



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1975

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

Par

NOBECOURT Néo

**L'OBSERVANCE DES PATIENTS DANS LEUR AUTO-RÉÉDUCATION À DOMICILE,
ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES D'OPTIMISATION.**

**PATIENT ADHERENCE IN THEIR SELF-REHABILITATION AT HOME, STATE OF PLAY
AND OPTIMIZATION PERSPECTIVES.**

Directeur de mémoire

BECAT Jeanne

Année 2023-2024

Session 1

Membres du jury

BECAT Jeanne

BAHMAD Salam

LAINE Romain

CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DREETS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e) : Néo NOBECOURT

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e).

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :

Fait à Lyon Le 05/05/2024.

Signature

Zér 



¹ Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

² Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³ Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1975

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

Par

NOBECOURT Néo

**L'OBSERVANCE DES PATIENTS DANS LEUR AUTO-RÉÉDUCATION À DOMICILE,
ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES D'OPTIMISATION.**

**PATIENT ADHERENCE IN THEIR SELF-REHABILITATION AT HOME, STATE OF PLAY
AND OPTIMIZATION PERSPECTIVES.**

Directeur de mémoire

BECAT Jeanne

Année 2023-2024

Session 1

Membres du jury

BECAT Jeanne

BAHMAD Salam

LAINE Romain

Université Claude Bernard Lyon 1

Président

Frédéric FLEURY

Vice-président CA

REVEL Didier

Secteur Santé

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation

Directeur

Jacques LUAUTE

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Directeur

RODE Gilles

U.F.R d'Odontologie

Directeur

Jean Christophe MAURIN

U.F.R de Médecine Lyon-Sud Charles
Mérieux

Directeur

PAPAREL Philippe

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur

DUSSART Claude

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice

SCHOTT Anne-Marie

Comité de Coordination des
Études Médicales (CCEM)

COCHAT Pierre



Institut Sciences et Techniques de la Réadaptation

Département MASSO-KINESITHERAPIE

Directeur ISTR

Jacques LUAUTE

Équipe de direction du département de Masso-kinésithérapie :

Directeur de la formation

Charles QUESADA

Responsable des travaux de recherche

Denis JAUDOIN

Référents d'années

Ilona BESANCON (MK3)

Edith COMEMALE (MK4)

Denis JAUDOIN (MK5)

Antoine YAZBECK (MK2)

Référente de la formation clinique

Ayodélé MADI

Responsable de scolarité

Rachel BOUTARD

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à de nombreuses personnes envers qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je souhaite avant tout remercier Mme BECAT Jeanne, ma directrice de mémoire, pour son suivi, ses précieux conseils, sa disponibilité et son soutien indéniables à chaque étape de ce projet.

Merci par avance à Mme BAHMAD Salam et Mr LAINE Romain, membres du jury, pour la lecture de mon travail et leur présence lors de la soutenance.

Je remercie tous ceux qui ont répondu à mon enquête et l'ont partagée.

J'adresse toute ma reconnaissance aux équipes pédagogiques ainsi qu'aux divers enseignants que j'ai pu rencontrer au fil de mes formations à l'IFMK et à STAPS de Lyon.

Aux tuteurs de stage qui m'ont considéré avec bienveillance, m'ont fait confiance, m'ont transmis leurs savoirs et ont renforcé mon désir d'aider les gens, merci.

À mes camarades, mes amis, merci pour les beaux souvenirs que l'on s'est construits durant ces sept années d'études.

Enfin, je remercie mes proches sans qui rien n'aurait été possible. Merci d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir poussé à y croire aussi.

Liste des acronymes :

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

EBP : Evidence Based Practice

FFMKR : Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

INJEP : Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

PCS 2020 : nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles de 2020

QR Code : Quick Response Code

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Situation d'appel	1
1.2 L'observance thérapeutique : définition en des termes évolutifs	3
1.3 État des lieux de la littérature actuelle	5
1.4 Problématique et hypothèse principale	7
2. Méthode	7
2.1 Justification du choix de la méthode	7
2.2 Description de la population	8
2.3 Méthodologie d'élaboration du questionnaire	9
2.4 Stratégie de diffusion et de recueil des données	10
2.5 Analyse des données	10
3. Résultats	11
3.1 Population	11
3.1.1 Patients.....	12
a) Sexe	12
b) Âge	12
c) Catégorie Socio-Professionnelle	13
d) Activité(s) sportive(s) et/ou loisir(s)	14
e) Stade(s) de rééducation	16
3.1.2 Kinésithérapeutes.....	18
a) Sexe	18
b) Années d'exercice	18
c) Lieu d'exercice	19
d) Activité(s) sportive(s) et/ou loisir(s).....	20
3.2 Analyse descriptive et inférentielle	23
3.2.1 Thématique de l'auto-rééducation.....	23
3.2.2 Les facteurs influençant l'observance	30
a) Facteurs influençant positivement l'observance.....	30

b) Facteurs influençant négativement l'observance	33
c) Facteurs psycho-sociaux du patient	36
3.2.3 Le support de prescription et de communication	40
3.2.4 L'apport des nouvelles technologies	41
3.2.5 Suggestions et témoignages supplémentaires des répondants	43
4. Discussion	47
4.1 Résultats principaux mis en perspective avec l'hypothèse initiale, la littérature et les conséquences cliniques	47
4.1.1 Résultats confrontés à l'hypothèse principale	47
4.1.2 Résultats confrontés à la littérature	49
4.1.3 Résultats confrontés aux expériences personnelles antérieures	52
4.2 Limites de mon travail.....	54
4.3 Perspectives.....	57
5. Conclusion	59
6. Références bibliographiques	
7. Annexes.....	

Liste des tableaux

Tableau I : Termes communs et non-communs sur la thématique de l'auto-rééducation entre les deux populations de répondants.....	26
Tableau II : Tableau récapitulatif des facteurs influençant positivement ou négativement l'observance des patients en auto-rééducation.....	39

Liste des figures

Figure 1 : Organigramme récapitulatif des données socio-démographiques de la population de patients.....	17
Figure 2 : Organigramme récapitulatif des données socio-démographiques de la population de kinésithérapeutes	22
Figure 3 : Nuage de mots définissant l'auto-rééducation selon les patients	24
Figure 4 : Nuage de mots définissant l'auto-rééducation selon les kinésithérapeutes.....	25
Figure 5 : Histogramme de l'estimation du degré d'observance des patients en fonction de la proportion d'exercices réalisés par rapport à ceux prescrits	28

Résumé :

Introduction : L'auto-rééducation du patient, en parallèle des séances au cabinet, s'avère être un outil de plus en plus utilisé dans l'arsenal thérapeutique du kinésithérapeute. Cependant, est-il utilisé à bon escient ? Les patients sont-ils à l'aise à l'idée d'arborer un statut proactif et autonome ? Le présent mémoire expose les résultats d'une enquête de terrain par questionnaires menée auprès de patients et de kinésithérapeutes des cabinets libéraux. L'objectif principal était d'analyser l'état de l'observance des patients vis-à-vis de l'auto-rééducation, en comprendre les mécanismes sous-jacents qui l'influencent, afin de dégager des pistes d'optimisation pour la pratique clinique future.

Méthode : L'enquête a adopté une approche qualitative et quantitative, croisant les réponses des patients et des kinésithérapeutes pour une analyse en miroir. Au total, 165 patients et 107 kinésithérapeutes ont été inclus dans l'échantillon.

Résultats : Les résultats de l'enquête ont révélé que 82,7% des patients ne parvenaient pas à réaliser toute l'auto-rééducation qui leur était prescrite. Nous avons pu déceler une diversité de facteurs influençant positivement comme négativement l'observance thérapeutique, mettant en lumière l'importance de la qualité de l'alliance thérapeutique dans le processus de rééducation.

Discussion : Parmi les principales conclusions, il a été observé que l'observance résulte de mécanismes nombreux et complexes. L'autonomie du patient et son implication dans son propre processus de rééducation ont été identifiées comme des déterminants clés de la réussite de la prise en soin. Le phénomène d'inobservance ne peut être simplement assimilé à un problème de conformité du patient, mais est également influencé par des facteurs contextuels et relationnels avec son thérapeute. Ce dernier joue un rôle fondamental dans la façon dont il communique et soutient son patient. L'alliance thérapeutique s'avère poser les bases de l'édifice thérapeutique.

Conclusion : En conclusion, cette étude offre des perspectives nouvelles pour la pratique clinique en kinésithérapie, en mettant en évidence les défis et les opportunités liés à l'auto-rééducation à domicile. Elle souligne l'importance d'une approche personnalisée et centrée sur le patient pour améliorer l'observance et optimiser les résultats thérapeutiques.

Mots clés : Auto-rééducation, Enquête de terrain, Kinésithérapie, Observance thérapeutique, Pratique clinique.

Abstract:

Background: Patient self-rehabilitation, alongside clinic sessions, has become an increasingly utilized tool in the physiotherapist's therapeutic arsenal. However, is it being used appropriately? Are patients comfortable with the idea of adopting a proactive and autonomous status?

This thesis presents the results of a questionnaire-based field survey conducted among patients and physiotherapists from private practices. The main objective was to analyze the level of patient adherence to self-rehabilitation, understand the underlying mechanisms influencing it, and identify avenues for optimizing future clinical practice.

Methods: The survey adopted both qualitative and quantitative approaches, cross-referencing responses from patients and physiotherapists for comparative analysis. A total of 165 patients and 107 physiotherapists were included in the sample.

Results: The survey results revealed that 82.7% of patients were unable to complete all the prescribed self-rehabilitation. We identified a variety of factors influencing therapeutic adherence, both positively and negatively, highlighting the importance of the quality of the therapeutic alliance in the rehabilitation process.

Discussion: Among the main conclusions, it was observed that adherence results from numerous and complex mechanisms. Patient autonomy and involvement in their own rehabilitation process were identified as key determinants of successful care. The phenomenon of non-adherence cannot simply be attributed to patient compliance issues but is also influenced by contextual and relational factors with their therapist. The therapist plays a fundamental role in how they communicate and support their patient. The therapeutic alliance lays the foundation for the therapeutic process.

Conclusions: In conclusion, this study offers new perspectives for clinical practice in physiotherapy by highlighting the challenges and opportunities associated with home-based rehabilitation. It underscores the importance of a personalized and patient-centered approach to enhance adherence and optimize therapeutic outcomes.

Keywords: Clinical practice, field survey, Home-based-rehabilitation, physiotherapy, therapeutic adherence.

1. Introduction

1.1 Situation d'appel

Les origines de ma réflexion vis-vis-vis du thème de recherche que je souhaiterais aborder pour mon mémoire résident essentiellement dans mes expériences de vie et les questionnements qui ont alors résonné en moi.

Dans un premier temps lors de mes expériences en tant qu'étudiant et stagiaire. De nombreuses fois j'ai assisté à des scènes où le kinésithérapeute demande à son patient : « *Avez-vous bien fait vos exercices ?* », le patient répond machinalement « *oui* », et la discussion s'arrête là, sans essayer de creuser plus. Face à ces situations, de nombreuses interrogations sont venues à moi. L'éducation thérapeutique se limite-t-elle par acquis de bonne conscience à de simples conseils, sans savoir s'ils sont appliqués ? L'alliance thérapeutique, notion dont on entend de plus en plus parler, s'arrête-t-elle une fois passé le pas de la porte du cabinet ? Comment quelques séances de seulement 30 minutes peuvent suffire à faire évoluer la rééducation du patient si rien n'est fait par ce dernier en parallèle ? Ces dernières années on évoque également l'idée d'un changement de statut du patient, auparavant passif, à acteur de sa santé. Mais accordons-nous leur réellement cette prise de pouvoir ? Que faisons-nous concrètement pour leur donner les conditions et les outils optimaux à devenir proactif ? Quelle part de décision ont-ils réellement dans les objectifs et modalités de leur rééducation ?

Dans un second temps lors de mes expériences personnelles. Depuis mon enfance, j'ai été sensibilisé à l'activité physique et à l'hygiène de vie, ces valeurs sont profondément ancrées en moi. Cette année, j'ai l'opportunité d'expérimenter le statut de patient suite à une opération de reconstruction du ligament croisé antérieur. Pourtant, malgré un plan bien organisé et une forte détermination, je me suis surpris à maintes reprises à ne pas respecter mes engagements en négligeant mes exercices d'auto-rééducation. J'avais pourtant à disposition une application mobile créée par mon chirurgien me rappelant trois fois par jour, via des vidéos ludiques, de faire mes exercices. Avec une facilité d'accès et d'utilisation du smartphone, on pourrait se dire qu'un tel outil est adapté à mon profil. Mais cela n'a pas empêché la lassitude, car les exercices étaient inlassablement tous les jours les mêmes, et pas forcément cohérents et personnalisés à mes déficiences du moment. Je n'avais pas la

sensation que cet outil me considérait en tant qu'individu à part entière. Je n'avais pas non plus la possibilité de m'exprimer et échanger avec le chirurgien. Il s'agissait ici d'une approche pathologie centrée, mais la singularité de chaque patient, comprenant les facteurs psychosociaux, peut s'avérer plus complexe. Étant un futur professionnel de santé, sportif, avec des connaissances sur les pathologies et les enjeux d'une bonne rééducation, qu'en est-il alors des patients sédentaires ? Des individus pour qui ces notions de santé ne sont pas familières, qui socialement non pas été investis par l'activité physique, qui n'ont jamais appris à bouger leur corps, l'écouter et savoir ce qui est bon pour lui ? Je ressens personnellement, en tant que futur professionnel de santé et en tant que patient, le besoin de recentrer également les choses autour de l'individu, et pas seulement sur une pathologie.

Je constate que la part belle n'est pas autant faite aux sphères psycho-sociales qu'à la biologique. Un exercice devrait avoir du sens pour un individu donné, pas pour une pathologie donnée, sans nier évidemment la réalité biologique. Dans un de ses rapports (Chaudri & World Health Organization, 2004) l'Organisation Mondiale de la Santé a conclu que « *augmenter l'efficacité des interventions sur l'observance aurait un plus grand impact sur la santé de la population que n'importe quelle amélioration des traitements médicaux* ».

Ma question de recherche est également alimentée par la société. D'une part avec le contexte de sédentarisation de plus en plus installé dans notre mode de vie contemporain. L'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS) indique dans son rapport que « *La proportion d'adultes (18 à 79 ans) ayant un niveau modéré (3-7h par jour assis ou allongé hors temps de sommeil) ou élevé (> 7h) de sédentarité est de 84%. Par ailleurs, 40% des adultes passent plus de 7 heures par jour assis ou allongé, hors temps de sommeil.* » (Larras, 2018). Ce constat est alarmant quand on sait que la sédentarité est la quatrième cause de mortalité dans le monde (*Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité, 2020*). Là où prendre du temps, ne serait-ce que 5 minutes pour prendre soin de son corps, représente une corvée pour certains. Il est étonnant de trouver plus socialement acceptable de prendre une pause cigarette qu'une pause étirements ou méditation. Pourtant, l'inactivité physique tue autant que le tabagisme et est responsable de plus de 5 millions de décès dans le monde (*Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité, 2020*). Une revue systématique et une méta-analyse (Antonio Garcia-Hermoso et al., 2023) de 3,3 millions de participants à travers 31 pays a rapporté que seulement 1 individu sur 5 (âgé de plus de 5ans) respecte les recommandations de l'OMS vis-à-vis de l'activité physique (activité aérobie et renforcement musculaire). Le sexe féminin, l'âge avancé, les niveaux d'éducation faibles/moyens, l'insuffisance pondérale ou l'obésité, et l'état

de santé autoévalué médiocre et modéré seraient associés à une plus faible adhésion à ces directives de santé.

D'autre part se pose la question d'un contexte socio-économique. Certains cabinets libéraux que j'ai intégrés se retrouvaient débordés, certains patients ne parvenant pas à être pris en soin et restant sur liste d'attente pour une durée indéterminée. Il y aurait-il, face à ce contexte clinique, des solutions pour désengorger les cabinets et permettre de prendre en soin des patients dans l'attente et le besoin ? Nous pourrions émettre l'hypothèse que mieux autonomiser le patient à réaliser ses exercices plus souvent le ferait progresser plus rapidement et réduirait donc le délai de sa rééducation ou encore les risque de récurrence ou de chronicisation. La rééducation est très souvent la résultante d'un manque de prévention. Nous avons aujourd'hui accès à de formidables outils de communication et d'échange : vidéos, applications mobiles, réseaux sociaux, etc. Il est envisageable qu'un jour ils deviennent un outil à part entière dans la pratique de la kinésithérapie. S'ils sont bien utilisés, ils pourraient apporter de nombreux bénéfices dans la lutte contre l'inobservance (Benhamou, 2018) : accessibilité, ludique, adaptable, personnalisable, mises à jours permanentes sachant que la demi-vie des recommandations en médecine est de 5 ans.

1.2 L'observance thérapeutique : définition en des termes évolutifs

Etymologiquement, le mot observance vient du latin « *observantia* », signifiant l'action d'observer, d'obéir à la règle religieuse.

En 1976, une première définition de l'observance thérapeutique est proposée. Il s'agit de « *l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes, ou de changements des habitudes de vie) d'un individu coïncident avec la prescription clinique* » (Sacket et Haynes, 1976). L'observance désigne donc le comportement du patient à respecter la prise médicamenteuse prescrite, mais également les autres dimensions du traitement. Dans cette conception, le patient a un statut de passivité et de soumission aux recommandations du professionnel de santé. Ce sont en effet les prescriptions médicales, les injonctions du professionnel de santé qui fixent le cadre de l'observance ou de la non-observance d'un patient réduit à son obéissance.

Le constat de cette relation unilatérale, autoritaire, de pouvoir entre celui qui ordonne et celui qui obéit, a amené d'autres auteurs à proposer une définition de l'observance qui donne

un autre rôle au patient. Les concepts de consentement, de confiance et de coopération se sont intégrés : « *La coopération est insuffisante si le patient, sciemment ou inconsciemment, modifie sur le plan qualitatif ou quantitatif la prescription reçue, compromettant ainsi le succès du traitement quand il ne le voue pas à un échec complet* » (Tauber, 1987). La confiance, basée sur une bonne communication entre le professionnel de santé et le patient va influencer l'observance, on parle d'alliance thérapeutique. En comparaison, la non-observance est vue comme « *deux personnes oeuvrant pour des buts différents* » (Funnell & Anderson, 2004). Le patient s'est vu attribuer une prise de pouvoir avec l'empowerment, lui permettant de devenir acteur de sa santé et d'effectuer des choix libres et éclairés en regard de sa prise en soin. Ce concept d'empowerment (Funnell & Anderson, 2004) renvoie à l'autonomisation du patient dans une approche collaborative. Bien que les professionnels de santé soient experts du soin, les patients eux sont experts de leur pathologie et de leur propre vie. Cette approche exige que les professionnels et les patients adoptent de nouveaux rôles. Plus que de prescrire un traitement, les professionnels de santé doivent aider les patients à prendre des décisions éclairées pour atteindre leurs objectifs et surmonter les obstacles grâce à l'éducation, aux recommandations de soins appropriés. En contrepartie, le rôle du patient est d'être un partenaire actif et un autogestionnaire de sa santé. Depuis, de nombreux auteurs privilégient le terme d'adhésion, ou *adherence* en anglais, à celui d'observance ou de *compliance*. Cette évolution a donné naissance en France à des avancées puisqu'en 2015 le collège de la Haute Autorité de santé a adopté la « *Démarche centrée sur le patient* » ayant pour vocation de s'appuyer sur cette relation de partenariat et de complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient (Haute Autorité de Santé, 2015).

En résumé, l'observance thérapeutique a connu une évolution dans sa compréhension et son application au fil du temps. La hiérarchisation et le paternalisme du professionnel de santé sur son patient a donné place à un modèle partenarial avec l'alliance thérapeutique. Le développement de la responsabilité et de l'autonomie du patient peut favoriser une meilleure adhésion au traitement proposé et ainsi une meilleure prise en soin. Cependant, l'observance reste encore aujourd'hui complexe à définir universellement. La définition actuelle du dictionnaire médical de l'Académie de Médecine présente des limites puisqu'elle ne semble pas prendre en considération l'évolution du rapport soignant soigné. En effet, elle définit l'observance comme « *la manière qu'a une personne de se conformer aux prescriptions médicales ou aux règles d'un programme thérapeutique* » (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2017), ramenant à l'idée du statut passif du patient et à l'étymologie originelle de se plier et obéir à la règle. Dans cette définition, l'inobservance renverrait uniquement à un problème de conformité assimilé au patient.

Enfin, la qualification d'un patient comme observant ou inobservant reste encore aujourd'hui implicite, et la limite entre les deux est souvent floue. De plus, ces définitions renvoient principalement au domaine médical. Il s'agira ainsi, à travers mon enquête, de déterminer l'état de l'observance appliquée au domaine de la kinésithérapie, vis-à-vis de la prescription d'auto-rééducation à domicile. Dans le cadre de notre étude, l'auto-rééducation se définit par toute pratique de la rééducation effectuée par le patient lui-même, en dehors des séances avec son thérapeute.

1.3 État des lieux de la littérature actuelle

La littérature apporte d'ailleurs peu de réponses approfondies sur ce sujet. Comme le conclut la revue *Médecine des maladies Métaboliques* (Benhamou, 2018), nous sommes à une époque où nous avons « *D'un côté, une littérature de plus en plus foisonnante, et une pléthore d'applications pour smartphone et d'objets connectés invitant le patient à la mesure de soi et à la promotion de comportements vertueux. D'un autre côté, un niveau de preuve encore modéré sur des indicateurs d'observance, ces derniers qui, de façon surprenante, ne sont souvent pas rapportés (ce qui suggère que la lutte contre la non-observance commence par la sensibilisation des professionnels de santé). On butte en particulier sur la compréhension des mécanismes conduisant à l'engagement du patient, et sur la durabilité de l'effet* ».

Pourtant, dans l'un de ses rapport (Chaudri & World Health Organization, 2004), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne qu'il s'agit d'un « *problème mondial d'une ampleur saisissante* », et que « *de nombreuses études montrent que l'observance de patients souffrant de maladies chroniques est en moyenne d'environ 50 % dans les pays développés* ». Les points importants à retenir de ce rapport de l'OMS sont les suivants : « *a) une mauvaise adhésion au traitement des maladies chroniques est un problème mondial d'une ampleur frappante ; b) l'impact d'une mauvaise observance augmente à mesure que le fardeau des maladies chroniques augmente, car dans le monde entier, il devrait dépasser 65 % en 2020; c) les conséquences d'une mauvaise observance des thérapies à long terme sont de mauvais résultats en matière de santé et une augmentation des coûts des soins de santé ; d) l'amélioration de l'observance améliore également la sécurité des patients ; e) l'observance est un modificateur important de l'efficacité du système de santé.* »

Une revue systématique (Essery et al., 2017) présente les facteurs influençant l'adhésion aux exercices à domicile : la motivation, les expériences antérieures à l'activité physique, et le soutien social.

Une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès de patients souffrant de lombalgie chronique rejoint ces arguments (Palazzo et al., 2016) . Le nombre d'exercices prescrits, leur répétitivité et leur complexité seraient des freins à l'adhésion au programme d'exercices à domicile. Les raisons tiendraient dans la peur de mal faire, de se faire mal ou par manque de temps. Les difficultés à communiquer avec le soignant, ou un exercice dont l'objectif n'est pas assimilé et compris sont aussi des barrières identifiées qui font écho à mes expériences de terrain. En effet dans la majorité des cabinets libéraux que j'ai investigué, les thérapeutes sont confrontés à un impératif de temps, à voir de nombreux patients dans la journée, et ils peuvent alors inconsciemment avoir tendance à banaliser leur discours sans l'adapter à leur interlocuteur qui, par pudeur, admettra rarement qu'il n'a pas compris. Vulgariser le vocabulaire scientifique, être pédagogue, peuvent être des compétences nécessaires à développer en tant que kinésithérapeute. Selon les patients interrogés par cette étude, l'observance pourrait être améliorée en rendant les programmes d'exercices plus attractifs, et en ayant le sentiment d'être plus soutenu par les soignants. Quel que soit l'outil proposé, les patients s'attendaient à ce que son utilisation soit apprise lors d'une séance supervisée et ses performances régulièrement vérifiées par les soignants.

Une autre revue (Jack et al., 2010) montre l'association d'une mauvaise observance à de faibles niveaux d'activité physique au départ, à la dépression, ou encore l'anxiété. La connaissance de ces facteurs peut éclairer les kinésithérapeutes sur les leviers motivationnels à tirer pour améliorer l'observance. En effet, une revue (Babatunde et al., 2017) a démontré qu'un environnement propice à l'autonomie et à la motivation se sont avérés être catalyseurs de l'alliance thérapeutique, signalant ainsi une amélioration de l'observance en kinésithérapie musculo-squelettique. Il existerait donc une certaine corrélation entre l'alliance thérapeutique et l'observance. Cependant, la revue conclut sur les limites et contradictions des connaissances actuelles de ce domaine, ce qui suggère de futures recherches sur l'alliance thérapeutique en réadaptation musculo-squelettique.

1.4 Problématique et hypothèse principale

C'est pourquoi j'ai souhaité travailler sur la question de recherche suivante :

L'observance des patients dans leur auto-rééducation à domicile, état des lieux et perspectives d'optimisation.

Face à cette problématique, mon hypothèse est que la non-observance thérapeutique est un phénomène fréquent et pour autant bien souvent sous-estimé et méconnu, et que nous devrions mieux la considérer pour améliorer nos pratiques, et optimiser la rééducation de nos patients. En regard de cette hypothèse, quels axes d'amélioration pouvons nous emprunter pour développer, améliorer les conditions de prescription, de communication et d'application de l'auto-rééducation ?

2. Méthode

2.1 Justification du choix de la méthode

Pour répondre à ceci, j'envisage d'employer la méthode expérimentale suivante. De la même façon que j'ai constaté et vécu cette problématique à travers les yeux du patient et du thérapeute, j'ai créé deux questionnaires, un à destination des kinésithérapeutes et l'autre à destination de leurs patients.

L'objectif de ces enquêtes sera dans un premier temps d'effectuer un état des lieux pour démontrer mon hypothèse. Il s'agira alors d'en détacher les facteurs qui influencent cette observance, pour savoir ensuite mieux les anticiper, les identifier, et en trouver des solutions pour améliorer l'état de l'observance de nos patients et les rendre acteurs de leur parcours de soin.

Pour le questionnaire des patients, il faudra d'abord comprendre les caractéristiques de la population répondant (âge, pathologie, expériences et rapports avec la kinésithérapie, etc.), avant d'en détacher des facteurs psycho-sociaux déterminants de leur implication. Pour cela il faudra mesurer le degré d'observance dans l'auto-rééducation, et en déceler les raisons

sous-jacentes afin de définir quelles sont les limites. Il sera intéressant de connaître leurs suggestions quant à une perspective d'amélioration de l'auto-rééducation, et leur avis sur l'intégration de nouvelles technologies.

De l'autre côté, pour le questionnaire des kinésithérapeutes il s'agira déjà de savoir comment ils considèrent l'auto-rééducation. À titre de comparaison, les *physiotherapist* dans les pays anglo-saxons sont des prescripteurs d'exercices, et considèrent ainsi ces derniers comme un outil thérapeutique à part entière. Les thématiques abordées questionnent sur le support de communication utilisé, la manière de contrôler l'observance de leurs patients, et les perspectives vis-à-vis de l'avenir et de l'intégration de nouvelles technologies dans nos pratiques. Le but est ainsi d'accumuler le maximum de conseils venant de différents kinésithérapeutes afin d'en ressortir les points forts à appliquer sur notre pratique professionnelle.

2.2 Description de la population

Les critères d'inclusion de la population de patients sont définis par la non restriction d'âge, outre la majorité, ou de pathologie précise afin d'avoir un large panel le plus représentatif de ce qu'il y a sur le terrain d'enquête. Ce questionnaire est alors à destination de toute personne majeure suivant ou ayant suivi une rééducation de kinésithérapie en cabinet, avec ou sans auto-rééducation en parallèle. Il ne s'agit donc pas d'exclure ceux qui ne prescrivent et ne pratiquent pas d'auto-rééducation, car il sera tout aussi important de les interroger pour en comprendre les raisons

Les critères d'inclusion de la population de kinésithérapeutes sont définis par l'obtention du diplôme d'État, et le lieu d'exercice en cabinet libéral. Ce questionnaire est alors à destination de tout kinésithérapeute diplômé d'État exerçant en cabinet libéral, et prescrivant ou non de l'auto-rééducation. Le parti pris de se limiter seulement à l'exercice libéral se justifie dans ma volonté d'être cohérent avec ma future pratique clinique, car pour moi ce mémoire et ces enquêtes sont l'opportunité de me faire réfléchir et évoluer professionnellement. De plus, l'exercice libéral se prête plus au suivi régulier des patients comparativement au milieu hospitalier.

2.3 Méthodologie d'élaboration du questionnaire

Les questionnaires ont été élaborés à l'aide d'un support de questionnaires sur internet nommé *Google Forms*. Cela me permettra ainsi de plus facilement obtenir un plus gros échantillon de réponses, et sera une aide à l'analyse lors du recueil des données.

Afin que les questionnaires soient les plus concis, logiques, et les moins contraignants possible, ils ont été confectionnés avec des paramétrages conditionnels. Cela signifie qu'en fonction de la réponse, l'algorithme renverra le répondant à une question suivante logique et cohérente, et évitera qu'il soit confronté à des questions qui ne le concernent pas, comparable à un arbre décisionnel.

Pour chaque questionnaire il y a 24 questions (18 obligatoires), dont 14 questions fermées et 10 questions ouvertes. Il a fallu trouver le juste équilibre entre questions fermées pour être concis, obtenir des données descriptives brutes et ne pas ennuyer le répondant; et les questions ouvertes pour obtenir des données qualitatives et inférentielles en laissant suffisamment de liberté d'expression pour comprendre certaines notions plus profondes. Ceci m'a alors permis de faire attention à éviter une imposition de problématique, c'est-à-dire à ne pas imposer de manière inconsciente une opinion en limitant les possibilités de réponse.

Les questions entre les deux questionnaires sont les mêmes afin d'être reproductif et pouvoir par la suite analyser et comparer les réponses en miroir.

Les questions s'enchaînent selon une suite logique de thématiques. Ils commencent par interroger sur les caractéristiques populationnelles socio-démographiques. Ensuite, la thématique de l'auto-rééducation est abordée, puis celle des facteurs influençant positivement ou négativement l'observance, puis celle du support de prescription et de communication, et en définitive celle de l'apport des nouvelles technologies.

En vigueur du respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), une attention a été prêtée afin d'informer et recueillir le consentement éclairé des participants, à respecter leurs droits « *informatique et libertés* » et ainsi qu'à rendre les données anonymes.

Vous trouverez en annexes le contenu complet des deux questionnaires :

- *Annexe 3 : Questionnaire pour les patients*
- *Annexe 4 : Questionnaire pour les Kinésithérapeutes*

2.4 Stratégie de diffusion et de recueil des données

En ce qui concerne la stratégie de diffusion, plusieurs démarches ont été entreprises.

Du côté des patients, mes réseaux sociaux personnels ainsi que ceux de mes proches ont été mis à contribution (*LinkedIn, Instagram, Facebook*). J'ai également fait marcher mes relations de proximité en prospectant des affiches avec *QR code* mises à disposition des adhérents en clubs de sport à Bourg-en-Bresse (*Annexe 1 : Affiche avec QR code distribuée en salles de sport*). Certaines personnes ont été sollicitées par du bouche à oreille au sein de mes réseaux de connaissances.

Du côté des kinésithérapeutes, j'ai premièrement contacté l'Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes qui a ainsi relayé les questionnaires sur son site internet. Mon questionnaire a été publié sur l'application « *Applnes* » se définissant comme « *première base de données de mémoires en France* ». Je suis allé au contact de plusieurs créateurs de contenu sur les réseaux sociaux, et un d'eux suivi par plus de 60 000 personnes m'a alors répondu en partageant mon questionnaire ce qui m'a donné beaucoup de visibilité. Je suis également allé directement sur le terrain en prospectant des affiches avec *QR code* dans divers cabinets libéraux et anciens lieux de stages à Lyon, Villeurbanne et Bourg-en-Bresse (*Annexe 2 : Affiche avec QR code distribuée aux kinésithérapeutes de cabinets libéraux*).

La phase de création des questionnaires s'étant achevée le 02/08/2023, ils ont été publiés le 03/09/2023 et ainsi diffusés pendant deux mois jusqu'à leur fermeture le 06/11/2023, une fois que mes échantillons de réponses obtenues étaient satisfaisants.

2.5 Analyse des données

Le stockage des données s'est opéré en ligne sur le serveur *Google Forms*. Celui-ci permet de stocker les données anonymement. Ces données ont par la suite été reportées directement sur le *Google Drive*. Cette plateforme a l'avantage d'assurer une sécurité de sauvegarde dématérialisée sur un cloud. Elle sort également un premier jet de résultats résumés avec des chiffres et des graphiques.

Parrallèlement j'ai aussi exporté les résultats sur des feuilles de calcul *Excel* pour pouvoir plus profondément exploiter les données en calculant avec des formules et en créant des graphiques et des tableaux.

Pour anticiper une potentielle perte de mes données, j'ai multiplié les supports de sauvegarde. D'abord matérielles sur ordinateur, clé usb, disque dur externe; puis dématérialisées sur les cloud *Google Drive* et *Microsoft One Drive*.

En conséquence, les analyses prévues de ces résultats seront descriptives. D'une part de façon quantitative plutôt sur les questions fermées fournissant des variables quantifiables, grâce à l'utilisation de tableurs, formules et calculette. D'autre part de façon qualitative avec des analyses d'énonciation sur les questions ouvertes, grâce à leur lecture et l'utilisation de logiciels analyseurs d'occurrence d'énonciations et de tableurs.

L'analyse prendra aussi une dimension inférentielle puisque nous veillerons à toujours comparer les deux groupes de population à travers les données obtenues dans chacune d'elles.

Nous prêterons également attention à la gestion des données manquantes ou des réponses considérées comme inappropriées., qui ferait un critère de non-inclusion à l'analyse.

3. Résultats

3.1 Population

Pour commencer, nous allons aborder l'analyse des données socio-démographiques de nos deux populations de répondants. Nous parlerons des patients dans un premier temps, puis nous étudierons dans un second temps les kinésithérapeutes. Nous veillerons à comparer les chiffres de nos échantillons de populations à ceux de la population globale française, afin de déterminer leurs taux de représentativité par la suite.

3.1.1 Patients

Le nombre de questionnaires reçus de la part des patients est de 165. Après vérification, tous ont été validés comme étant conformes et complets pour être inclus dans l'analyse.

a) Sexe

Tout d'abord, concernant le sexe-ratio, notre population de répondants comporte 108 femmes (65,5%) pour 57 hommes (34,5%). A titre de comparaison, l'estimation de la population française au 1er janvier 2023 fournies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee, 2023a) nous indique qu'il y a 51,6% de femmes pour 48,4% d'hommes. Ainsi, les femmes sont majoritaires dans notre population tout comme dans la population française. On constate en comparant ces données que nous avons un delta de 13,9% avec notre échantillon, dans le sens de la majoration pour les femmes, et de la minoration pour les hommes.

b) Âge

Pour ce qui est de l'âge de notre population de répondants, la moyenne d'âge est de 36,4 ans. Puisque le questionnaire est défini par tranches d'âges, l'âge moyen de la population a été calculé en attribuant à chaque tranche d'âge un âge qui correspond au milieu de la tranche. Ensuite à partir de ces âges, une moyenne pondérée par le nombre de patients dans chaque tranche d'âge a été calculée :

$$\frac{(21 \times 71) + (29,5 \times 21) + (42 \times 22) + (57 \times 48) + (72,5 \times 2) + (85 \times 1)}{165} = 36,4.$$

Selon les données de l'INSEE, l'âge moyen des Français en 2023 était de 42,4 ans. La moyenne d'âge de notre population est donc plus jeune de 6 ans.

La répartition à travers les tranches d'âges est la suivante :

- 18-24 ans : 71 (43%)
- 25-34 ans : 21 (12,7%)
- 35-49 ans : 22 (13,3%)
- 50-64 ans : 48 (29,1%)
- 65-80 ans : 2 (1,2%)
- Plus de 80 ans : 1 (0,6%)

Ces résultats nous permettent d'observer que le taux de participation est significativement différent entre les tranches d'âges. En effet, la tranche 18-24 ans est la plus importante, à elle seule elle représente 43% des réponses. S'en suit la tranche 50-64 ans représentant 29,1%, puis les tranches 25-34 ans et 35-49 ans statistiquement équivalentes autour de 13%. Enfin les tranches 65-80 ans et plus de 80 ans sont loin derrière avec seulement 1,8% toutes deux réunies. Ceci signifie que 98,2% ont moins de 65ans. Cette donnée est importante à souligner car elle nous indique que notre population est en très grande majorité en-dessous de l'âge de la retraite, nous avons ainsi affaire à une population d'adultes actifs.

Si nous combinons les deux variables du sexe et de l'âge à l'aide d'une formule conditionnelle (*Figure 1, partie « 1 Répartition des répondants en fonction du sexe et de la classe d'âges »*), on se rend compte que la majorité des répondants sont des femmes issues de la classe d'âge 18 - 24 ans. À elles seules, elles représentent 24,2% soit presque un quart de nos répondants.

c) Catégorie Socio-Professionnelle

La répartition des Catégories Socio-Professionnelles des répondants, basée sur la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles « PCS 2020 » (Insee, 2023b) est la suivante :

- Étudiants : 44 (26,7%)
- Agriculteurs exploitants : 0 (0%)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise : 4 (2,4%)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : 31 (18,8%)
- Professions intermédiaires : 20 (12,1%)
- Employés : 55 (33,3%)
- Ouvriers : 2 (1,2%)
- Retraités : 6 (3,6%)
- Sans activité professionnelle : 3 (1,8%)

Face à ces données, nous pouvons observer une proportion importante d'employés et d'étudiants, représentant 60% de l'effectif. Ensuite nous retrouvons les cadres et professions intellectuelles supérieures, et les professions intermédiaires pour un total de 30,9%. Enfin, les dix derniers pourcents se partagent par des minorités de retraités, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, personnes sans activité professionnelle, et ouvriers. On constate par ailleurs l'absence d'agriculteurs exploitants dans les répondants.

Si nous prenons les chiffres des catégories socio-professionnelles des français en 2021, parus dans l'ouvrage « *Emploi, chômage, revenus du travail* » (Insee, 2022), nous observons la répartition suivante :

- Agriculteurs exploitants : 1,5%
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise : 6,5%
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : 21,6%
- Professions intermédiaires : 24,7%
- Employés : 26,2%
- Ouvriers : 19,1%

Les catégories étudiants, retraités et sans activité professionnelle, que j'ai ajouté dans mon questionnaire, ne sont pas comparables car elles ne sont pas renseignées dans la PCS 2020. Cependant, par les chiffres que nous pouvons comparer, on observe des différences. Nous considérerons comme significatives les différences $\geq 5\%$.

Il y a presque deux fois plus de Professions intermédiaires (21,6%) en France que dans nos répondants (12,1%). On compte 26,2% d'employés en France contre 33,3% dans nos répondants. Enfin, il y a 19,1% d'ouvriers en France contre seulement 1,2% dans nos répondants.

Cependant, dans les similitudes nous avons des taux de cadres et professions intellectuelles supérieures similaires (21,6% en France et 18,8% dans nos répondants), ainsi que ceux des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (6,5% en France et 2,4% dans nos répondants). Enfin, pour les agriculteurs exploitants, même si la différence est minime, on dénote 1,5% d'agriculteurs exploitants en France alors qu'il n'y en a aucun dans nos répondants.

Vous pourrez retrouver la matérialisation de ces comparaisons sur la *Figure 1, partie « 2) Histogramme comparatif des pourcentages de répartition des Catégories Socio-Professionnelles entre la population de répondants et la population française »*.

d) Activité(s) sportive(s) et/ou loisir(s)

Parmi les 165 patients, 135 (81,8%) déclarent pratiquer une ou plusieurs activité(s) sportive(s) ou un ou plusieurs loisir(s), et 30 (18,2%) déclarent ne pas en pratiquer. La représentation graphique de ces chiffres est disponible sur la *Figure 1, partie « 3) Répartition de la pratique d'activité(s) sportive(s) et/ou de loisir(s) »*.

Selon l'ouvrage « *Les chiffres clés du sport 2023* » de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP, 2023), 72% des français déclarent pratiquer une activité sportive

au moins une fois par semaine en moyenne au cours des 12 derniers mois. Le taux de pratique de notre population de répondants est alors plus élevé de 10%.

Au sein des 135 patients pratiquant des activités sportives ou des loisirs, 105 ont spécifié lesquels et 30 n'ont pas répondu à cette question facultative. Les cinq activités sportives et les loisirs qui ressortent le plus parmi ces 105 réponses sont :

1. La musculation : 44 (41,9%)
2. La course à pied : 34 (32,4%)
3. La marche / randonnée : 29 (27,6%)
4. Le vélo : 19 (18,1%)
5. Le rugby : 13 (12,4%)

Moins fréquemment on retrouve, dans l'ordre décroissant, le CrossFit, la gymnastique, le yoga, le ski, fitness/zumba, la danse, la natation, le football, la boxe, l'équitation, le handball, le tennis, le volley, le golf, le triathlon, le basketball, le judo, le tennis de table, le padel, l'escalade. Apparue de manière singulière nous avons : l'art, le motocross, le roller, le parapente, la plongée, le pilâtes, l'aquagym, le karaté, le badminton.

Toujours selon le rapport de l'INJEP (INJEP, 2023), les cinq catégories d'activités sportives les plus pratiquées par les Français sont :

1. La course et la marche (47%)
2. Les activités de la forme et de gymnastique (26%)
3. Les sports de cycles ou motorisés (21%),
4. Les sports aquatiques et nautiques (19%)
5. Les sports de raquette (12%).

Nous retrouvons des similarités entre ces domaines sportifs et les activités sportives de nos résultats. Nous avons notamment des taux similaires entre la catégorie de la course et de la marche (47%) qui englobe dans nos résultats deux activités sportives différentes, qui additionnées donnent 60% et arrivent ainsi en tête de classement, tout comme la population française. Le vélo également gravite autour des 20% dans les deux populations comparées. La musculation, assimilable à la catégorie des activités de la forme et de gymnastique, demeure plus importante dans notre population (41,9% contre 26%). Les sports aquatiques et nautiques, et les sports de raquette, quant à eux, restent minoritaires dans notre population.

e) Stade(s) de rééducation

Pour rappel, les critères d'inclusion de la population de patients indiquaient qu'il était nécessaire d'avoir déjà suivi des séances de kinésithérapie dans sa vie, mais il n'y avait pas l'obligation d'en suivre au moment précis de sa participation au questionnaire. Cette question avait donc été paramétrée afin de pouvoir réaliser des choix multiples, correspondants aux différentes rééducation possiblement rencontrées dans la vie du patient. Ceci explique donc le nombre plus grand de réponses (194) que de répondants (165). En effet, nous retrouvons à travers le(s) stade(s) de rééducation dans le(s)quel(s) se situe ou se situait le patient :

- 54 (32,7%) se situent en aiguë (= rééducation pendant moins de 6 semaines).
- 64 (38,8%) se situent en subaiguë (= rééducation entre 6 semaines et 3 mois).
- 76 (46,1%) se situent en chronique (= rééducation de plus de 3 mois).

Ceci nous donne alors une moyenne de durée de rééducation à 10,99 semaines, soit 1,39 mois. La représentation graphique de ces résultats est disponible sur la *Figure 1, partie « 4) Répartition des stades de rééducation »*.

Les données socio-démographiques sont résumées dans l'organigramme suivant (*Figure 1*) :

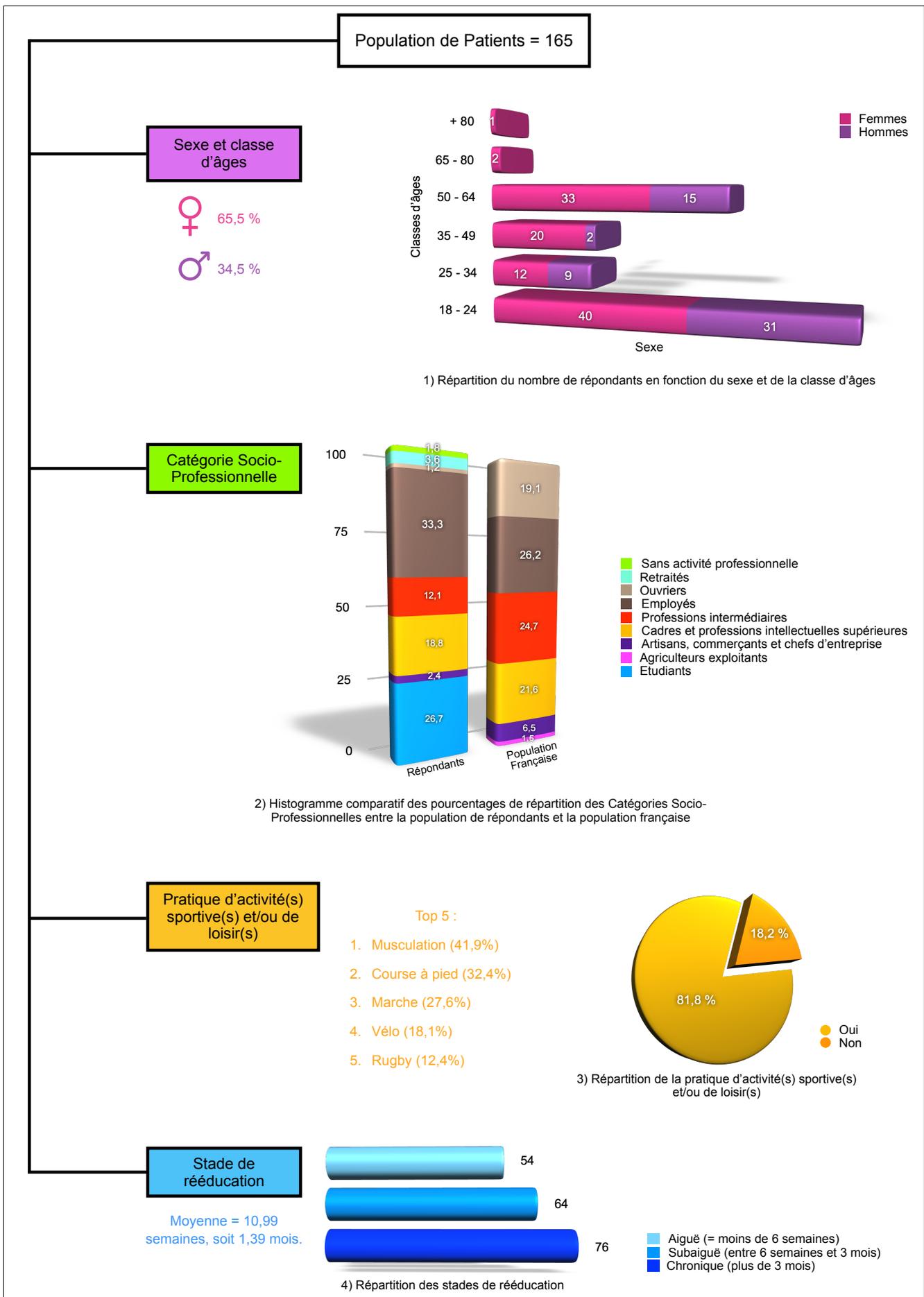


Figure 1 : Organigramme récapitulatif des données socio-démographiques de la population de patients

3.1.2 Kinésithérapeutes

Le nombre de questionnaires reçus de la part des kinésithérapeutes est de 107. Après vérification, tous ont été validés comme étant conformes et complets pour être inclus dans l'analyse.

a) Sexe

Tout d'abord, concernant le sexe-ratio, notre population de répondants comporte 66 femmes (61,7%) pour 41 hommes (38,3%). A titre de comparaison, selon le dernier rapport de l'observatoire de la démographie du conseil national de l'Ordre des masseurs kinésithérapeute (Ordre des masseurs kinésithérapeutes, 2022), 51,4 % des kinésithérapeutes libéraux ou en exercice mixte inscrits au tableau sont des femmes et 48,6 % des hommes. On constate alors en comparant ces données que nous avons un delta de 10,3% avec notre échantillon, dans le sens de la majoration pour les femmes, et de la minoration pour les hommes, à l'image de notre population de patients. Ainsi, les femmes sont majoritaires dans notre population tout comme dans la réalité de profession.

b) Années d'exercice

Pour ce qui est de l'ancienneté de notre population de répondants, la moyenne en années d'exercice de la kinésithérapie est de 6,89 ans. Puisque les années d'exercice ont été définies par tranches sur mon questionnaire, la durée moyenne a été calculée en attribuant à chaque tranche une année qui correspond au milieu de la tranche. Ensuite à partir de ces années, une moyenne pondérée par le nombre de kinésithérapeutes dans chaque tranche a été calculée :

$$\frac{(2,5 \times 74) + (10,5 \times 17) + (22,5 \times 15) + (36,5 \times 1)}{107} = 6,89.$$

La répartition à travers les tranches de nombre d'années d'exercice est la suivante :

- 0-5 ans : 74 (69,2%)
- 6-15 ans : 17 (15,9%)
- 16-29 ans : 25 (14%)
- 30 ans et plus : 1 (0,9%)

Ces résultats nous permettent d'observer que le taux de participation est significativement différent entre les différentes tranches. En effet, la tranche 0-5 ans est la plus importante, à elle seule elle représente 69,2% des réponses. S'en suivent les tranches 6-15 ans et 16-29 ans statistiquement équivalentes autour de 15%. Enfin la tranche 30 ans et plus est loin derrière avec seulement un répondant représentant 0,9%.

Dans les données du rapport démographique des kinésithérapeutes libéraux en France en 2022 de l'Ordre (Quesnot, 2023), nous n'avons pas celles des années d'exercice mais de l'âge des kinésithérapeutes. La moyenne d'âge est de 42 ans et la tranche d'âge 25-29 ans est la plus importante. En considérant que la majorité des kinésithérapeutes est diplômée à un âge jeune, on peut faire un lien avec la présence importante de la tranche 0-5 ans d'exercice dans notre population.

Si nous combinons les deux variables du sexe et des années d'exercice à l'aide d'une formule conditionnelle (*Figure 2, partie « 1) Répartition des répondants en fonction du sexe et des années d'exercice »*), on se rend compte que la majorité des répondants sont des femmes issues de la tranche 0-5 ans. À elles seules, elles représentent 45,8% soit presque la moitié de nos répondants. Le rapport démographique des kinésithérapeutes libéraux en France (Quesnot, 2023) nous indique que dans les tranches d'âges les plus jeunes, les femmes sont les plus représentées, témoin de la féminisation de la profession qui devrait encore s'amplifier dans les années futures. Dans la tranche d'âge des 25-29 ans elle représentent 56,4% de l'effectif. Ainsi, s'exprime une certaine logique que nous obtenions une grande part de répondantes dans la tranche 0-5 ans, reflet de la représentativité de la population de kinésithérapeutes libéraux en France.

c) Lieu d'exercice

La répartition du lieu d'exercice de notre population de 107 répondants est de l'ordre de 75 (70,1%) kinésithérapeutes exerçant en milieu urbain, tandis que 32 (29,9%) exercent en milieu rural. La représentation graphique de ces résultats est disponible sur la *Figure 2, partie « 2) Répartition du lieu d'exercice des kinésithérapeutes »*. Je n'ai pas trouvé de chiffres me permettant de comparer avec la proportion de kinésithérapeutes exerçant en milieu rural ou urbain sur le territoire français. Cependant, l'étude de l'offre de soin sur le territoire français à partir du rapport démographique des kinésithérapeutes libéraux en France (Quesnot, 2023) nous indique qu'il existe une disparité dans la répartition des professionnels en exercice. De plus, en analysant avec le logiciel « *Rézone Kiné* » de l'Assurance Maladie, nous observons

une forte concentration de kinésithérapeutes dans les grandes agglomérations avec des zones très dotées et sur-dotées, tandis qu'il y a une faible présence en milieu rural avec des zones sous-dotées voire très sous-dotées. Ce constat se reflète ainsi dans notre population de répondants avec des proportions inégales entre kinésithérapeutes en milieu rural et urbain. Cela fait écho à l'actualité avec les mesures de l'accord conventionnel entre la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) d'inciter à faire travailler les futurs néo-diplômés dans les zones sous-dotées, et nous prouve qu'il y a une volonté de compenser ce déséquilibre.

d) Activité(s) sportive(s) et/ou loisir(s)

Parmi les 107 kinésithérapeutes, 99 (92,5%) déclarent pratiquer une ou plusieurs activité(s) sportive(s) ou un ou plusieurs loisir(s), et 8 (7,5%) déclarent ne pas en pratiquer. La représentation graphique de ces résultats est disponible sur la *Figure 2, partie « 3) Répartition de la pratique d'activité(s) sportive(s) et/ou de loisir(s) »*. Il n'y a pas de données sur le taux de pratique sportive chez les kinésithérapeutes libéraux en France. Ainsi, nous reprendrons celles de la population française. Selon l'ouvrage « *Les chiffres clés du sport 2023* » de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP, 2023), 72% des français déclarent pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine en moyenne au cours des 12 derniers mois. Le taux de pratique de notre population de répondants kinésithérapeutes est alors plus élevé de 20,5%.

Au sein des 99 kinésithérapeutes pratiquant des activités sportives ou des loisirs, 91 ont spécifié lesquels et 8 n'ont pas répondu à cette question facultative. Les cinq activités sportives et les loisirs qui ressortent le plus parmi ces 91 réponses sont :

1. La course à pied : 43 (47,2%)
2. La musculation : 26 (28,6%)
3. Le vélo : 14 (15,4%)
4. L'escalade : 11 (12,1%)
5. La natation : 9 (9,9%)

Moins fréquemment on retrouve, dans l'ordre décroissant, le yoga, la danse, le rugby, la marche, le CrossFit, le football, le pilâtes, le triathlon, le fitness, le ski, les arts martiaux, l'équitation, la boxe, l'athlétisme, le badminton, le volley, le tennis.

Apparus de manière singulière nous avons : la musique, le scoutisme, le bricolage, le karaté, la pole danse, le motocross, le basketball, le judo, le surf, la force athlétique, le golf, le kayak, l'aqua bike et le water-polo.

Toujours selon le rapport de l'INJEP (INJEP, 2023), les cinq catégories d'activités sportives les plus pratiquées par les Français sont :

1. La course et la marche (47%)
2. Les activités de la forme et de gymnastique (26%)
3. Les sports de cycles ou motorisés (21%),
4. Les sports aquatiques et nautiques (19%)
5. Les sports de raquette (12%).

Nous retrouvons des similarités entre ces domaines sportifs et les activités sportives de nos résultats. Nous avons notamment presque exactement le même taux entre la catégorie de la course et de la marche (47%) des Français, et notre activité sportive numéro un chez nos kinésithérapeutes qu'est la course à pied (47,2%). La musculation ensuite, assimilable à la catégorie des activités de la forme et de gymnastique, a un pourcentage similaire (28,6% contre 26%). Le vélo comparé à la catégorie des sports de cycles est légèrement en-deçà mais reste proche (15,4% contre 21%). Les sports de raquettes, quant à eux, restent minoritaires dans notre population.

Les données socio-démographiques sont résumées dans l'organigramme suivant (*Figure 2*) :

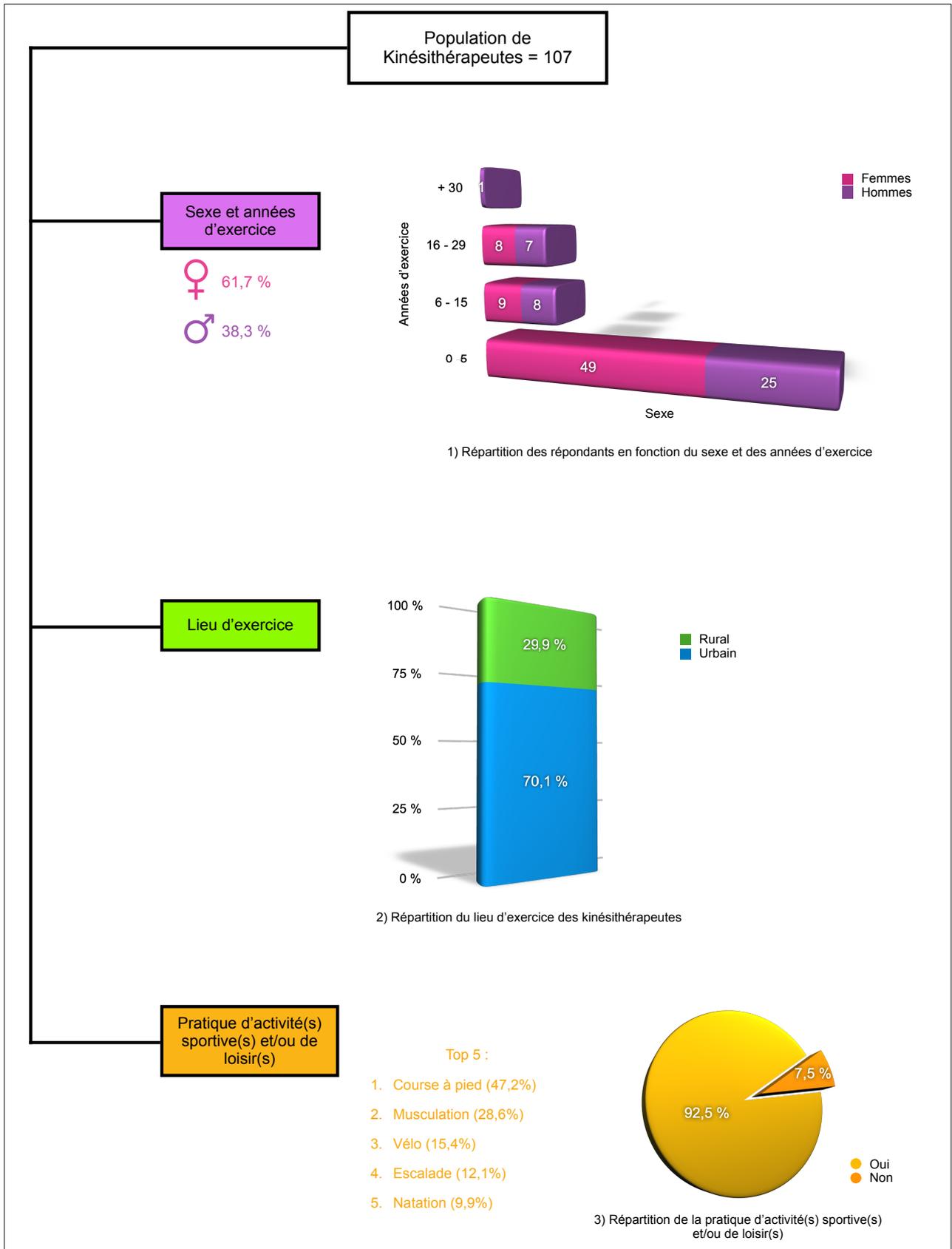


Figure 2 : Organigramme récapitulatif des données socio-démographiques de la population de kinésithérapeutes

3.2 Analyse descriptive et inférentielle

Dans cette partie, j'ai fait le choix méthodologique de vous présenter les résultats des deux questionnaires en miroir, afin de pouvoir directement avoir des données qui se croisent et éviter de perdre mon lecteur en me répétant. Cela permettra directement d'effectuer une analyse descriptive et inférentielle en comparant les données obtenues entre nos deux populations.

Ainsi, nous allons nous intéresser aux résultats des questions se rapportant plus concrètement à la question de recherche. La présentation des réponses s'effectuera dans le même ordre que les questions et thématiques prévues dans la méthode. Les résultats seront présentés sous la forme de variables quantitatives et qualitatives¹.

3.2.1 Thématique de l'auto-rééducation

Pour commencer, la première question demande si les séances au cabinet sont suffisantes pour évoluer dans la rééducation. Sur la totalité de l'effectif des patients, 51,5% trouvent que les séances au cabinet sont suffisantes et 48,5% trouvent que non. L'écart de 1,5% en faveur de la réponse « *oui* » est trop minime pour conclure d'un avis tranché sur la question pour les patients.

En parallèle, contrairement aux patients, l'avis est beaucoup plus tranché pour les kinésithérapeutes puisque 88,8% d'entre eux trouvent que les séances au cabinet ne sont pas suffisantes.

Nous pouvons déjà constater avec ce premier résultat que les visions et les attentes divergent entre les kinésithérapeutes et leurs patients.

Ensuite, j'ai justement cherché à connaître les représentations de ce qu'est l'auto-rééducation aux yeux du répondant, à travers une question ouverte lui demandant de définir ce concept selon ses propres mots.

Après analyse et tri, nous obtenons le nuage suivant (*Figure 3*) qui montre l'occurrence des mots les plus utilisés pour définir le concept d'auto-rééducation selon les patients.

¹ Utilisation du logiciel d'Intelligence Artificielle « *ChatGPT* » pour l'aide au triage et à l'analyse des données qualitatives.

La part de mots à connotations négatives est minime, mais n'est pas à négliger, et il s'agira de comprendre pourquoi chez ces répondants l'auto-rééducation représente quelque chose de contraignant.

En ce qui concerne les kinésithérapeutes, nous obtenons le nuage de mots suivant (Figure 4)

:

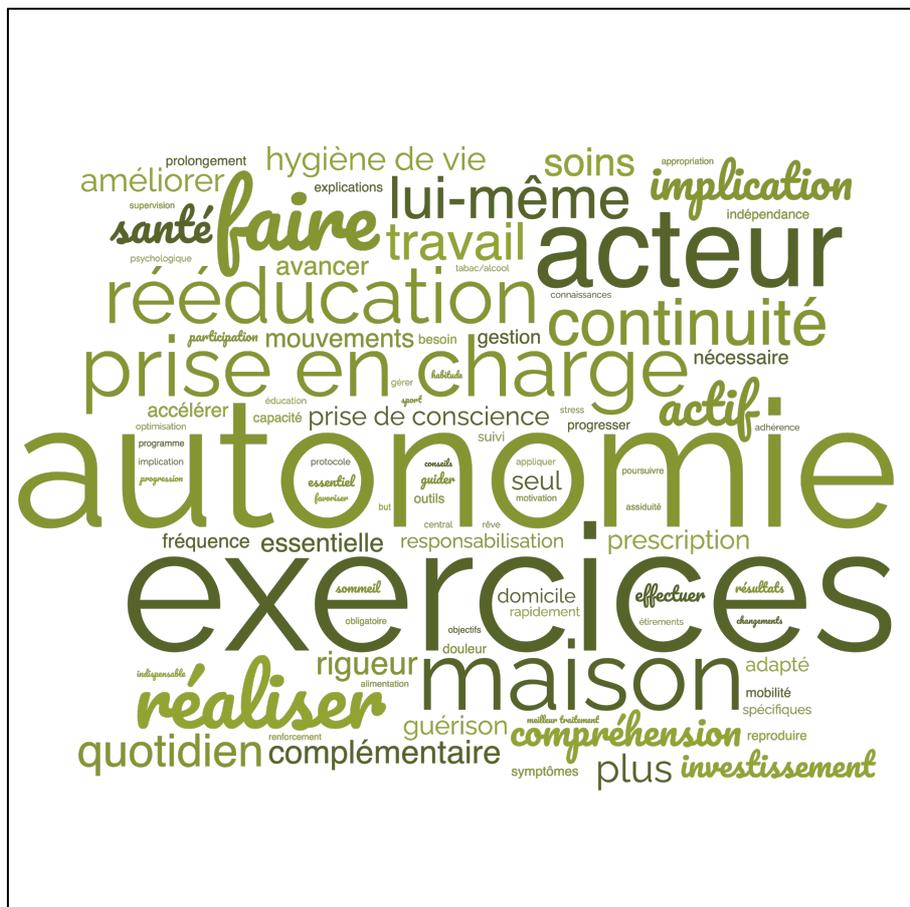


Figure 4 : Nuage de mots définissant l'auto-rééducation selon les kinésithérapeutes

Le mot le plus ressorti dans les définitions est « *autonomie* », suivi de très près, par « *exercices* ». Le terme central « *autonomie* » chez les kinésithérapeutes n'était que très peu fréquent chez les patients. Cependant les deux populations s'accordent sur le terme « *exercices* » qui est majeur. Ceux qui se détachent ensuite avec d'importantes occurrences sont : « *rééducation, acteur, maison, faire, prise en charge, réaliser, continuité, lui-même, actif, travail* ».

De la même manière que chez les patients, nous constatons que les mots employés appartiennent en grande majorité au champ lexical de l'action. Il y a donc une vision concordante avec les patients sur la notion de devoir passer à l'action.

En nous penchant sur la syntaxe des mots, et tout en prêtant attention au contexte dans lequel ils sont utilisés dans les phrases, nous observons une absence totale de mots à connotations négatives, et une unanimité de mots à connotations positives tels que « *autonomie, continuité, santé, soins, améliorer, investissement, rigueur, avancer, guérison, accélérer, indépendance, progresser, rapidement, résultats, favoriser, optimisation* ». Ces mots se rapportent également beaucoup à l'idée de l'effort.

Ainsi, si nous croisons nos deux listes de mots, nous pouvons en ressortir trois groupes (Tableau I) :

Tableau I : Termes communs et non-communs sur la thématique de l'auto-rééducation entre les deux populations de répondants

Termes en commun dans les deux populations (n=41)	Termes présents uniquement chez les patients (n=56)	Termes présents uniquement chez les kinésithérapeutes (n=48)
<p>« <i>exercices, faire, maison, rééducation, rapidement, complémentaire, plus, réaliser, mouvements, travail, domicile, effectuer, progresser, améliorer, autonomie, continuité, accélérer, sport, étirements, reproduire, rigueur, conseils, mobilité, quotidien, adapté, appliquer, but, poursuivre, protocole, santé, suivi, éducation, besoin, favoriser, hygiène de vie, implication, indispensable, programme, résultats, sommeil, supervision</i> ».</p>	<p>« <i>chez soi, seul(e), renforcement musculaire, régularité, pratiquer, refaire, douleurs, gestes, activité, apprendre, reprendre, contrainte, dur, habitudes, soigner, difficile, guérir, recommandations, vite, activité physique adaptée, automassages, consignes, gagner, maintenir, se connaître, souvent, accompagnement, accord, bien-être, diminuer, douce, désir, entraînement, entretenir, faciliter, glacer, jamais fait, limiter, mobilité/force/stabilité, moyen, optimiser, pas facile, pas évident, personnel, plein grès, postures, proprioception, respecter, retrouver, récupération, répétition, réussite, se motiver, soulager, à son rythme, évoluer</i> ».</p>	<p>« <i>acteur, prise en charge, lui-même actif, compréhension, soins, investissement, avancer, essentielle, guérison, prescription, prise de conscience, seul, fréquence, gestion, nécessaire, responsabilisation, capacité, douleur, essentiel, explications, guider, indépendance, outils, participation, prolongement, spécifiques, symptômes, adhérence, alimentation, appropriation, assiduité, central, changements, connaissances, gérer, habitude, meilleur traitement, motivation, objectifs, obligatoire, optimisation, progression, psychologique, renforcement, rêve, stress, tabac/alcool</i> ».</p>

Dans les similarités nous observons l'utilisation de termes communs (n=41). En effet, patients et kinésithérapeutes se rejoignent sur un champ lexical commun avec des valeurs comme celles de la mise en action, de l'investissement de soi, de la volonté de progression.

De l'autre côté nous comptabilisons un nombre plus important de termes différents (n=104).

Il y a donc des dissonances de représentations de ce qu'est l'auto-rééducation selon si nous sommes un patient ou un kinésithérapeute. Seuls les patients perçoivent et ressentent la difficulté, la contrainte, la nécessité de se motiver. Les kinésithérapeutes eux insistent sur la dimension de l'effort à fournir par le patient, de sa responsabilité, de devoir devenir acteur de

sa santé. Mais ces dissonances sont à prendre avec du recul car nous ne pouvons pas établir de lien de cause à effet vu que les kinésithérapeutes interrogés ne sont pas forcément ceux qui prennent en charge les patients interrogés, il s'agit là de deux populations distinctes sans lien d'interdépendance établi.

Pour continuer, 84,2% des patients affirment que leur kinésithérapeute leur prescrit des exercices d'auto-rééducation à réaliser chez eux. Parmi les 15,8% restants pour qui leur kinésithérapeute ne leur en prescrit pas, 80,8% d'entre eux ne savent pas pourquoi. Pour le reste ils déclarent : « *Parce que le suivi n'est pas optimum, et qu'il prend trop de patients à la fois* », « *je crois qu'il n'en prescrit à personne* », « *ça n'existait pas à l'époque* » ou encore « *il s'agit de kinésithérapie respiratoire et j'ai de quoi me drainer seul au cas où* ».

Malgré qu'on ne leur ait pas prescrit d'auto-rééducation, 61,5% d'entre eux pensent qu'ils amélioreraient leur progression s'ils en pratiquaient.

Chez ces patients n'ayant pas eu de prescription d'auto-rééducation, le questionnaire se terminait donc là. Les données qui suivront pour les patients représenteront donc 84,2% de nos répondants soit 139/165.

Chez les patients ayant eu des prescriptions d'auto-rééducation, 18% ne sont pas à l'aise à l'idée d'être laissés en autonomie, que ce soit chez eux mais aussi pendant les séances au cabinet.

Afin de nous donner une première estimation du degré d'observance, nous avons posé la question : « *Estimez-vous bien réaliser les exercices à domicile que votre kinésithérapeute vous prescrit ?* ». Voici ce que nous avons obtenu : 71,2% des patients estiment bien les réaliser, alors que près d'un tiers (28,8%) estime ne pas bien les réaliser.

Pour creuser un peu plus et quantifier ce degré d'observance, il leur a ensuite été demandé la proportion d'exercices réellement effectués par rapport à ceux prescrits. Il en ressort les résultats suivant (*Figure 5*) :

- 17,3% réalisent 100% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 46% réalisent 75% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 24,5% réalisent 50% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 10,8% réalisent 25% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 1,4% ne réalisent aucun exercice prescrit par leur kinésithérapeute.

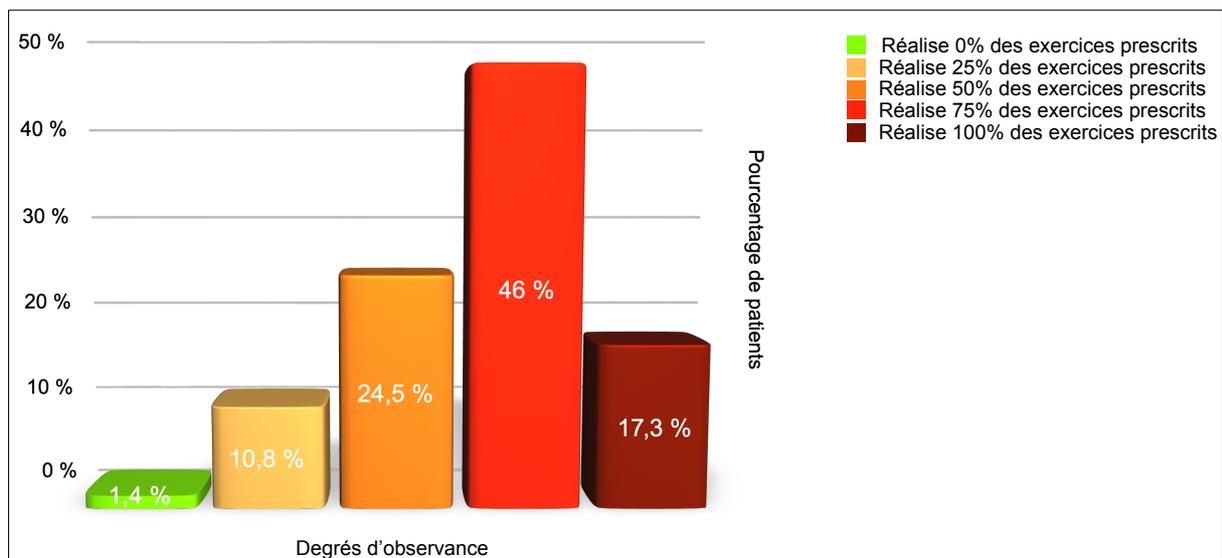


Figure 5 : Histogramme de l'estimation du degré d'observance des patients en fonction de la proportion d'exercices réalisés par rapport à ceux prescrits

Du côté des kinésithérapeutes, il a fallu premièrement savoir quelle place occupait l'auto-rééducation dans leur arsenal d'outils thérapeutiques. C'est ainsi que 97,2% considèrent l'auto-rééducation comme un outil thérapeutique à part entière et aussi légitime que les autres. Un répondant a précisé qu'il est « *même plus important* ». Seuls deux répondants (1,9%) ont répondu négativement.

Deuxièmement, la totalité de nos répondants (100%) atteste prescrire des exercices d'auto-rééducation à leurs patients.

Pourtant, ils ne se sentent pas tous à l'aise avec cette prescription. 88,8% se sentent à l'aise, 6,5% ne se sentent pas à l'aise, et 4,6% avouent que cela dépend du patient.

En outre, il s'agit de déterminer dans quel(s) objectif(s) les kinésithérapeutes prescrivent ces exercices. Les objectifs les plus fréquemment mentionnés, classés par ordre d'occurrence, sont :

1. **Autonomie des Patients** : le principe d'autonomisation ressort encore une fois en premier. Pour les kinésithérapeutes, il s'agit de rendre le patient acteur de sa rééducation, lui permettre de connaître son corps et gérer ses symptômes de manière autonome au quotidien.
2. **Amélioration de la douleur, de l'amplitude et de la force** : diminution de la douleur, augmentation de l'amplitude des mouvements, gain de force musculaire sont des objectifs fréquemment cités.

3. **Continuité des soins en dehors du cabinet** : l'encourager à s'impliquer en dehors des séances afin de poursuivre les efforts amorcés au cabinet, intégrer le mouvement dans le quotidien du patient.
4. **Accélération et efficacité de la rééducation** : selon les répondants, l'auto-rééducation permettrait d'améliorer la progression du patient plus rapidement et efficacement. Elle serait un catalyseur de l'efficacité du traitement.
5. **Prévention et maintenance** : l'auto-rééducation jouerait également un rôle de maintenance des progrès réalisés, et de prévention des récives. Elle réduirait la dépendance du patient aux séances de kinésithérapie.
6. **Alliance thérapeutique** : fixer des objectifs spécifiques à la pathologie et personnalisés aux facteurs psycho-sociaux du patient contribueraient à une meilleure alliance thérapeutique et une implication active du patient.
7. **Prise en charge globale de la santé** : outre la prise en soin de la pathologie, cela permettrait plus largement à améliorer la qualité de vie et sensibiliser le patient à des enjeux de santé publique avec de l'éducation à la santé.

En résumé, les kinésithérapeutes semblent mettre encore l'accent sur l'autonomisation du patient, l'amélioration de la gestion des symptômes, la continuité des soins en dehors du cabinet, et l'optimisation de la rééducation pour obtenir des résultats efficaces et durables.

Pour continuer, il a été important de savoir si, une fois l'auto-rééducation prescrite, les kinésithérapeutes contrôlaient qu'elle était bien appliquée par leurs patients. C'est ainsi que 97,2% des kinésithérapeutes expriment effectuer ce contrôle.

Après avoir analysé les réponses des kinésithérapeutes concernant le contrôle de l'auto-rééducation de leurs patients, plusieurs méthodes émergent. Les stratégies les plus utilisées sont :

1. **Questionnement et discussion** : poser des questions au patient sur la fréquence, la durée et la manière dont il réalise ses exercices. Discuter avec lui permet d'évaluer sa compréhension globale et déceler d'éventuelles fausses croyances.
2. **Demande de démonstration et observation de sa technique** : une grande majorité des kinésithérapeutes demandent à leur patient de montrer comment il effectue les exercices prescrits devant eux en début de séance. Ce contrôle visuel permet de vérifier la technique, les symptômes et corriger, adapter les exercices si besoin. Nombre de thérapeutes expliquent que si un patient ne fait pas son auto-rééducation, il ne pourra pas tricher car cela se verra sur l'exécution.
3. **Utilisation de vidéos** : demander au patient de s'enregistrer pendant qu'il effectue les exercices à domicile.

4. **Questionnement sur l'évolution de la pathologie** : questionner sur l'évolution de la pathologie, des symptômes, sur les effets ressentis et sur ce que les exercices lui apportent.
5. **Encourager à la transparence** : inciter le patient à avouer s'il n'a pas réalisé les exercices. Il est préférable que le patient soit honnête plutôt que de mentir pour faire plaisir à son thérapeute.
6. **Feuille de suivi ou journal de bord** : utiliser un support où les patients doivent cocher les jours où ils ont effectué les exercices.

En résumé, les kinésithérapeutes utilisent une combinaison de questionnements, d'observation, de démonstration et de supports de suivi pour contrôler l'application des exercices d'auto-rééducation par leurs patients.

3.2.2 Les facteurs influençant l'observance

a) Facteurs influençant positivement l'observance

En premier lieu, nous allons nous intéresser aux patients se définissant comme observants. Pour ce faire, un patient était considéré comme observant dans le paramétrage conditionnel du questionnaire, lorsqu'il répondait « *Oui* » à la question : « *Estimez-vous bien réaliser les exercices à domicile que votre kinésithérapeute vous prescrit ?* ». Dans l'objectif de comprendre ce qui détermine un patient à être observant, il lui a été demandé « *Qu'est-ce qui fait que ça fonctionne bien selon vous ?* ». L'analyse d'énonciation suggère alors plusieurs facteurs facilitateurs à l'observance de l'auto-rééducation chez les patients :

1. **Motivation et volonté personnelle** : pour illustrer ceci nous pouvons citer « *L'envie de régler le problème* », « *La volonté personnelle de vouloir suivre le programme pour soigner la pathologie* », « *L'envie de récupérer le plus vite la mobilité* », « *La volonté d'accélérer la guérison* », « *Mon envie d'aller mieux* », « *La motivation à retrouver un meilleur état le plus vite possible* ».
2. **Compréhension et bonne communication avec son Kinésithérapeute** : « *Les bonnes explications du praticien* », « *Le fait de le faire également en séance* », « *La démonstration donnée par le professionnel* », « *Les vidéos fournies par mon kiné afin de suivre les exercices* », « *Programme précis, test des exercices ensemble et correction des mouvements si besoin* », « *L'écoute attentive du kiné et le fait que ses exercices soient bien ciblés pour notre pathologie* », « *Lorsque les exercices sont bien*

expliqués par le thérapeute », « *Implication tout d'abord du patient mais aussi du kiné avec des exercices bien expliqués et montrés et des debriefs des séances d'auto-rééducation lorsque le patient vient au cabinet* ».

3. **Relation de confiance avec son Kinésithérapeute** : « *Responsabilisation et confiance en son kiné* », « *Si le thérapeute nous donne les outils pour réaliser la rééducation nous-même et correctement sans nous mettre en danger* », « *Les bonnes relations avec ma kiné et la confiance que j'ai en elle* ».
4. **Avoir de bonnes connaissances personnelles** : « *Les connaissances en sport, musculation et renforcement* », « *Connaissance de l'anatomie* », « *Être étudiant en kinésithérapie* », « *Mes connaissances et ma curiosité* ».
5. **La simplicité des exercices** : l'unanimité semble se faire sur ce principe : « *Des exercices simples* », « *Exercices simples à exécuter* », « *Une routine courte et simple de 5 exercices, sans équipement* », « *Les mouvements à faire sont toujours les mêmes et sont simples* », « *Gestes faciles* ».
6. **La régularité** : « *La régularité* », « *Répétition régulière des exercices* », « *Habitudes* », « *Faire les exercices au quotidien* », « *Suivre les consignes sérieusement* », « *L'assiduité* ».
7. **Sentir une évolution positive et une réduction de ses symptômes** : « *Diminution des signes/symptômes, améliorations de la qualité de vie* », « *Les résultats que cela donne et la diminution des douleurs* », « *Réduction de la douleur* », « *moins de douleurs et donc, des résultats* ».

En résumé, la motivation personnelle, la compréhension et la simplicité des exercices, la communication et la confiance avec son kinésithérapeute, les connaissances personnelles, la régularité, l'évolution positive des symptômes semblent être des éléments déterminant positivement l'observance des patients dans leur auto-rééducation.

En parallèle, dans l'objectif de comprendre ce qui détermine à rendre son patient observant, il a été demandé au kinésithérapeute quelles informations et méthodes sont selon lui efficaces, et quels principes sont à suivre pour assurer la compréhension du patient et stimuler sa motivation. Les réponses des kinésithérapeutes mettent en évidence plusieurs facteurs influençant positivement l'observance des patients dans le cadre de l'auto-rééducation :

1. **Éducation : compréhension de sa pathologie, de l'utilité de l'auto-rééducation et de son rôle actif à jouer** : il paraît tout d'abord crucial d'expliquer au patient sa pathologie de manière claire pour qu'il comprenne l'objectif des exercices proposés :

« Surtout lui faire comprendre qu'il est acteur de sa rééducation et lui expliquer sa pathologie pour qu'il la comprenne, ainsi que le but des exercices proposés », « Il faut que le patient comprenne l'objectif et l'intention derrière l'exercice », « L'explication de pourquoi je lui propose ces exercices et pourquoi ils pourraient être bénéfiques pour sa santé physique mais aussi mentale », « Éducation thérapeutique, il faut comprendre pour adhérer ». Ils rappellent également l'importance fondamentale de rendre le patient acteur de sa rééducation : « Je lui explique que mon travail représentera qu'un léger pourcentage de sa rééducation, que je suis le professeur mais il est l'acteur principal de sa rééducation », « L'inclure au maximum dans son traitement ».

2. **Explication des exercices** : les kinésithérapeutes soulignent l'importance d'expliquer chaque exercice, son intérêt, et les effets attendus. Certains recommandent même d'effectuer les exercices avec le patient pour une meilleure compréhension.
3. **La simplicité des exercices** : l'unanimité se dégage sur le fait de ne pas donner trop d'exercices. La simplicité et la faisabilité des exercices sont privilégiées pour encourager la participation : « Peu d'exercices, consignes simples », « Ne pas en donner trop à la fois », « Exercices simples à reproduire seul, peu nombreux ».
4. **Fixation d'objectifs** : les kinésithérapeutes suggèrent de fixer des objectifs clairs avec le patient, pour maintenir une motivation constante : « Fixer des objectifs et évaluer les progrès pour maintenir le niveau de motivation », « Faire prendre conscience de la nécessité et du temps à investir », « Objectifs clairement expliqués et compris par le patient ». Il s'agit aussi de déterminer le niveau de volonté du patient sous forme d'entretien motivationnel, ce qui permet d'adapter les exercices en conséquence.
5. **Utilisation d'outils** : certains mentionnent l'utilisation d'applications ou de supports visuels (vidéos, images) pour aider le patient à suivre les exercices correctement : « Noter sur un papier pour éviter l'oubli », « Filmer le patient en commentant l'exécution pour qu'il ait une référence en dehors du cabinet ».
6. **La régularité** : insister sur la régularité des exercices, les rendre simples à intégrer dans leur routine quotidienne.
7. **Communication efficace** : utiliser une communication adaptée, factuelle, et remettre en question les fausses croyances du patient sont également cités.
8. **Réévaluation fréquente** : certains kinésithérapeutes soulignent l'importance de réévaluer régulièrement les exercices et d'ajuster le programme en fonction des progrès du patient : « Faire évoluer les exercices pour lui montrer la progression », « Réévaluation fréquente, faire un calendrier si possible, bilancer les progressions par rapport aux objectifs qui ont du sens ».

En résumé, la clé semble résider dans une communication claire, une éducation du patient sur sa pathologie, des objectifs définis, des exercices simples et adaptés, une implication active du patient, et un suivi régulier.

En croisant les réponses des patients et des thérapeutes, nous pouvons constater que la majorité des facteurs influençant positivement l'observance sont les mêmes. En effet, cela semble plutôt résider dans l'éducation, la communication, la simplicité des exercices, la régularité, la sensation d'évoluer. Les patients soulignent pour eux l'importance d'une bonne relation de confiance et sentir que leur pathologie ou leurs symptômes évoluent. Leur motivation et leurs connaissances semblent aussi être des catalyseurs d'une bonne observance. Les kinésithérapeutes ajoutent à cela la fixation d'objectifs, la réévaluation fréquente et l'utilisation d'outils de prescription et/ou de communication. Ainsi, ces principes semblent unanimement nécessaires à respecter si l'on souhaite obtenir une observance satisfaisante.

b) Facteurs influençant négativement l'observance

En second lieu, nous allons nous intéresser aux patients se définissant comme inobservants. Pour ce faire, un patient était considéré comme inobservant dans le paramétrage conditionnel du questionnaire, lorsqu'il répondait « *Non* » à la question : « *Estimez-vous bien réaliser les exercices à domicile que votre kinésithérapeute vous prescrit ?* ». Dans l'objectif de comprendre ce qui freine un patient à être observant, il a été demandé d'expliquer les raisons de ses difficultés dans son auto-rééducation. L'analyse d'énonciation fait ressortir plusieurs obstacles, voici les principales difficultés rencontrées :

1. **Manque de soutien et de correction par le Kinésithérapeute** : « *Pas de correction des exercices* », « *Manque de soutien* », « *Temps et positions non rectifiés* ».
2. **Manque de rigueur** : « *Manque de discipline et de motivation* », « *Difficultés à être rigoureux en dehors d'un cadre structuré comme une séance* », « *Manque de volonté* », « *Manque d'envie* », « *Manque d'assiduité* », « *Négligence* », « *Procrastination* ».
3. **Peur de mal faire** : « *Difficultés à bien évaluer mon positionnement* », « *Peur de mal faire le geste* », « *Impression de mal faire le geste, diminuant ainsi les bénéfiques* », « *Appréhension de ne pas réaliser la rééducation correctement sans contrôle professionnel* », « *Besoin de contrôle professionnel sur les mouvements* », « *Manque de dextérité des gestes* ».

4. **Peur de se faire mal** : « *Interruption de l'exercice en cas de douleur* », « *Arrêt de l'exercice lorsque cela fait mal* », « *Appréhension de réveiller des douleurs importantes* ».
5. **Oubli des exercices** : « *Oubli de certains exercices* », « *Difficulté à mémoriser les exercices* ».
6. **Manque de temps** : « *Manque de temps* », « *Temps insuffisant pour effectuer les exercices* ».

En résumé, les principales barrières à l'observance selon les patients semblent être liées au manque de soutien et de correction de leur kinésithérapeute, à un manque de rigueur, à une peur de mal faire ou de se faire mal, à la difficulté à retenir les exercices prescrits et au manque de temps.

Pour faire suite, il leur a été demandé s'ils avaient déjà parlé à leur thérapeute de ces difficultés éprouvées. 50% déclarent en avoir parlé, ont sollicité de l'aide ou des conseils, et certains ont mentionné que leur kinésithérapeute les encourageait à communiquer sur leurs difficultés. Cependant, l'autre moitié n'en a jamais parlé. Les raisons principales évoquées sont la gêne ou l'embarras comme obstacle à la communication avec leur kinésithérapeute. Certains ont mentionné que la pratique courante des cabinets rencontrés ne favorisait pas la discussion. D'autres ont même choisi de poursuivre la rééducation en totale autonomie, car les séances en cabinet ne répondaient pas à leurs besoins : « *D'un rendez-vous à l'autre il fallait que je me présente de nouveau et explique mon cas une nouvelle fois pour qu'il entame la séance. De plus les séances ne duraient pas plus de 10 minutes. J'ai donc opté pour une rééducation en totale autonomie* ».

En parallèle, dans l'objectif de comprendre ce qui freine un kinésithérapeute à rendre ses patients observants, il a été demandé s'il y avait certains patients pour lesquels il ne parvenait pas à prescrire et faire appliquer l'auto-rééducation, et pour quelles raisons. C'est ainsi que 74,8% avouent ne pas prescrire pour certains patients. Les principales raisons pour lesquelles ils choisissent de ne pas prescrire ou rencontrent des difficultés à faire appliquer l'auto-rééducation chez certains patients sont les suivantes :

1. **Manque de motivation et d'engagement du patient** : Manque de volonté, refus clair du patient de participer à l'auto-rééducation : « *Pas d'envie du patient ou aucun intérêt dans la rééducation* », « *N'en voient pas l'utilité* », « *Quand ils disent qu'ils n'ont pas le temps, pas la motivation* », « *Car ils sont déjà réticents à faire les exercices au cabinet* ».

Certains patients déclarent dès le début qu'ils n'effectueront pas les exercices, même après explications de leur utilité : « *J'ai clairement des patients qui me disent ne pas vouloir et même si je leur explique pourquoi et s'ils essayaient, ils refusent* », « *Le patient me dit clairement qu'il ne les fera pas ou qu'il n'a pas le temps* ».

2. **Difficultés cognitives** : « *Troubles cognitifs, de la mémoire, incapacité à mémoriser les exercices* », « *Difficulté à mémoriser ou difficulté dans l'exécution* », « *Incapacité à s'en rappeler* ».
3. **Difficultés à établir une alliance thérapeutique** : problèmes de communication, divergence d'attentes sur la prise en soin, manque d'adhésion du patient aux recommandations : « *Pas en adéquation avec leurs attentes donc pas d'alliance thérapeutique malgré discussion après plusieurs séances* ».
4. **Défaut de supervision** : certains estiment que les patients ne feront pas les exercices correctement à domicile s'ils ne sont pas sous le contrôle de leur thérapeute : « *Incapacité de refaire les exercices correctement* », « *Pas certain qu'ils soient effectués de façon correcte à la maison* », « *Je sais qu'ils le feront mal* ».
5. **Croyances et attitudes limitantes du patient** : « *Pense que ça ne sert à rien, ne voit pas l'intérêt* », « *fausses croyances* ». Réticence du patient à changer ses habitudes : « *Certains ne veulent rien entendre car ils ont l'habitude de faire comme ça* ».
6. **En fonction de pathologies** : « *Patient venant pour du DLM* », « *Post-chirurgie* », « *Post-fracture* », « *Phase hyper-algique* », « *Terrain très inflammatoire* », « *Kinésiophobie* », « *Pathologie nécessitant du repos absolu* », « *Troubles psychologiques* », « *Dépression* ».
7. **Selon le contexte personnel** : « *Trop âgé* », « *Manque de temps* », « *Quand leur quotidien est trop chargé* », « *Patient dépendant* », « *Craintes liées à la douleur* », « *autonomie insuffisante* », « *patients avec lesquels j'ai perdu la motivation* », « *peine perdue* ». À l'inverse certains patients sont déjà suffisamment actifs avec leur métier ou leurs activités sportives et n'en ont pas besoin.
8. **Expérience professionnelle du Kinésithérapeute** : d'après l'expérience de certains, les patients chroniques ou habitués à d'autres approches ne sont pas réceptifs. Un certain nombre de kinésithérapeutes (12%) affirment savoir, sans raison particulière, quand un patient ne fera pas son auto-rééducation : « *Je sais qu'ils ne feront jamais les exercices* », « *Je sais qu'ils ne les feront pas* », « *Je sais qu'ils ne feront rien* », « *Je sais pertinemment qu'ils ne les feront pas* », etc.
D'autres attendent de voir si le patient s'investit ou que la relation de confiance s'établisse avant de prescrire des exercices à domicile.

Ces motifs reflètent une diversité de raisons, soulignant la complexité de la relation entre le kinésithérapeute et le patient dans le processus de prescription et d'application de l'auto-rééducation.

En croisant les réponses des patients et des thérapeutes, nous pouvons constater encore une fois que la majorité des facteurs influençant négativement l'observance sont les mêmes. En effet, cela semble plutôt résider dans les caractéristiques motivationnelles, cognitives et contextuelles du patient. Le thérapeute est moins souvent remis en cause mais nous pouvons citer un défaut de soutien et de communication, ou encore la complexité des exercices prescrits. Les kinésithérapeutes ajoutent que cela dépend de la pathologie ou de croyances limitantes de leur patient. Ainsi, ces principes semblent unanimement nécessaires à éviter ou à considérer si l'on souhaite limiter l'inobservance.

c) Facteurs psycho-sociaux du patient

En dernier lieu, nous allons nous intéresser à savoir si les facteurs psycho-sociaux du patient peuvent également influencer son observance. De cette façon, 92,5% des kinésithérapeutes constatent des disparités d'observance selon les facteurs psycho-sociaux de leur patient. Pour illustrer ceci, voici les facteurs psycho-sociaux influençant l'observance les plus souvent ressortis :

1. **Âge** : les patients plus âgés ont tendance à être moins assidus dans l'auto-rééducation. Certains présentent des fausses croyances sur les bénéfices des exercices et *« sont essentiellement à la recherche de soins de confort »* car *« ils pensent que ce n'est plus de leur âge de bouger ou que c'est trop tard »*. Les adolescents et les jeunes enfants aussi seront en difficulté s'il n'y a pas de soutien parental derrière.
2. **Activité physique** : les patients sportifs sont généralement plus assidus. En revanche, les personnes sédentaires ont plus de mal : *« Selon l'activité physique de base du patient, l'exercice peut être une contrainte et non un moyen d'aller mieux »*.
3. **Contexte social** : la classe sociale influence la perception des exercices, avec une tendance à la moins bonne observance chez les catégories sociales basses : *« Lorsque le contexte éducatif familial et la classe sociale sont bas il y a une tendance à refuser de faire des exercices par rébellion à ce qu'ils voient comme étant des devoirs qui les saoulent »*.

D'autre part, les personnes ayant des responsabilités professionnelles ou familiales importantes, ont souvent du mal à trouver du temps : *« Ceux qui n'ont pas d'aide à la*

maison et donc pas de temps pour soi », « Les femmes avec des enfants en bas âge », « Les patients qui travaillent beaucoup donnent bcp l'excuse de l'absence de temps dans la semaine même si l'exercice prend 5 min à réaliser », « Les personnes travaillant avec des horaires variables ont aussi plus de mal à les réaliser, par difficulté d'organisation d'un jour à l'autre (pas de routine) ».

Ou encore il y a ceux qui ne veulent volontairement pas guérir trop vite comme les *« arrêts de travail qu'ils souhaitent prolonger (proche de la retraite notamment) ».*

- 4. Croyances et représentations** : les croyances personnelles, culturelles, religieuses et sociétales jouent un rôle majeur. Certains patients pensent que la guérison relève uniquement du professionnel de santé, donnant des croyances erronées sur l'utilité des exercices : *« culturellement parlant, le kiné est parfois plutôt associé au massage, à la détente et pas du tout à l'exercice, au mouvement, ce qui crée une réticence voir même un effet nocebo vis à vis de l'exercice », « Les patients avec des croyances du type "je vais me faire soigner par quelqu'un"/qui n'ont pas de conscience que ce sont avant tout eux qui sont les acteurs principaux de leur soins ».* Il y a aussi une influence environnementale avec des *« fausses croyances véhiculées par des proches ou par le corps médical ».*

Les dogmes sociétaux jouent sur les croyances *« Les personnes qui ont été stigmatisées (personnes en surpoids généralement) sur leur manque de capacité physique à l'école sont peu volontaires pour faire des exercices et ont besoin de beaucoup plus d'encouragements. Certaines femmes qui ont eu un stéréotype de la femme mauvaise en sport sont aussi plus difficile à convaincre ».*

- 5. Rapport au corps** : les problèmes liés à l'image corporelle peuvent entraver la réalisation correcte des exercices. *« L'image du corps et ce qu'on lui fait subir. J'ai un travail physique je ne vois pas pourquoi je vais encore devoir donner de ma personne chez le kiné alors que j'ai trimé, je viens me faire du bien chez le kiné et je consomme du passif ».* À l'opposé, les patients avec une bonne conscience corporelle seront favorisés.
- 6. Charge mentale** : les patients avec une charge mentale quotidienne importante ont souvent du mal à intégrer l'auto-rééducation dans leur routine : *« si la vie quotidienne est déjà physiquement et/ou psychologiquement épuisante (travail, problème financiers, personnels...) ».*
- 7. Expériences antérieures en kinésithérapie** : les précédentes expériences en kinésithérapie influencent sur la perception et les attentes. D'un côté un patient n'ayant jusqu'ici reçu que des soins passifs aura cette vision-là de la kinésithérapie. De l'autre côté les patients ayant eu des résultats positifs avec la thérapie active seront généralement plus motivés.

La représentation financière de la kinésithérapie va aussi faire varier l'observance :
« *un soin sans tiers payant amènera + d'observance que si le soin est perçu comme gratuit par le patient* ».

8. **Barrière de la langue** : la barrière linguistique peut constituer un obstacle à la compréhension des exercices prescrits.
9. **Contexte psychologique** : les patients présentant des troubles psychologiques tels que la dépression ont tendance à être moins observants. La kinésiophobie, le catastrophisme et l'anxiété impactent également l'observance.

À travers les témoignages des kinésithérapeutes, nous comprenons finalement que chaque patient est unique, il est un tout composé des sphères bio-psycho-sociales disparates et complexes. Son observance dépend ainsi de nombreux facteurs individuels tels que la motivation intrinsèque, les attentes, la compréhension des bénéfices à devenir proactif, etc. En conclusion, au vu de l'influence que peuvent avoir les facteurs psycho-sociaux, sa considération et sa compréhension sont primordiales pour adapter les recommandations d'auto-rééducation en kinésithérapie et améliorer l'observance des patients. Il est crucial de prendre en compte la diversité des profils et d'adapter les stratégies en conséquence.

Ci-dessous, un tableau (*Tableau II*) récapitulant les facteurs influençant l'observance :

Tableau II : Tableau récapitulatif des facteurs influençant positivement ou négativement l'observance des patients en auto-rééducation

	+	-
Commun aux deux populations	<ul style="list-style-type: none"> ● L'éducation ● La communication ● La simplicité des exercices ● La régularité ● La sensation d'évoluer 	<ul style="list-style-type: none"> ● Difficultés cognitives ● Manque de motivation, d'engagement et de rigueur du patient ● Fond et forme de la prescription : exercices trop nombreux, complexes et peu adaptés
D'après les patients	<ul style="list-style-type: none"> ● Motivation et volonté personnelle ● Relation de confiance avec son Kinésithérapeute ● Avoir de bonnes connaissances personnelles ● Sentir une évolution positive et une réduction de ses symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Manque de soutien, de correction et de communication par le Kinésithérapeute ● Peur de mal faire ● Peur de se faire mal ● Manque de temps
D'après les kinésithérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> ● Fixation d'objectifs ● Utilisation d'outils de prescription et/ou de communication ● Réévaluation fréquente 	<ul style="list-style-type: none"> ● Difficultés à établir une alliance thérapeutique ● Défaut de supervision ● Croyances et attitudes limitantes du patient ● Selon les pathologies
<p>Selon les facteurs psycho-sociaux du patient : âge, activité physique, contexte social, psychologique, croyances et représentations, rapport au corps, charge mentale, expériences antérieures avec la kinésithérapie ou le corps médical, etc.</p>		

3.2.3 Le support de prescription et de communication

Parmi les stratégies à adopter en auto-rééducation, il y a l'utilisation de supports de communication entre le kinésithérapeute et son patient. En effet, nous avons vu précédemment que l'alliance thérapeutique, la communication et l'utilisations d'outils étaient vues par nos deux populations comme des facteurs influençant positivement l'observance. Premièrement, dans le classement des supports de communication les plus utilisés, nous avons :

1. Consignes orales (35,6% d'occurrences)
2. Support papier (28,3%)
3. Vidéos (15,8%)
4. Photos (8,1%)
5. Support papier et consignes orales (5,7%)
6. Schémas/dessins (4%)
7. Applications (*Physitrack, Axomove, etc.*) (2,4%)

Ces données ont été obtenues en comptant le nombre d'occurrences de chaque type de support en combinant les réponses des patients et celles des kinésithérapeutes. Les consignes orales, le support papier et les vidéos demeurent les trois méthodes les plus couramment utilisées.

Secondement, le support utilisé semble pertinent et adapté pour 77% des patients. Chez les 23% restants, voici quelques exemples de justifications :

- *« J'oublie les consignes sans support visuel »*
- *« Manque de visuel qui permettrait de bien réaliser les consignes »*
- *« Un support papier écrit aurait été un plus »*
- *« Ne pas pouvoir revisualiser les exercices à domicile est pour moi un problème »*
- *« Des instructions orales à la volée sont insuffisantes et abstraites »*
- *« Manque de détails, un support aurait été plus motivant avec un nom des mouvements à effectuer ou des images »*
- *« Manque un suivi et contrôle au cours des séances quotidiennes en auto-rééducation »*

Au contraire des précédents résultats, ces justifications ne sont pas classées par ordre d'occurrences. En effet, chaque explication était unique au patient car conditionnée par la question précédente du support utilisé. Ces témoignages suggèrent donc des préférences et

des besoins spécifiques des patients, et soulignent l'importance d'une approche personnalisée pour répondre aux différents styles d'apprentissage et de compréhension. Fait intéressant, les patients dénoncent la dimension trop abstraite des consignes orales alors qu'il s'agit du support le plus utilisé. Suggérant le besoin de quelque chose de plus concret, la majorité déclare avoir besoin d'un support plus visuel, permettant de mieux se rappeler des consignes, d'avoir une meilleure exécution. Certains ajoutent qu'un feedback de leur thérapeute serait un avantage. Un répondant déclare « *Aujourd'hui beaucoup de supports existent, il faut en profiter* ».

En conséquence, au sein de ces patients en difficulté avec le support qui leur est proposé, 93,9% estiment que leur observance se verrait augmentée s'il était adapté à leurs besoins. Nous pouvons alors en déduire qu'un support de communication personnalisé, qui les considère, contribuerait à améliorer leur implication.

Finalement, il a fallu savoir si en parallèle les kinésithérapeutes prenaient en compte ces différences de besoins à travers les patients. C'est ainsi que 75,7% expriment varier leurs outils de communication selon le profil de leur patient, et 24,3% ne le font pas.

3.2.4 L'apport des nouvelles technologies

Au regard de l'évolution de notre société et en perspectives de l'avenir de nos pratiques en kinésithérapie, j'ai voulu m'intéresser à la thématique des nouvelles technologies.

Tout d'abord, il s'agissait de récolter l'avis des deux populations quant à l'intégration en kinésithérapie d'outils technologiques (applications, réseaux sociaux...) permettant la prescription et la communication d'auto-rééducation. D'un côté, pour les patients nous retrouvons les résultats suivants :

- Pas favorable : 5%
- Peu favorable : 2,9%
- Neutre : 16,5%
- Favorables : 18,7%
- Très favorables : 56,8%

De l'autre côté, pour les kinésithérapeutes nous obtenons :

- Pas favorable : 5,6%
- Peu favorable : 3,7%
- Neutre : 16,8%
- Favorables : 32,7%
- Très favorables : 41,1%

On constate ainsi que les majorités de patients (75,5%) et de kinésithérapeutes (73,8%) sont favorables à une potentielle intégration d'outils technologies pour l'auto-rééducation, même si certains restent réticents ou ne prononcent pas d'opinion.

Ensuite, j'ai voulu dépister les besoins essentiels en demandant les caractéristiques que cet outil technologique devrait prendre en compte. Parmi les options à choix multiples que j'avais proposé nous retrouvons chez les patients :

- Ludique, facile d'utilisation : 77%
- Personnalisé à vos besoins du moment : 68,3%
- Vous notifie pour vous rappeler d'effectuer vos exercices : 51,8%
- Possibilité de communiquer avec son kinésithérapeute, pouvoir laisser un avis à la fin de la séance sur ce qui a été compliqué, douloureux, etc. : 70,5%
- Contenant une FAQ (= rubrique qui regroupe les réponses aux questions les plus fréquemment posées) qui répondrait à vos interrogations : 25,2%

De l'autre côté chez les kinésithérapeutes :

- Ludique, facile d'utilisation : 87,9%
- Personnalisable pour chaque patient (vis-à-vis de son profil, ses besoins...) : 93,5%
- Vous notifie lorsque votre patient a bien réalisé sa séance : 22,4%
- Possibilité de communiquer avec son patient, avoir son feedback concernant ce qui a été compliqué, douloureux, etc. : 58,9%
- Contenant une banque d'exercices : 65,4%

Avec la possibilité d'ajouter ses propres réponses, nous avons obtenu quelques propositions supplémentaires :

- « *La rémunération* »
- « *Que cela soit un gain et pas une perte de temps pour les praticiens, et aussi reconnu en termes financiers car cela demande du temps* »

- « Il y a déjà des applications qui existent mais payantes et on a déjà suffisamment de charges à payer »
- « Possibilité d'ajouter de nouveaux exercices à la banque d'exercices déjà présente »
- « Sécurisation des données personnelles »
- « Que ça reste confidentiel et entièrement géré par le kiné »

Nous dénotons à travers ces réponses, que les besoins principaux pour les deux populations sont d'avoir une interface facile à utiliser et personnalisable selon les besoins des patients, de pouvoir communiquer. Les kinésithérapeutes soulignent l'utilité d'une banque d'exercices, la sécurisation des données, et la nécessité de pouvoir être rémunérés en retour.

3.2.5 Suggestions et témoignages supplémentaires des répondants

Pour terminer cette enquête, j'ai laissé la possibilité aux répondants de s'exprimer sur quelque suggestion pour que les kinésithérapeutes améliorent leur pratique professionnelle dans la prescription d'auto-rééducation.

Les témoignages des patients ont traversé diverses thématiques :

- **Importance de la relation avec leur kinésithérapeute (communication, accompagnement, motivation) :**
 - « De motiver ses patients pour les exercices et les féliciter car cela aide énormément »
 - « Prendre le temps avec le patient et être à l'écoute »
 - « Mettre en confiance le patient et valoriser ses progrès »
 - « Plus de dialogue »
 - « Prendre le temps d'en parler au patient, inculquer une discipline dans la réalisation des exercices, et communiquer une motivation suffisante pour que le patient fasse ses exercices correctement »
 - « Au début, l'auto-rééducation se fait assez facilement à condition d'être motivée. Au fil du temps la motivation s'estompe et les exercices sont moins suivis. Rien ne vaut la présence du kiné à ses côtés »
 - « Mon kiné était ponctuel et passait la majorité de la séance avec moi à me faire travailler et me laissait 1/3 du temps de la séance en autonomie. Il passait très souvent voir comment ça allait et variait les exercices. Nous étions peu nombreux (deux ou trois

patients max). L'ambiance était conviviale et il était très présent. Il expliquait bien le processus de rééducation et donnait de bons conseils. Un super kiné ! »

- « Motiver et faire un bilan entre les séances pour voir si on faisait bien les exos et l'évolution qu'il y a »

- « Donner une fiche de suivi (matérielle ou immatérielle, papier ou sur internet/application) avec les exercices à réaliser, le nombre de répétitions etc... afin de motiver le patient, car quand j'étais suivi par un kiné, celui-ci me disait « tu referas cet exo chez toi, puis celui-là... » sans vraiment insister dessus, donc le poser à l'écrit permet déjà au patient, je pense, de rendre cela plus concret, cela permettrait d'insister davantage sur l'importance de la rééducation à effectuer chez soi (souvent sous-estimée chez le patient je pense) ».

- **Avoir un suivi personnalisé, à distance :**

- « Mettre en place auprès des patients des plages horaires de séances collectives de coaching selon les pathologies (en live et en visio) ou en mettant à disposition des séances enregistrées pour ceux qui souhaitent travailler seul. Comme les séances de sport sur les réseaux. Très belle initiative et beau métier. Bonne continuation »

- « Mettre en place des programmes personnalisés, quand, comment bien les réaliser »

- « Avoir un suivi en visio »

- « Proposer des exercices avec support vidéo pour ceux qui ne sont pas du milieu »

- « Qu'il y ait un suivi et une progression avec des objectifs à atteindre et on change d'exercice quand les objectifs du premier exercice sont atteints. (genre une appli avec pour un cas (une pathologie) des exercices à faire et si j'y arrive je passe à l'exercice d'après) »

- « Peut-être avoir une échelle de progression dans le temps (douleur, amplitude, mobilité) ou présenter les divers protocoles possibles si jamais les premiers soins ne marchaient pas »

- « Éventuellement envisager des vidéos, mettant en avant les bonnes postures et des explications sur les points où intervient l'exercice »

- « Cela ne doit pas remplacer les séances Kiné mais assurer la continuité et permettre de multiplier les séances »

- « Il faut continuer à développer ce versant afin de rendre les patients plus autonomes et plus impliqués. Attention cependant à ne pas oublier que tout le monde n'est pas forcément à l'aise avec les outils et supports numériques »

- **État des lieux du contexte des cabinets libéraux et nécessité de revalorisation de la profession :**

- « Il serait bon aussi que la profession soit revalorisée »

- « *Trouver un kiné relève du miracle, un kiné qui utilise un support jamais vu. Peut-être la nouvelle génération car il ne faut pas que ça coûte* »

- « *Le seul bémol que je constate chez mon kinésithérapeute c'est qu'il reçoit parfois plusieurs patients en même temps et qu'il n'est pas uniquement focus sur moi lors de la séance (30 min environ)* »

- « *Un accompagnement encore plus "personnalisé" en cabinet. Parfois c'est compliqué quand il a 3 patients à la fois ... je pense que ça pourrait être plus efficace s'il était vraiment focalisé sur un ou deux max à la fois* »

- « *Je serai plutôt favorable à ce que mon kiné passe plus de temps avec moi plutôt que de me donner des exercices en autonomie* »

De l'autre côté, les témoignages des kinésithérapeutes rejoignent les patients sur des thématiques communes :

- **Importance de la relation avec leur patient :**

- « *Acquérir la confiance du patient afin d'être sûr que les exercices soient réalisés* »

- « *Donner la parole au patient* »

- « *Améliorer sa communication et gérer l'entretien motivationnel* »

- « *Être meilleur en communication et en écoute, ne pas imposer* »

- « *Expliquer l'objectif et l'intérêt des exercices au patient* »

- « *La rééducation commence par l'écoute des attentes du patient afin d'ensuite mieux le rendre responsable de sa guérison* »

- « *Sensibiliser sur les exercices que l'on voit sur les réseaux ne sont pas forcément adaptés à leur pathologie* »

- « *Écouter et connaître le patient* »

- « *La communication est la part la plus importante pour que le patient comprenne comment améliorer sa problématique, qu'il se sente écouté et ainsi comprendre que les exercices sont totalement en lien avec ses objectifs* »

- « *Écouter ce que souhaite le patient : s'il ne veut qu'un ou deux exercices, ou plusieurs pour pouvoir varier* »

- « *Ne pas hésiter à montrer des vidéos, des photos pour expliquer, de manière ludique et assez libre pour les autonomiser* »

- « *Écouter le patient, déconstruire les croyances et bcp d'éducation sur les pathologies et l'intérêt des exercices* »

- **Fournir un suivi personnalisé, à distance :**

- « Ne pas donner de recettes de cuisine !!!! Chaque auto-rééducation doit être adaptée en fonction de chaque patient et pas seulement en fonction du diagnostic médical »

- « Un bilan et une séance de visu avec les patients me semble encore nécessaire, ensuite si le patient est capable d'autonomie pourquoi pas du virtuel, mais revoir de visu son thérapeute toutes les 2/3 semaines me paraît essentiel. Je suis de toute façon contre des séances pluri hebdomadaires sauf si catastrophisme du patient et besoin d'être rassuré 1 ou 2 semaines après chirurgie par exemple »

- « Ne pas trop voir son patient, moins le voir l'autonomisera davantage »

- « Augmenter les chances qu'ils réalisent de l'auto-rééducation via l'écrit et/ou une photo de cet écrit est primordial. Dans l'idéal une application serait superbe, j'ai déjà travaillé avec cela. Le souci que ça comporte c'est qu'il faudrait du temps pour faire un programme puis l'envoyer et si nous le faisons directement devant le patient en lui montrant cela n'est pas très respectueux à mon sens »

- **État des lieux du contexte des cabinets libéraux et nécessité de revalorisation de la profession :**

- « Attention à ne pas réaliser un temps de surveillance en dehors des séances qui ne sera pas rémunéré. Tous les métiers/professions se sont fait léser par le temps travaillé numérique en dehors des horaires de travail. Un travail de qualité exige une rémunération en conséquence et un cadre d'activité vivable incluant la déconnexion au travail »

Les kinésithérapeutes ont également souligné d'autres points qui leur paraissent importants :

- **Le besoin de se former :**

- « On sait ce qu'il faut prescrire. Mais on ne sait pas comment prescrire, donc on a souvent une observance déplorable. Il s'agit à mon sens plus d'un problème de communication que d'un problème de support ou d'outil technologique. Des applis et de supers contenus vidéos existent déjà. En revanche nous ne sommes pas de bons « vendeurs » d'auto-rééducation. Peut-être se former en entretien motivationnel ? »

- « Être formé en entretien motivationnel »

- « Se former »

- « Formation à l'entretien motivationnel »

- « Se former +++ en techniques, en entretien motivationnel et sur la douleur »

- « Traiter et prendre en compte le BPS au début, ça influe trop sur l'observance et malheureusement on n'est pas formés sur ça »

- **Perspectives d'évolution de la profession :**

- « Elle est déjà, selon moi, au top. La jeune génération avec les major mouvement, training thérapie etc. accélère les choses sur la rééducation à distance, la vulgarisation de la rééducation etc. Ça prend du temps mais c'est l'avenir de la kiné »

4. Discussion

Dans cette partie, nous allons mettre en lumière l'analyse des résultats principaux en les confrontant aux hypothèses énoncées en introduction, à la littérature existante ainsi qu'à mes expériences personnelles antérieures. Nous discuterons également des limites de cette enquête ainsi que des potentiels biais méthodologiques. Enfin, nous aborderons les perspectives qui se sont ouvertes à la suite de cette investigation.

4.1 Résultats principaux mis en perspective avec l'hypothèse initiale, la littérature et les conséquences cliniques

Dans cette section, nous allons discuter des résultats principaux que j'ai choisi de retenir. Ces trois résultats principaux, en relation directe avec la thématique de ma question de recherche, sont :

- Le degré d'observance.
- Les facteurs influençant positivement l'observance.
- Les facteurs influençant négativement l'observance.

Nous partirons des arguments exposés en introduction que sont mes hypothèses, la littérature, et les expériences personnelles ; et essaierons de comparer les différences et similarités avec les principaux résultats.

4.1.1 Résultats confrontés à l'hypothèse principale

De prime abord, notre hypothèse principale suggérait que l'inobservance était un phénomène fréquent. Pour matérialiser ceci, nous pouvons mettre en perspectives cet

argument avec plusieurs résultats d'enquête. Pour rappel, les premières données obtenues sur le degré d'observance des patients indiquaient que 71,2% d'entre eux s'estimaient bien réaliser les exercices à domicile que leur prescrivait leur kinésithérapeute, alors que près d'un tiers (28,8%) estimait ne pas bien les réaliser. Cette première estimation du degré d'observance, auto déclaré par les patients, nous fait constater que presque un tiers d'entre eux éprouve des difficultés à être observant. D'autre part, pour creuser un peu plus et quantifier ce degré d'observance, nos résultats indiquaient :

- 17,3% réalisent 100% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 46% réalisent 75% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 24,5% réalisent 50% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 10,8% réalisent 25% des exercices prescrits par leur kinésithérapeute.
- 1,4% ne réalisent aucun exercice prescrit par leur kinésithérapeute.

Si nous considérons qu'un patient est inobservant lorsqu'il ne réalise pas l'intégralité des exercices prescrits par son thérapeute, alors nous observons un taux d'inobservance de 82,7% au sein de notre enquête, ce qui est considérable. Comme toute donnée exposée dans nos résultats, ce chiffre est à prendre avec du recul. En effet, tout dépend du point à partir duquel nous définissons l'inobservance. Par exemple, si nous définissons l'inobservance à partir du moment où le patient réalise $\leq 50\%$ des exercices prescrits, on se retrouve avec 36,7% de patients inobservants, ce qui reste tout de même remarquable. De plus, le problème n'est pas attribuable qu'au patient, il peut provenir de diverses origines. Comme nous l'avons vu précédemment, cela dépend de nombreux facteurs comme la quantité et la qualité de la prescription du kinésithérapeute, de sa communication, de l'alliance thérapeutique créée avec son patient, etc. Nous ne pouvons donc pas certifier d'un lien de cause à effet réel entre le comportement d'inobservance et la part d'auto-rééducation effectuée par rapport à celle prescrite par le kinésithérapeute. Effectivement, il serait inapproprié de qualifier un patient d'inobservant simplement parce qu'il n'a pas réalisé 100% des exercices prescrits. Il est possible qu'il ait fourni des efforts, mais divers facteurs contextuels ou psychosociaux l'ont empêché d'atteindre cet objectif. Cela souligne l'importance de prendre en compte en permanence le contexte psycho-social du patient.

Les résultats principaux obtenus sur le degré d'observance soutiennent donc mon hypothèse, mais restent à nuancer.

Ensuite, mon hypothèse soutenait l'idée que l'inobservance était un phénomène sous-estimé et méconnu. Pour illustrer cela, nous pouvons mettre en relation cet argument avec les résultats de l'enquête sur la considération du kinésithérapeute à vérifier la bonne mise en place de l'auto-rééducation. Il se trouve alors que les kinésithérapeutes s'avèrent bien conscients des potentielles difficultés que leurs patients peuvent rencontrer dans la réalisation de leur auto-rééducation. Effectivement, ils sont 97,2% à contrôler si les exercices ont bien été effectués. Ainsi, au contraire de ce que je pouvais penser dans mon hypothèse, les kinésithérapeutes semblent être bien conscients du phénomène d'inobservance.

En résumé, en confrontant nos hypothèses avec les résultats principaux traitant de la notion d'observance, nous pouvons d'abord affirmer que l'observance est un phénomène réel et fréquent. Nous constatons effectivement que les patients éprouvent des difficultés à mener à bien leur auto-rééducation pleinement. Près d'un tiers (28,8%) pense ne pas bien réaliser les exercices, et la majorité (82,7%) ne parvient pas à tout faire. Pourtant, en parallèle, le phénomène d'inobservance est considéré puisque les kinésithérapeutes semblent conscients de ces difficultés, et 97,2% déclarent contrôler la bonne mise en place de l'auto-rééducation. Enfin, l'inobservance découlerait d'une multitude de facteurs bio-psycho-sociaux provenant du patient, mais aussi d'influences environnementales et relationnelles avec son thérapeute.

4.1.2 Résultats confrontés à la littérature

En second lieu, nous allons mettre en relation les résultats obtenus dans notre enquête avec ceux préalablement présentés à travers la littérature en introduction.

Premièrement, nos résultats ont permis de mettre en évidence plus concrètement ce qu'est l'observance en kinésithérapie, en apportant des données concrètes. En effet, nous avons pu donner une estimation chiffrée de la part de patients observants dans leur auto-rééducation. Pour rappel, en considérant qu'un patient est observant lorsqu'il réalise l'intégralité des exercices prescrits par son thérapeute, alors nous obtenions un taux de 17,3% de patients observants, et donc de 82,7% de patients inobservants. La revue *Médecine des maladies Métaboliques*, déclarait qu'il persiste à notre époque « un niveau de preuve encore modéré sur des indicateurs d'observance, ces derniers qui, de façon surprenante, ne sont souvent pas rapportés ». La démarche même de notre enquête de terrain était justement de pouvoir établir une estimation chiffrée du degré d'observance. Ainsi, mes résultats permettent de compléter les problématiques identifiées dans cette revue.

Notre enquête a aussi permis d'obtenir des indicateurs concrets et de déceler les mécanismes sous-jacents qui influencent l'engagement du patient. La revue *Médecine des maladies Métaboliques* (Benhamou, 2018) faisait le constat suivant : « On butte en particulier sur la compréhension des mécanismes conduisant à l'engagement du patient, et sur la durabilité de l'effet ». Nos résultats permettent donc de pallier à ces difficultés constatées car nous pouvons maintenant savoir ce qui favorise l'engagement du patient. Pour rappel, la majorité des facteurs influençant positivement l'observance résident dans : une bonne alliance thérapeutique (éducation, communication), la motivation, la simplicité des exercices, la régularité, la sensation d'évoluer dans la rééducation. Les patients soulignent pour eux l'importance d'une bonne relation de confiance et de sentir que leur pathologie et leurs symptômes évoluent. Avoir de bonnes connaissances sur le corps humain et la santé, et pratiquer une activité physique semblent aussi être des catalyseurs d'une bonne observance. Les kinésithérapeutes ajoutent à cela l'importance de fixer des objectifs, de réévaluer fréquemment et d'utiliser des outils de prescription et/ou de communication. Ainsi, ces principes semblent unanimement nécessaires à respecter si l'on souhaite obtenir une observance satisfaisante.

Une revue systématique (Essery et al., 2017) présentait les facteurs influençant l'adhésion aux exercices à domicile : la motivation, les expériences antérieures à l'activité physique, et le soutien social. Nous retrouvons des similitudes avec nos résultats puisque ces facteurs sont présents. Cependant, nos résultats vont plus loin car ils distinguent ce qui influence positivement de ce qui influence négativement l'adhésion aux exercices à domicile.

Une revue (Babatunde et al., 2017) a démontré qu'un environnement propice à l'autonomie et à la motivation se sont avérés être catalyseurs de l'alliance thérapeutique, signalant ainsi une amélioration de l'observance en kinésithérapie musculo-squelettique. Face à ce postulat, j'avais émis l'hypothèse d'une corrélation entre alliance thérapeutique et observance. Les résultats de mon enquête semblent confirmer cette hypothèse au regard de l'importance déclarée maintes fois par les patients et les thérapeutes de créer une bonne relation de confiance pour une rééducation optimale.

En parallèle, nous avons également identifié les facteurs influençant négativement l'observance. Cela semble plutôt résider dans trois familles de facteurs : les caractéristiques motivationnelles, cognitives et contextuelles du patient. Pour illustrer ceci nous pouvons citer :

- Caractéristiques motivationnelles : le manque de rigueur, de discipline, de motivation, voire refus clair du patient de participer à l'auto-rééducation. La peur de mal faire ou de se faire mal. Les croyances et attitudes limitantes.
- Caractéristiques cognitives : difficultés à retenir les exercices prescrits ou à les exécuter correctement. Incompréhensions quant à l'intérêt et l'objectif des exercices prescrits. Incapacité à être autonome sans supervision du thérapeute. Négligence à prendre activement sa santé en main malgré les explications du kinésithérapeute.
- Caractéristiques contextuelles : dépend de la pathologie. Contexte psychologique, professionnel, familial. Le manque de temps.

Le fond et la forme même de la prescription d'auto-rééducation peut freiner l'adhésion du patient lorsque les exercices sont trop nombreux, trop complexes et peu adaptés.

Enfin, la relation soignant-soigné influence aussi négativement l'observance lorsque des difficultés à établir une alliance thérapeutique apparaissent : problèmes de communication, défaut de supervision et de soutien de la part du thérapeute, divergence d'attentes sur la prise en soin, manque d'adhésion du patient aux recommandations, etc. Ainsi, ces principes semblent unanimement nécessaires à considérer et à éviter si l'on souhaite limiter l'inobservance.

Nous retrouvons dans notre enquête des résultats similaires à une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès de patients souffrant de lombalgie chronique (Palazzo et al., 2016). Cette dernière présentait des freins à l'adhésion au programme d'exercices à domicile : « *le nombre d'exercices prescrits, leur répétitivité et leur complexité*. Un exercice dont l'objectif n'est pas assimilé et compris ». Les raisons tiendraient dans « *la peur de mal faire, de se faire mal ou par manque de temps* ». Nous retrouvons exactement ces mêmes facteurs limitants dans nos résultats, que ce soit déclaré par le patient ou par le kinésithérapeute. Cependant nous avons pu aller plus loin dans l'analyse en décelant de nombreux autres facteurs limitants.

Ils évoquaient également dans leur étude l'influence des « *difficultés à communiquer avec le soignant* ». Nos résultats ont permis de mettre en évidence ce postulat, et de le concrétiser avec des chiffres. En effet, parmi les patients en difficulté avec leur auto-rééducation, 50% avouaient ne pas oser en parler avec leur thérapeute. Les raisons principales évoquées étaient la gêne ou l'embarras comme obstacle à la communication avec leur kinésithérapeute. Certains ont mentionné que la pratique courante des cabinets rencontrés ne favorisait pas la discussion.

Selon les patients interrogés par l'étude précédente (Palazzo et al., 2016), l'observance pourrait être améliorée en rendant les programmes d'exercices plus attractifs, et en ayant le sentiment d'être plus soutenu par les soignants. Les réponses de nos patients répondants sur

l'importance d'une bonne alliance thérapeutique rejoignent ces propos. L'utilisation d'outils de prescription et de communication adaptés aux besoins du patient, abordé dans nos questionnaires, va aussi dans ce sens.

Une autre revue (Jack et al., 2010) montrait l'association d'une mauvaise observance à de faibles niveaux d'activité physique au départ, à la dépression, ou encore l'anxiété. Si nous regardons les facteurs psycho-sociaux dans nos résultats, nous avons : l'âge, le niveau d'activité physique, le contexte social (classe sociale, catégories-socio-professionnelles, contraintes familiales), les croyances et représentations (personnelles, culturelles, religieuses ou sociétales), le rapport au corps (image ou conscience corporelle), la charge mentale, les expériences antérieures en kinésithérapie, la barrière de la langue, le contexte psychologique (dépression, kinésiophobie, catastrophisme, anxiété). Encore une fois, nos résultats semblent aller dans le même sens que les données de la littérature. Au vu de l'influence que peuvent avoir ces facteurs psycho-sociaux, sa considération et sa compréhension sont primordiales pour adapter les recommandations d'auto-rééducation en kinésithérapie et améliorer l'observance des patients. Il est crucial de prendre en compte la diversité des profils et d'adapter les stratégies en conséquence.

Pour conclure, nous avons identifié de nombreuses similarités entre les résultats de notre étude et ceux de recherches antérieures. Les différences quant à elles résident dans la présence de facteurs supplémentaires. Notre enquête a alors permis de poursuivre les recherches en creusant plus profondément dans la compréhension des multiples mécanismes influençant l'observance du patient dans son auto-rééducation, et ceci à travers le prisme des patients mais aussi de leurs thérapeutes. Ainsi, cet approfondissement de connaissances sur le sujet doit suggérer de faire évoluer nos pratiques en considérant le patient dans toute la complexité de la dimension bio-psycho-sociale qu'il représente. Un patient est unique, le programme d'auto-rééducation qui en découle devrait l'être tout autant.

4.1.3 Résultats confrontés aux expériences personnelles antérieures

En troisième lieu, puisque l'idée de cette enquête est née de mes expériences personnelles, je souhaiterais comparer celles-ci aux résultats obtenus. Ayant revêtit le statut de patient à maintes reprises, j'ai pu constater des choses intéressantes au fil de la lecture des témoignages des patients et kinésithérapeutes. La double casquette de patient et de kinésithérapeute me permet d'avoir un regard autocritique. Ainsi, je vais essayer de trouver ce

qui ressort des résultats principaux (degré d'observance, facteurs influençant positivement l'observance, facteurs influençant négativement l'observance) dans mon expérience.

Comme évoqué en introduction, lors de ma dernière rééducation suite à une opération de reconstruction du ligament croisé antérieur, je considérais posséder tous les facteurs optimaux à une bonne observance. Les facteurs facilitants l'observance obtenus dans les résultats de l'enquête étaient pour moi :

- Motivation et volonté
- Bonnes connaissances
- Fixation d'objectifs

Mes caractéristiques psycho-sociales allaient également dans ce sens :

- Âge : jeune
- Contexte social : classe moyenne, CSP Étudiant, pas de contraintes familiales
- Niveau d'activité physique : bon
- Contexte psychologique : bon
- Croyances et représentations : facilitantes
- Rapport au corps : bonne image et conscience corporelle
- Charge mentale : aucune (pas d'enfants, de métier stressant, de responsabilités), pas de manque de temps
- Expériences antérieures avec la kinésithérapie ou le corps médical : positives

Pourtant, malgré la présence de tous ces facteurs, j'ai éprouvé à maintes reprises des difficultés à être observant. Si je devais auto-évaluer mon degré d'observance comme les patients de l'enquête, j'estimerai que je réalisais 75% des exercices prescrits. Je rejoins ainsi la majorité (46%) des répondants.

À contrario, les facteurs limitants l'observance obtenus dans les résultats de l'enquête étaient pour moi :

- Manque de soutien, de correction et de communication avec mon kinésithérapeute
- Difficultés parfois à sentir une évolution et une réduction de mes symptômes
- Pas d'utilisation de support de prescription et/ou de communication mais seulement des consignes orales à la volée
- Pas de réévaluations fréquentes
- Difficultés à établir une bonne alliance thérapeutique

En conclusion, nous constatons à travers mon expérience que même si le patient possède de nombreuses caractéristiques qui influenceront positivement son observance, si en face le kinésithérapeute ne met rien en place alors le patient peut se retrouver tout de même en difficultés. L'effort à fournir pour garantir la réussite de l'auto-rééducation réside tout autant dans le thérapeute que dans son patient. Les résultats de mon enquête, confrontés à mes expériences de patient, soutiennent encore une fois l'argument d'un lien de corrélation entre une bonne alliance thérapeutique et une bonne observance.

4.2 Limites de mon travail

Maintenant, nous allons discuter des limites de cette enquête ainsi que des potentiels biais méthodologiques.

Le premier biais auquel nous pouvons penser est celui lié au recrutement et à la sélection des participants, remettant en cause la représentativité par rapport à la population française. Pour limiter ce biais de recrutement/sélection, des mesures ont été prises telles que la constitution du plus large échantillon possible. J'ai essayé de toucher un panel de publics divers avec l'utilisation de différents supports (démarchage sur le terrain, bouche à oreille, affiches, publications sur le site de l'Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes, sur l'application « *Applnes* », sur les réseaux sociaux) et dans plusieurs lieux (salles de sport et cabinets libéraux à Lyon, Villeurbanne et Bourg-en-Bresse). Toutefois, il est toujours possible que certains types de patients aient été sous-représentés dans l'échantillon, introduisant ainsi un biais dans les résultats. Par exemple, les patients présentant des troubles cognitifs, des difficultés de compréhension ou encore d'accès au questionnaire en ligne pourraient avoir été moins enclins à participer à l'enquête.

Si nous analysons nos populations, nous retrouvons des limites quant à la représentativité de la population française.

Du côté des patients d'abord, notre population est plus jeune de 6 ans (36,4 contre 42,4 ans). Notre moyenne d'âge est abaissée par le faible taux de participation des plus de 65 ans. Nous pouvons nous demander s'ils se sentent concernés par le sujet, ou si l'accessibilité d'un questionnaire sur internet est plus compliquée pour eux. À l'inverse, les 18-24 ans sont en majorité (43%) suivi des 50-64 ans (29,1%). À elles deux, ces tranches d'âges représentent 72,1% de nos répondants. Ce fort taux de participation peut s'expliquer par le fait que ces tranches d'âges correspondent à celle de mes parents et de la mienne, et donc à nos relations

respectives qui ont été sollicitées. Concernant le ratio homme femme, le différentiel de 13,9% (65,5% contre 51,6%) en faveur des femmes dans notre population fait diverger la représentativité de la population française. Pour ce qui est de la Catégorie-Socio-Professionnelle, les chiffres comparatifs avec la population française sont à nuancer. Les catégories *Étudiants*, *Retraités* et *Sans activité professionnelle* n'étaient pas présentes dans la PCS 2020 mais me semblaient importantes à ajouter. Les données sont donc difficilement comparables mais notre population semble représentative dans les autres CSP. Enfin, notre population pratique plus d'activité physique ou de loisirs (81,8 % contre 72%). Si notre population est plus active, alors le degré d'observance a pu s'en retrouver influencé.

Du côté des kinésithérapeutes, 95,3% (102/107) ont répondu à l'enquête à la suite du partage du créateur de contenu sur Instagram. Nous pourrions donc penser qu'il s'agit là d'un biais de recrutement, mais les répondants ont choisi de participer de leur libre droit à cette enquête. D'autre part, pour ce qui est du sexe ratio, des années d'expériences, du lieu d'exercice et de la pratique d'activité physique ou de loisirs, notre population est représentative des kinésithérapeutes en France.

Enfin, le but de notre enquête était de croiser les données entre patients et kinésithérapeutes pour en ressortir les similarités et les différences. Cependant, il se peut que nos deux populations ne soient pas totalement comparatives. Pour illustrer ceci, prenons une donnée intéressante : 100% des kinésithérapeutes affirmait prescrire de l'auto-rééducation, alors que 84% des patients déclarent en recevoir. Il y a là une dissonance, mais elle peut s'expliquer par le fait que nos deux populations ne sont pas interdépendantes. En effet, les kinésithérapeutes répondants ne prennent peut-être pas en soin les patients répondants. Ce sont deux populations qui ne se rencontrent pas forcément sur le terrain.

En résumé, nous constatons que nos répondants sont tout simplement ceux qui avaient la volonté de participer, ce qui n'est donc pas représentatif de toute la population française. Si nous souhaitons généraliser les résultats à tous les patients des cabinets libéraux de France, alors la taille de notre échantillon est relativement restreinte. Bien que des efforts aient été déployés pour sélectionner un échantillon représentatif, il est important de reconnaître les limites de notre enquête. Des conclusions plus robustes pourraient être obtenues avec un échantillon plus vaste.

En regard des démarches entreprises à contacter des cabinets libéraux, des salles de sport, des applications ainsi que des créateurs de contenu influents sur les réseaux sociaux, le second biais potentiel est le biais de diffusion. Cependant, ce biais est contrôlé étant donné qu'aucun intérêt financier n'a été engagé avec ces partenaires. De plus, les personnes touchées à travers ces entités ont eu le libre choix de répondre ou non au questionnaire.

Un autre biais à considérer est le biais du répondant, ou biais de réalisation. Ce dernier aurait pu être influencé inconsciemment par une imposition de problématique ou des choix restreints de réponse. Pour éviter cette influence d'opinion, les participants ont été encouragés à s'exprimer librement et honnêtement grâce à de nombreuses questions ouvertes.

D'autre part, les questions posées ont pu mener les répondants à des interprétations individuelles différentes selon ce qu'ils en avaient compris. Malgré des efforts pour formuler des questions claires, ce biais reste présent et peut influencer les résultats.

En outre, l'observance étant une notion subjective et abstraite, celle-ci a été mesurée principalement par auto-déclaration des patients. Les patients pourraient avoir tendance à sous ou surévaluer leur degré d'observance réel, jouant sur l'objectivité des résultats présentés. Un autre argument est que les participants pourraient être enclins à fournir des réponses socialement désirables. Par exemple, les patients pourraient exagérer leur adhésion aux exercices pour se conformer aux attentes de l'enquêteur, créant alors un biais de réponse dans les données recueillies. Pour minimiser ce biais, il était expliqué aux répondants que les questionnaires étaient anonymes, que les données resteraient confidentielles et qu'aucun jugement de valeur ne serait fait à leur égard.

Enfin, comme la très grande majorité (95,3%) de nos kinésithérapeutes répondants sont des abonnés d'un compte Instagram dédié aux résumés de revues de littérature scientifique, nous pouvons émettre l'hypothèse que nous avons donc principalement affaire à une population de kinésithérapeutes orientés EBP (Evidence Based Practice). Cette dernière aurait pu entraîner une distorsion dans nos résultats car tous les kinésithérapeutes de France n'ont pas ce profil.

En tant qu'observateur de l'étude, le risque que mes interprétations et ma vision soient biaisés existe. Bien que ce soit un sujet qui me touche, j'ai réalisé la conception et l'analyse de mon étude avec le plus d'objectivité possible. Pour autant, il me paraît honnête de reconnaître que mes croyances personnelles et mes expériences antérieures peuvent involontairement devenir une influence.

Enfin, à la suite d'une étude comme celle-ci, les chercheurs peuvent créer un biais de publication si seules les données favorables à leur hypothèse de recherche et à ce qu'ils cherchent à démontrer sont exposées. Pour contrer ce biais, j'ai exposé absolument toutes les données possibles, même quand celles-ci allaient dans le sens inverse de mes attentes et de mes hypothèses.

En conclusion, en reconnaissant et en discutant ouvertement de ces limites et biais méthodologiques potentiels, nous avons voulu renforcer la transparence et la crédibilité de

l'étude. Le tout, en fournissant des pistes pour des recherches futures plus rigoureuses dans ce domaine qui permettrait de généraliser les résultats intéressants que nous avons obtenus.

4.3 Perspectives

À la suite de cette étude, des perspectives nouvelles s'ouvrent à la lutte contre l'inobservance, notamment en ce que cela suggère aux kinésithérapeutes comme besoins dans nos pratiques futures. « *La lutte contre la non-observance commence par la sensibilisation des professionnels de santé* » (Benhamou, 2018). Notre enquête permettra aux kinésithérapeutes de mieux comprendre et ainsi soigner leurs patients, en se sensibilisant aux diverses composantes qui influencent l'état d'observance. L'objectif de notre étude était d'effectuer un état des lieux du degré d'observance des patients dans leur auto-rééducation pour en comprendre les mécanismes sous-jacents, et nous donner des pistes d'optimisation pour l'avenir.

Par conséquent, voici les pistes d'optimisation mises en évidence par nos investigations :

- Nous devrions mieux considérer les facteurs psycho-sociaux dans l'influence qu'ils peuvent avoir dans la rééducation.
- Les facteurs influençant positivement l'observance seraient à prendre comme leviers d'optimisation de l'auto-rééducation, et les facteurs influençant négativement seraient à éviter, contrer, combattre.
- L'importance de l'alliance thérapeutique : mieux écouter, mieux communiquer, mettre des mots sur ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas peut déjà permettre au patient et à son thérapeute de prendre du recul et réaliser qu'il y a peut-être un changement à opérer.
- Faire le constat et avouer qu'il y a une certaine négligence dans la prescription et la communication de l'auto-rééducation. Cela peut s'expliquer par le fait que les kinésithérapeutes ne sont pas rémunérés pour cette mission. C'est pourquoi certains témoignages reçus suggèrent un changement. L'idée peut paraître utopique, mais il serait intéressant d'ouvrir le débat sur un changement dans le mode d'exercice de la kinésithérapie, notamment dans le fonctionnement des actes de la sécurité sociale.

Nous pourrions imaginer la création d'une nouvelle cotation destinée à la prescription d'un programme d'auto-rééducation personnalisé à chaque patient, avec un suivi réel et des réévaluations fréquentes.

- Les données obtenues dans notre enquête et les témoignages reçus font le constat de problématiques actuelles dans les cabinets libéraux en France. Effectivement, 88,8% des kinésithérapeutes trouvent que les séances de 30 minutes en cabinet sont insuffisantes pour faire évoluer leur patient dans leur rééducation. En parallèle, l'auto-rééducation considérée en grande majorité comme un outil à part entière dans notre arsenal thérapeutique n'est pas valorisée. Ainsi elle est légitimement négligée puisque cela demande du temps et de l'investissement. On en revient aux problématiques contextuelles que rencontre notre profession en ce qui concerne sa revalorisation. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer de plus en plus de kinésithérapeutes qui se déconventionnent ou qui mettent en place des suivis à distance. Nous pourrions aussi nous inspirer de ce qui se fait déjà dans les pays anglo-saxons où les kinésithérapeutes fournissent des protocoles pour autonomiser au maximum le patient. Ensuite, en séance ils ont le temps pour réaliser d'autres techniques rééducatives, ou pour faire le point sur ce qui ne fonctionne pas pour réajuster le programme.
- Rappelons le constat du contexte socio-économique effectué en introduction. Certains cabinets libéraux que j'ai intégré se retrouvaient débordés, les patients ne parvenant pas à être pris en soin et restant sur liste d'attente pour une durée indéterminée. L'autonomisation à distance des patients, que l'on rend déjà de plus en plus proactifs et acteurs de leur santé, serait une solution. Elle permettrait d'éviter la dépendance du patient au thérapeute, de désengorger les cabinets dans les zones sur dotées où beaucoup de patients ne peuvent être soignés. L'argument se veut également économique puisque cela réduirait les coûts à la société.
- L'auto-rééducation offre les clés au patient pour prendre sa santé en main. Cela ouvre sur le rôle de prévention qu'elle peut aussi revêtir : évitement des récives, de chronicisation de pathologies.
- En croisant les témoignages récoltés avec mes expériences de terrain, je constate que de nombreuses pathologies découlent d'un manque de prévention du patient à une bonne hygiène de vie. Si, en France, il y avait plus d'éducation concrète à ce qui contribue à une bonne santé tel que le sommeil, l'alimentation et l'activité physique,

nous éviterions potentiellement de nombreux cas de patients douloureux ou physiquement déconditionnés. Ces patients qui n'ont pas été investis dans leur parcours par ces principes de base se retrouvent avec des problèmes de santé évitables. Une sensibilisation à ces trois piliers de l'édifice qu'est notre santé pourrait alors s'avérer utile : « *augmenter l'efficacité des interventions sur l'observance aurait un plus grand impact sur la santé de la population que n'importe quelle amélioration des traitements médicaux* » (Chaudri & World Health Organization, 2004).

- Outre la dimension rééducative, nous avons un rôle d'éducation à la santé globale, notamment à la pratique d'activité physique régulière. Ce qui se passe en cabinets libéraux de kinésithérapie est à mettre en projection avec notre société puisqu'ils en sont son reflet. Certains patients résistent à l'idée de prendre en charge leur santé de manière proactive, c'est à nous de trouver les stratégies pour les sensibiliser à ces enjeux.
- L'utilisation d'outils technologiques (vidéos, applications mobiles, réseaux sociaux...) s'ouvre également à nous pour prescrire et communiquer l'auto-rééducation. La majorité des patients (75,5%) et des kinésithérapeutes (73,8%) est favorable à leur potentielle intégration à l'avenir. Il est donc envisageable qu'un jour ils deviennent un outil à part entière dans la pratique de la kinésithérapie. Des applications existent déjà. Néanmoins, elles ne sont pas assez optimisées et personnalisables en considérant les facteurs psycho-sociaux, révélés dans notre étude comme considérables à l'adhésion du patient au traitement.

5. Conclusion

En conclusion, notre étude avait pour objectif d'effectuer un état des lieux de l'observance des patients dans leur auto-rééducation à domicile, afin d'en ressortir des pistes d'amélioration de nos pratiques à l'avenir pour optimiser cet outil thérapeutique. Notre enquête a permis de démontrer que l'observance est un phénomène complexe car influencé par de nombreux mécanismes. Nous avons mis en lumière les multiples dimensions qui modifient l'engagement du patient, en soulignant l'importance de considérer les facteurs bio-psycho-sociaux ainsi que la qualité de l'alliance thérapeutique. Le comportement d'inobservance ne peut alors être un problème assimilable uniquement au patient.

Nos résultats suggèrent que le développement de la responsabilité et de l'autonomie du patient peut favoriser une meilleure adhésion au traitement proposé, et ainsi une meilleure prise en soin. En parallèle, l'éducation du patient par le kinésithérapeute s'avère être un outil considérable dans la réussite de la rééducation. Si les professionnels de santé ont la possibilité de changer les croyances délétères des patients, ils peuvent également les renforcer en cas de discours ou de comportement inadéquat. Il est crucial que les kinésithérapeutes soient conscients de leur impact sur le comportement des patients, et qu'ils utilisent cette influence à bon escient afin de promouvoir des attitudes et des actions bénéfiques.

En mettant en perspective les enseignements tirés de cette enquête, il apparaît intéressant pour l'avenir de poursuivre les recherches avec un panel plus large de participants. Ces études pourraient contribuer à une meilleure compréhension de l'observance thérapeutique et à l'identification de stratégies efficaces pour améliorer l'adhésion au traitement, conduisant ainsi à des rééducations plus optimales car individualisées et adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient.

6. Références bibliographiques

- Antonio Garcia-Hermoso, José Francisco López-Gil, Robinson Ramírez-Vélez, Alicia María Alonso-Martínez, Mikel Izquierdo, & Yasmin Ezzatvar. (2023). Adherence to aerobic and muscle-strengthening activities guidelines : A systematic review and meta-analysis of 3.3 million participants across 32 countries. *British Journal of Sports Medicine*, 57(4), 225. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106189>
- Babatunde, F., MacDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice : A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17(1), 375. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>
- Benhamou, P. Y. (2018). L'observance thérapeutique à l'heure du numérique et des objets connectés. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 12(6), 502-510. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(18\)30134-2](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(18)30134-2)
- Bureau, M. (2001). *L'observance thérapeutique : Ses facteurs et ses enjeux* [Thèse de Médecine, Université Henri Poincaré - Nancy 1]. HAL. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733161v1/document>
- Chaudri, N. A., & World Health Organization. (2004). Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action. *Annals of Saudi Medicine*, 24(3), 221-222. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2004.221>
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2017). *Définition de l'observance*. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=observance#>
- Essery, R., Geraghty, A. W. A., Kirby, S., & Yardley, L. (2017). Predictors of adherence to home-based physical therapies : A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(6), 519-534. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1153160>
- Fayn, M.-G., des Garets, V., & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*, 119(2), 55-73. <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>
- Funnell, M., & Anderson, R. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22, 123-127. <https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

- INJEP. (2023). *Les chiffres clés du sport 2023—Pratiques sportives des Français*. INJEP. https://injep.fr/tableau_bord/les-chiffres-cles-du-sport-2023-pratiques-sportives-des-francais/
- Insee. (2022). *Emploi, chômage, revenus du travail*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453776>
- Insee. (2023a). *Estimation de la population au 1^{er} janvier 2023 | Insee*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
- Insee. (2023b). *NOMENCLATURE DES PROFESSIONS ET CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES (PCS 2020)*. <https://www.insee.fr/fr/information/6205305>
- Jack, K., McLean, S. M., Moffett, J. K., & Gardiner, E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Manual Therapy*, 15(3), 220-228. <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.12.004>
- Larras, B. (2018). *ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA SÉDENTARITÉ EN FRANCE*. https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/04/Onaps_TAB2017_Mise-a-jour.pdf
- Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : En un coup d'œil*. (2020). <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014886>
- Nordt, M. (2019). *Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique : Une utopie?* [Thèse en Pharmacie, Université d'Aix-Marseille - Faculté de Pharmacie]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02147810>
- Palazzo, C., Klinger, E., Dorner, V., Kadri, A., Thierry, O., Boumenir, Y., Martin, W., Poiraudeau, S., & Ville, I. (2016). Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: Patient expectations regarding new technologies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(2), 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.01.009>
- Quesnot, A. (2023). *La démographie des kinésithérapeutes en 2022*. https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/01/rapportdemographiemk_2022-2.pdf
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>

7. Annexes

Liste des annexes

Annexe 1 : Affiche avec QR code distribuée en salles de sport

Annexe 2 : Affiche avec QR code distribuée aux kinésithérapeutes de cabinets libéraux

Annexe 3 : Questionnaire pour les patients

Annexe 4 : Questionnaire pour les Kinésithérapeutes

QUESTIONNAIRE

**Pour aider un adhérent du club dans son mémoire de fin d'études.
Concerne toute personne majeure ayant déjà eu de la Kinésithérapie.**



"L'auto-rééducation, état des lieux et pistes d'optimisation"

RÉPONSES ANONYMES 

NE PREND QUE 5 MIN 

MERCI D'AVANCE 

QUESTIONNAIRE

**Pour aider un étudiant dans son mémoire de fin d'études.
Concerne tout Masseur-Kinésithérapeute exerçant en cabinet libéral.**



*"L'observance des patients dans leur auto-rééducation à domicile,
état des lieux et perspectives d'optimisation"*

RÉPONSES ANONYMES 

NE PREND QUE 7 MIN 

MERCI D'AVANCE 

Annexe 3 : Questionnaire pour les patients

Questionnaire Patients en Cabinet de Kinésithérapie.

Madame/Monsieur,

Dans le cadre de mon Mémoire de fin d'études en kinésithérapie, je souhaite analyser l'état de l'observance des patients vis-à-vis de l'auto-rééducation qu'ils doivent réaliser à domicile, en parallèle des séances au cabinet. L'observance thérapeutique se définit, selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, comme la manière qu'a une personne de se conformer aux prescriptions médicales ou aux règles d'un programme thérapeutique. En d'autres termes elle désigne ici votre degré d'implication dans les exercices d'auto-rééducation.

Ce questionnaire est alors à destination de toute personne majeure, suivant ou ayant suivi une rééducation de kinésithérapie en cabinet, avec ou sans auto-rééducation en parallèle.

Il s'agira ainsi, à travers cette enquête, de déterminer les mécanismes qui vous engagent ou au contraire vous limitent dans cette auto-rééducation. J'aimerais étudier, à travers votre vécu, vos pathologies, vos besoins, ce qui pourrait être à l'avenir amélioré pour mieux vous prendre en soin.

En parallèle de ce questionnaire, j'interroge également les kinésithérapeutes afin de croiser leur expérience avec vos attentes, et ainsi obtenir des pistes d'optimisation pour l'avenir de notre profession.

Dans le respect des normes RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), vos réponses sont anonymes et confidentielles.

Je vous remercie par avance de votre contribution,
Néo NOBECOURT, étudiant en Masso-Kinésithérapie à l'IFMK de Lyon.

neo.nobecourt@gmail.com [Changer de compte](#)



 Non partagé

*** Indique une question obligatoire**

Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme
- Je ne souhaite pas le préciser

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

- 18 - 24 ans
- 25 - 34 ans
- 35 - 49 ans
- 50 - 64 ans
- 65 - 80 ans
- 80 ans et plus

À quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ? *

Si vous ne savez pas, ce [lien](#) peut vous aider.

- Étudiants
- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle
- Autre : _____

Pratiquez-vous une activité sportive ou un loisir ? *

Oui

Non

[Suivant](#)



Page 1 sur 8

[Effacer le formulaire](#)

Si Oui, lesquels ?

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)



Page 2 sur 8

[Effacer le
formulaire](#)

Vous consultez ou avez consulté pour : *

(Possibilité de choix multiples)

- Une pathologie aiguë (= moins de 6 semaines)
- Une pathologie subaiguë (= entre 6 semaines et 3 mois)
- Une pathologie chronique (= plus de 3 mois)

Trouvez-vous que les séances au cabinet sont suffisantes pour évoluer dans votre rééducation ? *

- Oui
- Non
- Autre : _____

Dans le cadre de ce questionnaire, l'auto-rééducation désigne toute pratique de la rééducation effectuée par le patient lui-même, en dehors des séances avec son thérapeute. *

Ainsi, pourriez-vous me définir, en un ou quelques mots, ce que représente l'auto-rééducation en kinésithérapie pour vous ?

Votre réponse

Votre kinésithérapeute vous prescrit-il des exercices d'auto-rééducation à réaliser chez vous ? *

- Oui
- Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 3 sur 8

[Effacer le
formulaire](#)

Savez-vous pourquoi il ne vous en prescrit pas ? *

Votre réponse

Pensez-vous que si vous pratiquiez de l'auto-rééducation en supplément, cela améliorerait votre progression ? *

Le questionnaire se terminera ici pour vous, je vous remercie d'avoir pris de votre temps et vous souhaite une bonne journée !

Votre réponse

[Retour](#)

[Envoyer](#)

Page 8 sur 8

[Effacer le
formulaire](#)

Si Oui, qu'est-ce qui fait que ça fonctionne bien selon vous ? *

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 6 sur 8

[Effacer le
formulaire](#)

Êtes-vous à l'aise à l'idée d'être laissé en autonomie à certains moments (à domicile mais aussi pendant les séances au cabinet) ? *

- Oui
- Non

Estimez-vous bien réaliser les exercices à domicile que votre kinésithérapeute vous prescrit ? *

- Oui
- Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 5 sur 8

[Effacer le
formulaire](#)

Si Non, pour quelles raisons ? Qu'est-ce qui vous pose problème ? *

Votre réponse

Avez-vous déjà parlé de ces difficultés avec votre kinésithérapeute ? *

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 7 sur 8

[Effacer le
formulaire](#)

Vous estimez réaliser : *

- 100% des exercices prescrits par mon kinésithérapeute
- 75% des exercices prescrits par mon kinésithérapeute
- 50% des exercices prescrits par mon kinésithérapeute
- 25% des exercices prescrits par mon kinésithérapeute
- 0% des exercices prescrits par mon kinésithérapeute

Quel support de communication votre kinésithérapeute utilise-t-il pour vous donner des exercices ? (Consignes orales, support papier, photos, vidéos,...) *

Votre réponse _____

Ce support vous semble-t-il pertinent et adapté à votre profil ? *

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Votre réponse _____

Pensez-vous qu'un support de communication personnalisé contribuerait à améliorer votre implication à réaliser les exercices ? *

- Oui
- Non
- Autre : _____

Si à l'avenir les kinésithérapeutes intégraient des outils technologiques (application, réseaux sociaux...) pour prescrire à leurs patients des exercices d'auto-rééducation, seriez-vous : *

- 0 1 2 3 4
- Pas favorable Très favorable

Quelles caractéristiques cet outil devrait-il prendre en compte ? *

(Possibilité de choix multiples)

- Ludique, facile d'utilisation
- Personnalisé à vos besoins du moment
- Vous notifie pour vous rappeler de faire vos exercices
- Possibilité de communiquer avec son kinésithérapeute, pouvoir laisser un avis à la fin de la séance sur ce qui a été compliqué, douloureux, etc.
- Contenant une FAQ (= rubrique qui regroupe les réponses aux questions les plus fréquemment posées) qui répondrait à vos interrogations
- Autre : _____

Pour terminer, si vous avez des suggestions pour que les kinésithérapeutes améliorent leur pratique professionnelle dans la prescription d'auto-rééducation, je serai ravi d'avoir vos conseils :

Je vous remercie d'avoir pris de votre temps et vous souhaite une bonne journée !

Votre réponse

[Retour](#)

[Envoyer](#)

Page 8 sur 8

[Effacer le
formulaire](#)

Annexe 4 : Questionnaire pour les Kinésithérapeutes

Questionnaire Kinésithérapeutes en Cabinet Libéral.

Madame/Monsieur,

Dans le cadre de mon Mémoire de fin d'études en kinésithérapie, je souhaite analyser l'état de l'observance des patients vis-à-vis de l'auto-rééducation qu'ils doivent réaliser à domicile, en parallèle des séances au cabinet. L'observance thérapeutique se définit, selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, comme la manière qu'a une personne de se conformer aux prescriptions médicales ou aux règles d'un programme thérapeutique. Il s'agira ainsi, à travers cette enquête, de déterminer le degré d'implication des patients et en déceler de potentiels facteurs psycho-sociaux sous-jacents.

Ce questionnaire est alors à destination de tout Masseur-Kinésithérapeute diplômé d'État, exerçant en cabinet libéral, et prescrivant ou non de l'auto-rééducation.

Le but sera de savoir si les kinésithérapeutes sont à l'aise ou non avec la prescription, la transmission et l'application de l'auto-rééducation; et accumuler le maximum de conseils afin d'en ressortir les points forts à appliquer sur notre pratique professionnelle.

En parallèle de ce questionnaire, j'interroge également les patients afin de croiser vos réponses avec leurs besoins et ainsi obtenir des pistes d'optimisation pour l'avenir de notre profession.

Dans le respect des normes RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), vos réponses sont anonymes et confidentielles.

Je vous remercie par avance de votre contribution,
Néo NOBECOURT, étudiant en Masso-Kinésithérapie à l'IFMK de Lyon.

neo.nobecourt@gmail.com [Changer de compte](#)



Non partagé

*** Indique une question obligatoire**

Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme
- Je ne souhaite pas le préciser

Depuis combien d'années exercez-vous le métier de kinésithérapeute ? *

- 0 - 5 ans
- 6 - 15 ans
- 16 - 29 ans
- 30 ans et plus

Où se situe votre lieu d'exercice ? *

- Cabinet de ville
- Cabinet rural
- Autre : _____

Pratiquez-vous une activité sportive ou un loisir ? *

- Oui
- Non

[Suivant](#)



Page 1 sur 11

[Effacer le formulaire](#)

Si Oui, **lesquels ?**

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)



Page 2 sur 11

[Effacer le
formulaire](#)

Trouvez-vous que les séances au cabinet sont suffisantes pour faire évoluer vos patients dans leur rééducation ? *

Oui

Non

Autre : _____

Dans le cadre de ce questionnaire, l'auto-rééducation désigne toute pratique de la rééducation effectuée par le patient lui-même, en dehors des séances avec son thérapeute.

Ainsi, pourriez-vous me définir, en un ou quelques mots, ce que représente l'auto-rééducation pour vous ?

Votre réponse _____

Considérez-vous l'auto-rééducation comme un outil thérapeutique à part entière et aussi légitime que les autres ? *

Oui

Non

Autre : _____

Vous sentez-vous à l'aise avec la prescription d'exercices ? *

Oui

Non

Autre : _____

Prescrivez-vous à vos patients des exercices d'auto-rééducation à réaliser chez eux ? *

Oui

Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 3 sur 11

[Effacer le
formulaire](#)

Pourquoi n'en prescrivez vous pas ? *

Le questionnaire se terminera ici pour vous, je vous remercie d'avoir pris de votre temps et vous souhaite une bonne journée !

Votre réponse

Retour

Envoyer

Page 11 sur 11

Effacer le
formulaire

Dans quel(s) objectif(s) prescrivez-vous ces exercices ? *

Votre réponse

Après l'avoir prescrit, contrôlez-vous si les exercices ont bien été effectués ? *

Oui

Non

Retour

Suivant

Page 5 sur 11

Effacer le
formulaire

Si Oui, comment le contrôlez-vous ?

Votre réponse

Retour

Suivant

Page 6 sur 11

Effacer le
formulaire

Il y a-t-il certains patients pour lesquels vous ne donnez pas d'exercices ? *

- Oui
- Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 7 sur 11

[Effacer le
formulaire](#)

Pourquoi ?

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 8 sur 11

[Effacer le
formulaire](#)

**Constatez vous des disparités d'observance selon les facteurs psycho-sociaux *
de votre patient ?** (classe sociale, âge, expériences de vie, rapport au corps, à
l'activité physique,...)

- Oui
- Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 9 sur 11

[Effacer le
formulaire](#)

Pouvez-vous l'illustrer en quelques mots s'il-vous-plaît ?

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 10 sur 11

[Effacer le
formulaire](#)

Pour vous, quelles informations et méthodes sont importantes à aborder avec le patient pour permettre une auto-rééducation efficace ? Quels sont les principes pour assurer la compréhension du patient et stimuler sa motivation ?

Votre réponse _____

Quel support(s) de communication utilisez-vous pour donner des exercices ? *
(Consignes orales, support papier, photos, vidéos,...)

Votre réponse _____

Ce support est-il différent selon le profil de patient à qui vous avez affaire ? *

Oui

Non

Autre : _____

Si à l'avenir les kinésithérapeutes intégraient des outils technologiques *
(application, réseaux sociaux...) **pour prescrire à leurs patients des exercices d'auto-rééducation, seriez-vous :**

Pas favorable 0 1 2 3 4 Très favorable
○ ○ ○ ○ ○

Quelles caractéristiques cet outil devrait-il prendre en compte ? *

(Possibilité de choix multiples)

- Ludique, facile d'utilisation
- Personnalisable pour chaque patient (vis-à-vis de son profil, ses besoins,...)
- Vous notifie lorsque votre patient a bien réalisé sa séance
- Possibilité de communiquer avec son patient, avoir son feedback concernant ce qui a été compliqué, douloureux, etc.
- Contenant une banque d'exercices
- Autre : _____

Pour terminer, si vous avez des suggestions pour que les kinésithérapeutes améliorent leur pratique professionnelle dans la prescription d'auto-rééducation, je serai ravi d'avoir vos conseils :

Je vous remercie d'avoir pris de votre temps et vous souhaite une bonne journée !

Votre réponse

Retour

Envoyer

Page 11 sur 11

Effacer le
formulaire

