil une dimension rétrospective de l'activité réalisée (46). Cette méthode d'évaluation présente aussi des biais notamment car elle peut mesurer de manière faussement positive l'adhésion en raison d'une surestimation de celle-ci lors de la déclaration par le patient (48). Néanmoins, les patients ont tendance à ne dire la vérité dans leurs rapports d'adhésion que lorsqu'ils se sentent libres d'admettre leurs difficultés, sans risque de critique et dans le cadre d'un véritable partenariat avec leur professionnel de santé (49). L'évaluation précise de l'adhésion dépend donc du développement d'une relation de confiance et d'acceptation entre le patient et le professionnel.

Le gold-standard pour mesurer l'adhésion au traitement masso-kinésithérapique n'existe donc pas. Aucun type de mesure ne permet à lui seul de recueillir toute l'information nécessaire pour évaluer avec précision l'adhésion des patients. Il n'y a pas de consensus sur une méthode optimale car des problèmes méthodologiques et qualitatifs empêchent d'effectuer des recommandations claires (45,48,50). Il est donc nécessaire d'obtenir un outil de mesure normalisé et fiable pour quantifier l'adhésion. En ce sens, l'Exercise Adherence Rating Scale (EARS) est une échelle qui a été développée récemment, en 2017 (47). Il s'agit de la première mesure normalisée et validée qui permet d'évaluer l'adhésion du patient. C'est un questionnaire d'auto-évaluation composé de trois sections :

- La première permet au patient de décrire la prescription d'exercices donnée par leur thérapeute : type, intensité, durée de l'exercice...
- La seconde consiste en une mesure en six points de l'adhésion *via* l'évaluation de la quantité d'exercices réalisée par rapport aux recommandations : réalisation des exercices telle que recommandée ; moins que ce qui était recommandé ; réalisation des exercices intégrée dans la routine quotidienne ;

réalisation de la plupart voire de tous les exercices ; exercices non faits à cause d'un oubli ou d'un manque de temps

- La troisième évalue en dix points les raisons potentielles de l'adhésion ou de la non-adhésion : manque de temps ; autres empêchements/engagements ; fatigue ; confiance dans la capacité à réaliser les exercices ; encouragements de la famille et des amis ; utilité perçue de la réalisation des exercices (amélioration de la santé ou plaisir) ; adaptation des exercices aux besoins ; augmentation de la douleur lors des exercices ; manque de compréhension de la réalisation des exercices

Cette échelle devrait permettre de mieux comprendre les comportements d'adhésion des patients, mais elle nécessiterait certaines précisions dans les instructions pour améliorer la compréhension par les patients (51). Elle est en cours de traduction de l'anglais vers 9 autres langues.

#### **1.4.2. Des facteurs influençant l'adhésion thérapeutique**

L'OMS a classé les facteurs associés à l'adhésion en cinq dimensions (16) :

- Facteurs sociaux/économiques
- Facteurs liés à l'état de santé : représentent les exigences particulières liées à la maladie à laquelle le patient est confronté
- Facteurs liés à la thérapie
- Facteurs liés à l'équipe soignante et au système de santé
- Facteurs liés au patient : représentent les ressources, les connaissances, les attitudes, les croyances, les perceptions et les attentes du patient

Concernant l'adhésion au traitement masso-kinésithérapique, les facteurs socio-économiques et les facteurs liés au patient sont les plus fréquemment perçus comme des barrières par les patients. Les patients se disent être trop occupés, trop fatigués, ou manquent de temps pour pratiquer les exercices demandés. Souvent, il s'agit de patients qui ne réalisent pas l'importance de suivre la prescription du thérapeute ou l'intérêt des exercices (52). Les facteurs liés à l'état de santé, à la thérapie et au système de santé sont les plus souvent perçus par les patients comme favorisant l'adhésion. En effet, nous retrouvons une adhésion

favorisée lorsque les exercices sont simples et rapides à mettre en place, lorsque le soutien du thérapeute est perçu par le patient et lorsque la stratégie prescrite est adaptée et fait suite à une écoute active des croyances et expériences antérieures du patient (52).

Des obstacles à l'adhésion au traitement masso-kinésithérapique ont été identifiés par une revue systématique de vingt études en 2010 (36). Il existe des preuves solides sur la corrélation entre une mauvaise adhésion et les critères suivants : un faible niveau d'activité physique initial, une faible adhésion à l'exercice, une faible auto-efficacité, la dépression, l'anxiété, le sentiment d'impuissance, un faible soutien social, un nombre élevé d'obstacles perçus, une augmentation des douleurs lors de l'exercice. L'influence du nombre d'exercices prescrits (une adhésion moindre serait obtenue si le nombre d'exercices à effectuer est supérieur à 4), la faible auto-motivation du patient ainsi qu'une assiduité insuffisante (manque de temps, oubli...) sont des critères précisés par une seconde revue systématiques de quatorze études de 2018 (53).

Ces obstacles des patients conduisent les professionnels de santé et kinésithérapeutes à développer des stratégies pour réduire la faible adhésion.

#### **1.4.3. Des stratégies pour faire face au défaut d'adhésion**

Des stratégies sont proposées dans la littérature afin de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes d'adapter la prise en charge du patient afin de le rendre plus adhérent au traitement proposé. L'adhésion thérapeutique étant une notion multidimensionnelle et complexe, il est important d'associer des stratégies afin de les adapter au patient pris en charge (37). Nous présentons ci-dessous des obstacles à l'adhésion, associés à des stratégies spécifiques.

⇒ Augmentation des douleurs lors de la réalisation de l'exercice :

La mise en place de techniques de physiothérapie (chaud, froid) ou d'un traitement passif (mobilisation, thérapie manuelle) peut contribuer à soulager suffisamment la douleur pour permettre aux patients d'adopter des stratégies de traitement plus actives. Il peut également être intéressant de comprendre les croyances des patients concernant la douleur et contrer celles qui ne sont pas adaptées via le renforcement des pensées qui diminuent la peur et



l'anxiété de la douleur et l'explication que la douleur peut amener à une diminution des symptômes, une amélioration de la fonction, un retour au travail... (36,53)

⇒ Faible niveau d'activité initial :

Fournir des instructions verbales explicites, vérifier la compréhension du patient et le soutenir par des instructions écrites supplémentaires peut être efficace pour améliorer l'adhésion à l'exercice. De plus, l'utilisation de techniques de motivation telles que du feedback positif, des contrats de traitement écrits avec le patient et des programmes d'exercices peut également être utile. La fixation d'objectifs et l'élaboration de plans d'action et de plans d'adaptation convenus en collaboration entre le professionnel et le patient peuvent être efficaces. L'identification des obstacles potentiels à l'activité physique peut soutenir l'élaboration de plans d'action pour lancer un programme d'exercice, tandis que les plans d'adaptation peuvent aider à surmonter les difficultés qui peuvent survenir au fil du temps et aider les patients à maintenir ce programme (36,53).

⇒ Faible auto-efficacité :

L'utilisation de stratégies telles que la fixation des objectifs de traitement avec le patient, la planification d'actions et d'adaptation peuvent contribuer à accroître l'auto-efficacité et l'adhésion du patient (36,53).

⇒ Anxiété, dépression, sentiment d'impuissance :

Le professionnel se doit d'être capable de rediriger vers les professionnels de santé qualifiés pour une prise en charge adéquate. Il doit également s'assurer que la douleur est gérée efficacement ce qui permet d'aider à réduire l'anxiété ou la dépression qui est liée à cette douleur. Il peut être utile de renforcer le message selon lequel l'exercice est un moyen efficace de lutter contre la dépression et les pensées négatives, tout en améliorant la douleur et le fonctionnement. Un soutien social plus important et un encouragement à l'exercice peuvent fournir une motivation (36,53).

⇒ Faible soutien social :

Le soutien apporté par le masseur-kinésithérapeute, le développement de la relation patient-soignant et le feedback positif du thérapeute peuvent accroître l'adhésion au traitement. Des programmes de rééducation qui intègrent le contact social et le soutien peuvent être organisés (rééducation en groupe) pour fournir la motivation nécessaire (36,53).

⇒ Barrière à la réalisation des exercices (manque de temps, oubli, contraintes...) :

Il est important de proposer et agir en collaboration avec le patient pour concevoir des plans de traitement adaptés aux circonstances de la vie du patient. L'ajout de plans d'adaptation peut aider les patients à surmonter les difficultés qui peuvent survenir et leur permettre de maintenir le programme (36,53).

De manière générale et dans un objectif d'optimisation de l'adhésion du patient à son traitement masso-kinésithérapique, le type d'exercice prescrit ne semble pas influencer les niveaux d'adhésion (54). La préférence des patients doit donc être prise en compte dans le but d'augmenter la motivation à initier et à maintenir un programme d'exercices. L'inclusion de stratégies éducatives et comportementales simples peut également améliorer l'adhésion (54).

## **2. Problématisation**

Les compétences d'éducateur du masseur-kinésithérapeute sont donc cruciales. Compte tenu de la multitude, la complexité et l'accessibilité croissante des informations de santé, le professionnel a un rôle de guide pour le patient. Il se doit d'aider celui-ci dans la planification et la mise en œuvre des soins en fournissant les informations nécessaires mais également en partageant la prise de décision.

La masso-kinésithérapie nécessite la modification du comportement du patient sur au moins trois points différents : tout d'abord, le professionnel enseigne au patient l'exécution et la maîtrise de certaines aptitudes motrices. La deuxième étape consiste à intégrer ce comportement dans la vie quotidienne. Certains programmes de rééducation ne sont efficaces que s'ils sont pratiqués quotidiennement et les patients doivent également maintenir le comportement après la disparition des symptômes afin d'éviter la récurrence de la

pathologie. Troisièmement, outre l'enseignement d'exercices, le thérapeute offre au patient d'autres types de conseils de santé à des fins curatives ou préventives. Dans toutes ces positions, le succès du traitement et la prévention de nouveaux problèmes dépendent largement de l'adhésion du patient à son traitement (55).

Lors de notre stage en cabinet libéral, nous avons été confrontés aux difficultés d'adhésion des patients au traitement masso-kinésithérapique mis en place. L'exploration de la littérature a permis de mettre en avant que ce défaut d'adhésion du patient à son traitement constitue un problème majeur de la prise en charge masso-kinésithérapique, fréquent et responsable d'une limitation de l'efficacité des résultats cliniques. Nous avons pu répondre à notre questionnement initial posé à la suite de la situation clinique. En effet, des facteurs précis sont identifiés comme responsables ou liés à cette non-adhésion et des stratégies permettant de surmonter les obstacles à l'adhésion sont détaillées. Celles-ci se basent pour la plupart sur les théories et modèles des comportements de santé sans que cela soit clairement établi dans la littérature. De plus, les résultats des recherches sur le sujet de l'adhésion sont tous limités par l'évaluation qu'est faite de celle-ci lors d'études interventionnelles (diversité et manque de validité des outils utilisés, absence de gold-standard), mais également par la conception, la définition et la représentation de cette notion multidimensionnelle.

Notre démarche est donc compréhensive et cherche à répondre à la problématique suivante :

Compte tenu de l'importance des taux de non-adhésion au traitement masso-kinésithérapique retrouvés dans la littérature, comment le masseur-kinésithérapeute en pratique libérale gère-t-il l'adhésion du patient à son programme de rééducation ?

### **3. Méthodologie**

#### **3.1. Choix de la méthode**

Notre étude porte sur les pratiques des kinésithérapeutes libéraux. Le cadre conceptuel a permis de mettre en avant des facteurs de non-adhésion associés à des stratégies applicables par les masseurs-kinésithérapeutes ayant pour objectif d'améliorer l'adhésion du patient à son programme de rééducation et notamment à ses exercices effectués en dehors des

séances. La méthodologie qualitative permet de comprendre la représentation que se font les masseurs-kinésithérapeutes de la vaste notion qu'est l'adhésion thérapeutique au traitement qu'ils proposent. S'agissant d'un concept complexe, la production d'un discours par les professionnels interrogés est alors adaptée afin d'éclairer notre problématique. Une parole libre favorise l'expression du « non-dit » et nous permet ainsi d'avoir accès aux représentations, aux expériences, aux processus de réflexion et d'action des professionnels dans le cadre de l'optimisation de l'adhésion des patients à leur traitement (56). Des entretiens semi-directifs sont mis en place pour permettre au professionnel interrogé de structurer sa pensée mais également d'approfondir certains points non abordés spontanément.

### **3.2. Sélection de la population**

Notre enquête cible les masseurs-kinésithérapeutes français qui exercent en cabinet libéral. Afin de sélectionner notre population, nous avons consulté le site internet Doctolib<sup>1</sup>. Les masseurs-kinésithérapeutes inscrits sur la plateforme sont invités à renseigner certaines de leurs formations réalisées dans le but de répondre aux demandes de patients qui souhaiteraient des soins spécifiques à une modalité d'intervention de la masso-kinésithérapie. Nous avons donc utilisé les informations renseignées afin de former un échantillon de population potentiellement hétérogène concernant les compétences et modes d'exercices des professionnels interrogés, liés aux formations effectuées. Nous avons alors sélectionné et contacté, à l'aide des coordonnées téléphoniques inscrites sur le site internet, trois masseurs-kinésithérapeutes. Ceux-ci ont répondu favorablement à la proposition de réalisation d'un entretien, et la planification des rendez-vous a été effectuée selon leurs disponibilités. Un quatrième professionnel a été contacté, par courrier électronique. Nous l'avons identifié par son activité de formateur qu'il effectue en complément d'une pratique masso-kinésithérapique libérale. En effet, il codirige un organisme de formation continue et dispense, auprès de masseurs-kinésithérapeutes, des formations autour du thème de l'adhésion.

---

<sup>1</sup> Accessible à l'adresse suivante : [www.doctolib.fr](http://www.doctolib.fr)

### 3.3. Hypothèses de travail

Le cadre conceptuel a permis de mettre en avant plusieurs points importants :

⇒ L'adhésion est une notion complexe et multidimensionnelle dont les fondements essentiels sont l'engagement du patient dans son traitement et le partenariat thérapeutique entre le patient et le professionnel de santé (13,17)

⇒ Le projet rééducatif implique la réalisation par le patient d'activités en autonomie en dehors des séances, en complément des actions thérapeutiques et éducatives effectuées lors des séances avec le masseur-kinésithérapeute (38)

⇒ La faible adhésion des patients au traitement masso-kinésithérapique, identifiée par les taux élevés retrouvés dans la littérature, limite le potentiel de la rééducation (dont l'objectif est d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients), ce qui augmente les coûts pour les patients et la société (36–38,41,42)

⇒ Il n'existe pas d'outil gold-standard de l'évaluation de l'adhésion du patient : les méthodes sont très variées, sujettes à de nombreux biais, ou ne permettent pas de considérer l'ensemble des dimensions de la notion d'adhésion. Cependant, l'EARS est une échelle développée récemment qui tente de combler ces lacunes en proposant une évaluation basée sur certains critères et indicateurs (45,47,48,50)

⇒ Des stratégies applicables par les masseurs-kinésithérapeutes sont identifiées dans la littérature afin de surmonter les obstacles à l'adhésion des patients (36,53)

À partir de ces différentes informations, des hypothèses ont pu émerger :

⇒ Hypothèse 1 : les masseurs-kinésithérapeutes libéraux accordent une grande importance à l'éducation et la recherche de l'autogestion du patient, notamment par la proposition d'exercices à domicile en complément des séances de rééducation

⇒ Hypothèse 2 : les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont des difficultés à se représenter l'ensemble des dimensions et des acteurs impliqués dans l'adhésion (rôle du patient mais également du thérapeute)

⇒ Hypothèse 3 : les méthodes d'évaluation de l'adhésion du patient au traitement utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ne leur permettent pas d'identifier les différents facteurs qui influencent l'adhésion

⇒ Hypothèse 4 : les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont des difficultés à optimiser et favoriser l'adhésion des patients au traitement

⇒ Hypothèse 5 : face à un patient non-adhérent, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ne mettent pas en place des stratégies spécifiques pour surmonter les obstacles

### **3.4. Guide d'entretien**

Un guide d'entretien a été réalisé à l'aide des données recueillies au cours de notre revue bibliographique exploratoire (*Annexe 1*). Ce guide est composé des différents thèmes que nous souhaitons aborder avec les professionnels interrogés, ainsi que les questions à poser. Les activités et représentations professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes sont explorées à partir de cinq catégories :

- Les conduites éducatives du patient à propos du traitement et de son autogestion
- Les stratégies d'optimisation de l'adhésion du patient au traitement
- L'évaluation de l'adhésion du patient au traitement
- La démarche d'identification des obstacles à l'adhésion du patient au traitement
- La mise en place de stratégies dans l'objectif de surmonter la non-adhésion du patient au traitement
- La représentation générale du thérapeute de la notion de l'adhésion

Dans le but de contextualiser les questions posées, nous précisons, en début d'entretien, aux masseurs-kinésithérapeutes interrogés d'imaginer qu'ils font face à un patient se présentant à eux avec une prescription pour la rééducation d'une lombalgie.

### **3.5. Réalisation des entretiens**

Les entretiens sont réalisés par téléphone et enregistrés sur dictaphone. Une demande d'autorisation de l'enregistrement est transmise aux thérapeutes interrogés. Afin de ne pas dévoiler la problématique, nous informons, en amont, les masseurs-kinésithérapeutes interviewés que nous cherchons à comprendre et analyser les pratiques des professionnels concernant l'engagement des patients dans les projets de rééducation.

### 3.6. Méthodologie d'analyse des données

Afin de garantir l'anonymat des masseurs-kinésithérapeutes interrogés dans le processus d'analyse des données recueillies, nous les nommerons « MK1 », « MK2 », « MK3 » et « MK4 ».

Selon P. Paillé et A. Mucchielli (57), l'analyse qualitative de données s'effectue en trois temps :

- Une étape de transcription au cours de laquelle l'entièreté des entretiens réalisés sont retranscrits. Cette transcription verbatim permet d'obtenir un corpus de données.
- Une étape de transposition qui permet de réarranger et traiter les données obtenues. Dans le cadre de notre étude, elles sont catégorisées via une analyse thématique permettant la réorganisation des éléments au sein d'une grille regroupant les grands thèmes abordés (*Annexe 2*).
- Une étape de reconstitution qui amène la rédaction narrative des données analysées. Les résultats des entretiens sont alors regroupés afin de lier les propos des différents professionnels interrogés dans l'objectif d'éclairer la problématique posée.

Afin de faciliter la lecture des résultats exposés, un codage est mis en place pour l'insertion des citations issues des entretiens. Celui-ci est constitué de deux éléments : l'entretien « E » et le tour de parole « TP ». Par exemple, (E3 ; TP12) signifie que la citation est extraite du douzième tour de parole de l'entretien effectué avec MK3.

## 4. Résultats

### 4.1. Expériences des professionnels interrogés

Compte tenu de la sélection de population effectuée, les quatre thérapeutes interrogés présentent des parcours professionnels différents. MK3 et MK4 ont tous deux réalisés des formations autour de l'éducation et de la communication avec le patient (formation à l'Entretien Motivationnel pour les deux, Master en Physiothérapie et Éducation ainsi que

formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique du patient pour MK3). La durée des entretiens varie entre 14 minutes 47 et 32 minutes 37.

Les caractéristiques des professionnels interrogés et la durée de chacun des entretiens sont regroupées au sein du Tableau I ci-après.

*Tableau I - Caractéristiques des professionnels interrogés et durée des entretiens*

<b>Professionnel interrogé</b>	<b>Année d'obtention du Diplôme d'État</b>	<b>Principales formations réalisées</b>	<b>Durée de l'entretien</b>
MK1	2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méthode McKenzie : module A</li> <li>- Formation 1.0 de la Clinique du Coureur</li> </ul>	32 min 37
MK2	2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie Manuelle</li> <li>- Concept Global de l'Épaule modules 1 et 3</li> <li>- Thérapie Viscérale</li> <li>- Formation Kinesport en cours</li> </ul>	21 mn 20
MK3	2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Master en Physiothérapie et Éducation (Université de Brighton – 2019)</li> <li>- Méthode McKenzie : modules A, B, C, D et E, certification</li> <li>- Améliorer la probabilité d'un changement favorable à la santé par l'Entretien Motivationnel : niveaux 1, 2 et 3</li> <li>- Éducation Thérapeutique du Patient : formation de 40 heures</li> </ul>	29 mn 23



MK4	2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méthode McKenzie : certification, Diplôme International, cursus en cours pour devenir formateur au sein de l'Institut</li> <li>- Entretien Motivationnel : niveau 1</li> </ul>	14 mn 47
-----	------	---	----------

#### 4.2. Conditions d'exercice des professionnels interrogés

L'organisation de l'exercice professionnel est similaire entre les thérapeutes interrogés. Ils reçoivent en moyenne 80 patients par semaine. Les séances au cabinet durent en moyenne 30 minutes et les patients sont vus en moyenne 2 fois par semaine. En plus de leur activité libérale, MK1 et MK2 effectuent également quelques séances à domicile. MK2 intervient également en maison de retraite à raison de 4 fois 3 heures par semaine.

Les détails de ces caractéristiques pour chacun des thérapeutes sont regroupés au sein du Tableau II ci-dessous.

*Tableau II - Conditions d'exercice libéral des professionnels interrogés*

Professionnel interrogé	Estimation du nombre de patients par semaine	Durée moyenne d'une séance au cabinet	Nombre de séances par patient par semaine
MK1	70 patients	30 minutes	2 fois en moyenne
MK2	90 patients	30 minutes	2 fois maximum
MK3	80 patients	Séance initiale : 1 heure Séances de suivi : 30 minutes	2 fois la première semaine puis espacement entre les séances suivantes

MK4	70 patients	Séance initiale : 1 heure Séances de suivi : 30 minutes	1 à 2 fois maximum
-----	-------------	--	--------------------

#### 4.1. Portraits des masseurs-kinésithérapeutes

Les résultats sont tout d’abord synthétisés selon un axe individuel. Cette approche a pour but de mettre en avant les idées principales des discours des thérapeutes interrogés.

##### 4.1.1. MK1

Pour MK1, l’adhésion du patient repose sur différents éléments : la compréhension du patient de sa pathologie et du traitement mis en place, sa volonté à s’engager dans les exercices proposés et la confiance dans le professionnel et les exercices à réaliser (E1 ; TP32).

MK1 explique suivre la démarche de raisonnement clinique de la méthode McKenzie lors de la prise en charge d’un patient lombalgique (E1 ; TP8). Les circonstances, objectifs et interventions liés à l’éducation du patient semblent alors différents de ceux qui seraient mis en place face à un patient qui présenterait un problème de santé différent. Ainsi, MK1 propose systématiquement des exercices à domicile à ses patients lombalgiques (E1 ; TP10). Il dispense également un discours d’éducation à la douleur et à l’hygiène de vie en général (E1 ; TP14). MK1 évalue l’adhésion de ses patients *via* une série de questions et utilise des tests fonctionnels pour objectiver une amélioration des symptômes qui signifierait alors que le patient a réalisé les exercices correctement en dehors des séances (E1 ; TP12). Pour favoriser l’adhésion au traitement, MK1 s’appuie sur des discours et matériels éducatifs (infographies, vidéos...) (E1 ; TP24). Pour MK1, la disponibilité du patient, ses attentes concernant la rééducation, la présence de douleurs persistantes ainsi qu’un traitement mal adapté sont des obstacles à l’adhésion thérapeutique (E1 ; TP26). Afin de surmonter ces difficultés, MK1 communique avec son patient pour tenter de trouver avec lui des solutions. Cela peut l’amener à proposer une modification du traitement ou une réorientation du patient vers un autre professionnel (E1 ; TP28).

#### **4.1.2. MK2**

MK2 définit l'adhésion essentiellement comme une relation de confiance entre le thérapeute et le patient (E2 ; TP46).

Pour MK2, l'éducation du patient au cours de la séance de rééducation passe par l'explication de conseils d'ergonomie, de posture, avec un objectif de rendre le patient autonome à la fin de la prise en charge (E2 ; TP12). La proposition de réalisation d'exercices à domicile n'est pas systématique et semble dépendre de la motivation, du contexte de vie et des attentes du patient (E2 ; TP16). MK2 évalue l'adhésion du patient sur la base des déclarations spontanées des patients qui déclarent par eux-mêmes avoir effectué ou non les exercices, ou sur l'observation directe de l'exercice afin d'en évaluer sa correcte réalisation (E2 ; TP18 et 20). Pour favoriser l'adhésion thérapeutique, MK2 met en place des exercices simples et rapides à réaliser par le patient, utilise des supports visuels (photos, dessin...), s'appuie sur une relation de confiance avec le patient et veille à la compréhension par celui-ci de sa pathologie (E2 ; TP16, 28, 46 et 48). MK2 précise qu'en général les patients adhèrent au traitement (E2 ; TP24). Le manque de temps, des exercices non adaptés, les attentes des patients sont, selon MK2, des obstacles à l'adhésion au traitement (E2 ; TP28). Face à un patient non-adhérent, MK2 peut interrompre les séances ou le renvoyer vers un autre professionnel de santé (E2 ; TP34).

#### **4.1.3. MK3**

Pour MK3, l'adhésion du patient au traitement repose sur les positions du masseur-kinésithérapeute et du patient dans la définition du plan de traitement. Le patient doit être engagé dans sa prise en charge et le thérapeute doit être disponible pour ajuster le traitement selon les expériences vécues par le patient (E3 ; TP34 et 36).

MK3 positionne le patient comme acteur principal de sa prise en charge en l'amenant à trouver par lui-même des solutions pour améliorer sa situation actuelle, des axes de traitements qui lui sembleraient pertinents. L'autonomie du patient, l'autogestion de sa pathologie apparaît comme l'objectif de la rééducation (E3 ; TP16). Pour évaluer l'adhésion thérapeutique, MK3 questionne le patient sur son ressenti lors de la réalisation des exercices à domicile et met en place également une fiche de suivi de la rééducation (E3 ; TP18). Formé

à l'Entretien Motivationnel, MK3 utilise de nombreux outils issus de cette méthode de communication afin de favoriser l'adhésion au traitement (E3 ; TP22). L'ambivalence du patient, sa disponibilité, ses croyances, son sentiment d'efficacité personnelle, le manque de compréhension sont perçus par MK3 comme des obstacles à l'adhésion thérapeutique (E3 ; TP24 et 26). Pour surmonter ces difficultés, MK3 utilise là encore des outils de l'Entretien Motivationnel en essayant, sans jugement, de partager des informations nécessaires et de permettre au patient de trouver des solutions par lui-même (E3 ; TP28 et 30).

#### **4.1.4. MK4**

L'adhésion, pour MK4, se construit essentiellement autour de la motivation qu'a le patient à s'engager dans le traitement en fonction des avantages et intérêts qu'il perçoit à la réalisation des exercices proposés (E4 ; TP50).

Pour MK4, les interventions éducatives constituent une part majoritaire de la prise en charge (E4 ; TP14). Celles-ci s'articulent autour de transmissions d'informations et de la recherche de l'autogestion du patient. Ainsi, la totalité de ses patients sont invités à réaliser des exercices à domicile (E4 ; TP16 et 20). Afin d'évaluer l'adhésion thérapeutique, MK4 questionne le patient sur les exercices effectués et demande une démonstration de ceux-ci (E4 ; TP24). Initié à l'Entretien Motivationnel, MK4 utilise des outils de communication pour favoriser l'adhésion au traitement. Il adapte également les exercices aux capacités du patient et à son environnement (E4 ; TP28 et 30). Pour MK4, le rôle positif des exercices sur les symptômes ainsi que l'engagement préalable du patient sont des conditions favorisantes à l'adhésion thérapeutique. À l'inverse, les manques de compréhensions du patient, sa disponibilité, des oublis ou des exercices durs et douloureux sont des obstacles à l'adhésion (E4 ; TP32, 36 et 38). Face à un patient non-adhérent, MK4 cherche à favoriser l'implication de celui-ci *via* l'utilisation d'outils de l'Entretien Motivationnel (E4 ; TP42).

## 4.2. Analyse thématique des données

### 4.2.1. Éducation et autogestion du patient

#### 4.2.1.1. La mise en place du projet de soin

Pour l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes interrogés, la place du patient et notamment son rôle actif dans la mise en place de sa rééducation est un élément crucial de la prise en charge. Dans les dimensions clés qui organisent les pratiques des thérapeutes durant la séance, nous retrouvons donc la recherche des objectifs et des attentes du patient dans le but de co-construire le projet de rééducation : « *les objectifs effectivement je demande assez souvent au patient* » (E1 ; TP16), « *les gens ils viennent avec certaines attentes, c'est à nous aussi d'être attentifs aux attentes du patient* » (E2 ; TP42), « *je commence par des questions ouvertes [...] pour qu'il m'explique ce qui lui arrive et ce qui est le plus important pour lui* » (E3 ; TP16), « *quels sont ses attentes, ses objectifs, ses craintes ?* » (E4 ; TP10).

La compréhension de la représentation qu'a le patient de sa situation permet alors de mettre en place un projet de rééducation cohérent et répondant à ses attentes. En effet, MK3 nous indique son objectif est d' « *arriver à comprendre leur interprétation de la situation et puis après de proposer de leur partager la mienne et de leur demander ce qu'ils en pensent [...] et puis après [...] de voir avec eux [...] à quoi ils pensent comme traitement pertinent à mettre en place* » (E3 ; TP16). Il poursuit en expliquant que « *si ce qu'ils proposent me semble tout à fait approprié ben partir là-dessus* » (E3 ; TP16) ou alors « *si jamais je pense que c'est inapproprié ben du coup de leur proposer de partager mon opinion et [...] leur demander ce qu'ils en pensent et essayer de trouver un accord commun [...] dans ce qu'on va mettre en place* » (E3 ; TP16). Pour MK3, le patient se trouve donc dans une position égale à celle du professionnel : l'un et l'autre partagent leurs objectifs et s'efforcent de mettre en place un projet commun. Néanmoins, MK1 mentionne la difficulté d'évaluer avec précision les attentes du patient : « *définir plus précisément ses attentes ou sa foi dans le traitement euh, sa représentation de lui par rapport au traitement, sa situation, ça je le fais pas parce que j'ai pas, à ma connaissance directe, j'ai pas forcément d'outils en tête* » (MK1 ; TP 36). Enfin, MK2 propose une vision différente de la mise en place du projet de soin en expliquant vouloir aller « *toujours un peu dans le sens des gens* » (E2 ; TP 42) et commencer « *par leur donner ce qu'ils*

*attendent en venant* » (E2 ; TP42). Les attentes du patient sont donc bien recherchées et semblent alors directement guider le traitement mis en place dans un premier temps.

#### **4.2.1.2. Place et objectifs de l'éducation du patient au sein de la prise en charge rééducative**

Pour MK4, l'éducation du patient constitue « *entre 50 et 90% du soin, en fonction du patient* » (E4 ; TP14). Au travers des discours des professionnels interrogés, différentes dimensions et représentations de l'éducation du patient ont pu être repérées.

Pour MK1 et MK2, l'éducation du patient semble consister en l'explication et la mise en place de recommandations à destination du patient. Nous retrouvons notamment des conseils « *d'ergonomie, de posture* » (E2 ; TP12) ainsi que de « *l'éducation à la douleur* » (E1 ; TP14). MK1 procède à l'explication de phénomènes physiologiques aux patients pour favoriser la compréhension de leur situation : « *les gens se questionnent et se demandent pourquoi ils ont mal donc j'essaie de leur parler des mécanismes de la douleur, pour leur faire comprendre que [...] les douleurs de dos [...] sont localisées dans le bas du dos mais des fois elles sont également localisées ailleurs et que c'est pas forcément toujours là où on ressent la douleur que ça se passe* » (E1 ; TP14), « *j'essaie de leur faire comprendre que aujourd'hui c'est assez dur de savoir exactement d'où peut venir la douleur, donc j'essaie de les éduquer à tout ça, donc je parle des tissus, de l'expérience au niveau du cerveau, de l'intégration de la douleur, de tous les mécanismes d'alarmes en fait [...] pour essayer de dédramatiser [...] la situation [...] et leur donner des pistes* » (E1 ; TP14). Il fait donc apparaître un objectif de rassurance des patients.

MK2 évoque l'intérêt de l'éducation thérapeutique « *pour avoir de l'auto-rééducation derrière [...]. On ne peut pas leur demander « allez hop vous faites ci, ça, à la maison » sans leur expliquer pourquoi* » (E2 ; TP46). L'autonomie du patient est alors recherchée afin de rendre celui-ci capable de gérer sa pathologie. MK2 évoque cette autonomie comme une finalité de la rééducation : « *quand on a terminé les séances souvent les gens sont autonomes* » (E2 ; TP12). MK3 précise qu'il cherche à ce que les patients « *fassent par eux-mêmes, [...] pas au cabinet mais chez eux* » (E3 ; TP16). Par la transmission de recommandations, MK4 explique au patient « *qu'il peut se prendre en charge tout seul* » (E4 ;

TP16) et que « *la plupart du temps, la solution viendra plutôt de lui et des choses qu'il pourra mettre en place* » (E4 ; TP16).

#### **4.2.1.3. Mise en œuvre d'exercices à domicile**

Les discours des professionnels sont variés quant à la mise en place d'un programme d'exercices à domicile en complément des actions thérapeutiques et éducatives effectuées lors des séances. MK2 ne met « *pas forcément* » (E2 ; TP16) en place de tels programmes de manière systématique mais propose à des patients de « *refaire tous les exercices dont ils se rappellent à la maison* » (E2 ; TP16). MK1 ne « *donne pas systématiquement des exercices parce que certaines pathologies on charge déjà pas mal au cabinet* » (E1 ; TP36). Lorsque MK1 circonscrit sa pratique à l'utilisation de la méthode McKenzie, il admet que la mise en place d'exercices à domicile « *est assez systématique pour [ses] nouveaux patients lombalgiques* » (E1 ; TP10). MK4 déclare : « *100% de mes patients repartent avec des exercices à domicile* » (E4 ; TP20).

Pour MK1 et MK3, la mise en place d'exercices à domicile a, dans un premier temps, un objectif de diagnostic et de confirmation de l'orientation donnée au traitement : « *c'est assez systématique pour vraiment voir s'il y a vraiment une plus-value ou pas, si vraiment il y a une amélioration* » (E1 ; TP10), « *pour moi c'était une façon de confirmer mon diagnostic ou [...] d'avoir plus d'informations pour affiner le diagnostic* » (E3 ; TP16).

Les exercices proposés sont adaptés aux contraintes et besoins des patients : « *tu adaptes un petit peu en fonction de leurs possibilités* » (E1 ; TP10), « *s'ils peuvent pas le midi tu leur demandes de faire en rentrant du travail et après le soir avant d'aller se coucher* » (E1 ; TP10), « *un mec qui est maçon et qui a mal au dos [...], il doit porter des tonnes de choses tous les jours, [...] je vais pas lui faire faire des exos de renfo à la maison* » (E2 ; TP22).

### **4.2.2. Évaluation de l'adhésion du patient**

#### **4.2.2.1. Les commentaires du patient**

De manière générale, l'évaluation de l'adhésion du patient au traitement qu'ils proposent est effectuée principalement à travers « *le discours du patient* » (E2 ; TP22). Le thérapeute vient questionner le patient et cherche à obtenir certaines informations qui peuvent l'aider à

évaluer son adhésion : « *je leur demande [...] s'ils ont pu le faire régulièrement, quelles ont été leurs difficultés* » (E1 ; TP12), « *je leur demande l'estimation de la charge, si ça a été douloureux avant, pendant, après, à 24-48 heures et c'est comme ça que j'évalue plus ou moins l'adhérence du patient* » (E1 ; TP20), « *lui demander comment ça s'est passé ces deux derniers jours, faire le point avec lui* » (E3 ; TP18), « *est-ce qu'il les a fait ? combien il a pu en faire ? quel effet il a noté sur ses symptômes ? s'il a pas pu les faire, ou pas autant que ce qu'on s'était dit, quels ont été les freins ? quels ont été les obstacles à la réalisation des exos ?* » (E4 ; TP24). Concernant la véracité des informations données par le patient, MK3 indique : « *je mise sur le fait que j'essaie d'entretenir une relation thérapeutique de suffisamment bonne qualité, et de pas être dans le jugement, pour partir du principe que le patient ne va pas me mentir* » (E3 ; TP18).

MK1, MK2 et MK3 expliquent que le patient peut également, de lui-même, évoquer ses ressentis et expériences : « *y en a naturellement qui me disent [...] « j'ai eu ça [...], j'ai pas eu le temps de le faire » ou alors « non mais moi de toutes façons les exercices chez moi j'y arrive pas »* » (E1 ; TP20), « *souvent c'est les gens qui reviennent après qui disent « oh ben j'ai fait les exercices [...] pas tous les jours mais un jour sur deux je trouvais un petit moment pour les faire »* » (E2 ; TP18), « *les gens sont contents de le dire souvent, ils le disent [...] qu'ils sentent que [...] ça tire vachement moi quand ils le font que au début quand ils le faisaient qu'il étaient super raides* » (E2 ; TP22), « *en séance ils te disent « ben vous allez pas être content j'ai pas fait mes exercices », [...] moi ce qui m'intéresse c'est pour quelles raisons il a pas pu le faire* » (E3 ; TP18).

#### **4.2.2.2. Des critères et outils d'évaluation**

MK1 observe l'évolution de résultats cliniques issus du diagnostic pour évaluer l'adhésion du patient au traitement. Il utilise des tests effectués lors du bilan pour fixer des « *marqueurs* » (E1 ; TP12) qu'il réévalue par la suite. Ces marqueurs peuvent être des « *marqueurs [...] d'amplitudes* » (E1 ; TP12) de mouvements, ou « *des marqueurs, par exemple, « ça me fait mal quand je fais mes lacets », « ça me fait mal quand je monte une marche », [...] c'est des marqueurs [...] qui sont plus ou moins fonctionnels* » (E1 ; TP12).

D'autre part, MK1, MK2 et MK4 demandent au patient d'effectuer les exercices demandés précédemment afin d'évaluer la réalisation de ceux-ci : « *je leur demande de refaire les*



*mouvements qu'on a vu et là en général t'es assez vite fixé sur les gens qui l'ont fait, les gens qui l'ont pas fait, les gens qui ont pas forcément tout compris* » (E1 ; TP12), « *si on refait les étirements et que la personne ne s'en rappelle plus du tout, on sait qu'il les a pas fait* » (E2 ; TP20), « *je lui demande de faire une démonstration de ce qu'il a fait, de la manière dont il l'a fait* » (E4 ; TP24). MK4 cherche alors à observer si la démonstration est « *en adéquation avec ce qu'on avait décidé ensemble à la séance précédente* » (E4 ; TP26).

L'utilisation d'un outil précis ne semble pas faire partie des méthodes d'évaluation de l'adhésion. MK1 affirme qu'il n'y a « *pas de grille d'évaluation* » (E1 ; TP20), qu'il n'a « *pas d'outils pour l'objectiver* » (E1 ; TP30). Néanmoins, MK3 propose au patient de remplir une fiche de suivi de son programme de rééducation et lui demande « *de la ramener à chaque fois [...] pour voir comment ça s'est passé* » (E3 ; TP20).

#### **4.2.3. Optimisation de l'adhésion au traitement**

##### **4.2.3.1. Autour du projet de soin**

Afin de favoriser l'adhésion du patient au traitement qu'ils proposent, les masseurs-kinésithérapeutes interrogés utilisent divers leviers et tactiques. MK1 mentionne des « *leviers motivationnels* » (E1 ; TP22) via l'utilisation un discours d' « *éducation globale à la santé, sur le sommeil, l'alimentation, l'hydratation, l'activité physique* » (E1 ; TP22) dans l'objectif de « *faire prendre conscience* » (E1 ; TP22) de leur situation. Cette dimension éducative et de partage d'informations se retrouve également chez MK2 : « *quand on explique bien au patient sa pathologie, [...] d'une manière assez logique il est obligé d'adhérer au raisonnement qu'on lui propose s'il lui semble logique aussi* » (E2 ; TP46). L'objectif est ici de chercher la compréhension de la pathologie par le patient.

Pour MK2, l'attitude du thérapeute face au patient semble avoir un impact sur l'adhésion de celui-ci au traitement. Le professionnel de santé doit tenter « *d'être plutôt transparent* » (E2 ; TP50) et « *d'avoir un regard bienveillant [...] et objectif [...] sur leur vie en règle générale* » (E2 ; TP40). La recherche de « *la confiance en le thérapeute* » (E2 ; TP48) apparaît également comme majeure.

Les modalités des exercices à domicile proposés font partie des leviers d'optimisation de l'adhésion. Il est nécessaire de trouver un « *compromis avec [le patient], quelque chose qui soit réalisable* » (E2 ; TP28). Cela passe par un ajustement de la durée des exercices : MK2 se « *donne comme règle cinq minutes max à la maison, ou alors un petit truc [...] qui prend deux-trois minutes quand il a mal* » (E2 ; TP28). D'autre part, il « *faut que ça nécessite aucun investissement financier de la part du patient* » (E2 ; TP32). MK4 essaie de proposer « *une prescription d'exercices qui sera personnalisée aux capacités du patient et à son environnement de boulot et à la maison* » via notamment une adaptation des exercices en fonction « *des comorbidités associée, [...] de l'âge, [...] du mobilier disponible à la maison* » (E4 ; TP30).

#### 4.2.3.2. Utilisation d'outils spécifiques

Afin d'appuyer leurs propos pour optimiser l'adhésion des patients au traitement masso-kinésithérapique, les thérapeutes sont amenés à utiliser certains outils. MK1 a un projet de disposition d' « *affiches [...] dans le hall d'entrée* » (E1 ; TP24) et présente « *des infographies [...] sur internet* » (E1 ; TP24) : il s'agit de « *deux vidéos éducatives [...] que les gens peuvent voir dès qu'ils prennent rendez-vous sur Doctolib®* » (E1 ; TP24). MK2 peut s'appuyer sur un « *dessin* » (E2 ; TP46) pour bien « *expliquer [...] à la personne, et d'ailleurs c'est là que [le patient] adhère au traitement* » (E2 ; TP46). De plus, pour fournir un support au patient, MK2 explique : « *les gens ils ont tous des smartphones maintenant, je les prends en photos, là cette dame-là elle était motivée donc je l'ai prise par exemple en photo, [...] quand elle faisait elle les étirements, si elle a un petit trou pour les refaire à la maison* » (E2 ; TP16). La fiche de suivi du programme de rééducation des patients mise en place par MK3 permet de les aider à « *se rendre compte qu'il y avait une progression* » (E3 ; TP18). Enfin, MK3 utilise « *l'échelle de confiance de l'Entretien Motivationnel* » (E3 ; TP22) qui permet d'évaluer le niveau de confiance qu'ont les patients « *dans le fait que le traitement va les aider* » (E3 ; TP22) ou de leur capacité à « *mettre en place le traitement* » (E3 ; TP22). Elle permet aux patients de « *verbaliser ce qu'ils ont comme ressources* » (E3 ; TP22) ou de « *partager de l'information pour [...] les aider à réfléchir sur [...] ce qu'ils pourraient mettre en place pour combler [des] manques* » (E3 ; TP22). MK4 utilise également « *beaucoup d'outils de l'Entretien Motivationnel avec des questions ouvertes, des reflets* » (E4 ; TP28), pour « *essayer de faire en sorte que ce*

soit [le patient] qui puisse dire à voix haute les effets qu'il ressent des exercices » (E4 ; TP28). Il explique aussi « ne pas utiliser de conseils ou de « vous devriez », « il faudrait » » (E4 ; TP28).

#### 4.2.4. Identification d'obstacles à l'adhésion

##### 4.2.4.1. Facteurs liés au patient

La gestion du temps, mentionnée par l'ensemble des thérapeutes interrogés, semble être l'obstacle principal à l'adhésion du patient : « la disponibilité des patients, [...] certains avec leur travail, leur vie de famille, ils arrivent pas à trouver du temps et parfois ils ont même des difficultés à venir en séance » (E1 ; TP26), « quelqu'un n'a pas eu le temps [...] de faire [...] des exercices qu'on lui a proposés » (E2 ; TP40), « c'est toujours le temps, euh, « j'ai pas le temps » » (E3 ; TP26). MK4 mentionne « le temps » mais également « le fait d'y penser » (E4 ; TP36). La contrainte organisationnelle apparaît donc comme la principale barrière à l'adhésion au traitement. Pour MK1 et MK2, cette contrainte n'est pas nécessairement liée à de la « mauvaise volonté » (E1 ; TP30) : « c'est trop compliqué en ce moment dans sa vie personnelle et professionnelle » (E1 ; TP30), « c'est peut-être pas forcément le bon moment ou la chose qui lui faut » (E2 ; TP40).

MK2 évoque un facteur motivationnel : « si les gens sont pas motivés » (E2 ; TP26). Le rôle de la douleur est mentionné par MK1 et MK4 : « la récurrence des épisodes » (E1 ; TP22), « des douleurs qui persistent [...] malgré la guérison, malgré la cicatrisation » (E1 ; TP26), « si le patient sur la première séance a pu noter des effets positifs et durables sur ces symptômes [...], y a de grandes chances pour qu'il refasse les exos » (E4 ; TP32). MK4 évoque également des facteurs environnementaux : « le fait de pouvoir le faire devant les collègues, ou devant la famille, parfois ça les gêne » (E4 ; TP36).

Les « manques de compréhension de la part du patient » (E3 ; TP28) apparaissent également comme des obstacles à l'adhésion pour MK3 (« ils ne comprennent pas comment des exercices peuvent réparer leur dos par exemple » (E3 ; TP26)). Cela peut être lié à « des croyances tellement fortes » (E3 ; TP30) en rapport « à des résultats d'imagerie ou ce que leur ont dit des professionnels de santé » (E3 ; TP26).

MK1 mentionne le rôle des attentes des patients qui font « *partie des limites principales* » (E1 ; TP26) : « *ils s’attendent à autre chose, ils veulent pas forcément d’actif, ou alors ils ont eu un épisode il y a 4 mois et on leur avait fait du massage [...] donc ils se disent que ça va être pareil* » (E1 ; TP26).

MK3 met en avant l’ambivalence des patients, et leurs difficultés à « *initier, amorcer* » (E3 ; TP30) le comportement souhaité : « *ils ont tendance à verbaliser du discours-maintien* » (E3 ; TP22), « *quelle confiance il a dans le traitement qu’on lui propose et quelle confiance il a dans ses capacités à le mettre en place* » (E3 ; TP24). Il évoque donc « *le sentiment d’efficacité personnelle* » (E3 ; TP26) comme facteur lié à l’adhésion du patient, mais également la « *peur de pas bien faire* » (E3 ; TP26).

#### 4.2.4.2. Facteurs liés au thérapeute

D’autre part, le professionnel de santé peut être mis en cause et responsable des difficultés du patient à adhérer au traitement. MK1 mentionne « *une erreur d’appréciation* » (E1 ; TP28) avec « *par exemple des mauvaises gestions de la charge sur les exercices* » (E1 ; TP28).

Pour MK3, un patient peut avoir des difficultés d’adhésion au traitement si le thérapeute n’a « *pas aidé [le patient] à comprendre l’intérêt* » (E3 ; TP14) de la mise en place d’exercices. Nous retrouvons cette même composante au sein du discours de MK4 : « *j’ai pas bien compris les craintes du patient par rapport aux exercices, ou ses interrogations, qu’il a pas saisi l’intérêt de l’exercice* » (E4 ; TP32).

Enfin, MK1 souligne également des contraintes temporelles et organisationnelles : « *si on prend le temps de beaucoup discuter avec le patient, ce que j’essaie de faire au maximum, mais ça prend minimum trois quarts d’heure [...], c’est bien mais c’est long, [...] si j’ai des patients qui derrière sont en train de faire des exercices déjà depuis une demi-heure, [...] je les laisse tout seul, j’essaie de laisser le moins possible mes patients seuls* » (E1 ; TP36).

#### 4.2.4.3. Facteurs liés au projet thérapeutique

Les modalités du projet de soin mis en place peuvent être responsables d’une non-adhésion du patient à celui-ci : « *on a pas réussi à trouver ensemble les bons exercices, la*

*bonne charge de travail pour les faire progresser, ou la bonne thérapeutique* » (E1 ; TP30), « *peut-être que ces exercices n'étaient pas adaptés à lui* » (E2 ; TP40), « *le patient [...] peut avoir un doute sur « ben ce traitement-là, qu'est-ce que ça va m'apporter ? »* » (E3 ; TP26), « *si l'exercice est pas adapté au patient, s'il est trop dur, trop douloureux, ou s'il produit des effets inverses, [...] si c'est un exercice [...] qui augmente les douleurs du patient ou qui les fait périmiser là c'est plutôt un obstacle à l'adhésion* » (E4 ; TP38). Le thérapeute peut alors se retrouver face à des patients qui ne « *sont pas contents de ce qu'on leur propose* » (E2 ; TP26). À l'inverse, MK4 mentionne le rôle du « *courrier du médecin* » (E4 ; TP32) en expliquant que certains patients le consultent « *pour une prise en charge MDT ou pour des exercices* » (E4 ; TP32) et qui sont alors « *déjà de fait engagés dans une réeduc' plus active* » (E4 ; TP32). De la même façon, MK1 explique être « *référéncé comme prônant plutôt la kiné active* » (E1 ; TP22).

#### 4.2.5. Stratégies mises en place pour surmonter la non-adhésion

##### 4.2.5.1. Stratégies éducatives

Afin de surmonter les obstacles à l'adhésion mentionnés précédemment, les thérapeutes mettent en place certaines stratégies. MK2 et MK3 se rejoignent sur l'idée qu'il « *ne faut pas se montrer moralisateur avec le patient* » (E2 ; TP40), il faut essayer de se positionner dans le « *non-jugement* » (E3 ; TP30), ne « *pas dire « c'est pas bien »* » (E3 ; TP30). MK3 essaie « *de comprendre quelle est la raison qui fait qu'il [...] va pas mettre en place son traitement [...] autant que possible sans lui donner l'impression [qu'il est] en train de le questionner, l'accuser* » (E3 ; TP28).

D'autre part, MK3 cherche la compréhension du patient « *par lui-même* » (E3 ; TP28) via l'utilisation de « *stratégies de questionnements socratiques<sup>2</sup> ou des métaphores* » (E3 ; TP28) ou alors « *en utilisant le DDPD (Demander-Demander-Partager-Demander)<sup>3</sup>* » (E3 ; TP28) mais également en situant le patient au sein des « *stades de changement* » (E3 ; TP30) pour lui

---

<sup>2</sup> Le questionnement socratique est un outil utilisé notamment en thérapie cognitive. Le thérapeute questionne l'individu pour l'amener à percevoir son problème différemment. Le changement de pensée entraîne un changement émotionnel et comportemental et améliore la capacité de résolution de problèmes. (58)

<sup>3</sup> Le DDPD est un outil de l'Entretien Motivationnel. Le premier « Demander » consiste à se renseigner sur ce que le patient sait déjà. Le second « Demander » vise à obtenir l'accord du patient. Le « Partager » permet au thérapeute de fournir l'information, sous quelque forme que ce soit. Le dernier « Demander » permet de vérifier ce que le patient a compris des informations transmises et ce qu'il en pense.

partager de l'information. De plus, l'utilisation de l'Entretien Motivationnel semble utile afin de travailler sur l'ambivalence du patient et « *tenter de la guider vers le fait de résoudre son ambivalence pour qu'il aille vers le changement* » (E3 ; TP30). MK4 utilise également des outils de l'Entretien Motivationnel dans l'objectif de « *voir quelle quantité de discours-maintien le patient utilise [...], essayer de favoriser le plus possible le discours-changement [...] pour voir comment on peut l'aider à s'impliquer [...] dans son processus de changement* » (E4 ; TP42).

#### **4.2.5.2. Modifications des modalités du traitement**

Le masseur-kinésithérapeute peut également réorienter le projet thérapeutique pour s'adapter à un patient qui ne se montre pas adhérent. Le thérapeute peut envisager « *d'autres exercices ou d'autres moyens thérapeutiques* » (E1 ; TP28), mettre en place des thérapies plus passives : « *accentuer sur des exercices de mobilité plutôt que du renforcement* » (E1 ; TP28), « *travailler plus en thérapie manuelle ou en viscéral* » (E1 ; TP28). Cela peut donc amener le masseur-kinésithérapeute à rediriger le patient vers un autre professionnel de santé : « *je leur demande de retourner voir un médecin* » (E1 ; TP28), « *je peux envoyer les patients chez des ostéopathes* » (E1 ; TP28), « *que [les patients] soient vus par mes collègues* » (E1 ; TP28). Pour MK2 : « *si les gens n'adhèrent pas du tout en général [...] on poursuit pas les séances* » (E2 ; TP24). Pour MK3, il est important de « *manifester son empathie, de dire qu'on a compris, [...] qu'on comprend sa situation [...] et de laisser la porte ouverte* » (E3 ; TP30) pour permettre au patient de revenir par lui-même poursuivre sa rééducation.

#### **4.2.6. Représentation de la notion de l'adhésion**

De manière générale, les thérapeutes interrogés font ressortir l'importance de la relation entre le professionnel et le patient : « *c'est une forme de relation de confiance* » (E2 ; TP46), « *la foi [...] qu'ils ont dans le professionnel et dans les exercices que je vais proposer* » (E1 ; TP32). Le masseur-kinésithérapeute a comme rôle de favoriser la « *compréhension du patient [de] sa pathologie, [...] des exercices proposés et du traitement* » (E1 ; TP32), et se doit d'être disponible « *échanger [...] sur [les] difficultés [du patient]* » (E3 ; TP38). Pour ce faire, professionnel et patient doivent chercher à « *définir le plan de traitement ensemble* » (E3 ; TP34).

Nous retrouvons également le rôle du patient et notamment l'importance de sa motivation : « *la volonté [du patient] de s'engager dans les exercices que je propose* » (E1 ; TP32), « *il met en place du mieux possible, avec les contraintes qu'il peut avoir habituelles ou exceptionnels [...] le traitement qu'on a défini ensemble* » (E3 ; TP36). MK3 évoque les nuances entre les termes « compliance », « adhésion » et « concordance » et précise que finalement l'élément central de ces notions et de la problématique de l'adhésion en général reste la motivation du patient : « *quand il est chez lui tout seul c'est lui qui décide de toutes façons, on aura beau avoir gagné la discussion au cabinet, une fois qu'il sera chez lui c'est lui qui va décider de faire ou pas faire* » (E3 ; TP34). Pour MK4, il s'agit de « *la manière dont le patient perçoit un traitement, et dont il s'en perçoit les avantages et les intérêts* » (E4 ; TP50). Il poursuit en précisant que « *si ses avantages et ses intérêts sont supérieurs [...] aux avantages et aux intérêts d'avoir de la douleur ou d'avoir une perte de fonction, ben du coup [...] il fera ses exercices, ou il aura plus de raisons de les faire que de pas les faire* » (E4 ; TP50).

## 5. Discussion

L'enjeu de cette discussion est d'offrir dans un premier temps une interprétation des résultats obtenus à la suite de l'enquête effectuée en les confrontant aux hypothèses posées précédemment ainsi qu'aux données de la littérature. Dans un second temps, nous discuterons de la méthodologie mise en œuvre dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche.

### 5.1. Interprétation des résultats par rapport aux hypothèses

⇒ **Hypothèse 1** : les masseurs-kinésithérapeutes libéraux accordent une grande importance à l'éducation et la recherche de l'autogestion du patient, notamment par la proposition d'exercices à domicile en complément des séances de rééducation

Les masseurs-kinésithérapeutes interrogés considèrent tous que l'éducation du patient fait partie de la prise en charge rééducative. Ils présentent néanmoins des approches, interventions et objectifs différents concernant l'éducation.

Nous avons précisé, au cours de la construction de notre cadre conceptuel, que l'éducation du patient ne se limitait pas uniquement à la mise à disposition du patient

d'informations, mais qu'elle visait également les croyances, attitudes et comportements (32). Le discours des thérapeutes interrogé fait ressortir dans un premier temps cette dimension de partage d'informations, d'acquisition de connaissances par le patient. Ils prennent un temps au cours de la séance pour éclairer le patient sur sa situation, transmettre des recommandations et chercher sa compréhension. L'objectif est alors de le soulager, améliorer son quotidien, sa qualité de vie en général, mais également de donner au patient des informations clés afin que celui-ci soit plus confiant et plus à-même de pouvoir développer sa capacité à gérer en autonomie sa pathologie dans son contexte de vie.

Nous retrouvons alors la dimension de l'autogestion du patient comme objectif de la rééducation, c'est-à-dire sa capacité à acquérir les ressources nécessaires pour s'adapter à la maladie et ses conséquences. Peek et al. ont mené une enquête par questionnaire auprès de 298 physiothérapeutes australiens en 2017 (41). La majorité des professionnels interrogés ont convenu de l'importance de l'autogestion du patient dans l'amélioration des résultats de prise en charge. Dans les stratégies d'autogestion mentionnées nous retrouvons principalement la mise en place de programmes d'exercices personnalisés, l'application de conseils oraux ou écrits, l'utilisation de bandage en autonomie ou d'attelle amovible. Concernant notre enquête, MK3 et MK4 recherchent l'autogestion et l'autonomisation de leurs patients notamment par la proposition d'exercices à réaliser à domicile, en dehors des séances. Cela semble moins systématique pour MK1 et MK2. Néanmoins, MK1, à plusieurs reprises, circonscrit sa pratique à la méthode McKenzie et semble appliquer une procédure de prise de décision apprise au cours de cette formation. Cela l'amène alors à mettre en place des exercices à domicile pour son patient. En effet, l'objectif global de la méthode McKenzie est l'autogestion des patients, dont la mise en place comprend trois phases importantes (59):

- Éduquer les patients sur les effets bénéfiques des postures et des mouvements sur leurs symptômes, et les effets aggravants des mouvements et des postures inverses
- Éduquer les patients sur la façon de maintenir dans le temps cette diminution des symptômes
- Éduquer les patients sur la façon de rétablir la pleine fonction du rachis sans récurrence des symptômes



L'efficacité de cette méthode de rééducation semble s'appuyer grandement sur les compétences d'éducateur du masseur-kinésithérapeute. MK1, MK3 et MK4, formés à cette méthode (à des niveaux différents) apparaissent alors davantage sensibilisés à cette démarche éducative qui place le patient acteur principal de sa prise en charge.

⇒ **Hypothèse 2 : les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont des difficultés à se représenter l'ensemble des dimensions et des acteurs de l'adhésion (rôle du patient mais également du thérapeute)**

La question confrontant directement les thérapeutes interrogés à leur représentation de l'adhésion met en avant les variabilités de conception de cette notion complexe. MK4 nous confie ne s'être « *jamais vraiment interrogé là-dessus* » (E4 ; TP50) : pour ce thérapeute, la notion ne semble donc pas évidente. Il insiste par ailleurs sur l'importance de la volonté du patient à s'engager dans le traitement. MK1 et MK3 partagent également cette représentation de l'adhésion. Il s'agit en effet d'une spécificité et d'une dimension cruciale de cette notion car elle permet de s'éloigner de la conformité thérapeutique et met en avant le rôle actif du patient au sein de sa prise en charge rééducative.

MK1 et MK2 précisent l'importance de la compréhension de la pathologie par le patient. Pour MK2, l'adhésion au traitement repose essentiellement sur la relation de confiance établie entre le professionnel et le patient. La co-construction du projet thérapeutique est également une dimension majeure de la notion de l'adhésion (15,16). Dans les représentations de l'adhésion des professionnels interrogés, seul MK3 mentionne l'importance de la définition d'un plan de traitement qui est en accord avec les attentes du thérapeute ainsi que celles du patient.

Dans le domaine de la recherche, les représentations des professionnels de santé de la notion d'adhésion thérapeutique n'ont, à notre connaissance, pas été explorées. Néanmoins, au sein de la littérature, la variabilité des définitions données à l'adhésion, ainsi que la multitude de termes utilisés pour faire référence à ce concept (concordance, compliance, alliance thérapeutique...) mettent en avant la complexité de la représentation de cette notion (17–19). Les résultats obtenus au cours de notre enquête semblent donc refléter la multidimensionnalité de ce concept de santé. Plus que les termes employés, ce sont les

déterminants qui sous-tendent la notion d'adhésion auxquels devraient être sensibilisés l'ensemble des professionnels de santé.

⇒ **Hypothèse 3 : les méthodes d'évaluation de l'adhésion du patient au traitement utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ne leur permettent pas d'identifier les différents facteurs qui influencent l'adhésion**

Les méthodes d'évaluation de l'adhésion du patient au traitement mises en place par les thérapeutes interrogés sont variées. Aucun outil issu de la littérature est mentionné. Ils s'appuient essentiellement sur les éléments recueillis dans le discours du patient en questionnant l'expérience que celui-ci a vécu lors de la réalisation des exercices à domicile. À travers les questions posées, MK1, MK3 et MK4 cherchent également à relever les difficultés, freins ou obstacles rencontrés par le patient dans la mise en place des exercices à domicile. L'identification de ces facteurs qui entravent l'adhésion du patient pourrait alors permettre au thérapeute de mettre en place des interventions spécifiques afin de palier à ces difficultés. Néanmoins, cette méthode d'évaluation est sujette à des biais : le patient peut surestimer son adhésion au traitement et le thérapeute peut ne pas obtenir les informations adéquates concernant le comportement du patient face au traitement (60). Ce sont des biais communs à ceux liés à l'utilisation d'auto-questionnaires (48). Seul MK3 considère cela et précise l'importance de sa relation thérapeutique avec le patient dans l'obtention d'une évaluation reflétant la réalité des expériences du patient. En effet, une évaluation plus fidèle de l'adhésion est obtenue lorsque la relation entre le thérapeute et le patient est de confiance, reposant sur le principe du non-jugement (49).

MK1, MK2 et MK4 proposent également au patient d'effectuer face à eux les exercices demandés afin d'en évaluer la correcte réalisation. Les résultats d'une étude menée par Peek et al. en 2018 au sein de six cabinets libéraux de physiothérapie australiens mettent en avant que la démonstration des exercices par le patient n'est pas corrélée au niveau d'adhésion du patient auto-déclaré par celui-ci ou perçu par le thérapeute (48). La démonstration permettrait d'évaluer la technique et non de savoir si le patient a effectué l'exercice le nombre de fois recommandé. Toutefois, des études suggèrent que l'évaluation de l'adhésion devrait associer une auto-évaluation du patient ainsi qu'une composante observationnelle telle que la démonstration des exercices (42,48).

Malgré les limites des méthodes d'évaluation utilisées, les professionnels interrogés identifient certains freins et obstacles à l'adhésion de leurs patients. Les quatre thérapeutes rapportent que le manque de temps est le principal obstacle à la réalisation par le patient des exercices proposés. Ils soutiennent également tous le rôle des modalités du traitement mis en place, et notamment l'importance d'un traitement personnalisé et adapté au patient. MK1 et MK4 mentionnent le rôle de la douleur dans l'adhésion du patient. MK3 est le seul professionnel à rapporter le rôle de l'auto-efficacité du patient sur son adhésion au traitement, ainsi que celui de l'ambivalence du patient à s'engager dans le comportement. Au cours de l'étude de Peek et al. de 2017, les caractéristiques du patient, telles que la confiance en soi, la motivation, la conviction que les exercices aideront et la volonté de faire l'exercice ont été les facteurs les plus souvent signalés (33% des thérapeutes) comme affectant l'adhésion thérapeutique du patient (41). 32% des physiothérapeutes interrogés ont également perçu que les caractéristiques du professionnel telles que les compétences en matière de communication, l'utilisation de rappels, le contrôle de l'adhésion, les compétences et les connaissances du thérapeute pouvaient avoir une influence importante sur l'adhésion du patient. Les caractéristiques du traitement, notamment la facilité d'exécution, la personnalisation en fonction du patient et l'absence de douleur à l'exécution sont perçus comme déterminantes de l'adhésion par 21% des thérapeutes. Enfin, les facteurs sociaux y compris le soutien émotionnel de la famille ou des amis et le soutien sur le lieu de travail sont mentionnés par 8% des physiothérapeutes.

Nous constatons donc des disparités de perceptions des facteurs qui influencent l'adhésion. Concernant notre enquête, cette variabilité pourrait s'expliquer par la diversité des méthodes d'évaluation ou par les différentes expériences et confrontations passées des professionnels. En effet, MK3 par exemple, est davantage sensibilisé à la problématique de l'adhésion thérapeutique par les formations qu'il dispense à ce sujet. Cela lui permet notamment d'explorer des facteurs qui ne le sont pas par les autres thérapeutes, tels que l'ambivalence du patient ou son auto-efficacité.

D'autre part, certains facteurs identifiés précédemment par les revues systématiques (36,53) ne sont pas mentionnés par les thérapeutes interrogés. Cela peut être dû à un oubli de déclaration par le professionnel lors de l'entretien, ou lié à la méthode d'évaluation employée qui ne permet pas de mettre en lumière l'influence de ces facteurs sur l'adhésion

du patient au traitement. Des outils d'évaluation de l'adhésion différents pourraient permettre d'explorer davantage les facteurs personnels et environnementaux et ainsi appréhender de manière globale le patient. L'utilisation d'un outil standardisé tel que l'EARS pourrait permettre au thérapeute de prendre en considération davantage de barrières à l'adhésion et favoriser une réévaluation fréquente. En effet, les comportements sont variables dans le temps, une évaluation régulière par le thérapeute permettrait à celui-ci d'ajuster de manière pertinente les déterminants de l'adhésion (61).

⇒ **Hypothèse 4 : les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont des difficultés à optimiser et favoriser l'adhésion des patients au traitement**

Les problématiques de non-adhésion, identifiées dans la littérature, ne sont pas retrouvées chez chacun des professionnels interrogés. Bien que l'adhésion des patients perçue par le thérapeute n'ait pas été abordée lors des entretiens, MK2 rapporte spontanément et à plusieurs reprises être confronté à des patients généralement motivés et qui réalisent les exercices demandés : « *en général les gens adhèrent* » (E2 ; TP24). MK1 déclare également : « *dans l'ensemble j'ai l'impression [...] que j'ai quand même la majorité des patients qui adhère au traitement* » (E1 ; TP30). À l'inverse, l'enquête de Peek et al. en 2017 auprès des physiothérapeutes australiens rapportaient que ceux-ci percevaient l'adhésion de leurs patients comme étant sous-optimale, avec des implications sur l'efficacité clinique des programmes d'exercices mis en place (41). Cet écart des perceptions pourrait s'expliquer par des représentations de la notion de l'adhésion différentes. En effet, MK2 considère l'adhésion essentiellement comme une relation de confiance entre le patient et le thérapeute. Si cette relation de confiance est installée, le thérapeute pourrait alors considérer que l'adhésion du patient au traitement est obtenue. Néanmoins, et nous les avons explicités, de nombreux facteurs et déterminants gravitent autour de la notion d'adhésion, et seule une évaluation complète et précise pourrait potentiellement rendre compte du niveau d'adhésion thérapeutique du patient.

Les masseurs-kinésithérapeutes interrogés mettent tout de même en place des interventions visant à favoriser l'adhésion des patients au traitement. Ces interventions sont principalement éducatives pour MK1 et MK2 qui dispensent des discours sensibilisants le patient à sa pathologie ou à l'hygiène de vie en général. D'après Coulter et al. cet

enseignement vise à améliorer la compétence d'éducation à la santé du patient afin de lui permettre de prendre part aux décisions thérapeutiques le concernant et favoriser son autogestion (62). Les patients ayant une faible compétence d'éducation à la santé sont, entre autre, moins susceptibles d'adhérer au traitement.

Les supports matériels tels que les dessins, photos, vidéos sont utilisés par MK1 et MK2 dans l'objectif de favoriser l'adhésion du patient. Néanmoins, les preuves quant à l'efficacité de telles interventions sont mitigées dans la littérature. Une revue élaborée par Rhodes et al. en 2009 démontre que ces moyens n'influenceraient pas l'adhésion thérapeutique (63).

D'autre part, MK3 et MK4, formés à l'Entretien Motivationnel, utilisent les outils et principes de cette méthode de communication afin de favoriser l'adhésion de leurs patients au traitement masso-kinésithérapique. L'Entretien Motivationnel est un « style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (64). Il existe quatre aspects essentiels à l'esprit de l'Entretien Motivationnel :

- Le partenariat : il s'agit de la collaboration active établie entre le professionnel et le patient. Le thérapeute ne doit pas se positionner en tant qu'expert et apporter les solutions à toutes les problématiques. Il doit guider le patient, favoriser son changement personnel, mobiliser ses propres motivations et ses propres capacités à changer.
- Le non-jugement : cela consiste à accepter ce que le patient apporte, sans réserve. Le non-jugement implique la reconnaissance du potentiel de tout individu, une empathie approfondie, une valorisation et le respect de son autonomie.
- L'altruisme : il s'agit de promouvoir de façon active le bien-être de l'autre, donner la priorité aux besoins de l'autre.
- L'évocation : l'objectif est ici de chercher à comprendre et se concentrer sur les forces et ressources du patient, plutôt que d'évaluer ses déficits. Le professionnel doit permettre l'expression, l'évocation par le patient de ses propres ressources.

La pratique de l'Entretien Motivationnel implique l'utilisation de compétences essentielles de communication : poser des questions ouvertes, valoriser, refléter, résumer, informer et conseiller. MK3 et MK4 appliquent ces différents outils de l'Entretien Motivationnel, notamment dans l'objectif de faire verbaliser au patient ses ressources personnelles, et lui permettre de s'engager avec confiance et assurance dans sa rééducation.

⇒ **Hypothèse 5 : face à un patient non-adhérent, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ne mettent pas en place des stratégies spécifiques pour surmonter les obstacles**

Face à un patient non-adhérent, MK3 et MK4 utilisent à nouveau des outils de l'Entretien Motivationnel. McGrane et al. ont publié en 2015 une revue systématique dont l'objectif était d'évaluer les preuves de l'efficacité de la mise en place d'interventions motivationnelles, par les physiothérapeutes, dans l'augmentation notamment de l'adhésion à court et long terme aux exercices prescrits (65). Les interventions motivationnelles étudiées sont la théorie de l'auto-détermination, la thérapie cognitivo-comportementale, la théorie sociale cognitive et l'Entretien Motivationnel. Les résultats de la revue indiquent que ces interventions permettraient d'augmenter l'adhésion des patients aux exercices. Néanmoins, le modèle théorique, la durée et le type d'intervention les plus bénéfiques ne sont pas encore déterminés. L'utilisation de l'Entretien Motivationnel semble donc être un levier pertinent à mobiliser par le masseur-kinésithérapeute confronté à un patient non-adhérent.

MK1 et MK2 développent moins de stratégies que MK3 et MK4. Ils semblent reconnaître les limites de leurs compétences d'éducateur en redirigeant ou interrompant les séances s'ils ont des difficultés à surmonter la non-adhésion de leur patient. MK1 déplore également le manque de temps comme obstacle à la mise en œuvre de stratégies. Cela pourrait s'expliquer par une expérience professionnelle moindre (environ 3 et 6 ans de pratique libérale pour MK1 et MK2, contre 13 et 10 ans pour MK3 et MK4) et donc éventuellement un manque de confrontations à des patients non-adhérents. Il peut s'agir d'une problématique à laquelle ils sont moins sensibles, et n'ont donc pas développé suffisamment de stratégies pour y faire face. Enfin, ils n'ont pas nécessairement connaissance des outils et compétences mobilisables, contrairement à MK3 et MK4 formés à des principes de communication et d'éducation.

## 5.2. Limites de la méthodologie

L'objectif de notre enquête était d'éclairer les pratiques des kinésithérapeutes libéraux français concernant l'adhésion thérapeutique du patient. Nous avons pu identifier des biais au sein de notre étude, liés à notre méthodologie d'enquête par entretiens semi-directifs.

Tout d'abord, afin de former notre échantillon de professionnels à interroger, nous nous sommes appuyés sur la plateforme Doctolib®. Cela nous a permis d'avoir accès, avant l'enquête, à certaines informations concernant les kinésithérapeutes telles que les formations effectuées ou l'année d'obtention du Diplôme d'État. Ainsi, nous avons pu sélectionner des profils de thérapeutes différents et constituer un échantillon relativement hétérogène. Néanmoins, la méthode de sélection de notre population pour former cet échantillon exclue donc les praticiens n'utilisant pas la plateforme en ligne.

D'autre part, la faible ampleur de notre enquête ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des pratiques des professionnels. Seules des études de plus grandes ampleurs pourraient parvenir à une saturation des données et ainsi présenter un état des lieux des conceptions, représentations et pratiques des thérapeutes (57).

Ensuite, compte tenu de notre manque d'expérience quant à la réalisation d'entretiens, il s'est avéré compliqué de se détacher du guide élaboré. En effet, il aurait été nécessaire à certains moments d'effectuer des relances au cours des échanges avec les professionnels afin d'explorer davantage leurs représentations et la signification de certains de leurs propos. D'autre part, nous n'avons pas apporté de modification à notre guide à la suite du premier entretien. Une réorientation des questions aurait pu permettre davantage de souplesse et de spontanéité au cours des échanges suivants. De plus, la formulation orale de certaines questions et notamment la proposition de plusieurs choix de réponses a pu induire des réponses de la part des thérapeutes interrogés.

Enfin, concernant l'analyse des données, nous avons réalisé une grille thématique. Cette classification peut limiter les résultats en n'éclairant pas forcément la complexité des discours des professionnels interrogés (57). Ce processus de thématisation amène également un risque de subjectivité *via* une possible mise en avant des données jugées pertinentes. Concernant notre enquête, les frontières entre les thèmes de notre grille d'analyse n'étaient possiblement

pas suffisamment délimitées, nous amenant alors à interpréter des données afin de les classer.

### **5.3. Perspectives de recherches**

Plusieurs pistes de recherches peuvent être envisagées suite aux résultats obtenus au cours de notre enquête. Tout d'abord, pour tenter d'expliquer les taux élevés de non-adhésion retrouvés dans la littérature, il pourrait être pertinent de réaliser une étude qualitative de plus grande ampleur afin de comprendre comment les professionnels conçoivent la notion de l'adhésion et identifier les potentielles limites de leurs représentations.

D'autre part, nous avons construit notre enquête sur la problématique de la non-adhésion, clairement identifiée dans la littérature internationale. Néanmoins, cette problématique est-elle commune aux pratiques des thérapeutes français ? Nous avons pu mettre en avant que cela n'était pas forcément le cas, notamment pour MK1 et MK2. Explorer les perceptions des masseurs-kinésithérapeutes français sur l'adhésion de leurs patients permettrait d'éclairer leurs considérations de cet enjeu.

Enfin, une étude de grande ampleur pourrait permettre d'explorer si les stratégies pour surmonter la non-adhésion mentionnées dans la littérature sont utilisées et intégrées aux pratiques quotidiennes des masseurs-kinésithérapeutes.

### **5.4. Perspectives professionnelles**

Notre étude met en avant la variabilité, entre les professionnels, de la gestion de l'adhésion thérapeutique du patient. Des représentations différentes de la notion, des méthodes d'évaluation variées et de multiples interventions d'optimisation de l'adhésion sont retrouvées au sein des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes. Chacun conçoit et appréhende l'enjeu de l'adhésion différemment, et cela en fonction des expériences vécues, des connaissances et compétences acquises au cours du développement professionnel et personnel.

Néanmoins, dans un objectif d'amélioration des pratiques et d'efficacité de prise en soin, la considération de la problématique de la non-adhésion doit être au centre des préoccupations des thérapeutes. Concernant notre étude, il apparaît nécessaire de fournir



aux thérapeutes des outils d'évaluation permettant de considérer l'ensemble des déterminants et facteurs qui influencent l'adhésion. De plus, cette notion devrait faire partie intégrante de l'évaluation biopsychosociale déterminant le projet rééducatif, pour s'adapter et réorienter le traitement. Enfin, utiliser davantage de stratégies et développer les compétences d'éducation et de communication semblent constituer des axes pertinents afin de favoriser l'engagement du patient dans sa rééducation et ainsi permettre une optimisation des résultats cliniques.

## **Conclusion**

La non-adhésion thérapeutique est une problématique majeure et fréquente retrouvée dans notre profession mais également dans la pratique médicale générale. Il s'agit donc d'un enjeu aussi bien clinique qu'économique que de prendre en charge ce défaut d'adhésion.

(Ré)éducateur, le masseur-kinésithérapeute se doit de promouvoir l'adhésion du patient au projet thérapeutique. Néanmoins, s'agissant d'une notion complexe, l'ensemble des déterminants de ce comportement peuvent difficilement être appréhendés. Notre étude auprès de quatre masseurs-kinésithérapeutes libéraux a permis d'éclairer les représentations très individuelles et le caractère multidimensionnel de ce concept pour les professionnels. Les méthodes d'évaluation et stratégies mises en place pour optimiser l'adhésion sont variées. Les thérapeutes mettent en place principalement des interventions motivationnelles et éducatives pour soutenir l'adhésion de leurs patients. Les compétences d'éducation, de communication ainsi mobilisées doivent permettre d'accompagner le patient dans l'adoption de comportements favorables à sa santé.

Malgré les différentes limites inhérentes à notre étude, les données recueillies nous permettent de former un premier aperçu des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux français concernant la gestion de l'adhésion thérapeutique du patient. Nos conclusions ne sont pas généralisables à l'ensemble des professionnels mais permettent de mettre en avant une variabilité des approches et conceptions des thérapeutes. Des études de plus grandes ampleurs permettraient de réaliser un état des lieux des pratiques des professionnels sur le territoire et ainsi proposer des axes pertinents d'amélioration.

## Références bibliographiques et autres sources

---

1. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. 1946.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. 1990.
4. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://www.reseau-asteria.fr/Documents/pneps2001.pdf>
5. Loi n°46-857 du 30 Avril 1946 relative à la réglementation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure [Internet]. JORF du 1 Mai 1946; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000315340&categorieLien=id>
6. Arrêté du 6 Janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins [Internet]. JORF du 1 Février 1962; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000802880&categorieLien=id>
7. Décret n°85-918 du 26 Août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute [Internet]. JORF du 30 Août 1985; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000872015&categorieLien=id>
8. Décret n°96-879 du 8 Octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute [Internet]. JORF n°236 du 9 Octobre 1996; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195448&categorieLien=id>
9. Arrêté du 2 Septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute [Internet]. JORF n°0204 du 4 Septembre 2015; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127778&categorieLien=id>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [Internet]. 2001. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf)
11. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences

- des maladies [Internet]. 1988. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41005/9782877100205\\_fre.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41005/9782877100205_fre.pdf;sequence=1)
12. Edwards I, Jones M. La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). *Kinésithérapie Rev.* nov 2007;7(71):40-9.
  13. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* févr 2005;22(1):31-4.
  14. Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry.* 2014;4(2):30.
  15. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M, Cribb A, et al. Concepts and terminology. In: *Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking.* 2005. p. 27-37.
  16. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
  17. Bosworth HB, Oddone EZ, Weinberger M, éditeurs. *Patient treatment adherence: concepts, interventions, and measurement.* Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2006. 582 p.
  18. Kyngäs H, Duffy ME, Kroll T. Conceptual analysis of compliance. *J Clin Nurs.* janv 2000;9(1):5-12.
  19. Bailey DL, Holden MA, Foster NE, Quicke JG, Haywood KL, Bishop A. Defining adherence to therapeutic exercise for musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med.* 6 juin 2018;bjsports-2017-098742.
  20. Brawley LR, Culos-Reed SN. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin Trials.* oct 2000;21(5 Suppl):156S-63S.
  21. Sutton S. Health Behavior: Psychosocial Theories. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* [Internet]. Elsevier; 2001 [cité 22 févr 2020]. p. 6499-506. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B0080430767038729>
  22. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation. *Health Commun.* 3 juin 2015;30(6):566-76.
  23. Plotnikoff RC, Trinh L. Protection motivation theory: is this a worthwhile theory for physical activity promotion? *Exerc Sport Sci Rev.* avr 2010;38(2):91-8.
  24. Rhodes RE, Mark R. *Social Cognitive Models* [Internet]. Oxford University Press; 2012 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <http://oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195394313.001.0001/oxfordhb-9780195394313-e-15>

25. Trafimow D. The Theory of Reasoned Action: A Case Study of Falsification in Psychology. *Theory Psychol.* août 2009;19(4):501-18.
26. Heller LJ, Skinner CS, Tomiyama AJ, Epel ES, Hall PA, Allan J, et al. Theory of Reasoned Action. In: Gellman MD, Turner JR, éditeurs. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cité 22 févr 2020]. p. 1964-7. Disponible sur: [http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_1619](http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1005-9_1619)
27. Picha KJ, Howell DM. A model to increase rehabilitation adherence to home exercise programmes in patients with varying levels of self-efficacy. *Musculoskeletal Care.* mars 2018;16(1):233-7.
28. Hammond A, Niedermann K. Patient education and self management. In: *Rheumatology* [Internet]. Elsevier; 2010 [cité 22 févr 2020]. p. 77-97. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780443069345000061>
29. Young MD, Plotnikoff RC, Collins CE, Callister R, Morgan PJ. Social cognitive theory and physical activity: a systematic review and meta-analysis: Social cognitive theory and physical activity. *Obes Rev.* déc 2014;15(12):983-95.
30. Sniehotta F, Aunger R. Stage models of behaviour change. 1 janv 2010;
31. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract.* 1982;19(3):276-88.
32. Bellamy R. An introduction to patient education: theory and practice. *Med Teach.* juin 2004;26(4):359-65.
33. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* oct 2002;48(2):177-87.
34. Taal E, Rasker JJ, Wiegman O. Patient education and self-management in the rheumatic diseases: a self-efficacy approach. *Arthritis Care Res Off J Arthritis Health Prof Assoc.* juin 1996;9(3):229-38.
35. Virtanen H, Leino-Kilpi H, Salanterä S. Empowering discourse in patient education. *Patient Educ Couns.* mai 2007;66(2):140-6.
36. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther.* juin 2010;15(3):220-8.
37. McLean SM, Burton M, Bradley L, Littlewood C. Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: a systematic review. *Man Ther.* déc 2010;15(6):514-21.
38. Novak I. Effective home programme intervention for adults: a systematic review. *Clin Rehabil.* déc 2011;25(12):1066-85.
39. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* janv

- 2020;54(2):79-86.
40. Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med.* 3 mai 2005;142(9):776-85.
  41. Peek K, Carey M, Sanson-Fisher R, Mackenzie L. Physiotherapists' perceptions of patient adherence to prescribed self-management strategies: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Disabil Rehabil.* 11 sept 2017;39(19):1932-8.
  42. Peek K, Sanson-Fisher R, Mackenzie L, Carey M. Patient adherence to physiotherapist prescribed self-management strategies: A critical review. *Int J Ther Rehabil.* 2 nov 2015;22(11):535-43.
  43. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* févr 2008;4(1):269-86.
  44. Eraker SA. Understanding and Improving Patient Compliance. *Ann Intern Med.* 1 févr 1984;100(2):258.
  45. Hall AM, Kamper SJ, Hernon M, Hughes K, Kelly G, Lonsdale C, et al. Measurement Tools for Adherence to Non-Pharmacologic Self-Management Treatment for Chronic Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil.* mars 2015;96(3):552-62.
  46. Nicolson PJA, Hinman RS, Wrigley TV, Stratford PW, Bennell KL. Self-reported Home Exercise Adherence: A Validity and Reliability Study Using Concealed Accelerometers. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(12):943-50.
  47. Newman-Beinart NA, Norton S, Dowling D, Gavriloff D, Vari C, Weinman JA, et al. The development and initial psychometric evaluation of a measure assessing adherence to prescribed exercise: the Exercise Adherence Rating Scale (EARS). *Physiotherapy.* juin 2017;103(2):180-5.
  48. Peek K, Carey M, Mackenzie L, Sanson-Fisher R. Patient adherence to an exercise program for chronic low back pain measured by patient-report, physiotherapist-perception and observational data. *Physiother Theory Pract.* 17 mai 2018;1-10.
  49. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag.* sept 2005;1(3):189-99.
  50. McLean S, Holden MA, Potia T, Gee M, Mallett R, Bhanbhro S, et al. Quality and acceptability of measures of exercise adherence in musculoskeletal settings: a systematic review. *Rheumatology [Internet].* 24 déc 2016 [cité 30 oct 2019]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-lookup/doi/10.1093/rheumatology/kew422>
  51. Meade LB, Bearne LM, Godfrey EL. Comprehension and face validity of the Exercise Adherence Rating Scale in patients with persistent musculoskeletal pain. *Musculoskeletal*

- Care. sept 2018;16(3):409-12.
52. Peek K, Carey M, Mackenzie L, Sanson-Fisher R. Patient-perceived barriers and enablers to adherence to physiotherapist prescribed self-management strategies. *N Z J Physiother.* 2018;46(3):105-12.
  53. Bachmann C, Oesch P, Bachmann S. Recommendations for Improving Adherence to Home-Based Exercise: A Systematic Review. *Phys Med Rehabil Kurortmed.* févr 2018;28(01):20-31.
  54. Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 20 janv 2010 [cité 22 oct 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005956.pub2>
  55. Sluijs EM, Knibbe JJ. Patient compliance with exercise: Different theoretical approaches to short-term and long-term compliance. *Patient Educ Couns.* juin 1991;17(3):191-204.
  56. Fenneteau H. L'enquête: entretien et questionnaire. Paris: Dunod; 2015.
  57. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2015.
  58. Gogus A. Socratic Questioning. In: Seel NM, éditeur. *Encyclopedia of the Sciences of Learning.* Boston, MA: Springer US; 2012. p. 3147-50.
  59. May S, Donelson R. Evidence-informed management of chronic low back pain with the McKenzie method. *Spine J.* janv 2008;8(1):134-41.
  60. Bassett S. Measuring Patient Adherence to Physiotherapy. *J Nov Physiother.* 2012;02(07).
  61. Bassett S. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *N Z J Physiother.* 1 janv 2003;31:60-6.
  62. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ.* 7 juill 2007;335(7609):24-7.
  63. Rhodes RE, Fiala B. Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: The evidence. *Physiother Theory Pract.* janv 2009;25(5-6):424-41.
  64. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. 2013.
  65. McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional Physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy.* mars 2015;101(1):1-12.

## Annexe 1 – Guide d’entretien

---

### ⇒ Avant de débiter l’entretien

- Présentation de l’enquêteur
- Nous rappelons au professionnel l’objet de l’entretien sans dévoiler la problématique complète : réalisation d’une enquête dont l’objectif est l’analyse et la compréhension des pratiques de masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant l’engagement des patients dans les projets de rééducation
- Demande d’autorisation d’enregistrement audio de l’entretien
- Estimation du temps d’entretien prévu : environ 30 minutes

### ⇒ Introduction de l’entretien

- Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?
  - Année d’obtention du diplôme
  - Formation continue réalisée
  - Durée d’exercice en libéral
- Pouvez-vous me préciser votre contexte et vos conditions d’exercice professionnel ?
  - Nombre de patients par semaine
  - Durée d’une séance au cabinet
  - Nombre de séances par patient par semaine

### ⇒ Enquête

Avant de débiter les questions, nous contextualisons la situation en expliquant au thérapeute interrogé qu’**un patient se présente au cabinet avec une prescription de lombalgie.**

<u>Thèmes</u>	<u>Questions principales</u>	<u>Questions de relance</u>
<b>Autonomisation et éducation du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les différentes étapes clés d’une séance de rééducation au cabinet ?</li> <li>- Quelles sont les différentes dimensions qui organisent vos pratiques durant une séance ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle place l’éducation du patient occupe-t-elle dans votre séance ?</li> <li>- Quels sont vos objectifs quand vous éduquez votre patient ?</li> <li>- Dans votre prise en charge, quelle place occupe la mise en œuvre d’exercices à domicile en complément des actions thérapeutiques et éducatives effectuées lors des séances ?</li> </ul>

<p><b>Évaluation de l'adhésion du patient</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment évaluez-vous l'adhésion de votre patient au traitement masso-kinésithérapique que vous proposez ?</li> <li>- Comment estimez-vous que le patient adhère au traitement que vous proposez ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce que vous cherchez à observer ?</li> <li>- Quelles informations cherchez-vous à recueillir pour apprécier l'adhésion du patient au traitement ?</li> <li>- Sur quels facteurs ou critères vous appuyez-vous ?</li> <li>- Utilisez-vous des moyens ou des outils spécifiques ?</li> </ul>
<p><b>Optimisation de l'adhésion au traitement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment cherchez-vous à influencer l'engagement ou l'adhésion du patient au traitement ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont vos leviers et tactiques pour que le patient adhère au traitement ?</li> <li>- Comment développez-vous des stratégies pour que le patient adhère au traitement ?</li> <li>- Quels outils ou notions mobilisez-vous ?</li> </ul>
<p><b>Identification d'obstacles à l'adhésion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels types de difficultés pouvez-vous rencontrer au sujet de l'adhésion du patient à son traitement ?</li> <li>- Quels sont les facteurs qui apparaissent favoriser l'adhésion et ceux qui semblent être des obstacles pour les patients ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans ces facteurs, qu'est-ce qui vous semble liés au patient lui-même ?</li> <li>- Qu'est-ce qui vous semble lié au thérapeute ?</li> <li>- Qu'est-ce qui vous semble lié au projet thérapeutique ? aux modalités du traitement proposé ?</li> </ul>
<p><b>Stratégies mises en place pour surmonter la non-adhésion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment réagissez-vous face à un patient qui ne se montre pas adhérent à son traitement ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce qui vous semble pouvoir agir sur les comportements de santé des patients ?</li> <li>- Comment le regard du patient sur sa situation de santé et sa pathologie est-il influençable ?</li> </ul>



## Annexe 2 – Grille d'analyse thématique

<u>Thèmes et sous-thèmes</u>		<u>MK</u>	<u>Éléments du discours</u>
Autonomisation et éducation du patient	Mise en place du projet de soin	MK1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « les objectifs effectivement je demande assez souvent au patient » (TP16)</li> <li>- « définir plus précisément ses attentes ou sa foi dans le traitement euh, sa représentation de lui par rapport au traitement, sa situation, ça je fais pas parce que j'ai pas, à ma connaissance directe, j'ai pas forcément d'outils en tête » (TP36)</li> </ul>
		MK2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « les gens ils viennent avec certaines attentes, c'est à nous aussi d'être attentifs aux attentes du patient et euh, et éventuellement de l'amener vers un traitement, si les 2 attentes diffèrent, un traitement qui nous correspond » (TP42)</li> <li>- « Moi je vais toujours un peu dans le sens des gens » (TP42)</li> <li>- « je commence par leur donner ce qu'ils attendent en venant » (TP42)</li> </ul>
		MK3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « je commence par des questions ouvertes pour euh, pour qu'il m'explique ce qui lui arrive et ce qui est le plus important pour lui » (TP16)</li> <li>- « arriver à comprendre leur interprétation de la situation et puis après de proposer de leur partager la mienne et de leur demander ce qu'ils en pensent [...] et puis après de devoir se mettre d'accord, fin, de voir avec eux [...] à quoi ils pensent comme traitement pertinent à mettre en place » (TP16)</li> <li>- « si ce qu'ils proposent me semble tout à fait approprié beh partir là-dessus, si jamais ils sont pertinents et qu'ils arrivent [...] à bien trouver plein de choses par eux-mêmes » (TP16)</li> <li>- « si jamais je pense que c'est inapproprié ben du coup de leur proposer de partager mon opinion et puis aller leur demander ce qu'ils en pensent et essayer de trouver un accord commun [...] dans ce qu'on va mettre en place » (TP16)</li> </ul>

	Éducation du patient	<b>MK4</b>	- « <i>quels sont ses attentes, ses objectifs, ses craintes ?</i> » (TP10)
		<b>MK1</b>	- « <i>En général, euh, les gens se questionnent et se demandent pourquoi ils ont mal donc j'essaie de leur parler des mécanismes de la douleur, pour leur faire comprendre que, voilà, les douleurs de dos, euh, des fois elles sont localisées effectivement dans le bas du dos mais des fois elles sont également localisées ailleurs et que c'est pas forcément toujours là où on ressent la douleur que ça se passe.</i> » (TP14) - « <i>J'essaie de leur faire comprendre que aujourd'hui c'est assez dur de savoir exactement d'où peut venir la douleur, donc j'essaie de les éduquer à tout ça, donc je parle des tissus, de l'expérience au niveau du cerveau, de l'intégration de la douleur, de tous les mécanismes d'alarmes en fait, euh, que ça compose, pour essayer de dédramatiser un petit peu la situation par rapport à ça et leur donner des pistes</i> » (TP14) - « <i>principalement de l'éducation à la douleur</i> » (TP14)
		<b>MK2</b>	- « <i>ça va être les conseils qu'on donne d'ergonomie, de posture, pour la suite</i> » (TP12) - « <i>Quand on a terminé les séances souvent les gens sont autonomes</i> » (TP12) - « <i>pour avoir de l'auto-rééducation derrière il faut quand même qu'il y ait une grosse grosse notion [...] d'éducation thérapeutique avant. On ne peut pas leur demander « allez hop vous faites ci ça à la maison » sans leur expliquer pourquoi</i> » (TP46)
		<b>MK3</b>	- « <i>je faisais presque jamais d'interventions passive, on va dire, c'était vraiment le fait qu'ils fassent par eux-mêmes, et par eux-mêmes pas au cabinet mais chez eux</i> » (TP16)

	Mise en œuvre d'exercices à domicile	MK4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « entre 50 et 90% du soin, en fonction du patient » (TP14)</li> <li>- « transmettre [...] les recommandations, [...] les quelques données qu'on a à ce sujet : que la plupart des lombalgies évoluent bien, qu'il y aura des rechutes, que la plupart du temps ce sera pas grave, [...] qu'il peut se prendre en charge tout seul et que le mouvement c'est quelque chose qui va l'aider [...] à évoluer plutôt positivement » (TP16)</li> <li>- « la plupart du temps la solution viendra plutôt de lui et des choses qu'il pourra mettre en place » (TP16)</li> </ul>
		MK1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « c'est assez systématique pour mes nouveaux patients lombalgiques » (TP10)</li> <li>- « c'est assez systématique pour vraiment voir s'il y a vraiment une plus-value ou pas, si vraiment il y a une amélioration » (TP10)</li> <li>- « Tu adaptes un petit peu en fonction de leurs possibilités » (TP10)</li> <li>- « S'ils peuvent pas le midi tu leur demandes de faire en rentrant du travail et après le soir avant d'aller se coucher » (TP10)</li> <li>- « je leur donne pas systématiquement des exercices parce que certaines pathologies on charge déjà pas mal au cabinet » (TP36)</li> </ul>
		MK2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Non pas forcément » (TP16)</li> <li>- « je leur dis qu'ils peuvent refaire tous les exercices dont ils se rappellent à la maison » (TP16)</li> <li>- « Je sais que si j'ai, par exemple, un mec qui est maçon et qui a mal au dos mais euh, il doit porter des tonnes de choses tous les jours, euh, je vais pas lui faire faire des exos de renfo à la maison » (TP22)</li> </ul>
		MK3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « l'idée souvent c'était la proposition pour euh, la deuxième séance, vu que y avait que deux jours entre les deux premières séances la plupart du temps, ben l'idée c'était de demander au patient si il était OK pour tester ce qu'on avait vu ensemble jusqu'à la prochaine fois, en précisant que pour moi c'était une façon de confirmer mon diagnostic ou si on avait quelque</li> </ul>

			<i>chose de pas clair, d'avoir plus d'informations pour affiner le diagnostic et la deuxième fois confirmer si c'était le bon traitement ou avoir plus d'informations pour continuer [...] de chercher la meilleure stratégie pour le patient » (TP16)</i>
		<b>MK4</b>	- « 100% de mes patients repartent avec des exercices à domicile » (TP20)
<b>Évaluation de l'adhésion du patient</b>	<b>Les commentaires du patient</b>	<b>MK1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « je leur demande comment ça a été, comment ça va depuis, s'ils ont rencontré des difficultés, si, euh, avec McKenzie c'est assez simple au niveau des mots utilisés, euh, c'est voilà, par exemple, quand on demande au patient, sur les exercices, comment il se sent on dit « est-ce que c'est mieux, pareil ou moins bien ? » » (TP12)</li> <li>- « je leur demande ça, et puis, s'ils ont pu le faire régulièrement, quelles ont été leurs difficultés » (TP12)</li> <li>- « je leur demande l'estimation de la charge, si ça a été douloureux avant, pendant, après, à 24-48h et c'est comme ça en fait que j'évalue plus ou moins l'adhérence du patient. » (TP20)</li> <li>- « Y en a naturellement qui me dise que bah « j'ai eu ça, j'ai eu ça, j'ai pas eu le temps de le faire » ou alors « non mais moi de toutes façons les exercices chez moi j'y arrive pas » » (TP20)</li> </ul>
		<b>MK2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « souvent c'est les gens qui reviennent après qui disent « oh ben j'ai fait les exercices, fin, pas tous les jours mais un jour sur deux je trouvais un petit moment pour les faire » c'est déjà bien. » (TP18)</li> <li>- « les gens sont contents de le dire souvent, ils le disent [...] qu'ils sentent que [...] ça tire vachement moins quand ils le font que au début quand ils le faisaient qu'ils étaient super raides. » (TP22)</li> <li>- « C'est plus vraiment le discours du patient je dirais » (TP22)</li> </ul>

		<b>MK3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « la fois d'après lui demander comment ça s'est passé ces deux derniers jours, faire le point avec lui » (TP18)</li> <li>- « je mise sur le fait que j'essaie d'entretenir une relation thérapeutique de suffisamment bonne qualité, et de pas être dans le jugement, pour partir du principe que le patient ne va pas me mentir » (TP18)</li> <li>- « en séance ils te disent « ben vous allez pas être content j'ai pas fait mes exercices » ben vraiment signifier que moi ce qui m'intéresse c'est pour quelles raisons il a pas pu le faire ? » (TP18)</li> </ul>
		<b>MK4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « est-ce qu'il les a faits ? combien il a pu en faire ? quel effet il a noté sur ses symptômes ? euh, s'il a pas pu les faire, ou pas autant que ce qu'on s'était dit, euh quels ont été les freins ? quels ont été les obstacles à la réalisation des exos ? » (TP24)</li> </ul>
	<b>Des critères et outils d'évaluation</b>	<b>MK1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « assez rapidement du coup donc je les re-teste un coup debout, voir s'il y a du changement depuis la dernière fois, en McKenzie on prend pas mal de marqueurs, donc il y a les marqueurs du coup d'amplitudes mais t'as également des marqueurs par exemple « ça me fait mal quand je fais mes lacets » « ça me fait mal quand je monte une marche », bon ben ça c'est des marqueurs, t'en as qui sont plus ou moins fonctionnels » (TP12)</li> <li>- « tu vois si tes marqueurs ont évolué et ensuite, souvent je leur demande de refaire les mouvements qu'on a vu et là en général t'es assez vite fixé sur les gens qui l'ont fait, les gens qui l'ont pas fait, les gens qui l'ont fait qui ont pas forcément tout compris, voilà, si t'as été, euh, suffisamment clair dans tes exercices, enfin dans tes explications des exercices. » (TP12)</li> <li>- « y a pas de grille d'évaluation ou quoi, c'est une appréciation globale comme je te disais sur le fait que je demande comment ça a été. » (TP20)</li> <li>- « je fais pas remplir un questionnaire, je leur pose pas des questions précises, récurrentes, pour chaque patient, pour savoir l'adhérence du traitement. Mais par contre chaque séance je leur demande comment ça a été les exercices, s'ils ont eu des difficultés » (TP20)</li> </ul>

			- « Dans l'ensemble j'ai l'impression, j'ai pas d'outils pour l'objectiver mais, que j'ai quand même la majorité des patients qui adhèrent au traitement » (TP30)
		<b>MK2</b>	- « on le voit en général, parce que si on refait les étirements et que la personne ne s'en rappelle plus du tout, on sait qu'il les a pas fait » (TP20)
		<b>MK3</b>	- « sur la fiche éventuellement que je lui demande de faire remplir, je lui propose de la ramener à chaque fois, donc euh, pour voir comment ça s'est passé » (TP20)
		<b>MK4</b>	- « je lui demande de faire une démonstration de ce qu'il a fait, de la manière dont il l'a fait » (TP24) - « si c'est en adéquation avec ce qu'on avait décidé ensemble à la séance précédente » (TP26)
<b>Optimisation de l'adhésion au traitement</b>	<b>Autour du projet de soin</b>	<b>MK1</b>	- « y a des leviers motivationnels on pourrait dire » (TP22) - « souvent je leur fais un petit point d'éducation globale à la santé, sur le sommeil, l'alimentation, l'hydratation, l'activité physique » (TP22) - « j'essaie de leur faire prendre conscience » (TP22)
		<b>MK2</b>	- « je me donne comme règle 5 minutes max à la maison, ou alors un petit truc [...] qui prend 2-3 minutes quand il a mal » (TP28) - « faut que ça nécessite aucun investissement financier de la part du patient » (TP32) - « trouver un petit compromis avec lui, quelque chose qui soit réalisable » (TP28) - « si on veut que les patients soient honnêtes aussi et qu'ils se sentent en confiance et qu'ils adhèrent du coup au traitement qu'on leur propose, pour moi c'est important d'avoir aussi un regard bienveillant, et euh, et objectif sur, euh, ben sur leur vie en règle générale » (TP40) - « quand on explique bien au patient sa pathologie, en fait euh d'une manière logique il est obligé d'adhérer au raisonnement qu'on lui propose s'il lui semble logique aussi » (TP46)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- « compréhension de la patho et la confiance en le thérapeute en fait » (TP48)</li> <li>- « d’être plutôt transparent » (TP50)</li> </ul>
		<b>MK4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « on part d’un exercice standard qu’on adapte euh, systématique au patient en fait. Si y a soit des comorbidités associées, des problèmes d’épaules, [...] des prothèses ce genre de choses, euh en fonction de l’âge, en fonction du mobilier disponible à la maison, euh l’idée c’est d’avoir une prescription d’exercices qui sera personnalisée aux capacités du patient et à son environnement de boulot et à la maison » (TP30)</li> </ul>
	<b>Utilisation d’outils spécifiques</b>	<b>MK1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « j’ai des outils, des infographies, que j’ai sur internet, j’ai mis deux vidéos en fait éducatives sur Doctolib® que les gens peuvent voir dès qu’ils prennent rendez-vous sur Doctolib® » (TP24)</li> <li>- « j’ai également des affiches que j’ai imprimées » (TP24)</li> </ul>
		<b>MK2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « les gens ils ont tous des smartphones maintenant je les prends en photos, là cette dame-là elle était motivée donc je l’ai prise par exemple en photo, euh, quand elle faisait elle les étirements, si elle a un petit trou pour les refaire à la maison » (TP16)</li> <li>- « hop un petit dessin avec deux vertèbres, un petit disque, bah voilà là il y a le nerf qui passe il fait l’innervation de telle région, de vraiment expliquer bien à la personne et d’ailleurs en général c’est là qu’il adhère au traitement en fait » (TP46)</li> </ul>
		<b>MK3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « les patients j’ai eu des retours comme quoi y a des patients ça les a vraiment aidé de noter à chaque fois qu’ils faisaient pour pouvoir se rendre compte qu’il y avait une progression dans leur exercice, même si pendant une période il y avait pas encore de progression dans leurs symptômes sur leur quotidien » (TP18)</li> <li>- « l’échelle de confiance de l’entretien motivationnel, euh, où on demande au patient de donner un chiffre mais de [...] 1 à 10 là sur le niveau de confiance dans le fait que ce traitement va les aider ou qu’ils se sentent capables de mettre en place le traitement, et euh en définitive</li> </ul>

			<p><i>le chiffre qu'ils donnent on s'en fout un peu mais l'idée c'est de dire « voilà qu'est-ce qui fait que vous donnez pas moins ? » donc ça leur permet de verbaliser tout ce qu'ils ont déjà comme ressources, et aussi après « de quoi vous avez besoin pour [...] donner plus ? » et là ça nous permet de voir ce qu'il manque et potentiellement pouvoir leur proposer de l'informations, partager de l'information pour euh, pour combler les manques en fait ou les aider à réfléchir sur ce qu'ils pourraient faire, ce qu'ils pourraient mettre en place pour combler ces manques. » (TP22)</i></p>
<p><b>Identification d'obstacles à l'adhésion</b></p>	<p><b>Facteurs liés au patient</b></p>	<p><b>MK4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « beaucoup d'outils de l'Entretien Motivationnel avec des questions ouvertes, des reflets » (TP28)</li> <li>- « essayer de faire en sorte que ce soit lui qui puisse dire à voix haute les effets qu'il ressent des exercices » (TP28)</li> <li>- « ne pas utiliser de conseils ou de « vous devriez », « il faudrait » » (TP28)</li> </ul>
		<p><b>MK1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « la récurrence des épisodes » (TP22)</li> <li>- « la disponibilité des patients. Comme je dis, certains avec leur travail, leur vie de famille, ils arrivent pas à trouver du temps et parfois ils ont même des difficultés à venir en séance » (TP26)</li> <li>- « J'ai des gens qui ont des attentes, qui bloquent un petit peu la rééducation dans le sens où ils s'attendent à autre chose, ils veulent pas forcément d'actif, ou alors ils ont eu un épisode il y a 4 mois et on leur avait fait du massage et ça allait mieux donc ils se disent que ça va être pareil » (TP26)</li> <li>- « Il y a des gens déjà de base qui ont des attentes qui sont différentes, ça ça fait partie des limites principales » (TP26)</li> <li>- « les gens qui du coup ont des douleurs qui persistent, euh, malgré la guérison, malgré la cicatrisation » (TP26)</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- « elle a pas pu faire les exercices parce qu'en fait c'est trop compliqué en ce moment dans sa vie personnelle et professionnelle, c'est pas forcément de la mauvaise volonté » (TP30)</li> </ul>
		<b>MK2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Si les gens sont pas motivés » (TP26)</li> <li>- « quelqu'un n'a pas eu le temps [...] de faire [...] des exercices qu'on lui a proposé » (TP40)</li> <li>- « c'est peut-être pas forcément le bon moment ou la chose qui lui faut à lui » (TP40)</li> </ul>
		<b>MK3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « des patients qui sont un peu ambivalents quand on aborde le fait de faire des exercices à la maison, ils ont tendance à verbaliser du discours-maintien » (TP22)</li> <li>- « quelle confiance il a dans le traitement qu'on lui propose et quelle confiance il a dans ses capacités à le mettre en place » (TP24)</li> <li>- « c'est toujours le temps, euh, « j'ai pas le temps » » (TP26)</li> <li>- « notamment par rapport à des [...] croyances malheureusement qu'ils ont par rapport à des résultats d'imagerie ou ce que leur ont dit des professionnels de santé comme quoi de toutes façons leur dos était foutu par exemple » (TP26)</li> <li>- « ils comprennent pas comment des exercices peuvent réparer leur dos par exemple » (TP26)</li> <li>- « c'est euh parfois le matériel » (TP26)</li> <li>- « le fait d'avoir confiance dans sa capacité à le faire, donc y a le sentiment d'efficacité personnelle » (TP26)</li> <li>- « peur de pas bien faire » (TP26)</li> <li>- « des manques de compréhension de la part du patient » (TP28)</li> <li>- « des personnes qui ont des croyances tellement fortes » (TP 30)</li> <li>- « des patients qui sont vraiment dans l'ambivalence, qui comprennent l'intérêt du changement, mais qui restent logés dans leur ambivalence, à pas arriver à initier, amorcer ce changement-là » (TP30)</li> </ul>

		<b>MK4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « si le patient sur la première séance a pu noter des effets positifs et durables sur ses symptômes, euh, y a de grandes chances pour qu'il refasse les exos » (TP32)</li> <li>- « il y a le temps, euh, le temps et le fait d'y penser. Et le fait de pouvoir le faire devant les collègues, ou devant la famille, parfois ça les gêne » (TP36)</li> </ul>
	<b>Facteurs liés au thérapeute</b>	<b>MK1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « une erreur d'appréciation de ma part, par exemple des mauvaises gestions de la charge sur les exercices » (TP28)</li> <li>- « Ça prend également mine de rien beaucoup de temps » (TP36)</li> <li>- « si on prend le temps de beaucoup discuter avec le patient, ce que j'essaie de faire au maximum, mais ça prend minimum ¾ d'heures, ¾ d'heures-1h, donc en fait bah c'est bien mais c'est long, euh, et donc moi si j'ai des patients qui derrière sont en train de faire des exercices déjà depuis une demi-heure – 40 minutes, bah je les laisse tout seul, j'essaie de laisser le moins possible mes patients seuls donc euh voilà » (TP36)</li> </ul>
		<b>MK3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « est-ce que [...] je lui ai pas aidé à comprendre l'intérêt ? » (TP18)</li> </ul>
		<b>MK4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « on a pas bien pris le temps, j'ai pas bien compris les craintes du patient par rapport aux exercices, ou ses interrogations, qu'il a pas saisi l'intérêt de l'exercice » (TP32)</li> </ul>
	<b>Facteurs liés au projet thérapeutique</b>	<b>MK1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « en fait déjà de base je suis référencé comme prônant plutôt la kiné active donc les gens qui viennent pour s'installer et se faire masser sur une table c'est pas du tout ma pratique donc je pense que j'ai déjà un petit biais de sélection, euh, par rapport à ça » (TP22)</li> <li>- « qu'on a pas réussi à trouver ensemble euh les bons exercices, la bonne charge de travail pour les faire progresser, ou la bonne thérapeutique » (TP30)</li> </ul>
		<b>MK2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « si les gens sont pas contents de ce qu'on leur propose » (TP26)</li> <li>- « peut-être que ces exercices n'étaient pas adaptés à lui » (TP40)</li> </ul>

		<b>MK3</b>	- « le fait que le patient il peut avoir un doute sur « ben ce traitement-là, qu'est-ce que ça va m'apporter ? » » (TP26)
		<b>MK4</b>	- « le courrier du médecin, euh j'ai beaucoup de patients qui viennent me voir pour une prise en charge MDT ou pour des exercices. Et du coup les patients sont déjà de fait engagés dans une rééduc plus active » (TP32) - « si l'exercice est pas adapté au patient, s'il est trop dur, trop douloureux, ou s'il produit des effets inverses, euh si c'est un exercice [...] qui augmente les douleurs du patient ou qui les fait périmphériser là c'est plutôt un obstacle à l'adhésion » (TP38)
<b>Stratégies mises en place pour surmonter la non-adhésion</b>	<b>Stratégies éducatives</b>	<b>MK2</b>	- « il ne faut pas se montrer moralisateur avec le patient » (TP40)
		<b>MK3</b>	- « j'essaie de comprendre quelle est la raison qui fait que il va pas le faire, il va pas mettre en place son traitement, euh, et autant que possible sans lui donner l'impression que je suis en train de le questionner, l'accuser ou quoi que ce soit, euh, de me montrer le plus curieux possible et puis [...] de pas hésiter à mettre en avant le fait que peut-être que c'est moi qu'ai pas été clair » (TP28) - « essayer [...] de trouver des moyens pour l'aider à comprendre par lui-même en posant des questions, euh, avec des stratégies de questionnements socratiques ou des métaphores » (TP28) - « je peux partager l'information là en utilisant le « DDPD : Demander-Demander-Partager-Demander » donc euh, je peux partager l'information avec lui parce que ben on reste des experts, et puis [...] autant y a des choses où on peut aider les patients à trouver par eux-mêmes, autant y a des choses on pourrait les torturer pendant des heures ils vont pas l'inventer nous on l'a appris, et si ça peut les aider ben autant le partager avec eux » (TP28) - « le non-jugement, [...] pas dire « c'est pas bien » » (TP30)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- « parler aussi des stades de changement, voir où il en est, est-ce que il est au stade où il comprend pas l'intérêt de changer et du coup est-ce que du coup il y a un intérêt [...] à lui partager l'information, à l'aider à comprendre les choses pour que il comprenne l'intérêt du changement » (TP30)</li> <li>- « travailler sur cette ambivalence [...] avec l'entretien motivationnel [...] on va tenter de le guider vers le fait de résoudre son ambivalence pour qu'il aille vers le changement » (TP30)</li> </ul>
		<b>MK4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « voir quelle quantité de discours-maintien le patient utilise, donc c'est des outils un peu spécifiques d'Entretien Motivationnel, euh, essayer de favoriser le plus possible le discours-changement [...] pour voir comment on peut l'aider à s'impliquer [...] dans son processus de changement » (TP42)</li> </ul>
	<b>Modifications des modalités du traitement</b>	<b>MK1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « soit on envisage d'autres exercices ou d'autres moyens thérapeutiques » (TP28)</li> <li>- « accentuer sur des exercices de mobilité que plutôt du renforcement, ou l'inverse » (TP28)</li> <li>- « je leur demande de retourner voir un médecin » (TP28)</li> <li>- « je peux envoyer les patients chez des ostéopathes » (TP28)</li> <li>- « qu'ils soient vus par mes collègues » (TP28)</li> <li>- « travailler plus en thérapie manuelle ou en viscéral » (TP28)</li> </ul>
		<b>MK2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « si les gens n'adhèrent pas du tout en général [...] on poursuit pas les séance » (TP24)</li> </ul>
		<b>MK3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « l'idée c'est de manifester son empathie, de dire qu'on a compris, fin qu'on comprend sa situation etc, et de laisser la porte ouverte en lui disant « voilà si un jour vous...vous pensez que ça devient plus important et vous avez vraiment envie de passer le pas ben...ben je suis disponible et on peut...on peut reprendre les choses ensemble ». » (TP30)</li> </ul>

<b>Représentation de la notion d'adhésion</b>	<b>MK1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>compréhension du patient [...] dans sa pathologie, la compréhension des exercices proposés et du traitement</i> » (TP32)</li> <li>- « <i>volonté [...] de s'engager dans les exercices que je propose, et euh, la foi également en fait qu'ils ont dans le professionnel et dans les exercices que je vais proposer</i> » (TP32)</li> <li>- « <i>foi dans leur auto-guérison</i> » (TP32)</li> </ul>
	<b>MK2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>pour moi c'est une forme de relation de confiance</i> » (TP46)</li> </ul>
	<b>MK3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>définir le plan de traitement ensemble</i> » (TP34)</li> <li>- « <i>Parce qu'au final si nous on reste campé sur nos positions et que le patient il doit prendre un traitement, qui peut être faire des exercices, mais chez lui tout seul, quand il est chez lui tout seul c'est lui qui décide de toutes façons donc euh, on aura beau avoir gagné la discussion au cabinet, une fois qu'il sera chez lui c'est lui qui va décider de faire ou pas faire</i> » (TP34)</li> <li>- « <i>il met en place du mieux possible, avec les contraintes qu'il peut avoir habituelles ou exceptionnelles, euh, le traitement qu'on a défini ensemble</i> » (TP36)</li> <li>- « <i>est prêt à échanger avec moi sur ses difficultés pour qu'on puisse réajuster ce traitement-là euh, au fur et à mesure de ses difficultés ou de sa progression ou de ses...euh comment dire...de sa recrudescence de douleur</i> » (TP36)</li> </ul>
	<b>MK4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>c'est la manière dont le patient perçoit un traitement, et dont il s'en perçoit les avantages et les intérêts</i> » (TP50)</li> <li>- « <i>si ses avantages et ses intérêts sont supérieurs [...] aux avantages et aux intérêts d'avoir de la douleur ou d'avoir une perte de fonction ben du coup [...] il fera ses exercices. Ou il aura plus de raisons de les faire que de pas les faire</i> » (TP50)</li> </ul>