

Université de Montréal

**L'adhésion au traitement : Ce que devrait faire un physiothérapeute face à un patient mal-adhérent**

**Définitions et enjeux de l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Elisabeth Maranda

**Les facteurs personnels et leurs impacts sur l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Judith Addison

**Les facteurs environnementaux et leurs impacts sur l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Catherine Mireault-Germain

**Les outils de mesure de l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Gabrielle Fradet

**Stratégies afin d'améliorer l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Emilie Turner

Programme de Physiothérapie

École de Réadaptation

Faculté de Médecine

Travail Dirigé présenté à la Faculté de Médecine en vue de l'obtention du grade de Maîtrise Science en Physiothérapie

Mai 2014

© Judith Addison, Gabrielle Fradet, Elisabeth Maranda, Catherine Mireault-Germain et Emilie Turner, 2014

**Titre :** L'adhésion au traitement : Ce que devrait faire un physiothérapeute face à un patient mal-adhérent

**Auteurs :** J. Addison, G. Fradet, E. Maranda, C. Mireault-Germain, E. Turner, sous la supervision de B. Swaine, Pht Ph.D., Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal ; CRIR

**Introduction :** La mal-adhésion au traitement est fréquente chez les patients en physiothérapie, ce qui constitue un impact majeur sur les résultats de traitement et sur les coûts de santé. La définition du concept d'adhésion ne fait pas consensus dans la littérature, mais peut être définie comme le fait de respecter le plan de traitement et les recommandations établis en collaboration avec le patient.

**Objectifs et Méthodologie :** L'objectif de ce travail est de fournir des recommandations aux physiothérapeutes sur la prise en charge d'un patient mal-adhérent. Pour ce faire, une revue de la littérature sur l'adhésion au traitement dans différents domaines de la santé a été effectuée afin d'identifier les facteurs influençant l'adhésion, les outils la mesurant et les stratégies l'optimisant.

**Résultats :** Le physiothérapeute doit détecter les signes de mal-adhésion et identifier les principaux facteurs personnels (éléments psychologiques) et environnementaux (support social et relation patient-thérapeute) pouvant nuire à l'adhésion. Ensuite, le physiothérapeute devrait prendre une mesure de l'adhésion grâce au SIRAS, la seule échelle validée et fidèle disponible actuellement. Le but de ces recommandations est finalement d'appliquer une stratégie éducationnelle, motivationnelle ou de développer une relation thérapeutique adéquate, tout en adaptant ces stratégies en fonction des facteurs responsables de la mal-adhésion spécifiques au patient.

**Conclusion :** La mal-adhésion au traitement est un enjeu important en physiothérapie et pourrait être prise en charge selon des étapes présentées dans l'affiche, de la détection de la mal-adhésion à l'application de stratégies pour l'améliorer.

**Mots-clés :** adhésion, impacts, physiothérapie, facteurs, déterminants, stratégies, outils, mesure

## Table des matières

1. Introduction.....	6
2. Définitions et enjeux de l'adhésion au traitement en physiothérapie .....	8
2.1. Définition de l'adhésion au traitement .....	8
2.2. Définition de la mal-adhésion au traitement.....	13
2.3. Impacts de la mal-adhésion aux traitements.....	15
2.4. Conclusion .....	22
Introduction aux facteurs personnels et environnementaux .....	23
3. Les facteurs personnels et leurs impacts sur l'adhésion au traitement en physiothérapie.....	25
3.1. Introduction.....	25
3.2. Facteurs économiques et sociaux de la personne.....	25
3.2.1. Genre .....	25
3.2.2. Statut marital .....	25
3.2.3. Niveau d'éducation .....	26
3.2.4. Statut socio-économique .....	26
3.3. Facteurs liés à la condition médicale.....	27
3.3.1. Aigue vs chronique .....	27
3.3.2. Perception de la sévérité des symptômes.....	28
3.3.3. Diagnostic et pronostic.....	28
3.3.4. Croyances sur la maladie .....	29
3.4. Facteurs psychologiques.....	30
3.4.1. Auto-efficacité (« <i>Self-efficacy</i> »).....	30
3.4.2. Motivation .....	30
3.4.3. Stades de changement de Prochaska .....	32
3.4.4. Croyance aux bienfaits du traitement.....	33
3.5. Facteurs reliés au traitement .....	34
3.5.1. Antécédent d'adhésion .....	34
3.5.2. Participation du patient dans sa thérapie .....	34
3.5.3. Paramètres du traitement .....	35
3.6. Conclusion et recommandations.....	35

4. Les facteurs environnementaux et leurs impacts sur l'adhésion au traitement en physiothérapie.....	37
4.1. Facteurs environnementaux physiques .....	37
4.1.1. Environnement personnel du patient.....	37
4.1.1.1. Lieu de domicile du patient.....	37
4.1.1.2. Environnement géographique du domicile du patient .....	38
4.1.2. Lieu de soin .....	39
4.2. Facteurs environnementaux sociaux.....	40
4.2.1. Individuel .....	41
4.2.2. Sociétal.....	43
4.2.2.1. Stigmatisation sociale.....	43
4.2.2.2. L'influence de la société comme environnement macro .....	45
4.3. Facteurs environnementaux de type attitudinal .....	45
4.3.1. Lien avec le personnel du lieu de soin .....	45
4.3.2. Lien thérapeutique .....	47
4.4. Discussion sur les facteurs influençant l'adhésion au traitement dans la société québécoise .....	49
4.4.1. Analyse du système de santé .....	50
4.4.1.1. Système de santé public.....	50
4.4.1.2. Système de santé privé.....	52
4.4.2. Support social au Québec.....	53
4.5. Conclusion .....	53
5. Les outils de mesure de l'adhésion au traitement en physiothérapie .....	57
5.1. Données auto-rapportées.....	58
5.1.1. Adhésion au traitement à domicile .....	59
5.1.1.1. Journal de bord.....	59
5.1.1.2. Questionnaires .....	61
i. <i>Rehabilitation Adherence Questionnaire (RAQ)</i> .....	62
ii. <i>Home Exercise Compliance Assessment (HECA)</i> .....	63
5.1.1.3. Journal de bord électronique.....	63
5.2. Données non auto-rapportées.....	65
5.2.1. Adhésion dans le domaine médical .....	65
5.2.2. Adhésion au traitement à domicile .....	66

5.2.2.1.	Mesure électronique .....	66
5.2.3.	Adhésion au traitement en clinique .....	68
5.2.3.1.	Présence aux rendez-vous.....	68
5.2.3.2.	Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS) .....	69
5.2.3.3.	Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training (RAdMAT).....	70
5.3.	Recommandations générales.....	71
5.4.	Conclusion .....	73
6.	Stratégies afin d'améliorer l'adhésion au traitement en physiothérapie .....	74
6.1.	Stratégies axées sur le patient .....	75
6.1.1.	Interventions techniques .....	75
6.1.2.	Interventions comportementales .....	77
6.1.3.	Stratégies éducationnelles et motivationnelles.....	79
6.1.3.1.	Stratégies éducationnelles .....	79
6.1.3.2.	Stratégies motivationnelles.....	82
6.1.4.	Support matériel .....	85
6.1.5.	Support social.....	86
6.2.	Stratégies axées sur l'intervenant.....	89
6.3.	Recommandations.....	91
6.4.	Conclusion .....	92
7.	Conclusion .....	94
7.1.	Ce que devrait faire un physiothérapeute face à un patient mal-adhérent.....	94
7.2.	Applicabilité clinique.....	96
7.3.	Recommandations de recherches futures.....	97
7.4.	Recommandations générales.....	97
Annexe 1	.....	98
Annexe 2	.....	99
Annexe 3	.....	100
Annexe 4	.....	101
Annexe 5	.....	102
Annexe 6	.....	103
Bibliographie:	.....	105

## 1. Introduction

La pratique clinique de la physiothérapie se veut de plus en plus basée sur les évidences scientifiques. En effet, chaque année, de nombreuses recherches sont réalisées afin d'améliorer la pratique de cette profession. Par contre, la littérature démontre que pour arriver à de bons résultats de traitement, il ne suffit pas que le physiothérapeute applique à la lettre les évidences scientifiques; une bonne adhésion thérapeutique apparaît aussi nécessaire à la réussite de la réadaptation. En effet, le patient doit également s'impliquer dans son traitement et suivre les recommandations de son physiothérapeute.

Le manque d'adhésion au traitement ou le fait pour le patient de ne pas suivre les recommandations et le plan de traitement donnés par le professionnel traitant est, dans le domaine de la santé, une problématique omniprésente. Malgré le nombre important d'enjeux qu'elle entraîne, peu de recommandations concrètes existent dans la littérature en ce qui concerne la prise en charge d'un patient mal-adhérent.

C'est au cours d'un stage humanitaire au Népal à l'été 2013 que nous nous sommes intéressées plus spécifiquement à l'adhésion au traitement. La clientèle traitée au *Community Based Rehabilitation Center* de Bhaktapur se composait principalement de deux types de clientèle; des enfants atteints de troubles neurologiques sévères, pour la plupart des paralysies cérébrales et des enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme. Une vingtaine d'enfants étaient présents chaque jour dans un endroit petit, bruyant et désorganisé. Ceci représentait une charge de travail particulièrement importante pour les intervenants trop peu nombreux et surchargés qui ne disposaient pas d'assez de temps pour appliquer le plan de traitement avec les enfants. L'idéal aurait donc été de collaborer étroitement avec les familles afin que celles-ci puissent assurer le suivi des recommandations. Par contre, le contexte socio-économique et la culture du pays rendait l'interaction compliquée avec les familles et le mois passé là-bas n'a pas été suffisant pour les conscientiser à propos de la nécessité d'une bonne adhésion thérapeutique.

La situation retrouvée au Népal ne fait pas exception. En effet, la mal-adhésion est une problématique majeure, répandue dans tous les milieux du domaine de la santé, c'est pourquoi nous avons décidé d'approfondir le sujet. Les objectifs de ce travail sont donc de

définir l'adhésion et ses différents impacts, d'identifier les principaux facteurs qui influencent l'adhésion, de recenser les moyens les plus efficaces pour la mesurer et de déterminer les meilleures stratégies pour optimiser l'adhésion au traitement des patients en physiothérapie. Ensuite, nous établirons des recommandations pour les physiothérapeutes sur la marche à suivre pour la prise en charge d'un patient mal-adhérent. Afin de réaliser ces objectifs, une recension d'articles scientifiques sur l'adhésion au traitement dans différents domaines de la santé tels que la sociologie, la psychologie, la médecine et la réadaptation a été effectué.

## **2. Définitions et enjeux de l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Élisabeth Maranda

### **2.1. Définition de l'adhésion au traitement**

La plupart des traitements médicaux impliquent une participation active de la part du patient. En effet, les traitements médicaux impliquent souvent une prise de médicaments par le patient à la maison ou un suivi de recommandations générales. Les traitements de physiothérapie comprennent également généralement la continuation des traitements par le patient en dehors de ses heures en présence du physiothérapeute, que ce soit par des exercices à faire à domicile, par l'application de modalités antalgiques ou par le suivi de recommandations du physiothérapeute.

Plusieurs termes servent à définir le respect des recommandations par le patient et le suivi de son traitement. Depuis que l'adhésion au traitement fait l'objet de l'intérêt des chercheurs, un débat entoure les différentes terminologies utilisées pour décrire ce phénomène. Le manque d'accord quant à la terminologie appropriée constitue un problème dans le domaine de la recherche. En effet, les définitions et le concept qu'elles représentent varient grandement d'une étude à l'autre (2). Étant donné le manque d'accord sur la meilleure terminologie à utiliser, mais surtout sur la définition qui l'accompagne, il est difficile de comparer les résultats des différentes recherches rendant toute revue de littérature complexe, et ralentissant les avancées dans le domaine. Le manque de définition rend aussi la mesure de ce vaste concept qu'est l'adhésion au traitement difficile et souvent inadéquate (3). Le manque d'accord sur la description de ce que comprend l'adhésion au traitement entraîne souvent des erreurs de mesure par rapport à l'adhésion. En effet, certains auteurs vont, par exemple, mesurer les résultats de traitement plutôt que de mesurer l'adhésion comme telle. Le manque d'accord dans la recherche entraîne systématiquement un manque d'accord en clinique et il est difficile de développer des stratégies ou guides de pratique permettant de contrer la mal-adhésion.

Granquist, en 2003, considère que l'adhésion aux traitements en réadaptation sportive est mal définie, mais est souvent considérée comme étant une collaboration active et volontaire pour des comportements acceptés mutuellement par le patient et le physiothérapeute dans le but de prévention ou de résultats de traitements (4). Le fait qu'il

n'y ait pas de consensus au niveau de la définition pose un réel problème au niveau du développement d'outils de mesure et au niveau de la recherche (4). Les comportements constituant précisément l'adhésion thérapeutique n'ont pas été identifiés et aucun consensus n'a été établi. La définition étant différente d'une étude à l'autre et les comportements constituant l'adhésion n'étant pas établis, il est difficile d'établir une mesure étalon, tel qu'il sera discuté dans la section 4.0 (4). Il est donc primordial de déterminer un terme à utiliser de même que la définition la plus complète et appropriée s'y rapportant.

Dans la littérature anglophone, les termes les plus souvent utilisés sont « compliance » et « treatment adherence », traduits dans la littérature francophone par, respectivement, « observance » et « adhésion thérapeutique » (1). Ces différents termes sont souvent utilisés comme synonymes, cependant, plusieurs auteurs considèrent qu'il y a des différences notables entre leurs significations. Cette section visera à définir chacun de ces termes et à déterminer leur utilisation appropriée ainsi que leur définition dans le domaine de la physiothérapie.

Le terme « compliance » est le terme le plus utilisé dans la littérature anglophone (5). La traduction francophone de ce terme est observance (6). Selon le grand dictionnaire terminologique de l'office de la langue française du Québec, l'observance est le « fait, pour une personne, de suivre rigoureusement le traitement prescrit par un professionnel de la santé, notamment en ce qui a trait au respect des directives concernant les médicaments » (7). Généralement appliquée au domaine de la médecine uniquement, la définition la plus citée décrit l'observance comme le comportement du patient quant à la prise de sa médication, quant au fait de suivre une diète ou d'effectuer des changements de style de vie suite à des recommandations ou prescriptions médicales (1, 3, 6) De façon plus générale, l'observance est un ensemble de comportements de la part du patient qui implique de suivre les traitements ou les recommandations prescrites, mais aussi l'action de se rendre aux rendez-vous médicaux(1). Étant un comportement, l'observance est observable et mesurable(1). En effet, il est possible mesurer objectivement si les prescriptions médicales sont suivies ou non et dans quelle proportion. L'observance est donc un problème scientifique pouvant être étudié, mesuré et possiblement résolu.

Le mot « compliance » a été introduit dans les années 70 pour apporter une alternative à connotation moins négative à certains termes qui étaient utilisés auparavant, par exemple, « recalcitrance » et « insensitivity » (6). Il y a été alors décrit comme étant interchangeable avec le terme « treatment adherence », bien que ceci ait fait l'objet de plusieurs critiques (6). L'observance implique de suivre à la lettre les recommandations médicales, sans aucune souplesse de la part du patient (1). En effet, ce terme implique, selon certains, une soumission et une passivité de la part du patient (3, 6, 8). Les interactions entre le praticien et le patient sont alors unilatérales et le praticien est en position d'autorité par rapport au patient. Le patient doit obéir aux recommandations et il n'y a aucune considération du patient dans son ensemble (6). De plus, dans la définition de l'observance, il n'y a aucune considération des facteurs personnels et environnementaux du patient. Pourtant, l'observance est variable dans le temps dépendamment de ces facteurs et des événements pouvant survenir durant le traitement (1).

Le terme « treatment adherence » traduit en français par adhésion thérapeutique ou adhésion au traitement a souvent été préféré à « observance ». Selon le grand dictionnaire terminologique de l'office de la langue française du Québec, l'adhésion au traitement est le « fait, pour une personne, de s'engager à suivre de bon gré toutes les thérapies qui lui sont proposées et expliquées par un professionnel de la santé. » Il y est ajouté que adhésion est un terme plus générique que observance impliquant davantage la personne dans le processus de traitement (9). Selon Lutfey et Wishner, en 1999, l'utilisation du terme adhésion thérapeutique permet d'augmenter l'indépendance du patient et son implication dans le processus décisionnel de l'élaboration du plan de traitement (6, 8). Son utilisation implique que l'on s'intéresse au point de vue du patient, le mettant au cœur de son traitement, lui donnant un rôle de partenaire (1, 8). Elle minimise l'autorité du professionnel et encourage la collaboration entre le patient et le praticien (6, 8). Par l'utilisation de ce terme, le patient est systématiquement considéré comme étant plus autonome et intelligent et a un rôle plus actif et volontaire dans la prise en charge de son traitement, ce qui correspond beaucoup plus à la pratique actuelle souhaitée en physiothérapie (1, 6). L'adhésion au traitement est alors considérée comme un problème social et personnel qui s'étend au-delà des buts médicaux proposés uniquement par le professionnel traitant, permettant ainsi d'élargir les causes possibles des déficits d'adhésion et de façon plus importante les solutions envisageables (6). Les facteurs personnels et environnementaux sont alors considérés. L'adhésion thérapeutique fait

davantage référence aux attitudes et motivations du patient. La nature intrinsèque de ces éléments rend l'adhésion moins observable et donc moins mesurable de façon objective (1).

Cependant, pour plusieurs, le terme « adhésion au traitement » ne devrait pas être considéré comme une alternative au mot observance, mais plus comme une complémentarité. En effet, selon Lamoureux et al. 2005, l'observance et l'adhésion thérapeutique sont deux dimensions complémentaires et considérer seulement l'une d'entre elles serait un processus incomplet. Les enjeux importants ne seraient pas tous considérés (1). De plus, l'observance est généralement la mesure la plus facilement mesurable et il ne serait pas approprié de l'exclure totalement. De plus, bien que le patient ait un choix à faire et une participation, il n'en reste que pas moins que le professionnel donne des recommandations devant être suivies par le patient au jour le jour. Aussi, l'adhésion et l'observance, décrits comme précédemment, ne considèrent ni l'un, ni l'autre, la poursuite dans le temps des traitements et il est donc nécessaire d'inclure un troisième terme dans la définition.

Un troisième terme est essentiel pour compléter la description du suivi des recommandations; la persistance, directement traduit de « persistence » en anglais. Alors que l'observance et l'adhésion thérapeutique s'observent au jour le jour, la persistance est le fait de suivre les recommandations pour la durée prescrite ou convenue en collaboration avec le patient. La persistance est mesurable par la durée de temps entre le début et la fin des traitements de façon continue (5). Elle implique donc un maintien des traitements dans le temps. Le terme « maintenance » pourrait aussi être utilisé comme synonyme. Ce troisième terme est donc essentiel pour une considération de tous les aspects de l'adhésion au traitement.

Scheen et Giet proposent, en 2010, une définition alternative intéressante regroupant les trois termes présentés ci-haut. Ils décrivent l'adhésion au traitement comme un terme général comportant trois aspects; l'adhésion primaire, l'observance et la persistance (10).

Ils décrivent l'adhésion primaire comme le fait pour un patient débutant un traitement de respecter la prescription inaugurale et pouvant être observé, par exemple, par le fait d'acheter le médicament (10). Celle-ci pourrait aussi se traduire par l'acceptation du

traitement par le patient et est donc la première étape du processus d'adhésion au traitement. Cependant, il est à considérer que, en physiothérapie, le traitement change d'une séance à l'autre par une évolution des exercices prescrits. Aussi, il ne faut pas oublier l'implication du patient dans le plan de traitement. Donc, en physiothérapie, l'adhésion primaire serait le fait pour le patient d'accepter un plan de traitement élaboré par une collaboration en le physiothérapeute et le patient. L'adhésion primaire interviendrait alors non seulement en début de suivi, mais aussi à tous les changements dans le plan de traitement et dans les recommandations faites. Le fait de décider de prendre en charge sa condition et de se présenter à un premier rendez-vous de physiothérapie suite à des recommandations d'un autre professionnel pourrait aussi faire partie de l'adhésion primaire.

Le deuxième aspect, l'observance, pour ces auteurs impliquent le respect de la posologie au jour le jour (10). En physiothérapie, ce serait plutôt le fait de faire les exercices recommandés ou de respecter les recommandations du physiothérapeute. Cet aspect est donc le plus mesurable, par exemple, par la quantité d'exercices et la qualité de l'exécution des exercices faits à domicile en comparaison avec ceux recommandés.

Le troisième aspect, la persistance, est décrit dans cet article comme la durée de la prise de médicament (10). En physiothérapie, ce concept est directement applicable aux recommandations propres à la physiothérapie. C'est la durée de l'application du plan de traitement, la période de temps sur lesquels les exercices sont faits, par exemple.

Finalement, il faut considérer que l'adhésion est liée de très près à l'observance (1). Les trois aspects ne devraient donc pas être considérés individuellement, mais comme un tout dont les différents aspects interagissent entre eux pour toute la durée du traitement. L'adhésion thérapeutique serait donc le terme le plus large et le plus complet lorsque tous ces aspects sont considérés.

Donc, l'adhésion au traitement sera décrite dans ce travail comme le fait de respecter les recommandations établies en collaboration avec le patient. Elle se divise en 3 sous-catégories : l'adhésion primaire (acceptation du traitement proposé), l'observance (respect des recommandations au jour le jour) et la persistance. Elle comporte donc un aspect multidimensionnel (11). Elle comprend le fait de se rendre aux rendez-vous, le fait de

suivre toutes les recommandations et plans de traitements établis et acceptés pleinement par le patient (12). Pour des exercices, par exemple, il s'agit de faire ses exercices correctement en termes de quantité, qualité et durée dans le temps tant à la maison qu'en clinique.

## **2.2. Définition de la mal-adhésion au traitement**

Maintenant que l'adhésion au traitement a été définie, il convient de définir ce qu'est une lacune d'adhésion thérapeutique. Cette section visera donc à définir la mal-adhésion.

Une mal-adhésion se définit logiquement par toute déviation d'une adhésion telle que décrite précédemment. Elle peut aussi être définie en un déficit en auto-prise en charge des soins (self care) par le patient (3).

L'un des problèmes en réadaptation et dans l'étude de l'adhésion au traitement est qu'il existe plusieurs type de mal-adhésion (8). Une mal-adhésion a une médication pourrait être de ne pas aller la chercher à la pharmacie, de prendre une dose trop grande ou trop petite, de prendre la médication au mauvais moment, d'oublier des doses ou augmenter la fréquence ou encore de ne pas poursuivre le traitement pour toute la durée prescrite (8). En physiothérapie, il pourrait donc s'agir de faire trop ou trop peu d'exercice, de faire les exercices de façon inadéquate, de ne pas respecter les indications pour l'application de modalités antalgiques, de retourner au sport trop tôt, etc. Alors que la plupart des auteurs décident de parler de non-adhésion, le plus souvent il s'agit plutôt d'une adhésion partielle (8).

La plupart des études utilisent une définition arbitraire de la non-adhésion ne considérant que l'aspect de faire ou non les exercices sans en comprendre les raisons (8). Il est aussi important de considérer que la vision qu'ont les patients de la mal-adhésion diffère de celle des professionnels. Les patients ne considèrent généralement pas la mal-adhésion comme étant un problème et des patients considérés mal-adhérents par le professionnel ne se considèrent pas eux-mêmes mal-adhérents. Le patient base sa définition d'adhésion sur ses croyances et attentes de traitement, de même que sur les résultats obtenus plutôt que sur les recommandations faites par le professionnel (8). Il sera donc essentiel de

s'assurer que le professionnel et le patient ont les mêmes attentes face au traitement. La mal-adhésion peut être inconsciente ou intentionnelle.

Le fait d'établir un taux pour séparer les adhérents ou les non-adhérents de façon arbitraire donne souvent des résultats de non-adhérence très élevés. De plus, un patient n'est souvent considéré non-adhérent que selon la quantité d'exercices faits. Sans définition claire de la mal-adhésion, il est difficile d'établir un taux de mal-adhésion ou d'étudier l'importance qu'elle a.

Les praticiens considèrent souvent un patient adhérent comme étant honnête, ponctuel, coopératif, raisonnable, responsable, intéressé par sa condition et supportant les efforts des thérapeutes (6). Bref, plusieurs aspects du patient influencent la vision qu'a le clinicien de l'adhésion au traitement par le patient. Cependant, un patient mal-adhérent est souvent considéré comme étant un mauvais patient ou encore un patient difficile (6).

Selon Vermeire et al. 2001, la mal-adhésion serait la décision informée du patient de ne pas suivre les recommandations. Une lacune importante dans les recherches sur l'adhésion au traitement est la perspective du patient qui ne se considère pas nécessairement comme un non-adhérent (13). Les patients vont souvent prendre la décision rationnelle de ne pas suivre les recommandations pour plusieurs raisons telles que préserver leur image personnelle ou atteindre des buts qui diffèrent de ceux des professionnels. Aussi, les patients pourraient ne pas considérer les mêmes aspects pour le maintien de leur qualité de vie (2).

Dans un contexte où il n'est pas possible de déterminer une mesure d'adhésion permettant de discriminer un patient adhérent d'un patient non-adhérent et ceci tout en considérant les différentes façons possible pour un patient de ne pas adhérer à 100% aux recommandations, la complexité de la définition et des mesures, il semblerait plus approprié de parler de mal-adhésion que de non-adhésion.

Corruble et Hardy, 2003, définissent quatre grands types de mal-observance qui seront ici décrits comme des types de mal-adhésion. Tout d'abord, la non-adhésion serait caractérisée par l'absence totale du suivi des recommandations. La sous-adhésion serait le fait d'omettre certaines recommandations ou exercices et serait la forme de mal-

adhésion la plus fréquente. La sur-adhésion serait le fait de faire par exemple trop d'exercices. L'adhésion variable serait le fait d'adapter les recommandations en fonction de son état (14).

La mal-adhésion peut impliquer de ne pas faire suffisamment ses exercices, mais aussi de trop en faire (4). Taylor et May en 1996 étaient arrivés à un taux de patients ne respectant pas le repos prescrit de 51% (15).

Puisque la définition de l'adhésion thérapeutique est mal établie, plusieurs études n'arrivent pas à des résultats représentant vraiment l'adhésion et parfois mesurent les résultats de traitement plutôt que l'adhésion elle-même (16).

Les études utilisent généralement un degré d'adhésion critique pour déterminer si le patient est adhérent ou non-adhérent. Ce degré d'adhésion est calculé, pour la médication par exemple, par la dose, la fréquence et la durée de la prise de médication par rapport à ce qui était prescrit (17). Les auteurs décident alors d'un degré, par exemple 80%, qui distingue les patients adhérents, des patients non-adhérents. Certaines études considéreront un patient avec un degré d'adhésion de 50% comme adhérent alors qu'une autre utilisera 80% (18). Selon Granquist, en 2003, tout degré d'adhésion en dessous de 100% représente un problème pour les patients avec blessures sportives (16). Cependant, les mesures de l'adhésion n'étant généralement pas validées pour ces situations, le degré est choisi de façon arbitraire et surtout, ne tient pas compte de tous les types de mal-adhésion. De plus, ce degré ne considère que les exercices non faits et ne considère pas les exercices mal faits ou, par exemple, le fait de ne pas respecter le repos prescrit. C'est pourquoi le terme mal-adhésion sera préféré ici au terme non-adhésion pour décrire une lacune d'adhésion thérapeutique.

### **2.3. Impacts de la mal-adhésion aux traitements**

La mal-adhésion est un problème considérable présent dans toutes les disciplines de la santé, notamment en physiothérapie. La mal-adhésion au traitement est un problème de grande envergure dans le traitement des maladies chroniques puisqu'elle compromet les résultats de traitement et par le fait même la qualité de vie (16, 17); ce problème

augmente avec l'incidence grandissante de ces maladies. Son importance est telle que, selon l'organisation mondiale de la santé, une augmentation de l'adhésion aux interventions aurait un plus grand impact que n'importe quelle autre avancée de traitement spécifique (16, 18). Il est généralement accepté que l'adhésion est un élément essentiel pour le succès d'un traitement, notamment dans la réadaptation sportive (4). Cette section a donc pour but de démontrer l'impact de la mal-adhésion en physiothérapie tant en clinique que dans le domaine de la recherche.

La mal-adhésion est un problème fréquent. Étant donné la complexité des traitements et le manque d'accord sur la façon de mesurer la mal-adhésion, les taux de mal-adhésions varient d'une étude à l'autre et d'un contexte à l'autre (2, 17). On remarque cependant que les taux d'adhésion sont, de façon constante et dans nombre de contexte différents, très élevés. On qualifie 10 à 85% des patients comme mal-adhérents en médecine dépendamment de la mesure utilisée (3). Selon Bassett, en 2003, la mal-adhésion, en physiothérapie est problématique chez jusqu'à 65% des patients en ce qui concerne les programme d'exercices à domicile. De plus, environ 10% des patients ne se présenteront pas à tous les rendez-vous prévus (19). L'adhésion au traitement pour l'arthrose varie de 30 à 70%. Seulement 70% des patients rapportaient faire au moins 75% de leur programme d'exercice (8). Ceci a un impact considérable à plusieurs niveaux qui seront vus dans cette section.

L'impact le plus important de la mal-adhésion duquel découleront tous les autres est celui sur les résultats de traitement. En effet, une mal-adhésion, lorsque le traitement est approprié, implique nécessairement des résultats de traitement moindres (19).

Les impacts de la mal-adhésion vont évidemment varier en fonction de l'importance de la gravité de la condition et de l'impact attendu des traitements (2). En médecine, pour certaines pathologies, une mal-adhésion au traitement pourrait menacer la vie du patient. En effet, une prise de médication non-appropriée pourrait non seulement nuire aux résultats de traitement, mais aussi mettre en danger la sécurité du patient en augmentant les risques de complications (18). La mal-adhésion au médicaments et aux bonnes habitudes de vie augmentera la morbidité et la mortalité (17, 18, 20). Chez les adolescents atteints d'une maladie chronique telle l'asthme, le diabète, ou arthrite juvénile, la mal-adhésion au traitement serait d'ailleurs la principale cause de morbidité et mortalité (18).

Certains cas de mal-adhésion en médecine pourraient aller jusqu'à menacer la santé publique par exemple, dans les cas de tuberculose infectieuse (3). En physiothérapie, les conséquences d'une mal-adhésion sont généralement moins sévères à cause du but visé de la physiothérapie. En effet, la physiothérapie visant généralement davantage une amélioration de la fonction et de la qualité de vie d'un individu, ce sont celles-ci qui seront menacées par une mauvaise adhésion thérapeutique.

Une mal-adhésion au traitement diminuerait ainsi les améliorations de fonction, l'augmentation de force ou d'amplitude articulaire. Une mal-adhésion au traitement pourrait aussi augmenter les chances de se blesser à nouveau (4). Dans des cas de douleurs lombaires, un plus haut niveau d'adhésion au traitement s'accompagne d'une perception d'un plus grand degré de réadaptation du point de vue du physiothérapeute et du patient après 4 semaines de réadaptation (11). Selon Carr, en 2001, la mal-adhésion au traitement est l'une des barrières principales de l'efficacité de traitement de l'arthrose tant au niveau de la gestion de la douleur et de la prévention des déficiences, qu'au niveau de l'amélioration ou du maintien de la fonction (8).

L'adhésion aux traitements n'est cependant pas le seul facteur influençant les résultats de traitements. En effet, il faut considérer tous les facteurs biopsychosociaux qui ont eux aussi une influence sur les résultats de traitements de façon indépendante à l'adhésion (16).

Le modèle biopsychosocial considère les facteurs physiques, mais aussi les facteurs psychologiques et sociaux comme contributeurs à la guérison (21). Bien que la description du modèle n'inclue pas explicitement l'adhésion, elle est partie intégrante du modèle puisque les facteurs biopsychosociaux influencent l'adhésion et celle-ci influence les résultats de traitement. L'adhésion occuperait donc un rôle de médiateur entre les facteurs biopsychosociaux et les résultats de traitement (4, 22). Selon Brewer et al, en 2000, les résultats de traitement pourrait donc être influencés par les facteurs psychologiques directement, mais aussi indirectement avec l'adhésion comme médiateur (22). Ils n'ont cependant pas réussi à démontrer cette corrélation. Alors qu'il est démontré que les facteurs biopsychosociaux influencent l'adhésion et les résultats de traitement et la présence aux rendez-vous et que l'adhésion au traitement influence les résultats de traitement en améliorant la capacité fonctionnelle, les auteurs n'ont pas réussi à démontrer

le rôle de médiateur de l'adhésion (21, 22). En effet, aucune des mesures utilisées pour l'adhésion au traitement n'était corrélée à la fois au facteur psychologique et aux résultats de traitement (22). Le manque de corrélation pourrait par contre s'expliquer par les limites de l'étude, notamment en ce qui concerne la difficulté de mesurer adéquatement l'adhésion au traitement (4).

Brewer et al, en 2003, ont démontré que, chez des patients en physiothérapie post reconstruction du ligament croisé antérieur, de meilleurs résultats de traitement était associés à un meilleur score au Sport Injury rehabilitation assessment scale (SIRAS) (voir section 5.2.3.2), à une meilleure adhésion aux exercices à domicile et à une meilleure adhésion concernant l'application de glace à domicile. Améliorer l'adhésion au traitement, en réadaptation sportive, améliorerait les résultats de traitement, et ce, chez les athlètes de tous âges (21, 23).

La mal-adhésion amène un sentiment de frustration chez le professionnel traitant et chez le patient (24). Elle peut aussi mener à de mauvais diagnostics (24). La mal-adhésion mène aussi à des traitements non nécessaires (24). Un mauvais suivi des recommandations pourrait aussi aggraver la situation (24). Une méta-analyse réalisée par DiMatéo en 2002, dans le domaine de la médecine, a conclu que 26% plus de patients adhérents à leur traitement ont eu des résultats de traitement positif que de patients mal-adhérents, démontrant ainsi l'importance de l'adhésion aux traitements pour des résultats de traitement favorables. La relation entre l'adhésion et les résultats de traitement est cependant complexifiée par certains facteurs tels l'efficacité du plan de traitement, la réponse du patient au traitement et une mauvaise compréhension de la condition du patient (24). En effet, l'adhésion aura un plus grand effet si le traitement est efficace et cela dépend notamment de la compétence des physiothérapeutes et de leur volonté d'adapter leur pratique aux meilleures évidences scientifiques (25). Lorsque le traitement est approprié, les résultats de traitement se verront bonifiés par une bonne adhésion thérapeutique, mais lorsque le traitement est mal choisi ou que la condition du patient à été mal évaluée, une bonne adhésion à ce traitement inadéquat pourrait s'avérer néfaste (24).

La relation de cause à effet entre l'adhésion thérapeutique et les résultats de traitement est bien établie. Cette relation va dans les deux sens. En effet, de bons résultats de

traitement pourraient permettre d'augmenter l'adhésion thérapeutique formant donc une boucle où les résultats de traitement et l'adhésion s'influencent l'un l'autre (24).

L'ampleur de l'effet d'une bonne adhésion aux traitements variera d'une situation à l'autre. Notamment, l'effet d'une bonne adhésion sur les résultats de traitement est plus grand dans les cas chroniques qu'aigus. Plusieurs raisons pourraient expliquer cette différence. Premièrement, la nature des traitements en aigu nécessite souvent une moins grande implication de la part du patient. Deuxièmement, la condition chronique s'accompagne souvent de plusieurs autres facteurs venant eux aussi augmenter l'ampleur de l'effet de l'adhésion sur les résultats de traitements tel le fait que la condition soit moins sévère (24). Une plus grande corrélation semble aussi présente en pédiatrie, bien que la différence puisse être due à des protocoles de recherche trop différents (24). Malgré la corrélation directe entre l'adhésion et les résultats de traitements, les résultats de traitement ne devraient pas être utilisés en recherche comme mesure pour l'adhésion, les deux étant des concepts différents.

Il serait possible que l'effet de l'adhésion traitement sur les résultats de traitement aille plus loin que le simple fait d'appliquer un plan de traitement prouvé comme efficace. En effet, certaines études ont démontré que l'adhésion aurait une influence positive sur les résultats de traitement même lorsque le traitement s'avère être une prise de médication placebo (26-29). Ceci pourrait s'expliquer par l'association de l'adhésion au traitement à d'autres facteurs qui ne sont pas encore identifiés (27-29). Il se pourrait que l'amélioration des résultats de traitement soit due à l'espoir de résultats positifs par le patient lorsqu'il prend sa médication telle que recommandée. Aussi, l'adhésion pourrait entraîner un sentiment d'une bonne auto-prise en charge et amener le patient à adopter d'autres habitudes de vie saines améliorant la santé de celui-ci. Il se pourrait cependant que la relation trouvée ne soit due qu'à une mauvaise évaluation de l'adhésion au traitement en raison du manque d'outils de mesure. Il se pourrait aussi que la relation soit plutôt due aux facteurs influençant l'adhésion plutôt qu'à l'adhésion elle-même (26, 29) démontrant ainsi la théorie de l'effet médiateur de l'adhésion aux traitements. Le fait de ne pas considérer les facteurs contributifs à l'adhésion aux traitements pourrait donc diminuer les résultats de traitement et donc pour un clinicien il est primordial de s'y intéresser (29).

Une amélioration des résultats de traitement par une bonne adhésion au traitement entraînera plusieurs autres bienfaits qui dépendent d'un traitement efficace. Les douleurs lombaires, notamment, entraînent des limitations d'activités et des restrictions de participation, parfois des arrêts de travail, une utilisation des ressources de santé accompagnés de coûts pour l'organisme payeur, le gouvernement, les assurances ou encore pour le patient lui-même (30). Ainsi, étant donné l'impact considérable de l'adhésion au traitement sur les résultats de traitement, on peut considérer que la mal-adhésion aura un impact important sur chacun de ces aspects (30). En effet, selon Cecchi, en 2014, l'adhésion à un programme d'exercice à domicile s'avérait avoir la plus grande influence positive sur la fonction restreinte par la douleur lombaire chronique, en doublant presque les chances d'obtenir un résultat de traitement positif (30). Ceci s'applique à plusieurs autres conditions rencontrées en physiothérapie.

D'un point de vue économique, la mal-adhésion entraîne une augmentation des coûts de traitement par la diminution de l'efficacité des traitements, donc une augmentation du temps consacré à ceux-ci. De plus, des traitements supplémentaires seront nécessaires pour traiter les effets secondaires ou persistants (2, 3, 12, 18). Une grande partie des coûts en santé sont utilisés pour payer les professionnels de la santé. DiMatteo et al. en 2004 considèrent que possiblement le quart du temps de travail de ces professionnels est le résultat de la mal-adhésion aux traitements (2), impliquant par le fait même une diminution de la productivité (20). Il est estimé qu'aux États-Unis, jusqu'à 300 milliards de dollars dépensés seraient la conséquence de la mal-adhésion aux traitements (2). Bien que certains méthodes utilisées pour améliorer l'adhésion pourrait s'avérer coûteuses (17), l'investissement s'avérerait bénéfique (16, 20). Il serait toutefois important de s'assurer que la méthode impliquant des coûts supplémentaires s'avère être efficace et justifiant l'investissement.

Il est démontré que la mal-adhésion au traitement, dans les différents domaines de la santé, augmente le nombre de soins ou le nombre de visites à l'urgence, par exemple, ou le temps passé en hôpital (18, 20). Une productivité moindre dans le domaine de la santé implique une augmentation des délais d'attente, ce qui constitue un problème largement discuté au Québec, entre autres. Du plus, une augmentation des délais d'attente implique une prise en charge tardive de certains patients et donc possiblement une aggravation de

leur condition et une prise en charge plus complexe, demandant plus de temps de traitement et augmentant encore une fois les coûts des soins.

L'augmentation des temps de traitement augmentera aussi le nombre de jours d'absence au travail à long terme. Ceci est, par exemple, démontré pour l'adhésion à la prise de médication pour le diabète (20).

La mal-adhésion peut aussi mener à de la frustration, colère ou découragement chez le professionnel de la santé (2). En plus d'un sentiment d'échec chez le physiothérapeute, la mal-adhésion peut amener une remise en question de la condition du patient et un changement dans le plan de traitement alors que celui-ci était approprié au départ (19). Ceci pourrait être évité par une détection juste et fiable de la mal-adhésion et une connaissance approfondie de ses causes et effets.

La mal-adhésion a aussi un impact significatif dans le domaine de la recherche. En effet, un mauvais suivi des recommandations peut amener plusieurs biais importants, mais surtout être la cause de résultats non-significatifs (2, 12, 19). Pourtant, l'adhésion est rarement étudiées de façon systématique et comme facteur important influençant les résultats de traitement, notamment dans les cas d'arthrose (8). Il existe différents protocoles d'analyse permettant d'ajuster les résultats en fonction de l'adhésion au protocole de recherche par les participants. La « Complier Average Causal Effect analysis » (analyse CACE) serait cependant à privilégier car elle est la seule à respecter la randomisation de l'étude (31). L'analyse CACE permet de mesurer l'effet du traitement lorsque celui-ci est appliqué conformément au protocole de l'étude, c'est-à-dire lorsque les participants sont adhérents au traitement proposé. Ceci est fait par un jumelage de patients ayant le même niveau d'adhésion dans le groupe traitement et le groupe contrôle ou placebo à l'étude (31). L'analyse CACE devrait donc être considérée dans les études où l'adhésion au traitement par les participants est basse (31).

## 2.4. Conclusion

De l'ensemble des documents consultés, il est clair que la mal-adhésion à un traitement a une influence considérable sur l'efficacité des traitements prodigués particulièrement en physiothérapie. Considérant cette importance primordiale, il est tout de même surprenant de constater que les recherches, même si elles sont nombreuses, n'arrivent même pas à un consensus sur les termes à utiliser pour décrire ce comportement. Cette confusion fait obstacle à l'établissement de stratégies claires visant à augmenter l'adhésion au traitement en physiothérapie.

Lorsque le patient décide d'adhérer ou non à un traitement, il prend en considération les coûts versus les bénéfices de l'adhésion. Ainsi lorsque les coûts semblent plus importants que les bénéfices attendus, le patient choisira, de façon volontaire ou inconsciente d'adhérer ou non à son traitement (8). Il est donc essentiel que le patient ait une vision claire des bénéfices d'une bonne adhésion au traitement tant sur les résultats de traitements, la durée du suivi, l'économie de coût et toute les autres conséquences présentées ci-haut le concernant. Outre cette décision du patient, la nature et les causes de l'adhésion au traitement sont multifactorielles, la prise en charge par le physiothérapeute peut donc s'avérer un processus complexe. Lors de cette prise en charge, le physiothérapeute serait sûrement grandement avantagé s'il existait des études mieux documentées sur les diverses méthodes d'incitation à l'adhésion au traitement.

Outre les effets sur le traitement d'un patient en particulier, la fréquence importante de la mal-adhésion est un problème de grande envergure dans les réseaux de la santé amenant une diminution de productivité, une augmentation des temps d'attente, un sentiment de frustration chez les professionnels et une augmentation considérable des coûts de santé. Le système de santé québécois bénéficierait donc d'une étude approfondie de cette problématique, dans notre système de soins, pour prévoir de façon réaliste les besoins du réseau et établir des stratégies pour chaque milieu.

Finalement, dans les recherches visant vérifier l'efficacité d'un traitement, il serait essentiel de trouver un outil de mesure adéquat pour mesurer la mal-adhésion permettant ainsi d'annuler le biais statistique causé par le fait qu'il n'a pas été suivi de façon adéquate.

## **Introduction aux facteurs personnels et environnementaux**

Comme défini plus haut, l'adhésion thérapeutique est un concept multidimensionnel et modifiable. En effet, les différentes sphères de la personne auront un impact variable sur la capacité à adhérer au traitement. Dans la littérature, on recense plus de 200 facteurs influençant l'adhésion au traitement (32).

Les deux prochaines parties du travail auront donc pour but d'identifier les facteurs personnels et environnementaux ainsi que leurs effets sur l'adhésion thérapeutique. Une bonne connaissance de ces facteurs sera utile pour le physiothérapeute afin qu'il puisse mieux détecter la mal-adhésion chez ses patients. Une fois la mal-adhésion détectée, le clinicien sera en mesure d'identifier les facteurs problématiques chez son patient et ainsi, il pourra sélectionner les stratégies adéquates pour diminuer la mal-adhésion de son patient.

Afin de distinguer les deux parties qui suivent, nous nous sommes appuyées sur le modèle théorique de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (Annexe 1) et sur notre interprétation de la littérature. Les facteurs personnels seront donc définis comme étant directement en lien avec le patient en tant que personne, en considérant son statut socio-économique, son état psychologique et sa condition médicale. Les facteurs environnementaux quant à eux sont définis comme étant le cadre de vie physique, social et attitudinal du patient (33).

Il est à noter que chacun des facteurs détaillés ici-bas n'influence pas l'adhésion au traitement de la même manière. En effet, selon la littérature, les facteurs les plus importants, soit les facteurs que le physiothérapeute devrait considérer dans ses stratégies, seraient ceux qui sont modifiables par les interventions en physiothérapie et ceux ayant un impact majeur sur l'adhésion. Cependant, étant donné que chaque patient est différent, il est primordial de considérer tous les facteurs et ne pas négliger l'impact des facteurs non-modifiables. Donc, une fois les facteurs clés identifiés, il faudra les analyser et adapter les stratégies nécessaires en fonction du patient.

La recension de la littérature a été faite dans le domaine médical de façon générale; une interprétation personnelle des évidences sera faite dans le but de mettre en évidence les facteurs ayant un impact significatif sur l'adhésion thérapeutique en physiothérapie.

### **3. Les facteurs personnels et leurs impacts sur l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Judith Addison

#### **3.1. Introduction**

Le but de cette section est de déterminer quels sont les facteurs personnels influençant l'adhésion au traitement et dans quelle mesure ils peuvent compromettre ou encore améliorer l'adhésion thérapeutique. Nous tenterons de mettre en évidence les facteurs personnels qui ont une forte corrélation avec l'adhésion thérapeutique et qui ont un grand impact sur celle-ci.

#### **3.2. Facteurs économiques et sociaux de la personne**

##### **3.2.1. Genre**

Selon une revue systématique réalisée en 2013, quelques études rapportent que le genre masculin a un effet inhibiteur sur l'adhésion et que le genre féminin a un effet facilitateur (32). On pourrait donc conclure que les femmes ont tendance à être plus adhérentes au traitement que les hommes. Cependant, aucune corrélation n'a pu être décelée entre le genre et l'adhésion à la médication dans plus de dix autres études recensées dans cette revue (32). Puisque le genre a un impact variable sur l'adhésion au traitement (34, 35), nous concluons que les évidences sont mitigées en ce qui concerne l'influence du genre du patient sur l'adhésion.

##### **3.2.2. Statut marital**

Selon Kardas (32), être marié et le fait de vivre avec un conjoint augmente les probabilités d'adhésion au traitement. Une étude de Fekete portant sur l'adhésion au traitement post-PTG chez les personnes âgées, vient cependant apporter une nuance à cet effet (36). Il faut considérer deux éléments qui peuvent moduler l'effet du conjoint sur l'adhésion : l'influence et le support. L'influence du conjoint peut être positive (motive le patient) ou négative (met de la pression sur le patient). Le support peut être positif (conjoint compréhensif) ou négatif (ne prend pas en considération le patient) (36).

Un support trop intense de la part du conjoint, même s'il est positif et de bonne foi, peut avoir un effet inhibiteur sur l'adhésion car le patient peut avoir l'impression qu'il n'est pas autonome dans la gestion de sa situation et cela perturbe son estime de soi et sa motivation.

On peut donc conclure que ce n'est pas spécifiquement la présence ou l'absence d'un conjoint qui influence l'adhésion, mais plutôt la place qu'il prend au sein du processus thérapeutique.

### **3.2.3. Niveau d'éducation**

Selon Bassett (37), il n'y a pas de lien entre le niveau d'éducation du patient souffrant de douleur lombaire et son adhésion au programme d'exercices. Cependant, deux autres études rapportent que les patients moins éduqués sont légèrement plus adhérents aux recommandations faites par leur physiothérapeute que les plus éduqués (34, 38). L'analphabétisme est toutefois associé à un effet inhibiteur sur l'adhésion (32) (39). Selon mon interprétation des évidences, les patients moins éduqués mais tout de même alphabètes, sont peut-être moins en mesure de remettre en cause la "légitimité" des dires des professionnels de la santé et ainsi sont plus enclin à suivre leurs recommandations.

### **3.2.4. Statut socio-économique**

Une étude réalisée en 2002 révèle que les patientes atteintes de fibromyalgie qui sont sans emploi sont plus adhérentes aux recommandations (40). Une revue systématique portant sur l'adhésion à la médication (32) révèle que les facteurs suivants, en lien avec le statut socioéconomique, sont associés à un effet négatif sur l'adhésion : faible revenus, pauvreté, bas statut socioéconomique, le fait de vouloir rester malade pour bénéficier de support financier, contraintes financières, être sans emploi et avoir un travail de col blanc. Cependant, cette même revue rapporte aussi six études démontrant un effet neutre sur l'adhésion en ce qui concerne le statut socioéconomique. On ne peut donc pas conclure hors de tout doute que le statut socioéconomique est en lien avec le fait d'être adhérent ou non à la prise de médication. La même conclusion pourrait s'appliquer en ce qui concerne

l'adhésion au traitement en physiothérapie étant donné que le statut socioéconomique n'est pas en lien avec le type de traitement prodigué par le professionnel de la santé.

Pour conclure sur les facteurs économiques et sociaux, on peut constater que la relation est faible entre l'adhésion thérapeutique et les caractéristiques du patient comme le genre, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation et le statut socio-économique. Des résultats contradictoires et inconstants sont rapportés dans la littérature. En tant que physiothérapeute, on ne peut donc pas se fier à ses facteurs pour dépister la mal-adhésion thérapeutique. De plus, ces facteurs sont non-modifiables par l'intervention du physiothérapeute et ne seront donc pas visés spécifiquement par les stratégies (voir section 6 de ce travail).

### **3.3. Facteurs liés à la condition médicale**

#### **3.3.1. Aigue vs chronique**

Dans la littérature, la majorité des études portant sur les facteurs influençant l'adhésion au traitement se rapportent à des conditions chroniques puisque adhésion correspond en quelque sorte à la persistance dans le temps à suivre les recommandations. Il faut donc que le besoin thérapeutique se maintienne pendant un certain laps de temps afin de pouvoir étudier l'adhésion.

L'adhésion est problématique dans des conditions chroniques pour deux raisons principales (37). Premièrement, en période de rémission (lorsque les symptômes s'atténuent), les patients manquent de repères pertinents pour leur rappeler de continuer les traitements. Ils croient souvent à tort qu'ils sont guéris et, par le fait même, que les applications des recommandations n'est plus nécessaire. Deuxièmement, les patients souffrant de pathologies chroniques ont du mal à intégrer leur traitement à leur routine quotidienne.

Chez la clientèle asthmatique, les patients rapportent souvent ne prendre leur médication que lorsqu'ils croient en avoir besoin, alors que cela devrait être fait sur une base quotidienne (41). Il revient donc au professionnel traitant d'informer le patient sur la nature de sa condition et de lui expliquer la différence entre une pathologie chronique et aigue.

En effet, selon mon interprétation personnelle de la littérature, de nombreuses récurrences ou rechutes pourraient être évitées si le patient souffrant d'une maladie chronique comprenait bien que les recommandations doivent être suivies de façon permanente.

### **3.3.2. Perception de la sévérité des symptômes**

Les patients sont plus adhérents lorsqu'ils perçoivent leur maladie ou leur blessure comme étant sérieuse et qu'elle pourrait avoir des répercussions négatives si le traitement demandé n'est pas réalisé (37). En effet, il semblerait que ce ne soit pas seulement la sévérité des symptômes, mais bien la perception de la sévérité des symptômes qui influence l'adhésion. Par exemple, pour deux enfants présentant la même fréquence et intensité de symptômes de l'asthme, la persistance thérapeutique par l'utilisation de médication préventive sera meilleure dans la famille où les parents perçoivent une plus grande vulnérabilité de leur enfant face à la maladie (41).

Un patient qui a une maladie chronique, qui n'est pas symptomatique et qui démontre une amélioration clinique pendant le suivi a plus de chances d'être non-adhérent (32). Au contraire, plus la maladie est sévère, plus le patient aura tendance à prendre sa médication (32). En parallèle, en physiothérapie, un patient avec peu d'incapacité sera probablement moins enclin à adhérer à son programme d'exercices par exemple.

### **3.3.3. Diagnostic et pronostic**

L'adhésion peut varier selon le diagnostic médical posé. En effet, certaines maladies seraient associées à un effet positif sur l'adhésion. Par exemple, le taux d'adhésion est plus haut chez les patients diagnostiqués avec de l'arthrite rhumatoïde comparé aux patients souffrant des autres types d'arthrite. Aussi, certains types de maladies sont associés à un plus bas taux d'adhésion, comme les troubles du sommeil et les problèmes pulmonaires par exemple (32).

Malgré ces observations, l'adhésion semble être plus fortement liée aux caractéristiques de la maladie qu'au type de maladie en soi (diagnostic). En effet, malgré l'influence du diagnostic, la mal-adhésion est plus fortement corrélée avec le pronostic de la maladie et le degré selon lequel le patient considère cette maladie comme un obstacle dans sa vie (34).

#### **3.3.4. Croyances sur la maladie**

Les croyances du patient envers sa maladie ont un effet variable sur l'adhésion au traitement. En effet, en considérant les différentes convictions du patient, elles peuvent avoir un effet facilitateur ou un inhibiteur sur l'adhésion (39) (32). Par exemple, le fait de croire au diagnostic reçu, de se préoccuper de sa maladie et de croire qu'il est possible d'avoir du contrôle sur sa santé sont toutes des croyances associées à un effet positif sur l'adhésion. Cependant, si le patient a des croyances erronées sur l'effet possible d'un traitement sur sa condition, cela est associé à une plus faible adhésion (32).

Les croyances du patient en ce qui concerne sa condition sont influencées par son "savoir en santé" («*health literacy*») (39). Voici une définition de «*health literacy*» selon un article publié en 2005: «*health literacy involves the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions*» (39). Le "savoir en santé" correspond donc en quelque sorte à l'acquisition et à la compréhension des connaissances de bases et des notions fondamentales nécessaires pour faire des choix éclairés concernant une condition médicale. Dans une étude sur l'adhésion dans les cas de VIH, les patients avec une faible «*health literacy*» avaient environ 3 fois plus de chance d'être non-adhérent à leur médication (42).

Il est donc du devoir du physiothérapeute de s'assurer que le patient possède toute l'information nécessaire et qu'il est bien outillé pour réussir à faire des choix éclairés et basés sur des faits plutôt que sur des croyances erronées. Je crois qu'en tant que professionnel de la santé, nous devons non seulement instruire le patient, mais aussi prendre le temps de le questionner pour savoir quels sont ses impressions sur sa maladie et sur le traitement proposé. Ainsi, en augmentant son "savoir en santé" et en travaillant

sur ses croyances, nous augmenterons les chances d'une meilleure adhésion thérapeutique.

### **3.4. Facteurs psychologiques**

#### **3.4.1. Auto-efficacité («*Self-efficacy*»)**

L'auto-efficacité correspond à la confiance en soi du patient et à la croyance en ses capacités à résoudre un problème. Ce concept s'oppose à la notion de perception d'impuissance aussi décrite dans la littérature (41, 43). Dans plusieurs études portant sur les patients diabétiques, l'auto-efficacité a été corrélée à une meilleure adhésion à la prescription d'activité physique (41, 44). L'auto-efficacité a une forte corrélation positive avec l'adhésion, notamment parce qu'elle est en étroite relation avec le «*health literacy*» décrit plus haut et avec la notion de motivation (42). Effectivement, ces trois concepts sont inter-reliés : en devenant un patient expert de sa condition, il croira en ses capacités à se prendre en charge et cela augmentera sa motivation à s'impliquer activement dans son traitement.

Le patient aura donc tendance à plus s'investir dans son traitement s'il se sent bien outillé pour faire face à sa maladie et qu'il se sent capable de faire des bons choix pour mettre en place les mesures nécessaires pour améliorer sa condition en suivant les recommandations de son professionnel de la santé.

#### **3.4.2. Motivation**

La motivation personnelle du patient est positivement associée à l'adhésion (32, 37, 38, 41). Chez les patients ayant subi une blessure sportive (45), la motivation à entreprendre leur réadaptation a été corrélée positivement à l'exécution du programme d'exercices à domicile, à leur présence aux rendez-vous, à un meilleur suivi des protocoles prescrits et à une meilleure adhésion auto-rapportée. Selon mon interprétation de la littérature, la motivation du patient est un des facteurs les plus déterminants qui influence l'adhésion thérapeutique.

Cependant, il est primordial de tenir compte du type de motivation du patient car cela peut influencer le degré d'adhésion. En effet, le fait d'être motivé pour les "mauvaises raisons" peut avoir un effet minime ou même négatif sur l'adhésion. Ainsi, la motivation peut être subdivisée en 5 catégories, évoluant de la moins autonome vers la plus autonome, cette dernière étant fortement corrélée à une meilleure adhésion thérapeutique (45). La figure 1 ci-dessous présente les 5 catégories d'autonomie et un exemple de ce que le patient pourrait dire pour chacune d'elles, selon l'article de Chan (43) :

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1- La régulation externe : « Je vais avoir des problèmes si je ne le fais pas »</li><li>2- L'introjection : « Je me sens mal si je ne le fais pas »</li><li>3- L'identification : « Le traitement est important pour moi »</li><li>4- L'intégration : « Le traitement a un sens et compte pour moi »</li><li>5- La motivation intrinsèque : « C'est dans mon meilleur intérêt de compléter le traitement »</li></ol> |
|--|

Figure 1 : Les 5 catégories d'autonomie selon Chan

Cet article nous indique donc qu'en tant que physiothérapeute, il est pertinent de questionner le patient sur la source de sa motivation et l'aider à cheminer vers un plus haut niveau d'autonomie motivationnelle afin d'ultimement arriver à augmenter son adhésion au traitement. La motivation peut être augmentée de diverses façons, qui seront abordées dans la section *Stratégies*.

Dans un autre ordre d'idées, la motivation serait plus grande si le physiothérapeute explique clairement tous les bénéfices encourus par la bonne exécution du programme, de même que les impacts positifs concrets sur la vie du patient (37). Le professionnel de la santé aura plus de chance de succès s'il explique que les bénéfices prévus seront liés à une amélioration significative de la participation plutôt qu'une diminution des déficiences (selon le modèle de la CIF). En effet, le patient se sentira plus interpellé et aura tendance à mieux s'investir dans sa thérapie s'il perçoit que ses efforts auront des impacts concrets sur sa vie.

Voici un exemple pouvant être appliqué dans un contexte de physiothérapie en lien avec ce concept. Le physiothérapeute pourrait dire à un patient en réadaptation suite à une chirurgie pour une prothèse totale de genou (PTG) : "en faisant vos exercices, cela vous permettra de monter vos escaliers à la maison" plutôt que de lui dire "vous aurez une côte

de force au bilan musculaire qui passera de 4 à 5/5". Ainsi, le patient comprend mieux l'impact direct que le traitement peut avoir sur sa vie quotidienne et cela le motivera à adhérer aux recommandations émises par son physiothérapeute.

### 3.4.3. Stades de changement de Prochaska

Souvent, les recommandations en physiothérapie nécessitent que le patient fasse des modifications à ses habitudes de vie ou encore modifie sa routine quotidienne, afin d'y intégrer un programme d'exercices à domicile par exemple. En psychologie, on dit que le patient passe par 5 différents stades de changement lorsqu'il veut modifier un comportement (46). La figure 2 ci-dessous présente une brève description de chacun de ces stades :

- 1- **Pré-contemplation** : Le patient n'a pas l'intention de changer son comportement dans un futur rapproché. Il n'est pas conscient du problème.
- 2- **Contemplation** : Le patient est conscient du problème et pense à le résoudre, mais ne s'est pas encore engagé à passer à l'action.
- 3- **Préparation** : Le patient prévoit passer à l'action dans le prochain mois, il effectue même de petits changements comportementaux.
- 4- **Action** : Changement réel du comportement pour résoudre le problème. Nécessite un engagement considérable (au niveau du temps et de l'énergie) de la part du patient.
- 5- **Maintien** : Après 6 mois dans le stade d'action. Le patient veut prévenir les rechutes dans les stades antérieurs et veut consolider ses acquis du stage d'action.

Figure 2 : Les 5 stades de changement de Prochaska

Il apparaît donc important de connaître dans quel stade se trouve notre patient afin de pouvoir adapter nos stratégies en conséquence. On peut s'attendre à ce que le patient en pré-contemplation ne soit que très peu adhérent à nos recommandations en physiothérapie (47). En effet, il éprouvera de la difficulté à suivre nos recommandations émises pour améliorer sa condition s'il n'accepte pas tout d'abord l'existence même de son problème.

#### **3.4.4. Croyance aux bienfaits du traitement**

En physiothérapie, un haut degré d'adhésion est associé à la croyance du patient que la réadaptation est un moyen efficace pour arriver à ses buts. Aussi, le patient doit percevoir qu'il a une bonne capacité à faire face aux exigences du traitement (34). En d'autres mots, il doit estimer que la physiothérapie est adaptée pour ses besoins et avoir confiance qu'il pourra progresser grâce à cette prise en charge. L'adhésion est moins bonne lorsque le patient ne croit pas aux bénéfices du traitement proposé.

Dans une étude sur l'asthme, près de 46% des patients interrogés ont répondu être réticents à l'usage de corticostéroïdes inhalés (le médicament prophylactique par excellence pour l'asthme chronique). De plus, seulement 25% des patients ont fait part à leur professionnel de la santé de leur peur/réticence face à ce médicament. Cela nous expose toute l'importance de questionner le patient sur ces croyances et ces peurs concernant le traitement proposé (41).

Le concept de ratio risque/bénéfices est couramment utilisé en pharmacologie pour aider le médecin à déterminer si l'usage d'un médicament est pertinent pour un patient. Il semblerait que le patient procède à une réflexion semblable lorsque vient le moment de se conformer (ou non) aux recommandations émises par son professionnel de la santé. Le patient se baserait donc sur ses croyances pour faire le rapport entre sa perception de la nécessité du traitement vs ses inquiétudes envers ce même traitement (48).

Une étude portant sur la médication nous révèle que plus le médicament est perçu comme nécessaire, plus l'adhésion est grande (48). La relation inverse s'applique en ce qui concerne les inquiétudes (si les préoccupations sont importantes, l'adhésion sera plus faible). Ce résultat nous semble logique d'emblée. Un résultat intéressant qui ressort de cette même étude est le lien entre l'adhésion et l'importance du score obtenu en faisant la différence entre la nécessité et les préoccupations. Des hauts taux d'adhésion étaient associés à une grande différence nécessité-inquiétude.

Cette conclusion de l'étude me semble très pertinente dans un contexte où l'on souhaite augmenter l'adhésion thérapeutique en physiothérapie. En effet, même si nous réussissons à convaincre notre patient de la nécessité et de l'importance du traitement proposé, l'adhésion n'augmentera pas de façon significative si le patient demeure avec de

nombreuses inquiétudes face à ce traitement. C'est pourquoi il est important de non seulement informer le patient et lui donner tous les renseignements nécessaires pour le bon déroulement du traitement, mais aussi de prendre le temps de l'écouter pour connaître ses préoccupations.

### **3.5. Facteurs reliés au traitement**

#### **3.5.1. Antécédent d'adhésion**

Le fait d'avoir été adhérent par le passé (antécédent d'adhésion) est positivement associé à l'adhésion au traitement en physiothérapie (32, 37). Pour l'adhésion à long terme, le fait d'avoir été adhérent à court terme prédit le fait d'être adhérent à long terme pour les femmes consultant en physiothérapie pour incontinence urinaire (49).

Il est donc pertinent de questionner le patient sur ses habitudes à suivre ou non les recommandations des professionnels de la santé qu'il consulte. Ainsi, le physiothérapeute pourra rapidement mettre en place une stratégie en cas de besoin (voir section Stratégies de ce travail).

#### **3.5.2. Participation du patient dans sa thérapie**

Le succès des programmes d'exercices en physiothérapie relève du fait que les patients s'impliquent activement dans l'élaboration, l'exécution et le maintien de ce programme. Les patients trouvent difficile de maintenir à long terme leur adhésion au programme d'exercices pour deux raisons. Premièrement, ils ont de la difficulté à l'intégrer à leurs activités quotidiennes. Deuxièmement, ils ont de la difficulté à surmonter le nombre élevé d'obstacles réels et perçus. Les principaux obstacles perçus pour l'exécution d'un programme d'exercices à domicile sont le manque de temps pour le faire, l'incapacité d'intégrer le programme dans la routine quotidienne et le fait d'oublier de faire le programme (37).

Ce facteur met en évidence toute l'importance d'intégrer le patient dans la prise de décisions concernant son traitement. Il faudra convenir, d'un commun accord, quel

moment de la journée est le plus propice pour lui pour faire ses exercices par exemple et déterminer quels sont les moyens pour ne pas oublier son traitement. Par exemple, en pédiatrie, on pourrait conseiller aux parents de faire un exercice à tous les changements de couche. Ainsi, le traitement demandé est intégré dans le quotidien du patient et cela augmente les chances d'une meilleure adhésion.

### **3.5.3. Paramètres du traitement**

Les principaux facteurs inhibiteurs liés aux paramètres du traitement sont la fréquence élevée des doses, une longue durée de traitement dans le temps (chronique) et les effets secondaires réels ou perçus (41).

Dans une étude chez les patients asthmatiques, 61% des répondants disaient préférer prendre leur médication une fois par jour plutôt que deux (41). Cela aiderait à diminuer la charge de travail lié au traitement et augmenterait les chances d'une meilleure adhésion. La même conclusion a été tirée chez les patients souffrant de diabète. (41). La fréquence des doses recommandées est donc un facteur important à considérer chez les patients atteints d'une condition chronique.

À première vue, on pourrait croire que les patients qui ont reçu leur diagnostic depuis plusieurs années sont plus adhérents que ceux dont les recommandations médicales ne sont pas intégrées dans leur mode de vie depuis longtemps. Cependant, selon une étude pourtant sur les patients diabétiques de type 1, les patients diagnostiqués depuis plus longtemps avaient tendance à oublier plus fréquemment leurs injections d'insuline, à être moins actifs physiquement et à avoir une diète moins bien équilibrée que ceux qui ont été diagnostiqués plus récemment (41).

### **3.6. Conclusion et recommandations**

Initialement, nous voulions déterminer qui sont les patients à risque de mal-adhésion et établir un tableau précis des facteurs personnels influençant positivement et/ou négativement l'adhésion au traitement en physiothérapie. Cependant, selon la revue de la littérature effectuée dans le cadre de ce travail, il n'existe pas de profil-type lié à la non-

adhésion. Il s'agit plutôt d'une combinaison de facteurs très variables d'un patient à l'autre, avec certaines caractéristiques ayant un effet plus important. Les facteurs ayant un impact majeur sur l'adhésion au traitement en physiothérapie sont les facteurs psychologiques (fortement basé sur la notion de croyances (48) et sur la motivation). Les facteurs en lien avec la condition médicale, principalement en ce qui concerne les maladies chroniques et la sévérité des symptômes jouent aussi un rôle important dans l'adhésion au traitement. Finalement, les facteurs socio-économiques ne sont pas fortement corrélés avec l'adhésion thérapeutique.

Finalement, il est important de questionner le patient au sujet des raisons qui peuvent entraver l'adhésion à son traitement. Le physiothérapeute doit arriver à cerner le problème avant de vouloir y apporter des solutions. Les facteurs personnels sont souvent moins facilement modifiables que les facteurs environnementaux, ce qui les rend plus difficiles à contrôler. Il faut donc questionner le patient et adapter nos stratégies aux caractéristiques personnelles qui lui sont propres.

## **4. Les facteurs environnementaux et leurs impacts sur l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Catherine Mireault-Germain

Une bonne connaissance des facteurs environnementaux sera utile pour détecter la mal-adhésion chez les patients et servira ensuite à choisir les stratégies les plus optimales pour remédier à un problème de mal-adhésion thérapeutique. Afin d'aider les physiothérapeutes à mieux se situer au niveau des différents facteurs environnementaux influençant l'adhésion au traitement, une revue et une analyse des principaux facteurs seront effectuées. Les sections seront divisées selon le modèle de la CIF présentée ci-haut. La présentation portera d'abord sur les facteurs environnementaux de type physique, ensuite ceux de type social et ceux de type attitudinal (33). Finalement, une courte discussion portant sur l'application des principaux facteurs environnementaux dans un environnement macro, soit la société québécoise, sera effectuée.

### **4.1. Facteurs environnementaux physiques**

Les facteurs environnementaux de type physique comprennent tous les éléments matériels pouvant influencer les patients dans leur processus d'adhésion au traitement, que ce soit au niveau des objets ou des lieux les entourant. Afin d'avoir une meilleure connaissance de ces facteurs, une analyse de la littérature portant sur l'environnement de vie personnel du patient sera d'abord faite, suivie de l'analyse de la littérature liée à l'environnement de son lieu de traitement.

#### **4.1.1. Environnement personnel du patient**

##### **4.1.1.1. Lieu de domicile du patient**

Le premier aspect abordé sera celui du lieu de domicile du patient. Les facteurs affectant le domicile du patient auront un effet sur les trois composantes de l'adhésion thérapeutique mentionnées précédemment, soit l'adhésion primaire, l'observance et la persistance au traitement.

Tout d'abord, il est important d'aborder l'importance de la qualité de l'installation et de l'organisation du domicile du patient. Dans leur article portant sur la pharmacologie, Sabaté et al. mentionnent que les gens atteints de diabète se montreraient moins adhérents à leur traitement dans les lieux désordonnés ou plus à risque. Des exemples de ces types de lieux seraient des pays en voie de développement ou encore des résidences plus pauvres avec peu de ressources. Ceci peut être expliqué par le fait que dans ce type de milieu, les patients doivent faire preuve d'une plus grande capacité d'adaptation pour suivre leurs recommandations de traitement (50). D'autres articles médicaux amènent aussi l'idée que le fait de vivre dans un domicile désorganisé et précaire est souvent corrélé à une mal-adhésion thérapeutique (35, 51, 52). L'observance sera probablement l'élément le plus touché par ce facteur. En effet, un domicile désordonné où l'espace est restreint pourra limiter le patient dans l'application des recommandations thérapeutiques. Un point intéressant sur ce facteur est qu'il pourra cependant être partiellement modifié lors d'une visite à domicile par un physiothérapeute ou un ergothérapeute.

Par contre, bien que l'on peut conclure que l'environnement physique du patient aura un impact significatif sur son adhésion thérapeutique, une distinction doit être faite entre l'environnement physique objectif, soit concrètement le monde qui nous entoure, et l'environnement subjectif, soit l'environnement tel que perçu par le patient (53). En effet, un environnement pourra être perçu comme étant optimal par le physiothérapeute alors qu'il posera problème pour le patient et viendra ainsi diminuer son adhésion au traitement. Il sera donc du ressort du physiothérapeute de questionner le patient afin d'avoir une connaissance étroite de sa perception de son environnement personnel, plus particulièrement de son domicile.

#### **4.1.1.2. Environnement géographique du domicile du patient**

L'aspect physique du domicile n'est pas le seul facteur à considérer. En effet, d'autres déterminants physiques appelés «facteurs de commodité» joueront un rôle majeur sur l'adhésion au traitement du patient (54). Ces facteurs regroupent notamment la distance entre la résidence du patient et son lieu de traitement ainsi que la disponibilité du transport pour y accéder. Plusieurs articles s'accordent à dire que plus la distance séparant le domicile du patient de son lieu de soin est grande, plus son niveau d'adhésion au traitement diminuera (50, 54-58). Aussi, les milieux ruraux étant situés plus loin des

installations de soin, le transport nécessaire pour y accéder demandera souvent beaucoup de temps et de coûts associés (54, 55, 58-62). Ces facteurs pourront donc venir limiter l'adhésion primaire et la persistance au traitement.

Également, il est à noter que le fait de vivre dans un milieu rural comparativement à un milieu urbain peut avoir des répercussions significatives sur l'adhésion. Ceci est surtout le cas dans les pays en voie de développement où les milieux ruraux sont plus souvent associés à une condition financière précaire. (58, 60, 63). Dans ces cas, étant donné leur statut économique plus bas, les gens habitant loin de la ville auront parfois moins les moyens de payer pour les services médicaux nécessaires ; venant ainsi limiter leur adhésion primaire au traitement (64).

Bref, le fait de vivre dans un domicile précaire, en milieu rural ou éloigné de son lieu de soin est considéré comme un obstacle environnemental à l'adhésion thérapeutique. Ceci nous amène donc à conclure que l'adhésion thérapeutique est aussi un concept spécifique au lieu de résidence et de traitement du patient («setting specific») (65). Étant donné leur importance, et ce encore davantage dans les pays en voie de développement, ces facteurs devront être pris en compte par le physiothérapeute qui devra adapter ses interventions et recommandations afin de les rendre plus facilement applicables aux conditions de vie de son patient. Toutefois, les facteurs environnementaux physiques liés au domicile du patient ne ressortent pas dans la littérature comme étant les plus fréquemment rencontrés en pratique, ni comme étant ceux ayant le plus grand impact sur l'adhésion thérapeutique.

#### **4.1.2. Lieu de soin**

Les établissements dispensant les soins de santé à la société ont eux aussi un effet direct sur l'adhésion thérapeutique. Afin d'inciter le patient à démontrer une bonne adhésion, la notion de confiance envers son milieu de soin est très importante car elle serait directement corrélée avec l'adhésion au traitement (39, 59). Plusieurs facteurs environnementaux peuvent venir jouer sur cette confiance.

Au niveau des installations physiques du lieu de soin, il a été démontré que les patients désirent être traités à l'aide des meilleurs équipements adaptés à leur condition ; ceci aiderait à une meilleure confiance en leur milieu de soin (66) et donc amènerait une adhésion plus optimale. En physiothérapie, avoir accès aux dernières technologies prouvées efficaces par les évidences scientifiques serait donc favorable pour l'adhésion des patients. Également, les installations médicales devraient être en mesure d'accueillir toute personne souhaitant avoir recours aux soins. Les lieux de soin devraient donc avoir les adaptations nécessaires pour répondre, par exemple, aux besoins des personnes âgées avec déficience ambulatoire et être en mesure de s'adapter pour traiter toute personne en s'assurant de respecter ses différences culturelles (56).

L'accessibilité du lieu de soin est aussi un facteur important à considérer. Tout d'abord, l'accessibilité physique du lieu au niveau du transport et du stationnement doit être adéquate pour le patient. Il a été mentionné précédemment qu'une courte distance séparant le domicile du lieu de soin était favorable à l'adhésion thérapeutique ; un chemin facile d'accès ainsi qu'un faible coût pour le stationnement du véhicule seront aussi des facilitateurs de l'adhésion primaire et de la persistance au traitement (54).

Bref, bien que les facteurs physiques du lieu de soin soient modifiables, ils sont souvent oubliés dans les stratégies visant à améliorer l'adhésion thérapeutique car ils ne sont pas modifiables par l'intervention du thérapeute traitant, mais bien par la personne en charge de l'établissement. Un des aspects négatifs de la modification de ces facteurs est par contre le coût possiblement élevé que peuvent engendrer les changements nécessaires.

#### **4.2. Facteurs environnementaux sociaux**

La section suivante portera sur les facteurs influençant l'environnement social du patient au niveau individuel, soit l'influence de son environnement immédiat, puis au niveau sociétal, où les effets de la stigmatisation sociale et du mode de fonctionnement de la société seront discutés.

#### 4.2.1. Individuel

La relation avec les membres de sa famille et le soutien apporté par ses proches pourront avoir une influence directe sur la façon qu'a le patient d'aborder son traitement. Une vaste quantité d'articles s'accordent d'ailleurs à dire qu'un bon support social donné au patient par ses proches joue un rôle majeur dans l'amélioration de l'adhésion au traitement (32, 38, 50, 54-57, 60, 61, 66-70) ; certaines nuances doivent par contre être apportées à cette idée.

Il est démontré que la famille, lorsqu'elle est présente et offre un bon support, peut être un facilitateur important dans l'adhésion thérapeutique du patient. Par contre, lorsque le climat familial est plus tendu, ceci peut constituer un obstacle significatif à l'adhésion au traitement (32, 69, 71, 72). D'ailleurs, une méta-analyse de DiMatteo, mentionne que bien que le fait de vivre seul et de ne pas avoir de support familial immédiat vient diminuer significativement l'adhésion au traitement, le fait de vivre dans un climat familial conflictuel est encore pire. L'article mentionne que l'adhésion thérapeutique est 1,53 fois plus basse chez les patients vivant dans un environnement familial conflictuel alors qu'elle est 1,74 meilleure dans les familles offrant un support social et ayant un environnement social optimiste (69). Avoir un bon climat familial est encore plus important en pédiatrie. En effet, un enfant vulnérable, qui doit déjà composer avec ses déficits, aura besoin d'un climat chaleureux et d'un support familial adéquat pour démontrer une bonne adhésion au traitement (32, 73).

La famille peut aussi venir jouer un rôle d'obstacle à l'adhésion thérapeutique lorsque que les devoirs familiaux ajoutent un surplus de responsabilités au patient (62). Un premier exemple de cas serait l'obligation de se rendre au travail afin de ne pas tomber dans une situation de pauvreté qui pourrait mettre la famille à risque (57, 60). Il s'agit d'une situation particulièrement courante dans les milieux défavorisés où les habitants sont dans des situations plus précaires qui ne leur permettent pas de manquer des journées de travail (59). Un deuxième exemple serait lorsque qu'un parent doit rester au domicile pour s'occuper de son enfant (32). À ce sujet, il a été mentionné plus haut que le sexe n'a pas d'impact significatif sur le niveau d'adhésion thérapeutique des patients. Par contre, malgré le fait que ce soit moins souvent le cas de nos jours, la réalité de notre société veut que, dans la majorité des cas, ce soit la femme qui demeure au domicile plus longtemps

pour s'occuper des enfants. L'obligation engendrée par cette situation familiale aura pour effet de diminuer indirectement l'adhésion thérapeutique de la femme compte tenu des ses obligations familiales restreignant son emploi du temps (56, 74, 75).

Aussi, il est important de mentionner que le support social donné doit rester majoritairement psychologique. Il doit surtout s'agir d'encouragements et de rappels prodigués au patient par ses parents et ses proches. Ceux-ci doivent donc jouer le rôle d'observateurs et non apporter une aide totale (61). En effet, tel que mentionné dans l'article de Julius, Novitsky et Dubin portant sur la tuberculose, le support ne doit pas occasionner une situation de dépendance (52). Il est important de responsabiliser le patient face à son traitement afin d'améliorer son adhésion thérapeutique (50, 76). Cette responsabilisation aura plus précisément pour effet d'améliorer l'observance et la persistance du patient aux recommandations et aux exercices donnés par le thérapeute.

Au niveau du support social de nature physique, c'est-à-dire de l'aide concrète apportée au patient à l'aide de gestes, comme lui apporter des objets ou l'aider à se déplacer, il doit être le plus limité possible afin de responsabiliser le patient (56, 68). Par contre, avec certains patients, le support physique des proches sera primordial pour assurer l'adhésion thérapeutique. C'est entre autres le cas en pédiatrie (66, 73, 77) ou dans les cas plus lourds nécessitant qu'un membre de la famille joue le rôle de proche aidant (56).

Certains articles ajoutent également que l'importance du support social donné au patient réside dans la perception qu'il en a (54, 72). Ainsi, selon l'état psychologique du patient, il peut-être plus difficile de prodiguer un support social qui lui sera bénéfique. En effet, tel que mentionné dans la section des facteurs personnels (section 3), un patient ayant un état psychologique plus fragile ou ne se trouvant pas dans le stade de changement approprié (46) pourrait être moins enclin à percevoir l'aide que ses proches tentent de lui apporter. Et, si le patient ne perçoit pas l'aide apportée par ses proches, celle-ci n'améliorera pas son adhésion thérapeutique.

Finalement, il faut mentionner que le support social est un facteur qui peut être modifié à l'aide de stratégies qui ont pour but d'optimiser le support social du patient (section 6). De plus, ce facteur fait consensus dans la littérature comme ayant un effet significatif sur l'adhésion thérapeutique des patients dans le domaine médical. Ces caractéristiques font

donc du support social un des facteurs environnementaux majeur à considérer dans les cas de mal-adhésion thérapeutique.

#### **4.2.2. Sociétal**

Les facteurs environnementaux sociaux peuvent également être élargis de façon à englober l'influence que peut avoir la société sur le patient et cette influence peut elle aussi avoir un effet sur son adhésion thérapeutique.

##### **4.2.2.1. Stigmatisation sociale**

Un phénomène éthique ayant des impacts significatifs sur le domaine de la santé, et ce, partout à travers le monde est la stigmatisation sociale (78). La stigmatisation est un concept large ayant le plus souvent des répercussions négatives sur la personne stigmatisée. Par contre, dans les cas comme la campagne anti-tabac, elle peut avoir des répercussions positives sur la santé (79). La notion de stigmatisation développée dans ce texte se penchera toutefois uniquement sur l'aspect négatif qu'elle peut avoir sur l'adhésion thérapeutique de certains patients.

Selon Deacon, la stigmatisation sociale en santé ne doit pas être confondue avec la discrimination. Elle serait plutôt le fait de blâmer une personne pour un problème de santé pour lequel on la tient pour responsable. Son problème de santé est associé à un comportement perçu comme étant immoral ; tout cela amène la personne à être associée à un groupe socialement différencié et donc à avoir un statut social «diminué» aux yeux des autres membres de la communauté (79, 80). De plus, dans la littérature, ce phénomène est mentionné comme ayant un effet défavorable sur l'adhésion thérapeutique (32, 35, 60, 61, 64, 78).

Plusieurs patients atteints d'une maladie sont soumis à des pressions sociales par les individus de la société. C'est un cas particulièrement fréquent chez les gens atteints du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et ce encore davantage chez les jeunes. Ces patients n'oseraient pas utiliser leur médication par peur que leur famille et leurs proches

découvrent qu'ils sont atteints de cette maladie (35, 64). Cette peur de se dévoiler aura donc un effet néfaste important sur leur observance au traitement.

Une autre étude portant sur la tuberculose en Indonésie présente que le phénomène de stigmatisation serait davantage présent en milieu urbain plus aisé. En effet, la tuberculose étant plus répandue dans les milieux ruraux, elle y serait moins perçue comme étant anormale et donc en être affecté entraînerait moins de stigmatisation par les pairs (61).

Si on ramène ce phénomène de stigmatisation à la réadaptation, Raja présente dans son étude sur l'utilisation des aides techniques en Inde que les jeunes démontraient un plus haut niveau d'adhésion à leur aide technique pour les distances de moins de 100 mètres. Ceci serait expliqué en partie par le fait qu'ils ne désiraient pas être vus en société, soit en marchant sur de plus longue distance, en possession d'une aide technique (81).

La littérature sur la stigmatisation sociale en santé amène donc l'idée que les patients ne désirent pas que les gens qui les entourent dans la société soient au courant de leur problème de santé. Cette idée doit être considérée en physiothérapie car certains patients pourraient ne pas adhérer à une modalité de traitement qui serait visible aux autres.

La stigmatisation sociale peut aussi avoir un impact négatif sur divers facteurs facilitateurs de l'adhésion. En effet, toute personne devant adopter des comportements ou des habitudes de vie différentes dû à son problème de santé est à risque d'être stigmatisée. Ceci peut être entre autres le cas chez les personnes en arrêt de travail et assurées par la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST) qui sont parfois perçues par leurs collègues de travail ou leur employeur comme étant responsables de leur problème (82). Cette stigmatisation peut avoir pour effet de diminuer l'estime de soi de la personne (facteur personnel influençant l'adhésion) et avoir des répercussions négatives sur les proches, diminuant par le fait même le support social donné (79). Un impact négatif sur ces deux facteurs peut donc venir indirectement diminuer l'adhésion du patient.

Ainsi, il semble important pour le thérapeute traitant d'être à l'écoute de son patient et de garder une possibilité de stigmatisation sociale en tête pour être en mesure de proposer d'autres alternatives de traitement si c'est le cas. Il doit également faire attention de ne pas tomber lui-même dans le piège de stigmatiser son patient.

#### **4.2.2.2. L'influence de la société comme environnement macro**

Il est aussi important de considérer que les caractéristiques propres à chaque société viendront agir comme une toile de fond qui modulera l'effet et l'importance de l'impact des différents facteurs personnels et environnementaux sur l'adhésion.

Par exemple, lors du mois passé au Népal, nous avons réalisé que le manque de temps et de ressources avaient un impact majeur sur l'adhésion. Ainsi, il en revenait aux bénévoles présents de tenter d'instaurer une routine et des plans de traitement permettant d'améliorer la condition des enfants. L'adhésion aux recommandations devaient, dans ce cas-ci, se faire autant par le personnel soignant que par les parents des enfants atteints.

Il sera discuté plus tard comment le fonctionnement du système de santé québécois peut lui aussi influencer significativement l'adhésion au traitement et comment les lacunes de ce système peuvent devenir des obstacles majeurs à l'adhésion (section 4.4).

### **4.3. Facteurs environnementaux de type attitudinal**

Le dernier groupe de facteurs environnementaux affectant l'adhésion à considérer est celui se rapportant à l'attitude des diverses personnes qui seront en contact direct avec le patient pour la durée de son traitement. Une analyse des répercussions de l'attitude des membres du personnel du lieu de soin envers le patient sera faite, suivi de l'analyse de l'impact sur l'adhésion du lien thérapeutique entre le patient et son thérapeute traitant.

#### **4.3.1. Lien avec le personnel du lieu de soin**

Tout d'abord, en pénétrant dans son lieu de soin, le patient doit sentir une atmosphère confortable, celle-ci aura pour effet d'améliorer son adhésion thérapeutique (67). Ensuite, la première impression qu'aura un patient en rentrant dans un établissement de la santé se fera face au personnel administratif et non au personnel soignant (56, 83). Bien qu'il s'agisse d'un facteur parfois négligé, le niveau de courtoisie des gens chargés d'accueillir le patient aura un effet sur l'adhésion primaire ainsi que sur la persistance du patient à son traitement. Le personnel administratif peut donc jouer un rôle de facilitateur en se montrant

poli et engagé ou alors d'obstacle s'il néglige les besoins du patient et se montre discourtois. Bref, ce facteur est rarement pris en compte dans les stratégies ayant pour objectif d'améliorer l'adhésion thérapeutique, mais il ne devrait pas être oublié car bien qu'il n'implique pas directement le thérapeute traitant, il s'agit d'un facteur facilement modifiable et pouvant avoir une répercussion sur chacun des clients se présentant dans un établissement de soin.

Parallèlement, en milieu hospitalier, il faut considérer les nombreux membres composant le personnel soignant, car chacun de ceux-ci a un rôle à jouer dans l'adhésion thérapeutique du patient. En effet, chacun des membres du personnel en contact avec le patient devrait être présent pour répondre à ses besoins tout en procurant des encouragements et un support social lorsque nécessaire. Bien que le niveau d'implication ne soit pas concrètement défini dans la littérature, il semble clair qu'un minimum d'implication amenant un sentiment de bien être chez le patient peut avoir un effet positif sur son adhésion (51, 55). La réalité clinique des milieux hospitaliers ne répond malheureusement pas toujours à ce critère, ce qui a pour effet d'amener dans plusieurs cas une diminution de l'adhésion au traitement. Le lien thérapeutique, qui sera abordé plus bas, sera donc d'autant plus important pour combler ce manque parfois présent au niveau du reste du personnel soignant.

Aussi, au niveau administratif, le lieu de soin doit s'assurer d'avoir des politiques et procédures claires et bien identifiées (50). Il doit avoir un vaste réseau de références afin d'être en mesure de faciliter et d'accélérer le cheminement du patient vers le professionnel adéquat pour lui prodiguer son traitement (50, 56, 62). Il doit également offrir suffisamment de disponibilités de rendez-vous pour accueillir le patient dans un délai d'attente raisonnable (50, 55, 57, 67, 84). Une trop longue attente pourra avoir pour effet de décourager le patient et de diminuer son adhésion au traitement.

Bref, il faut considérer que chaque personne qui entre en contact avec le patient pourra avoir une influence positive ou négative sur son adhésion en fonction de la façon dont elle interagit avec celui-ci. Il serait donc pertinent de conscientiser l'ensemble du personnel sur l'importance de leur impact sur la l'adhésion des patients.

### 4.3.2. Lien thérapeutique

Le physiothérapeute est un intervenant qui passe beaucoup de temps avec le patient, il se doit donc d'être apte à créer un lien thérapeutique assez fort avec son patient pour établir une relation de confiance qui favorise l'adhésion au traitement. D'ailleurs, un article médical de Reisner et al. sur le VIH a prouvé que le pourcentage de visites du patient est corrélé avec sa relation avec son thérapeute traitant (35). Les derniers facteurs présentés toucheront directement l'approche thérapeutique du physiothérapeute, ils sont par conséquent modifiables et seront visés dans plusieurs des stratégies abordées plus bas.

Un premier facteur central ayant une répercussion sur l'adhésion thérapeutique des patients est certes la communication entre le professionnel traitant et son patient (39, 50, 52, 85, 86). Il faut tout d'abord noter que la communication est un concept large qui comprend entre autres la quantité et qualité de l'information donnée au patient par le professionnel de la santé. En effet, la littérature mentionne qu'un patient plus informé sur sa condition démontre une meilleure adhésion au traitement (52, 83, 87, 88). Cette information devrait idéalement être transmise par des professionnels ayant un haut niveau de formation. La littérature rapporte que les professionnels de la santé perçus comme étant experts dans leur domaine réussissent plus facilement à gagner la confiance de leurs patients (32, 50, 66). Malheureusement, les professionnels traitants n'ont pas tous l'habitude de bien informer leurs patients. Effectivement, plusieurs articles amènent l'idée que certains professionnels seraient portés à donner moins d'informations et moins d'explications à des patients peu éduqués car ils prendraient pour acquis que ces patients ne les comprendraient pas ou ne seraient pas intéressés à les entendre ; cette attitude indésirable peut donc devenir un obstacle à l'adhésion thérapeutique (61, 89). Par contre, le contraire est aussi vrai, donner trop d'informations non-spécifiques à son problème de santé au patient viendrait diminuer son adhésion thérapeutique (56, 67).

Ensuite, la façon dont le thérapeute communique avec son patient peut avoir des répercussions sur l'adhésion thérapeutique. Effectivement, la littérature mentionne que le patient aime se sentir supporté par la personne qui le soigne et apprécie qu'on fasse preuve d'empathie envers lui (32, 57, 76, 86, 90). On rapporte aussi que le patient désire bâtir une relation de confiance avec son thérapeute (57, 59, 76). Il veut pouvoir partager ses soucis avec le professionnel de la santé ; ceci aiderait à sa gestion du stress

(«coping») qui est nécessaire, mais souvent difficile dans les cas de problèmes de santé (50). D'ailleurs, pour faciliter l'élaboration d'une relation thérapeutique solide, il serait préférable que le patient soit traité de façon continue par le même professionnel et dans le même établissement (91).

L'attitude du professionnel traitant ne serait pas non plus à négliger. Selon l'article de Swift, Whipple et Sandberg en psychologie, même la façon qu'a le professionnel d'aborder son patient le premier jour pourrait venir jouer un rôle sur son adhésion thérapeutique. Ils ajoutent aussi que lorsque le thérapeute dégage une bonne confiance en lui, cela aide au bon fonctionnement du plan de traitement (84).

Aussi, les encouragements ainsi que des rétroactions positives donnés aux patients, seraient démontrés comme étant plus bénéfiques pour l'adhésion thérapeutique que les rétroactions négatives (32, 50, 56, 66, 67, 76, 89). Ajouté à cela, Munro et al. mentionnent dans leur étude chez les gens atteints de tuberculose, que le fait de réprimander un patient pour des rendez-vous manqués ne ferait que diminuer encore davantage sa présence à ses rendez-vous et donc diminuer sa persistance au traitement (60).

Ensuite, l'adhésion au traitement dépend de l'implication du patient dans son plan d'intervention. En effet, la plupart des patients désirent être activement impliqués dans leur traitement ; c'est-à-dire être entre autres consultés pour la formulation des objectifs et être en mesure de partager leurs opinions en tout temps avec le professionnel de la santé attiré (32, 34, 90, 92).

Par contre, une certaine contradiction se retrouve à ce niveau dans la littérature. En effet, certains auteurs mentionnent que bien qu'il est indispensable de faire une prise de décision conjointe avec le patient, le physiothérapeute, étant donné qu'il détient les connaissances, devrait garder un poste d'autorité par rapport au patient. Cette notion de légère supériorité aiderait, selon eux, à la confiance du patient et donc à son adhésion au traitement (86, 90, 93). Cependant, dans leur étude, Kim et Park mentionnent que dans les pays de l'Ouest, un meilleur niveau d'adhésion serait associé à un style de communication plus empathique (86). D'autres études mentionnent elles aussi qu'une relation de partenariat et d'égalité avec le patient serait plus facilitatrice pour l'adhésion thérapeutique (76, 91).

Bref, ceci nous amène à conclure que le type de communication à adopter ainsi que la proportion d'autorité à démontrer par le professionnel traitant variera en fonction du patient qu'il traitera. Afin d'objectiver davantage ce point, dans une étude de Levinson et al. en 2005, une recension de 2765 sujets anglophones aux États-Unis a été faite. À la suite de cette étude, ils sont venus à la conclusion que 96% des patients désiraient être consultés quant à la prise de décision, mais que 52% d'entre eux préféreraient laisser le soin de la décision finale au thérapeute traitant (94).

Finalement, le temps passé seul avec le patient est aussi un facteur déterminant. Celui-ci aurait un effet non-seulement sur le lien thérapeutique, mais aussi sur la motivation du patient face à son traitement (57). En plus de ces moments passés seul avec son thérapeute, il est amené dans la littérature que le patient souhaiterait avoir des suivis fréquents sur sa condition et sur les recommandations qui lui ont été données ; ces suivis permettraient d'accroître la confiance en lui du patient (32, 66, 67). Tout ceci aurait en plus pour effet d'accroître indirectement l'adhésion thérapeutique.

La relation thérapeutique a fait objet de nombreuses recherches dans la littérature et, étant donné son influence significative sur l'adhésion, elle peut être considérée comme étant un des facteurs principaux influençant l'adhésion thérapeutique. Une des principales stratégies pour optimiser l'adhésion au traitement, affectant la majorité des facteurs composant le lien thérapeutique, serait certes l'approche centrée sur le patient ; il s'agit d'un modèle en constante évolution dans les dernières années qui sera présenté plus en détail dans la section portant sur les stratégies (section 6) (93).

#### **4.4. Discussion sur les facteurs influençant l'adhésion au traitement dans la société québécoise**

Cette section aura pour but d'analyser l'effet de certains facteurs environnementaux présentés précédemment, sur l'adhésion au traitement en physiothérapie dans le contexte de la société québécoise.

Tout d'abord, afin d'avoir une vision plus précise du Québec, il est important de considérer l'aspect multiculturel de la société québécoise (95). En effet, le physiothérapeute travaillant

au Québec devra s'ajuster en fonction des croyances de ses patients s'il désire que ceux-ci aient la meilleure adhésion possible. Dépendamment de la zone géographique où il travaille, le physiothérapeute gagnera donc à se renseigner sur la culture de ses patients et dans certains cas, à adapter son approche thérapeutique. Effectivement, l'attitude face aux diverses modalités de traitement peut varier en fonction des habitudes et des croyances des personnes (56).

De plus, la population québécoise est vieillissante et les personnes âgées sont plus à risque de souffrir de maladies chroniques ou de polyopathologies (95). Le physiothérapeute devra donc s'assurer d'être connaissant de la condition de ses patients afin de donner des recommandations de traitement qui favoriseront leur adhésion ; ceci sera discuté plus en détail dans la section des stratégies pour optimiser l'adhésion au traitement.

#### **4.4.1. Analyse du système de santé**

Il sera question dans cette section du fonctionnement du système de santé québécois ainsi que de la perception qu'en ont les membres de la société. Le système de santé québécois est divisé en système public et en système privé qui fonctionnent tous deux de façon distincte.

##### **4.4.1.1. Système de santé public**

Le système de santé public comprend de nombreux facteurs environnementaux pouvant jouer le rôle de facilitateurs à l'adhésion thérapeutique, mais il comprend également de nombreux inhibiteurs.

En 2003, le gouvernement québécois adopte la Loi 25 qui mènera à la création des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS). Tout ceci afin de « (...) rapprocher les services de la population et faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux.» (96). L'atteinte de cet objectif aurait permis de faciliter l'adhésion dans le système de santé, car la longueur du temps d'attente et la difficulté d'accès aux références sont des obstacles significatifs à l'adhésion thérapeutique (50, 62).

D'autres points forts du système de santé québécois sont ses fonctions de surveillance continue et de promotion de la santé (97). Ces fonctions ont été créées afin de garder un contrôle constant sur les cinq grands déterminants de la santé au Québec (Annexe 2). Or, la majorité de ces déterminants de la santé correspondent aussi à des facteurs personnels ou environnementaux pouvant affecter l'adhésion thérapeutique. Un exemple concret serait applicable au cinquième déterminant soit : l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que leur accessibilité. Tel que mentionné plus haut, l'organisation et l'accessibilité sont deux facteurs environnementaux physiques à considérer dans le concept de l'adhésion (32, 55, 57, 60, 83). Donc en faisant des suivis constants pour limiter les impacts négatifs que pourraient occasionner les déterminants de la santé, le gouvernement vient, par le fait même, contrôler l'effet inhibiteur que les facteurs qui leur sont associés pourraient avoir sur l'adhésion.

Un autre facilitateur de l'adhésion serait la gratuité du système de santé public. En effet, grâce à l'assurance maladie, les fonds de financement provenant des impôts, des cotisations et des diverses taxes, les personnes souffrantes peuvent avoir accès aux soins sans avoir à les payer (98). Ainsi, bien qu'un faible niveau économique peut en théorie venir limiter l'adhésion primaire et la persistance à la présence aux rendez-vous, cet obstacle est partiellement contré au Québec par un accès gratuit aux soins de santé dans le milieu public (61). Cet aspect demeure néanmoins controversé dans la littérature, la raison sera abordée dans la section suivante portant sur le système de santé privé.

Par contre, autant la réorganisation du système de santé que le principe de surveillance ne s'avèrent pas suffisants. En effet, malgré ces efforts du gouvernement, l'accessibilité au système de santé public québécois demeure un problème présent (99). La réalité clinique démontre que l'offre ne s'avère pas capable de répondre à la large demande et les services de physiothérapie dans le secteur public sont difficilement accessibles à une vaste proportion de la population. Les longs délais d'attente amènent un impact négatif sur l'adhésion primaire au traitement (57, 84). De plus, la référence médicale obligatoire en milieu public pour avoir accès aux traitements de physiothérapie vient elle aussi allonger le processus. Afin d'avoir accès aux soins de physiothérapie, une grande proportion de la population doit se tourner vers le secteur privé.

#### **4.4.1.2. Système de santé privé**

Peu de littérature scientifique est disponible au sujet de la physiothérapie en milieu privé. Certaines recherches démographiques et faits historiques permettent cependant de faire des déductions quant à l'effet de son fonctionnement sur l'adhésion au traitement.

Depuis le début des années 90, la physiothérapie dans le secteur privé a reçu l'accès direct, les patients peuvent donc recevoir les traitements sans référence médicale contrairement au réseau public (100). Cet accès direct permet de faciliter l'accessibilité aux soins en diminuant les démarches préliminaires nécessaires et le temps d'attente, permettant ainsi d'améliorer l'adhésion primaire au traitement.

Un autre aspect différenciant le système privé du système public est celui du coût des services. Au Québec, les cas d'accidents au travail, de victimes d'actes criminels ou d'accidents d'automobile recevront des traitements de physiothérapie gratuitement au privé étant donné la couverture des régimes assurances publiques de la CSST, de l'Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels (IVAC) et de la Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ) (101-104). Par contre, tout autre personne souhaitant être traitée en physiothérapie dans le secteur privé devra payer la totalité du traitement. Un certain montant sera ensuite remboursé si le patient détient des assurances et le montant de ce remboursement variera en fonction de la couverture qu'il détient. Selon certains auteurs, le fait d'avoir à déboursé un montant pourra venir limiter l'adhésion au traitement des patients avec un plus faible statut économique (61, 67).

Cependant, une étude de Laloo et McDonald portant sur les traitements dentaires rapporte des résultats contraires. En effet, dans cette étude, le trois-quarts des patients mal-adhérents étaient des patients recevant des traitements gratuitement (74). L'effet du coût de la prestation des services sur l'adhésion est donc présent, mais controversé. Il semble par contre important de garder en tête qu'un patient avec un faible statut économique sera potentiellement limité dans son adhésion primaire au traitement s'il doit payer pour être traité, alors qu'un patient provenant de la CSST, l'IVAC ou de la SAAQ présentera une limitation potentielle de son observance au traitement. La stratégie à aborder dans ces deux cas distincts ne sera donc pas la même.

#### **4.4.2. Support social au Québec**

Tel que mentionné ci-haut, le support social est un facteur environnemental très présent dans la littérature et répertorié comme ayant un effet significatif sur l'adhésion au traitement. Afin de préciser le tableau de l'adhésion au Québec, les données sur support social au Québec seront donc analysées.

Il a été présenté plus haut qu'il n'existe pas de corrélation claire entre l'âge le niveau d'adhésion d'une personne. Par contre, au Québec, une corrélation peut être faite entre le niveau de support social d'une personne et son âge. En effet, selon l'Institut de Statistique du Québec, les personnes âgées seraient plus susceptibles d'avoir un faible soutien social. Un sondage en 2005 rapporte que 22% des gens de 65 ans et plus auraient un niveau de support social peu élevé. Par comparaison, seulement 9% des 12-24 ans auraient un niveau de support social peu élevé. Bien que ces chiffres proviennent de sondages et ne représentent pas avec exactitude le niveau de support social, il est possible de percevoir que l'écart entre ces deux tranches d'âge est significatif (105). Donc, bien que l'âge n'a pas d'effet direct sur l'adhésion, ces chiffres permettent de conclure qu'au Québec, les personnes plus âgées seront possiblement moins adhérentes étant donné leur plus faible niveau de support social.

Parallèlement, l'Institut de la Statistique du Québec rapporte que les gens ayant un revenu économique moins élevé (se situant dans le quintile inférieur) auraient un soutien social significativement plus bas que les gens se situant dans le quintile supérieur (105). Donc, les gens souffrant de troubles économiques auront, au Québec, une probabilité plus élevée d'être mal-adhérents à leur traitement, car le faible statut économique sera parfois aussi associé à un faible support social, qui est un obstacle à l'adhésion.

#### **4.5. Conclusion**

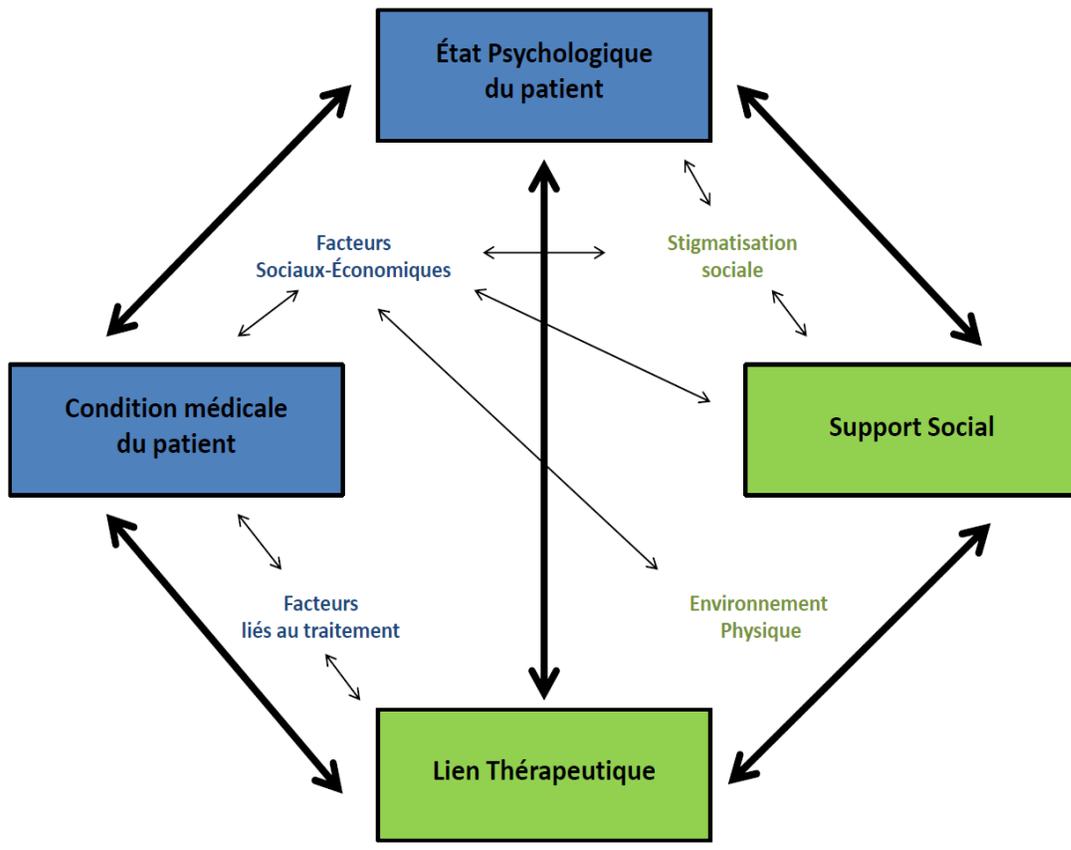
Suite à la recension et l'analyse des différents facteurs environnementaux pouvant affecter l'adhésion au traitement en physiothérapie, plusieurs conclusions peuvent être ressorties.

Tout d'abord, chacun des facteurs environnementaux présentés précédemment peuvent influencer l'adhésion des patients à leur traitement. Par contre, les plus importants seraient

le support social prodigué par les proches et le lien thérapeutique entre le patient et son physiothérapeute. Ces deux facteurs ont été choisis comme étant les plus importants étant donné les nombreuses évidences scientifiques qui s'accordent à leur attribuer un effet significatif sur l'adhésion thérapeutique et étant donné qu'il est possible de les modifier par le biais des stratégies qui seront présentées (section 6).

Également, il a été démontré que l'adhésion est un concept spécifique au lieu et qui n'est pas généralisable. Il a été possible de dresser un portrait général de certains facteurs environnementaux affectant plus spécifiquement la société québécoise, mais il est impossible de dresser une liste précise des facteurs sur lesquels le thérapeute devra agir dans le cas d'un patient mal-adhérent. En effet, il n'existe pas de profil type de patient mal-adhérent. Bref, il est important pour le physiothérapeute d'avoir une connaissance étroite des différents facteurs existant afin d'être en mesure de les identifier plus rapidement chez un patient qu'il soupçonne de mal-adhésion ; il pourra ainsi agir plus rapidement et utiliser les stratégies appropriées pour son patient.

Il semble important de considérer l'interaction qui existe entre les différents facteurs personnels et environnementaux pouvant affecter l'adhésion thérapeutique. Cette interaction a été représentée dans la figure 3 qui a été créée suite à l'analyse de la littérature portant sur les différents facteurs affectant l'adhésion. Les quatre principaux facteurs à considérer par le physiothérapeute sont représentés dans les rectangles et les autres facteurs ayant un impact moindre sur l'adhésion se retrouvent au centre de la figure.



**Figure 3:** Schéma représentant l'interrelation entre les facteurs personnels et environnementaux affectant l'adhésion au traitement.

**Légende:** En bleu : Les facteurs personnel; En vert : Les facteurs environnementaux

Il est possible de noter une interaction entre presque tous les facteurs qui ont été présentés ci-haut. Par exemple, au niveau du support social, une méta-analyse de DiMatteo mentionne qu'un bon support social amènerait le patient à adopter une meilleure adhésion thérapeutique en l'encourageant à être plus optimiste, à avoir plus d'estime de soi, en réduisant son niveau de stress en lien avec sa condition et en diminuant son niveau de dépression (69). Donc, un meilleur support social viendrait indirectement améliorer l'état psychologique du patient qui est un facteur personnel ayant un effet significatif sur l'adhésion. Aussi, selon un article de Clark et al. en 2013, un faible support social pourrait être en partie compensé par un bon lien thérapeutique entre le patient et son thérapeute traitant (55). Ainsi, ceci amène l'idée que les facteurs personnels et environnementaux ne se comportent pas comme des entités séparées, mais bien comme des éléments reliés entres eux et interagissant à différents degrés sur l'adhésion thérapeutique. Ceci amène aussi l'idée que même si un facteur agissant comme obstacle

à l'adhésion thérapeutique est difficilement modifiable, il sera possible dans certains cas d'agir sur d'autres facteurs lui étant liés et ainsi améliorer indirectement l'adhésion du patient à son traitement.

## **5. Les outils de mesure de l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Gabrielle Fradet

Les outils de mesure de l'adhésion retrouvés actuellement dans la littérature ne sont pas classifiables selon les trois sous-catégories présentées dans la section précédente (adhésion primaire, observance, persistance). Ainsi, la définition de l'adhésion à laquelle il sera fait référence ne suivra pas ce cadre. Le terme général d'adhésion (106) sera utilisé dans cette section, c'est à dire le fait pour le patient de respecter les recommandations et le plan de traitement établis en collaboration avec le physiothérapeute.

Tel qu'énoncé ci-haut, l'adhésion au traitement est influencée de manière multifactorielle (38, 73). Les patients en physiothérapie doivent adhérer à de nombreux comportements durant leur période de traitement en physiothérapie. Par exemple, les patients adhèrent à leurs rendez-vous, à un programme d'exercices à la maison, à des recommandations et changent parfois leurs habitudes de vie. La mesure de l'adhésion utilisée en clinique devra donc être multidimensionnelle afin de répondre à cette définition (106) de l'adhésion au traitement.

L'adhésion au traitement est une branche récente en recherche en réadaptation, dans laquelle peu d'outils objectifs ont été validés et leur fidélité testée (107). La mesure de l'adhésion au traitement n'est pas uniforme et standardisée dans les études (108). Aucune mesure étalon n'est établie (53). Il est ainsi difficile de comparer les études et de faire des méta-analyses en ce qui concerne l'efficacité des stratégies visant à augmenter l'adhésion (109), étant donné les lacunes des outils dans ce domaine.

Il n'existe que très peu d'outils standardisés (108) pour l'évaluation de l'adhésion chez les patients en physiothérapie, lorsque celle-ci concerne le comportement de notre patient. Cette section va présenter les outils existants et essaiera d'indiquer des moyens concrets et des recommandations d'évaluation aux physiothérapeutes concernant l'adhésion au traitement.

Nous allons nous concentrer sur la mesure de l'adhésion portant sur les comportements, ce qui est le plus applicable en clinique en physiothérapie. Deux sections seront abordées; une section sur les données rapportées par les patients (auto-rapportées) et une section

sur les données non rapportées par le patient, rapportées plutôt par un moyen externe au patient (par exemple : un appareil électronique ou un thérapeute). Chaque section décrira les mesures du comportement à domicile, puisque le traitement conventionnel en physiothérapie inclut généralement des exercices ou des recommandations à suivre à domicile. Une partie sera également abordée sur les mesures du comportement en clinique.

### **5.1. Données auto-rapportées**

Les outils de mesures présentés ci-dessous se basent sur des données qui sont auto-rapportées par le patient. Ce type d'outil comporte de grands avantages étant donné le faible fardeau de l'administrateur. Ils sont accessibles pour tous les physiothérapeutes, rapides et faciles d'utilisation. C'est pourquoi les outils avec données auto-rapportées sont utilisés de manière répandue (38, 110).

Par contre, leur plus grande limite est leur surestimation reconnue. Afin de fournir des données, le patient devra effectuer un processus mental qui requière beaucoup d'attention. Durant cette tâche cognitive, un biais majeur reconnu aux outils avec données auto-rapportées est le biais de désirabilité sociale. Le patient, généralement inconsciemment, donnera une réponse désirable afin de plaire. Dans le cas de l'adhésion, les patients rapporteraient à la hausse leur temps d'exercices effectué à domicile (110). Ainsi, il y a beaucoup de surestimation provenant de ce type de mesure.

Il existe aussi un problème car les données d'adhésion rapportées par le patient lui-même sont facilement altérables. Plusieurs biais nous indiquent une donnée qui a été falsifiée, dont le « *faking good* », lorsque la personne est consciente qu'elle fausse les résultats et essaie de donner une fausse impression positive (111). Ces données erronées ajoutent aux aspects négatifs des données auto-rapportées. Ce type de mesure de l'adhésion au traitement est donc à interpréter avec précautions. On doit en vérifier préalablement les qualités métrologiques, telles que la validité.

### **5.1.1. Adhésion au traitement à domicile**

Nous allons maintenant aborder l'adhésion au traitement en physiothérapie lorsque celui-ci doit être appliqué hors du lieu de traitement, sans surveillance du thérapeute, généralement à domicile. Cette partie de l'adhésion au traitement est difficilement objectivable. Elle comporte plusieurs aspects, dont le suivi de recommandations et l'application d'un programme d'exercices. Parmi les mesures utilisées actuellement, nous retrouvons des moyens plutôt subjectifs qui sont également des données auto-rapportés par les patients.

#### **5.1.1.1. Journal de bord**

La mesure de l'adhésion au traitement grâce au journal de bord est la mesure la plus commune (38) de l'adhésion en physiothérapie à domicile, selon la revue systématique de Jack et al. en 2010. Le journal de bord permet de rapporter chaque fois que l'exercice est réalisé, de rapporter si les recommandations sont appliquées ou non et de rapporter des variables de confusion (activités supplémentaires faites par le patient, par exemple : prise de médicaments). Il peut être rempli à chaque jour ou à chaque semaine (112).

Il peut également augmenter l'adhésion (38). Le journal permet d'aider les patients à se rappeler qu'ils doivent réaliser les exercices. Ainsi, ce ne sera pas la réelle adhésion qui sera mesurée si le journal permet de se souvenir qu'il faut faire les exercices (19). L'instrument permettrait d'augmenter l'adhésion, ce qui fait partie de stratégies instaurées lorsque l'adhésion a été identifiée problématique. L'augmentation de l'adhésion au traitement par des stratégies matérielles sera abordée dans une future section.

Nous savons également qu'une mauvaise utilisation du journal de bord mène à des résultats questionnables (12, 113). Des biais sont présents ; il faut se rappeler de nos actes afin de les rapporter, il est difficile d'adhérer au journal en tant que tel et il y a possibilité de fausser les données (17). Le journal de bord en tant que mesure de l'adhésion au traitement est donc à interpréter avec précautions.

En effet, une étude de Stone et al. en 2002 a révélé des taux très importants de mal-adhésion aux journaux de bord (113). Dans cette étude, le journal de bord papier incluait des détecteurs de lumières afin de savoir quand les patients ouvraient leur journal pour entrer leurs données. Ce détecteur de lumière permet d'avoir un comparatif objectif et d'identifier lorsque le patient remplit un journal antérieur oublié, qu'il accumule des rapports d'adhésion à remplir en même temps. Ils ont mis en évidence des taux d'adhésion de 91% rapporté par le patient comparé à un taux de 10% avec les détecteurs de lumière pour les journaux de bord papier (114).

D'un autre côté, les faiblesses du journal de bord papier sont compensées par le fait qu'ils sont simples à utiliser, accessibles et peu coûteux, comparé au journal de bord électronique par exemple (voir 5.1.1.3). Ils sont donc souvent utilisés de manière complémentaire avec d'autres mesures, surtout avec les mesures en clinique.

Il existe dans une pratique spécialisée de la physiothérapie, la rééducation périnéale, des journaux mictionnels qui sont des instruments qui ont été bien étudiés mais qui n'ont pas été développés pour mesurer l'adhésion. Ils mesurent plutôt les activités mictionnelles des patients. La littérature nous dit qu'un journal mictionnel de sept jours est très sensible et fidèle (115, 116) et que les trois premiers jours corrélaient grandement avec les quatre derniers jours, nous indiquant qu'un journal de trois jours est un très bon indicateur et est facilement applicable en clinique (117). Le journal mictionnel diffère du journal de bord rapportant les exercices réalisés à la maison. En effet, les fuites urinaires sont la raison de consultation tandis que les exercices seront plutôt un moyen de traiter le motif de consultation. Par cet aspect, ils diffèrent. Par contre, un lien peut être fait avec la durée des journaux de bord utilisés pour mesurer l'adhésion au traitement. Les résultats des études présentées précédemment nous portent à croire qu'un journal de bord rapportant des données sur une courte durée serait un instrument à envisager afin de mesurer les taux d'adhésion. Il devrait être plus étudié en recherche afin d'en permettre l'application en clinique en physiothérapie.

### 5.1.1.2. Questionnaires

Les questionnaires rétrospectifs sont remplis par les patients. Ils sont parmi les mesures les plus fréquentes de l'adhésion utilisées actuellement (110). Effectivement, ces mesures présentent des avantages considérables. Tout d'abord, des coûts très faibles sont engendrés par leur utilisation, dont le coup lié à l'impression et le coût lié au temps de l'administrateur. Ils sont également faciles d'utilisation et disponibles pour la plupart des intervenants. Ils peuvent être remplis à différentes fréquences (par exemple : à chaque semaine (11), chaque rendez-vous en clinique (118), etc.). Tous ces aspects participent à la diminution du fardeau de l'administrateur.

Cette méthode est considérée comme une mesure objective. Par contre, il est démontré qu'il y a une tendance à surestimer l'adhésion au traitement (8, 19, 110, 119). Nous devons donc porter une attention particulière à ce type de mesure. Elles peuvent présenter des biais, puisque les patients doivent effectuer un processus mental qui comprend plusieurs étapes en répondant aux questionnaires, dont chacune est susceptible de comprendre un biais. Les étapes comprennent, en premier, la compréhension de la question et de ses choix de réponse. Ensuite, les patients doivent se rappeler de la réponse, en faisant appel à leur mémoire. Cette étape est souvent biaisée, compte tenu de la tendance des créateurs d'instruments à surestimer la mémoire des patients. Puis, ils doivent adapter leur réponse à la question, selon les choix de réponse. (111)

Comme mentionné précédemment, le biais de désirabilité sociale explique la tendance à la surestimation de ce type de mesure. Il est également important de considérer la difficulté de se souvenir avec précision de l'évènement en question, menant à des biais liés à la tâche cognitive élevée demandée par ce processus (17) et contribuant à augmenter le fardeau du répondant. Bender et al. (110) en 2003 affirme qu'il est ainsi inadéquat d'utiliser les questionnaires de données auto-rapportées afin de mesurer des comportements comme l'adhésion au traitement. Les items des questionnaires devront être assez précis et clairs afin de n'évaluer que le comportement. Quittner et al. en 2008 nous mentionnent que les questionnaires sont fréquemment formulés de manière à évaluer plutôt la perception globale du patient que la réalisation de son comportement (17). Parfois, les informations sont limitées quant à quel niveau les patients ont réalisé

leurs exercices. Des échelles de 'un peu' à 'toujours' ne nous indiquent pas combien d'exercices ont été réalisés, ne permettant pas de savoir le nombre d'exercices effectués.

Afin d'illustrer ce type de mesure, nous allons approfondir quelques questionnaires, ceux étant le plus souvent rencontrés dans la littérature : le *Rehabilitation Adherence Questionnaire* (RAQ) et le *Home Exercise Compliance Assessment* (HECA). Le *Patient self-report scale for the measurement of adherence to home-based physiotherapy* (19) serait à valider et à approfondir afin d'en connaître les qualités métrologiques étant donné son utilisation dans les études.

#### i. *Rehabilitation Adherence Questionnaire* (RAQ)

Développé par Fisher et al., il contient 40 questions sur six domaines pouvant influencer l'adhésion au traitement. Le patient doit coter chaque niveau selon une échelle de Likert à quatre niveaux. Les domaines sont la perception de l'effort, la tolérance à la douleur, la motivation du patient, le support social, l'horaire et les conditions environnementales (ANNEXE 3).

Les qualités psychométriques sont faibles, avec une faible validité, cohérence interne et validité de critère (120). Shaw et al. précisent que ce questionnaire ne mesure pas directement l'adhésion, il mesure plutôt ce qui influence de celle-ci (107), ce qui peut expliquer sa faible validité si on le compare à un outil de mesure d'adhésion directement.

Au contraire, une étude de 2010 a démontré que les qualités métrologiques de l'outil étaient bonnes (121). Shin et al. ont modifié l'outil de façon à créer une version courte, ils l'ont redéfini avec des questions reformulées et conjuguées au présent. Ils en ont gardé 25 questions portant sur les six mêmes domaines. Ils ont réalisées des analyses factorielles et nous indiquent de bonnes qualités telles que la validité de critère et la fidélité test retest. Ainsi, il a été validé pour une application dans le domaine médical et dans le domaine de la réadaptation, chez une clientèle d'athlètes seulement.

Ainsi, il peut être pertinent d'utiliser le RAQ afin d'identifier les barrières du patient à son adhésion, grâce à ce questionnaire à six domaines.

## ii. *Home Exercise Compliance Assessment (HECA)*

Ce questionnaire n'a pas été retrouvé explicitement dans la littérature. Selon Kolt et McEvoy, il est court et permet de rapporter combien de séances d'exercices le patient a complétées dans la semaine précédente. C'est le patient qui remplit à chaque semaine le nombre de sessions d'exercices réalisées dans la semaine précédente. Par contre, aucune donnée psychométrique n'est mentionnée dans la littérature. Il est pourtant utilisé dans plusieurs études, comme l'indiquent Kolt et McEvoy en 2003 (11).

Dans cette étude de Kolt et McEvoy afin de déterminer le niveau d'adhésion des patients avec douleur lombaire chronique, le questionnaire HECA est utilisé avec deux autres outils de mesure : le *Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS)* (voir 5.2.3.2) et la présence aux rendez-vous (11). Cette combinaison permet de compenser pour les faiblesses des différents outils, en évaluant plus d'une sphère de l'adhésion.

L'HECA se rapproche beaucoup du journal de bord, avec la différence qu'il faut répondre à des questions. Par contre, certains journaux sont construits afin que les patients répondent à des questions. Nous ne recommandons pas son utilisation étant donné le peu de littérature à ce sujet. Il serait pertinent d'approfondir ses qualités psychométriques afin de déterminer si, malgré leur ressemblance, cet outil est plus valide que le journal de bord.

### **5.1.1.3. Journal de bord électronique**

Ce type de journal de bord est un programme informatique sur un appareil électronique. Le programme permet d'enregistrer directement dans l'ordinateur les données de l'adhésion. Il fournit ainsi des données qui peuvent être associées à une donnée objective, comme le temps auquel la donnée a été inscrite.

Le journal électronique est avantageux car il est facile d'utilisation, malgré le fait qu'il est généralement nécessaire pour le répondant d'avoir une formation d'environ deux heures pour se familiariser avec l'outil (114, 122). Il peut inclure des moyens d'augmenter l'adhésion, comme des effets sonores de rappel. C'est le cas dans l'étude de Stone et al. en 2003. Le journal de bord électronique a montré des taux élevés d'adhésion de 94% au

rapport de la douleur chez des patients avec douleur chronique, mais avec des rappels afin de faciliter celle-ci (114). Cet aspect peut être négatif lorsque le but est d'obtenir une mesure précise car il ne mesure pas la réelle adhésion des patients lorsque celle-ci est facilitée. En effet, un rappel est déjà une stratégie afin d'augmenter l'adhésion. Dans une perspective clinique, cet instrument est également coûteux et pourrait ne pas être accessible aux patients moyens consultant en physiothérapie ou à certaines cliniques de physiothérapie (19). Par contre, son utilisation lorsque l'adhésion a été identifiée déficiente pourrait servir comme stratégie afin d'augmenter l'adhésion.

Green et al. en 2006 ont réalisé une étude de grande ampleur en psychologie contenant trois sous-études. Ils ont entre autres comparé le journal de bord papier au journal de bord électronique. Leurs conclusions pointent la similitude des deux méthodes de mesures de l'adhésion quant à la qualité des données. Dans la deuxième partie de l'étude, le journal électronique avait des alarmes qui rappelaient aux patients de faire un rapport de données, pouvant biaiser la donnée réelle de l'adhésion. Ils concluent que les résultats sont controversés par rapport à l'élimination du journal de bord papier et que l'utilisation du journal de bord électronique ne peut être répandue (123). Broderick et al. ont écrit un commentaire par rapport à l'étude de Green et al. Ils critiquent les résultats et affirment qu'il est légitime que les résultats soient équivalents dans cette étude car les conditions de la recherche ont créé un haut niveau d'adhésion en ce qui concerne le journal de bord papier (122).

Les études de Stone et al. et Green et al. étaient exigeantes car les patients devaient remplir le journal plusieurs fois par jour (respectivement trois fois par jour et environ 10 fois par jour). Cette fréquence n'est pas réaliste afin d'être appliquée en clinique.

L'emploi du journal de bord électronique comme mesure de l'adhésion au traitement en physiothérapie ne peut être encouragé à cette étape. Cet instrument est en effet controversé et doit être plus étudié dans le domaine de la physiothérapie. Il doit y avoir des recherches démontrant sa validité supérieure au journal de bord papier et étudiant la surestimation de l'instrument.

## 5.2. Données non auto-rapportées

Les données qui sont rapportées par un appareil électronique ou un évaluateur externe seront nommées ici des données non auto-rapportées. Leur avantage principal est d'être objectivables. En effet, l'influence du patient et des biais liés à la perception sociale positive désirée par le patient sont diminués par ces méthodes objectives. Par contre, ces méthodes peuvent avoir une administration exigeante, augmentant le fardeau de l'administrateur. Également, il n'y a pas de mesure étalon bien établie ni répandue. Les méthodes objectives peuvent parfois être trop intrusives et on peut parfois se questionner sur leurs enjeux éthiques. Ces désavantages seront détaillés plus spécifiquement selon les outils.

### 5.2.1. Adhésion dans le domaine médical

La littérature est assez exhaustive sur la mesure de l'adhésion en médecine, par exemple en ce qui concerne l'adhésion à la prise de médicaments. En effet, il a été plus étudié comment mesurer une quantité de médicaments qu'un comportement, et ceci peut s'expliquer par son aspect plus concret. Toutefois, le domaine de la mesure de l'adhésion aux médicaments est en constante évolution (124). Nous allons vous présenter ci-dessous des outils qui diffèrent relativement de ceux utilisés en physiothérapie et qui sont objectifs.

Des outils électroniques incluant une mesure dans des aérosols peuvent être utilisées afin de calculer l'inhalation de la médication dans le cas d'asthme (17). Des analyses d'échantillon provenant de liquides biologiques du patient sont fréquemment utilisées en laboratoire, permettant ainsi de mesurer si le patient ingère sa médication (ex : prise sang) (125). La technologie évolue rapidement et constamment, permettant le développement de nouveaux systèmes prometteurs. Il existe une méthode, le *Medication Management System* (MEMS), qui est un système permettant d'enregistrer la date et l'heure de l'ouverture du contenant de pilules (17). Cet outil est avantageux puisqu'il permet une mesure continue et à long-terme. La mesure peut également nous indiquer le problème sous-jacent : soit une diminution de la dose prise, une trop grande dose ingérée, un délai dans la prise de la médication ou certaines périodes où le patient ne prend pas ses médicaments (nommée « *Drug Holiday* ») (17). Par contre, il faut faire attention aux

dysfonctionnements dans l'appareil. Ils peuvent également donner des mesures biaisées, par exemple, on peut se demander si le patient ingère vraiment la pilule. Ces méthodes sont propres à la médecine et sont des mesures valides et objectives. Cependant, ces mesures ne sont pas applicables directement en physiothérapie étant donné le type de traitement qu'elles mesurent, qui diffère de ceux donnés en physiothérapie. Par exemple, on ne peut mesurer biologiquement l'adhésion à un programme d'exercices.

On peut également se questionner sur des méthodes telles que la surveillance par vidéo à domicile afin de mesurer l'adhésion au traitement. En effet, cette méthode serait la mesure la plus objective, il serait possible d'analyser le comportement des patients et les bris techniques seraient réduits. Bilodeau et Ammouri ont développé en 2011 un outil de surveillance de prise de médication à domicile. Le développement de l'outil s'est avéré difficile, avec un système complexe de reconnaissance du visage, des mains et des bouteilles de médicaments (126). L'utilisation de ce genre de mesure au quotidien dans les cliniques de physiothérapie et aux domiciles des patients consultant en physiothérapie n'est pas réaliste étant donné les heures qui seraient dédiées à l'analyse des données, résultant en un fardeau de l'évaluateur très élevé, les coûts considérablement élevés et les enjeux éthiques soulevés par l'installation d'un système de surveillance à domicile.

Ces enjeux éthiques liés à une surveillance constante rendent ce moyen controversé. Mentionnons le droit au respect de la vie privée de la Charte Droits et Libertés de la personne (127). Dans un contexte d'évaluation en physiothérapie, il est aussi important de respecter une prise de données qui est minimale, afin de ne recueillir que les éléments nécessaires, pour la protection des renseignements personnels du patient (128).

## **5.2.2. Adhésion au traitement à domicile**

### **5.2.2.1. Mesure électronique**

Plusieurs mesures électroniques peuvent être utilisées afin de mesurer l'adhésion, chacune variant selon l'activité réalisée. Ces mesures ne sont donc pas rapportées par les patients, elles sont calculées de manière objective par un instrument. Il existe plusieurs formes de mesure électronique, telles qu'un podomètre, une rétroaction

électromyographique (EMG) ou un chronomètre intégré dans un vidéo contenant un programme d'exercices (19).

Selon Bassett en 2003, les valeurs obtenues grâce au «self-report» sont plus élevées que les mesures obtenues grâce au chrono (19). En effet, il y a en général surestimation par les données auto-rapportées comme vu précédemment. Ce type de mesure (donnée non auto-rapportée) nous permet ainsi d'avoir une donnée avec moins de biais potentiels. Nous allons survoler les différentes études utilisant des mesures électroniques innovatrices.

Wahbeh et al. en 2011 ont utilisé un Ipod qui joue de la musique chaque fois que la personne fait ses exercices de relaxation (129). Il y a eu dans cette étude des problèmes techniques car si la chanson jouait plus d'une fois, l'enregistrement de la donnée était perdu, ou si le patient laissait jouer la musique après ses exercices, l'enregistrement était erroné. L'électromyogramme (EMG) utilisé dans l'étude de Levitt et al. en 1995 est une mesure particulière car les patients doivent installer les électrodes, l'appareil est donc en contact avec la peau durant les exercices de renforcement pouvant rapporter une donnée des plus objective. La mesure du temps d'exercices est enregistrée dans l'appareil, qui incluait des alarmes de rappel pour les séances d'exercices (130). Une étude de Brewer et al. en 2005 a utilisé des compteurs intégrés dans un vidéo éducatif afin de comparer les taux d'adhésion rapportés par les patients. Les patients devaient donc rapporter lorsqu'ils réalisaient les exercices avec la vidéo, et cette donnée était comparée à celle prise par le compteur du vidéo (131). En considérant ces trois mesures, il n'est pas possible actuellement de répandre leur utilisation, étant donné qu'ils n'ont été appliqué que de manière isolée. Il serait avant tout essentiel de valider ces outils à plus grande échelle.

Une révision des outils de mesure de l'activité physique en 2000 indique que le meilleur moyen de mesurer l'adhésion au traitement à cet exercice est de calculer la dépense calorique des patients. Ils proposent des moyens standardisés. Par contre, cette mesure est peu appropriée pour mesurer l'adhésion à des exercices d'équilibre ou de contrôle moteur propres à la physiothérapie (125).

Le matériel électronique permet d'obtenir une mesure de l'adhésion qui est objective. Avec ce genre de matériel, il est fréquent d'avoir des bris d'utilisation, pouvant fausser les

mesures ou empêcher la prise de mesure. Ces outils ne sont pas accessibles à la majorité des patients ou cliniques étant donné leur coût élevé (19). Il peut parfois y avoir un enjeu éthique lié à ce type d'outil qui peut être perçu comme intrusif par les patients. En effet, le patient sait qu'il est surveillé par les compteurs. On peut aussi se questionner à savoir si la personne fait réellement ses exercices durant la période d'enregistrement de la mesure. Nous devons également toujours nous assurer des qualités métrologiques de ces outils, qui n'ont pas été démontrées actuellement (107). Ces mesures électroniques sont une voie prometteuse pour objectiver les mesures d'adhésion en recherche. Par contre, leur applicabilité en clinique semble pauvre étant donné la charge de travail pour le recueil des données soumise aux thérapeutes et aux coûts importants de ces mesures.

### **5.2.3. Adhésion au traitement en clinique**

Les mesures en clinique sont en général complétées par le physiothérapeute ou par une tierce personne. Lorsqu'on parle d'adhésion en clinique, nous incluons la présence aux rendez-vous, la qualité des exercices exécutés ainsi que d'autres aspects de l'adhésion comme l'attitude du patient. Il est donc important de ne pas mesurer seulement la présence aux rendez-vous, mais bien d'inclure également une analyse des comportements durant la session de traitement (38).

#### **5.2.3.1. Présence aux rendez-vous**

Il est possible de mesurer l'adhésion au traitement grâce à une mesure de la présence aux rendez-vous. Un taux est déterminé à partir des rendez-vous prescrits versus la présence réelle aux rendez-vous. C'est une mesure d'adhésion facile et rapide à utiliser. Par contre, il ne faut pas prendre cette mesure uniquement (107) puisque l'adhésion ne s'arrête pas là, c'est en effet un concept multidimensionnel, comme mentionné auparavant. Plusieurs études (11, 118) ont combiné cette mesure avec d'autres afin de satisfaire toutes les sphères de l'adhésion au traitement. Elle peut être combinée par exemple avec une mesure de l'adhésion à domicile et une évaluation du comportement en clinique.

### **5.2.3.2. Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS)**

Le *Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale* (SIRAS) a été développé par Brewer et al. en 1995 afin de mesurer l'adhésion des patients en clinique. Il est rempli par le physiothérapeute lorsque jugé pertinent, il peut par exemple être rempli à la fin de chaque traitement. Selon Jack et al. 2010 (38), c'est maintenant la mesure la plus utilisée pour évaluer l'adhésion au traitement en clinique. (ANNEXE 4)

Le questionnaire contient trois questions : l'intensité donnée par le patient lors de la réalisation des exercices durant la séance, la fréquence à laquelle le patient suit les recommandations données par le thérapeute durant la séance et la réceptivité du patient aux changements et aux recommandations durant la session de traitement. On répond à ces questions sur une échelle à 5 niveaux. Cet outil mesure ainsi le comportement et l'attitude du patient.

Le SIRAS a démontré de bonnes qualités métrologiques. Selon Brewer et al. en 2002 (21), le SIRAS a démontré une bonne validité de construit puisqu'il existe une relation linéaire entre l'adhésion au traitement basse, modérée et élevée et il est également corrélé avec la présence aux rendez-vous. Dans la même étude, la fidélité intra-évaluateur en clinique musculo-squelettique est excellente. Shaw et al. en 2005 ont répertorié une fidélité inter-évaluateur modérée (107) et Kolt et al. en 2007 (132), une fidélité inter-évaluateur excellente. Les deux études ont également rapporté une fidélité test-retest modérée à élevée (107, 132). La cohérence interne est modérée (107, 118). Le SIRAS a également démontré une corrélation avec l'adhésion au programme d'exercices à domicile (11) chez une clientèle avec douleur lombaire chronique. Donc, le SIRAS a été validé et a une fidélité élevée quand il est utilisé pour évaluer l'adhésion au traitement en clinique en physiothérapie.

Dans leur étude prospective visant à comparer un programme d'exercices à domicile avec une prise en charge en clinique en physiothérapie chez les patients post-entorse de cheville, Basset et Prapavessis l'ont combiné avec deux mesures (118) : la présence aux rendez-vous et un questionnaire de données auto-rapportées. De façon similaire, Kolt et McEvoy ont également combiné le SIRAS avec deux mesures (11) : la présence aux rendez-vous et le questionnaire HECA, dans leur étude mesurant plusieurs aspects de

l'adhésion à la réadaptation de patients avec des douleurs lombaires. Il semble donc adéquat de combiner cette mesure à d'autres moyens évaluant d'autres sphères de l'adhésion, afin de compléter cet outil.

En somme, le SIRAS a su démontrer de bonnes qualités métrologiques et peut ainsi être utilisé à grande échelle dans les cliniques. Il doit néanmoins être mentionné que ce questionnaire a réduit le concept de l'adhésion à trois questions seulement, développées grâce à la littérature existante, ce qui ne mesure pas toutes les dimensions de l'adhésion au traitement (107). Il a été également grandement validé chez une clientèle d'athlètes, pouvant biaiser les résultats obtenus puisque cette clientèle a tendance à avoir des taux d'adhésion au traitement plus élevés que les patients en général. Son utilisation pour une clientèle athlète est donc à recommander. Par contre, son application pour d'autres clientèles, par exemple gériatrique, est à valider. Il reste tout de même le meilleur outil disponible actuellement. Sa traduction en français serait également à réaliser afin d'en répandre l'utilisation par tous les physiothérapeutes au Québec.

#### **5.2.3.3. *Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training* (RAdMAT)**

Le *Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training* (RAdMAT) est une échelle remplie par le thérapeute, pour l'instant par des entraîneurs sportifs. Il comporte 16 items qu'on cote sur une échelle à quatre niveaux, allant de 1 qui signifie « peu souvent » à 4 signifiant « toujours ». Il est rempli en clinique, selon l'intervalle désiré par le thérapeute, à chaque semaine par exemple (4). (ANNEXE 5)

Cet outil a été développé par Granquist et al. en 2010 selon trois étapes : la première étant la génération des items, la deuxième est une revue d'experts et la troisième est un sondage auprès d'entraîneurs sportifs. L'étape deux a permis de développer une bonne validité de contenu grâce aux experts. Les auteurs ont fait des analyses de cohérence interne, des analyses factorielles et l'outil a démontré ses capacités à discriminer entre différents niveaux d'adhésion, jugés préalablement par les entraîneurs. Comparé au SIRAS, l'étude a démontré une cohérence interne légèrement plus élevée. L'outil a

démontré au moins d'aussi bonnes qualités métrologiques que le SIRAS, car il était la mesure de référence à laquelle la comparaison avait lieu (4).

Le RAdMAT permet de recueillir plus d'informations que le SIRAS, avec ses 16 questions. Il peut nous aider à identifier les barrières à l'adhésion, selon trois sous-échelles; la première traite de la présence et de la participation, la deuxième de la communication et la troisième mesure l'attitude avec l'effort. Il est assez simple d'utilisation, quoique légèrement plus long que le SIRAS pour l'évaluateur, et semble prometteur afin de mesurer l'adhésion au traitement.

Par contre, il a été développé pour des entraînements sportifs et aucune validation n'a été effectuée afin d'utiliser cet outil pour des traitements en physiothérapie. Cet aspect important en restreint l'utilisation en réadaptation et de futures recherches seraient nécessaire pour en faire un outil commun dans ce domaine (133).

### **5.3. Recommandations générales**

Quittner et al. en 2008 indiquent sept recommandations de comment mesurer l'adhésion, par exemple en utilisant au moins deux méthodes de mesure de l'adhésion (17). En effet, une combinaison de plusieurs mesures est souvent essentielle afin de satisfaire la définition multidimensionnelle de l'adhésion et de combler les faiblesses de chacune par les forces des autres mesures (125). Quittner et al. mentionnent également dans leurs recommandations d'identifier le niveau de compréhension des familles et de l'entourage des patients et de réaliser des évaluations basées sur les données probantes.

Pour tous les outils présentés, la compréhension globale du patient est essentielle pour un thérapeute et les barrières à l'adhésion doivent être prises en considération afin d'identifier la manière de modifier la mal-adhésion (19). Les déterminants de l'adhésion sont une combinaison de facteurs personnels et environnementaux qui seront détaillés dans les sections suivantes.

Pour adapter notre pratique et nos stratégies, il est également important de comprendre les phases de changement de Prochaska et DiClemente (46), un modèle décrivant la

disposition du patient au changement. Ce modèle sera approfondi dans les sections suivantes. Il existe des questionnaires nous permettant de déterminer la disposition au changement de notre patient, dont le *Stages of Change Questionnaire* (134) ou *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) mesurant la volonté du patient au changement. Cet outil semble le plus approprié afin de déterminer le stade de changement d'un patient en réadaptation, en nous indiquant un score qui permet de classer le patient dans un des quatre stades : pré-contemplation, contemplation, action ou maintien, grâce à quatre sous-échelles.

En clinique, il sera important de porter une attention particulière aux mesures d'adhésion par rapport à l'évolution de l'état de santé, c'est à dire par rapport aux résultats de traitement. En effet, parfois, même si le comportement est effectué, il n'y aura pas de changement de l'état de santé. On peut se questionner à savoir si un mauvais diagnostic a été posé. De ce point de vue, l'adhésion doit être séparée et mesurée de manière distincte. Celle-ci ne doit pas être mesurée par rapport à l'évolution de l'état de santé puisque le but n'est pas d'observer l'efficacité du traitement (24, 73).

Les physiothérapeutes doivent inclure la mesure de l'adhésion dans leur pratique. En effet, les impacts socioéconomiques et les impacts liés au traitement qui ont été discutés dans la précédente section indiquent l'importance actuelle de l'adhésion au traitement. Par contre, le fardeau important de l'évaluateur (longueur d'administration et analyse des résultats) et le fardeau également considérable du répondant (longueur d'administration) mettent en doute la nécessité de mesurer l'adhésion chez tous les patients. Il sera donc recommandé d'être en tout temps attentif à certains signes et facteurs pouvant indiquer une mauvaise adhésion. Lorsqu'une mal-adhésion sera soupçonnée, ceci nous indique l'importance de surveiller l'adhésion et son influence dans notre traitement chez ce patient particulier. On pourra ensuite identifier quel comportement ou aspect doit être modifié et travaillé et une stratégie afin d'améliorer l'adhésion sera mise en place. Il sera important de mesurer l'adhésion dès la présence de soupçons, afin d'avoir une valeur objective et de suivre son évolution. Une mesure pourra être reprise afin d'évaluer l'efficacité de la stratégie mise en place. Ces recommandations sur la manière d'agir face à un patient mal-adhérent seront détaillées dans une section future.

## 5.4. Conclusion

Pour terminer, la mesure de l'adhésion en recherche se doit d'être objective, ce qui peut comprendre le fait d'être plus invasive. Par contre, en clinique, elle devra être la plus applicable possible, avec des fardeaux du répondant et de l'évaluateur faibles. Idéalement, la mesure devrait également permettre de déterminer les barrières à l'adhésion en physiothérapie.

L'utilisation du bien développé SIRAS est recommandée. Cette mesure peut être combinée à la présence aux rendez-vous. Son utilisation rapide et simple permet une valeur objective dont le suivi pourra être fait. Ainsi, les aspects importants de l'adhésion en physiothérapie pourront être couverts. La validation du RAdMAT en physiothérapie et en réadaptation sera à surveiller, afin de permettre l'identification de certaines barrières à l'adhésion grâce à cette échelle directement.

Il existe un manque important dans le domaine de l'adhésion sur les outils mesures. Il est nécessaire de développer des outils ayant de bonnes qualités psychométriques et une applicabilité clinique élevée, c'est à dire un fardeau léger pour l'évaluateur et le répondant.

On doit pouvoir identifier les patients mal-adhérents afin de changer leurs comportements et améliorer leur adhésion, en agissant sur les barrières à leur adhésion. Toutefois, selon Bassett en 2003 (19), le comportement est un élément très variable dans le temps. Il sera donc essentiel d'objectiver le plus possible le comportement qu'est l'adhésion et l'attitude du patient et de prendre des mesures fréquemment afin d'en rapporter les changements.

Nous vous avons présenté de nombreux outils et recommandé ceux possédant les meilleures caractéristiques psychométriques. La mesure de l'adhésion est complexe et exigeante (109). Elle restera un défi de taille importante, comme le mentionne Mihalko et al. en 2004 (53) tant qu'il reste un manque important d'approches développées afin de mener à des bénéfices pour le patient et que ses approches soient rentables monétairement. Les perceptions individuelles des patients devront être incluses dans les études futures.

## **6. Stratégies afin d'améliorer l'adhésion au traitement en physiothérapie**

Par Émilie Turner

Maintenant que nous savons ce qu'est l'adhésion au traitement, les impacts que peut avoir la mal-adhésion, les facteurs pouvant l'influencer et les différents outils s'offrant à nous afin de la quantifier, il est important de définir les moyens que nous possédons en tant que physiothérapeute afin d'aider nos patients à devenir et rester adhérents.

L'adhésion au traitement est un enjeu majeur en physiothérapie, que ce soit au niveau de la présence au rendez-vous en clinique ou aux exercices à faire par le patient en dehors des heures de traitement avec le thérapeute. Comme mentionné précédemment, le niveau d'adhésion est plus élevé chez des patients présentant une condition aigue par rapport à ceux au prise avec une condition chronique. L'enjeu est donc d'autant plus important en présence de pathologies chroniques comme l'ostéoarthrose, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, ou la lombalgie, où un programme d'exercice à domicile est fréquemment prescrit et ce, à long terme (135). Ainsi, trouver la ou les bonnes stratégies afin d'aider notre patient à mieux adhérer à notre traitement est primordial pour notre pratique en physiothérapie, afin de lui permettre de réaliser pleinement ses objectifs et mener à terme sa réadaptation.

La littérature traitant des stratégies pouvant être employées est exhaustive, principalement dans le domaine médical et au niveau des pathologies chroniques. Par contre, les études sur le sujet comportent certains problèmes affectant la validité des résultats. D'abord, le simple fait de mesurer l'adhésion peut influencer le comportement lui-même (135). En effet, le fait de participer à une étude peut déjà indiquer un niveau d'adhésion et/ou de motivation plus élevé et le fait de savoir que l'étude porte sur l'adhésion peut amener le sujet à changer favorablement son comportement. Ensuite, comme mentionné dans les sections précédentes, il n'y a pas de consensus sur la manière de mesurer et de définir l'adhésion (135, 136). Ainsi, la comparaison entre les études est difficile étant donné que chacune procède de manière différente, entraînant différents biais selon la méthode. Finalement, sachant la nature multidimensionnelle de l'adhésion, il est difficile d'évaluer si une stratégie est supérieure à une autre étant donné qu'elle est influencée par de nombreux facteurs entraînant une grande variation entre les individus en plus de fluctuer dans le temps pour une même personne. Pour toutes ces raisons et compte tenu de la variabilité au niveau des types de devis et des populations à l'étude, il est difficile de

comparer les études entre elles afin de déterminer la réelle efficacité d'une stratégie et la supériorité des unes par rapport aux autres. Néanmoins, de nombreuses stratégies ont été décrites dans la littérature et certaines en ressortent comme prometteuses afin d'améliorer l'adhésion au traitement en physiothérapie.

Les différentes stratégies peuvent être classées en deux grandes catégories : les moyens visant le patients, et ceux visant l'intervenant.

### **6.1. Stratégies axées sur le patient**

Les stratégies visant à aider le patient à devenir adhérent à son traitement sont très nombreuses et variées. Elles ont toutes comme but commun de faciliter et favoriser l'engagement du patient envers son traitement. Elles peuvent être classées en différents sous-groupes et selon une revue de plusieurs revues de littérature effectuée en 2007 par van Dulmen et al., les principales stratégies ayant été démontrées comme efficaces sont les interventions techniques, les interventions comportementales et l'éducation (136). D'autres stratégies sont aussi utilisées en pratique malgré une efficacité mitigée et seront décrites dans cette section. Chacune des stratégies sera expliquée ainsi que le modèle théorique expliquant son fonctionnement s'il y a lieu.

#### **6.1.1. Interventions techniques**

Les interventions techniques visent à simplifier le traitement donné au patient. La plupart des études portant sur ce sujet sont issues du domaine médical où un des enjeux importants est la prise de médicament (18, 136). Dans ce contexte, les interventions employées pour simplifier le traitement consistent à réduire le nombre de doses à prendre par jour ou bien réduire le nombre de médicaments différents inclus dans le traitement (136). Pour ce faire, des médicaments à longue action ou des médicaments combinés peuvent être utilisés (18, 136). L'horaire de la prise de médicament peut aussi être simplifié en tentant de l'associer aux activités quotidiennes du patient afin d'éviter les oublis (18). Selon deux revues effectuées en 2005 et 2007, la grande majorité des études en arrivent à la conclusion que la réduction du nombre de doses à prendre par jour résulte en une amélioration de l'adhésion, et ce pour une variété de maladies comme l'hypertension, le diabète, la fibrose kystique ou l'asthme (18, 136).

Adapter cette stratégie à la physiothérapie serait aussi une solution possible et prometteuse pour augmenter l'adhésion, dans ce cas-ci, à des exercices donnés au patient. D'abord, diminuer le nombre d'exercices et le nombre de fois qu'ils sont effectués par jour peut aider à faciliter l'intégration du programme d'exercices dans la vie quotidienne du patient en réduisant le temps nécessaire à sa réalisation. Il est aussi possible d'intégrer les exercices donnés à la routine du patient en l'associant à des activités de la vie quotidienne. Il est donc important pour le physiothérapeute de savoir cibler les exercices essentiels à la condition du patient afin de limiter le nombre d'exercices donnés et de s'assurer du niveau de difficulté jugé par le patient face à l'exécution de ces exercices. Savoir cibler les exercices nécessaires est un atout, mais il est surtout essentiel de s'assurer de trouver le bon traitement adapté à la condition et aux caractéristiques personnelles et environnementales du patient. Ceci est primordial afin qu'il puisse observer de réels changements et en comprendre les bénéfices, augmentant ainsi les chances d'obtenir une meilleure adhésion. Pour ce faire, un niveau supérieur d'adhésion est nécessaire, soit l'adhésion du physiothérapeute face aux données probantes par rapport à la condition de son patient ou en d'autres mots, que le physiothérapeute adopte une pratique factuelle (25). Ce type d'adhésion ne sera toutefois pas abordé dans ce travail.

Simplifier le traitement donné au patient semble tout à fait logique et valable comme solution afin d'augmenter l'adhésion au traitement. Par contre, aucune base théorique ne peut expliquer ce qui mène le patient à changer son comportement lorsque son traitement est simplifié (136). On peut effectivement se questionner à savoir si donner deux ou trois exercices à un patient représente une réelle difficulté de plus par rapport à un seul exercice. Dans la revue de van Dulmen et al., on y mentionne le modèle biomédicale comme principe théorique sous-jacent aux interventions techniques (136). Dans ce modèle, le clinicien cherche une solution au problème de son patient en se concentrant uniquement sur la pathologie et non sur le patient dans son ensemble. Ainsi, on cherche une solution à la mal-adhésion en regardant seulement le traitement. Par contre, ceci explique très peu pourquoi les interventions techniques sont efficaces pour augmenter l'adhésion, au-delà de la simplicité qui en découle. Cette simplicité du traitement pourrait par contre devenir un facteur de motivation pour le patient par l'augmentation de son sentiment d'efficacité ; le traitement semblant moins complexe et long à exécuter, le

patient se sent plus confiant et apte à le réaliser ce qui augmente sa motivation à le suivre. Tout de même, le manque d'explication théorique concernant leur efficacité amène plusieurs chercheurs à les classer avec les interventions comportementales (136).

### **6.1.2. Interventions comportementales**

Les interventions comportementales consistent à procurer au patient un aide-mémoire concernant son traitement ou à l'aider au niveau du monitoring par rapport à son traitement (18, 108, 136). Au niveau du domaine médical, les aides-mémoire peuvent se retrouver sous forme de rappel téléphonique ou électronique, d'une alarme, d'un pillulier alors que le monitoring peut se faire au moyen d'un journal de bord, d'un calendrier, de visites à domicile, de réévaluations fréquentes avec le clinicien, etc. Il est aussi possible d'utiliser des récompenses (monétaire ou autres) afin d'encourager l'adhésion au traitement. Concernant cette dernière stratégie, bien qu'elle ait été prouvée efficace dans plusieurs études, le rapport coût-bénéfice doit être assuré (136). Ceci est possible principalement lorsque les bénéfices touchent non seulement le patient lui-même mais aussi la population en générale, par exemple, dans les cas où la prise de médication par le patient empêche le développement de souches bactériennes résistantes aux médicaments ou encore lors de la prise de médicament anti-rejet suite à une transplantation (136). Ces exemples montrent que l'adhésion au traitement par le patient fait bénéficier un plus grand nombre de personnes notamment par la prévention des infections. Les interventions comportementales sont utilisées de manière similaire en médecine et en physiothérapie. D'ailleurs, les rendez-vous sont aussi confirmés quelques jours à l'avance dans la plupart des milieux et la majorité du temps avec un rappel téléphonique ainsi que l'utilisation d'un journal de bord qui peut être un outil employé entre autre lors d'un programme d'exercices à domicile.

Les rappels téléphoniques ou par e-mail ont une efficacité bien établie, principalement au niveau des rendez-vous en clinique, et ce aussi bien en médecine qu'en physiothérapie (108, 136). En effet, le nombre de rendez-vous manqués peut être considérablement diminué avec un rappel quelques jours avant la date prévue. Ceci constitue un moyen rapide et peu coûteux d'augmenter l'adhésion à la présence en clinique. Les appels téléphoniques pourraient aussi être utilisés à des fins de suivis par les physiothérapeutes. Certains centres de conditionnement physique sont déjà à l'affût de l'importance de faire

un suivi régulier afin d'améliorer le taux de fréquentation du centre. Les clients qui ne sont pas vus par l'entraîneur sur une base régulière sont appelés afin de s'informer sur la possibilité de difficultés rencontrées, de questionnement par rapport au programme d'exercices ou tout simplement pour leur rappeler de venir faire de l'activité physique régulièrement afin de progresser vers leurs objectifs. Ceci pourrait être appliqué en physiothérapie avec les patients qui ne sont pas vus régulièrement, afin de leur rappeler de faire leurs exercices à la maison et de s'informer en cas de difficultés ou questionnement. De plus, faire un suivi régulier de la part du physiothérapeute peut aider à renforcer la relation thérapeutique, ce qui est la base de toutes stratégies afin d'améliorer l'adhésion (39). Cet aspect sera élaboré davantage dans une section ultérieure.

Les stratégies de monitoring comme le journal de bord ou le calendrier sont quant à elles beaucoup plus mitigées en ce qui concerne leur efficacité. Il est fréquemment mentionné d'utiliser une de ces deux méthodes pour aider le patient à se rappeler de faire les exercices et l'aider à organiser son traitement avec son horaire. De plus, si le patient revient en traitement avec le document, il est possible pour le thérapeute d'évaluer s'il a bel et bien fait les exercices selon les recommandations données. Par contre, comme il a été discuté dans la section sur les outils de mesure, le patient doit d'abord adhérer à cette stratégie afin qu'elle soit utile et il y a toujours possibilité de fausser les données dans le but de ne pas décevoir le thérapeute ou par peur d'être critiqué. Ainsi, étant donné un taux de élevé de mal-adhésion au journal de bord ou calendrier, cette stratégie est difficilement applicable afin d'aider le patient à se souvenir de faire ses exercices ou pour organiser son horaire.

Bien que les stratégies comportementales soient largement utilisées par de nombreux cliniciens, une méta-analyse de Peterson et al. en 2003 conclut que les stratégies comportementales utilisées seules auraient peu d'impact sur l'adhésion contrairement à lorsqu'elles sont combinées à une autre approche. Par contre, les auteurs englobaient les interventions techniques mentionnées ci-haut dans les stratégies comportementales employées, ce qui ne nous permet pas de statuer sur les effets de l'une ou l'autre concernant l'adhésion (108).

Les interventions comportementales ont un fondement beaucoup plus défini pour expliquer l'augmentation de l'adhésion suite à leur application étant donné qu'elles découlent des

principes fondamentaux des théories behavioristes, théories selon lesquelles l'environnement influence le comportement (136). Il a été démontré que le comportement humain est dépendant de différents stimuli afin de susciter un acte désiré et que des récompenses peuvent être utilisées afin d'encourager le comportement désiré une fois acquis. Ainsi, dans le cas des interventions behaviorales, les rappels effectués quelques jours avant le rendez-vous agissent comme stimuli afin de « provoquer » le comportement de venir à la clinique alors que les récompenses ont le potentiel de renforcer le comportement. De cette façon, il serait possible de moduler le comportement du patient et ainsi pouvoir obtenir des conséquences positives sur le traitement. L'apprentissage du comportement désiré par le patient peut se faire de différentes manières et avec une répétition suffisante, la continuité du comportement peut être possible s'il en découle un certain automatisme (136). Par contre, il est important de se rappeler que le comportement d'un patient face à son traitement peut être influencé par les stimuli et les récompenses, mais il est difficile de le changer complètement simplement à l'aide d'un rappel téléphonique. Ainsi, les interventions behaviorales ont davantage le rôle d'encourager un comportement positif, tout en espérant son acquisition, plutôt que d'avoir le rôle de changer un comportement négatif.

### **6.1.3. Stratégies éducationnelles et motivationnelles**

#### **6.1.3.1. Stratégies éducationnelles**

L'enseignement au patient est une stratégie complexe mais fondamentale pour obtenir son engagement. Le but ultime de l'éducation est de rendre le patient connaissant en matière de santé en générale et plus spécifiquement sur sa condition personnelle afin qu'il en devienne un expert et qu'il soit en mesure de comprendre l'importance de son traitement (136, 137). L'éducation peut concerner non seulement la condition, mais aussi le traitement qu'il reçoit (108). En médecine, informer le patient sur le médicament, ses effets et ses interactions peut s'avérer très important pour favoriser l'engagement du patient. En effet, lorsqu'un patient possède une bonne compréhension de son traitement il sera davantage tenté de le suivre (18). De même en physiothérapie, enseigner au patient les effets de l'utilisation d'une technique de traitement sur sa condition peut l'aider à comprendre l'importance d'y adhérer et l'aider à en remarquer les effets. Le manque de connaissance et de compréhension de son traitement en lien avec sa condition pourrait

amener un patient à décider de ne pas le suivre, surtout s'il s'agit de prendre un médicament ou si le traitement nécessite un changement significatif dans la vie du patient. Ainsi, l'enseignement doit viser à améliorer la compétence informationnelle du patient en matière de santé (de l'anglais « *health literacy* »), à prendre part aux décisions cliniques le concernant, et à l'aider à se prendre en charge (« *self care* ») (137).

D'abord, la capacité d'un patient à comprendre des informations de base sur la santé est essentielle afin qu'il puisse lire et comprendre les informations que l'on désire lui transmettre sur sa condition. Cette capacité est aussi primordiale afin qu'il puisse se sentir en confiance d'aller lui-même se procurer de l'information, juger de sa crédibilité et utiliser l'information afin d'être en mesure de faire des choix éclairés sur sa propre santé et d'adhérer à son traitement. Il a été démontré que les gens ayant une faible compétence informationnelle en matière de santé sont, entre autre, moins susceptibles d'adhérer au traitement qui leur est prescrit (137). Cet aspect de l'enseignement découle davantage d'une exposition continue dans les différents médias, à la maison, au travail ou à l'école à des informations diverses sur la santé. Par contre, en tant que clinicien, être en mesure de fournir de l'information ou de guider le patient vers de l'information crédible sur sa condition fait partie de notre engagement envers le patient. Ainsi, un pamphlet explicatif ou un site internet constituent des stratégies efficaces pour aider le patient, particulièrement si l'information est personnalisée (137).

Ensuite, impliquer le patient dans les décisions cliniques lui permet de se responsabiliser face à sa condition (137). Il est important de présenter au patient, s'il y a lieu, les options de traitement qui s'offrent à lui avec les avantages, les inconvénients et les effets potentiels. Après l'avoir renseigné de manière adéquate, le choix final peut être guidé par les préférences du patient et ainsi promouvoir l'adhésion au traitement. Cet aspect fait référence à l'approche centrée sur le patient qui sera abordée plus loin.

Finalement, l'enseignement doit aussi aider le patient à se prendre à charge, et ce, tant au niveau de sa santé en générale qu'au niveau de la gestion quotidienne de sa condition, principalement si celle-ci est chronique ou nécessite une réadaptation plus longue. Par exemple, dans une revue faite en 2010, on y mentionne 8 études ayant testé l'efficacité d'un programme de prise en charge sur des patients atteints d'arthrite (135). De façon générale, les programmes touchaient plusieurs sujets comme l'éducation sur la

pathologie, la gestion des symptômes au quotidien, le développement de stratégies d'adaptation, l'importance de la nutrition, de l'activité physique régulière et du sommeil, etc. Ce type de programme s'est démontré efficace pour augmenter l'adhésion aux exercices dans les 8 études.

D'ailleurs, l'éducation de manière générale s'est démontré efficace dans plusieurs études afin d'augmenter l'adhésion et ce pour plusieurs conditions, principalement chroniques, comme l'hypertension, le diabète, l'arthrite, l'asthme, la schizophrénie ou la lombalgie et ce, pour une population autant adulte qu'adolescente (18, 108, 137, 138). Par contre, il est bien important de garder en tête que pour être efficace, l'enseignement doit se faire dans un langage commun au patient et au clinicien. Il doit être personnalisé ainsi qu'adapté au besoin et à la situation du patient et la compréhension du patient doit être vérifiée par la suite afin d'éviter les mauvaises interprétations (18).

Le moyen utilisé afin de transmettre l'information nécessaire peut se faire de plusieurs manières selon la condition, les préférences du patient ou de l'intervenant, la disponibilité des ressources, etc. (108, 137). L'éducation peut donc se faire avec l'aide d'informations orales (rencontre patient-intervenant), écrites (pamphlet, site internet, etc) ou de vidéos (par exemple si le patient ne peut se déplacer en clinique). De plus, le processus d'éducation peut aussi bien se faire en rencontre individuelle ou en groupe.

Trois approches théoriques sont à la base de l'utilisation de l'éducation comme stratégie d'adhésion au traitement (136).

D'abord, selon la perspective de la communication, l'éducation implique un transfert de connaissance et d'information afin de changer le regard du patient et son niveau de motivation envers son traitement. La communication doit permettre le transfert adéquat de l'information et dépend de plusieurs facteurs attribuables à l'intervenant et à la relation avec son patient, ce qui sera discuté dans une section ultérieure. Cette perspective est en lien avec l'objectif d'augmenter la compétence informationnelle en matière de santé (*health literacy*) (136).

Ensuite, selon une perspective cognitive, l'éducation permet de changer les idées préconçues ou croyances du patient et sa perception face à son traitement et sa condition,

ce qui sont deux facteurs importants influençant la motivation à adopter un comportement. Cette perspective assume que le comportement d'un patient face à sa santé est influencé par la perception qu'il a de sa condition et les bénéfices qu'il croit avoir en adoptant un certain comportement. Ainsi, la motivation à agir dépend des barrières et des avantages perçus par le patient et les conséquences auxquelles il croit devoir faire face en optant pour différents comportements. Cette perspective est la raison derrière la stratégie motivationnelle (136).

Finalement, la perspective d'autorégulation, référant à la capacité du patient à se prendre en charge, implique que le comportement est influencé par les expériences subjectives du patient de même que la composante émotionnelle reliée à sa condition. Donc, la perception que le patient a de sa condition actuelle, en relation avec le but visé, influence son adhésion. Ainsi, apprendre au patient à être actif dans sa prise en charge et lui enseigner des stratégies d'adaptation afin de changer son comportement sont deux éléments importants dans l'atteinte des objectifs et dans la confiance qu'un patient aura à adopter un comportement qui favorisera son adhésion (136).

### **6.1.3.2. Stratégies motivationnelles**

Dans l'éducation, la composante motivationnelle est indirectement liée à l'efficacité de la stratégie. Devenir expert de sa condition et bien comprendre les enjeux qui s'y rattachent peut améliorer la motivation du patient et cette motivation intrinsèque de notre patient est un indicateur puissant de l'adhésion et des résultats obtenus avec un traitement en physiothérapie (138). D'ailleurs, plusieurs études utilisant l'éducation comme stratégie incluent des stratégies motivationnelles dans leur programme alors que plusieurs études évaluant l'effet d'un programme motivationnel incluent l'éducation au patient (135, 138). Les stratégies motivationnelles fréquemment rencontrées sont le renforcement positif et l'établissement d'objectifs. De manière générale, les stratégies utilisées visent à augmenter la motivation intrinsèque du patient, à augmenter le sentiment d'efficacité et d'autorégulation et à diminuer l'impact des obstacles perçus par le patient en vue de le responsabiliser face à la nécessité de changer son comportement face à son traitement, ce qui augmente l'adhésion au traitement (12, 138-143).

D'abord, donner de la rétroaction et du support au patient tout au long de la réadaptation est un aspect particulièrement important et connu de tous, mais souvent négligé (142).

Ainsi, démontrer une sincère reconnaissance et appréciation des efforts faits par le patient, donner du feedback positif, encourager régulièrement l'adoption du comportement désiré, rappeler au patient l'importance de son traitement ou offrir le support nécessaire en cas de difficulté sont plusieurs moyens qui peuvent être utilisés afin de collaborer efficacement avec le patient tout au long de son traitement et augmenter sa motivation (18, 138, 142).

Une autre stratégie qui semble prometteuse afin d'augmenter la motivation du patient à adhérer à son traitement ainsi que son sentiment d'efficacité est l'établissement d'objectifs (18, 135, 139-143). Pour que cette stratégie favorise une meilleure adhésion, les buts visés lors du traitement doivent être établis conjointement par le patient et le thérapeute et non choisis par le thérapeute seulement (143). Aussi, lors de l'établissement de buts significatifs pour le patient, le physiothérapeute doit s'assurer de bien connaître les priorités de celui-ci face à son traitement, les différents objectifs qu'il désire atteindre ainsi que leur importance relative et afin que les objectifs fixés soient clairs, précis et complets, la méthode S.M.A.R.T (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporel) est à privilégier (139-141, 143). Cette méthode favorise l'autonomie et un sentiment de contrôle de la part du patient face à son traitement. De plus, puisqu'il a participé à l'élaboration des objectifs, ceux-ci semblent maintenant plus atteignables, augmentant ainsi sa motivation à suivre les recommandations qui lui sont données. L'enseignement concomitant de stratégies d'adaptation afin d'anticiper et de surmonter les difficultés potentielles qui pourront être rencontrées en cours de traitement fait souvent partie intégrante de l'établissement d'objectifs, ce qui favorise encore davantage le sentiment d'efficacité du patient (139). De plus, l'entente prise entre le patient et le thérapeute en regard des objectifs de traitement peut se transposer sous forme de contrat thérapeutique que le patient signe et s'engage à suivre (12, 135, 138). Ainsi, le patient peut constamment se rappeler ce qui a été dit et ceci peut augmenter son autonomie et sa motivation à atteindre les buts fixés.

La théorie supportant l'utilisation de l'établissement d'objectifs comme une stratégie favorisant la motivation et l'adhésion au traitement est la théorie de l'auto-détermination (140). Selon cette théorie, l'être humain possède différents besoins psychologiques, dont un besoin d'autonomie afin de se sentir libre d'agir comme il le veut, un besoin d'efficacité personnelle afin de se sentir compétent et apte à agir et un besoin de se sentir accepté et

compris dans ses relations interpersonnelles. Lorsque ces différents besoins sont comblés, la motivation intrinsèque du patient sera améliorée provoquant ainsi une participation volontaire au traitement, ce qui augmente l'adhésion.

Un protocole d'étude propose un plan d'action motivationnel (les 5 « A », soit « Ask », « Advise », « Agree », « Assist » et « Arrange ») adaptant différentes stratégies motivationnelles avec différentes méthodes de communication afin de développer les besoins en lien avec la théorie de l'auto-détermination (140). Ce plan d'action n'a pas fait l'objet d'une étude pour l'instant, mais semble regrouper plusieurs éléments clés pour améliorer l'adhésion. Pour plus de détails, le plan d'action présenté à l'annexe 6.

Malgré que cette stratégie semble bien fondée, les études qui se sont penchées sur l'efficacité de l'établissement d'objectifs comme stratégie permettant d'augmenter l'adhésion au traitement en viennent à des conclusions mitigées (141, 143). Une revue systématique incluant différents types de clientèle ainsi qu'un essai clinique randomisé ciblant les douleurs lombaires chroniques concluent que l'établissement d'objectifs supporte partiellement une amélioration de l'adhésion, et ce seulement à court terme, en raison de la grande variabilité dans la méthodologie utilisée et la faible qualité de certaines études. Il semble toutefois exister une relation positive entre le sentiment d'efficacité engendré par la stratégie et l'adhésion au traitement (141, 143).

Une autre stratégie, plus complexe, appelée « entrevue motivationnelle » semble aussi très prometteuse afin d'améliorer l'adhésion au traitement en physiothérapie. Plusieurs aspects de l'entrevue motivationnelle sont déjà utilisés par bon nombre de cliniciens, soit de faire preuve d'empathie, d'utiliser des questions ouvertes ou de donner plusieurs options par rapport au traitement. Cette stratégie ne sera pas développée en profondeur dans ce travail étant donné sa complexité, mais vous pouvez vous rapporter à l'étude faite par Scales et Miller en 2003 pour plus d'information (142).

Il est important de mentionner que bien qu'il soit possible d'augmenter la motivation d'un patient, plusieurs facteurs peuvent l'influencer. La motivation est donc en constante évolution et le physiothérapeute doit garder cet aspect en tête pour être à l'affût de sa variation et adapter continuellement ses stratégies. Finalement, en plus d'améliorer la motivation par un plus grand sentiment d'efficacité, les stratégies motivationnelles

impliquent une collaboration étroite entre le patient et le thérapeute. Ces dernières font partie de l'élaboration d'une approche centrée sur le patient, favorisant ainsi un sentiment de prise en charge et une meilleure relation thérapeutique. Cette méthode sera abordée dans la section concernant les stratégies axées sur l'intervenant.

#### **6.1.4. Support matériel**

L'utilisation de support matériel tel que de l'information écrite pour compléter le traitement est une pratique courante en physiothérapie. Ainsi, en plus des explications et démonstrations reçues lors du traitement avec le physiothérapeute, une brochure avec la description et des illustrations de chacun des exercices peut être donnée au patient, par exemple à l'aide du logiciel *Physiotec*. Il est aussi possible d'utiliser d'autres technologies comme du matériel audio ou vidéo. Cette stratégie est de mise lorsque le traitement comporte des exercices à domicile afin d'augmenter l'adhésion et aussi pour s'assurer de la bonne exécution de l'exercice par le patient. L'augmentation de l'adhésion avec ce type de stratégie peut être explicable par le fait que l'information écrite, audio ou vidéo favorise la compréhension et la mémorisation des exercices (144, 145).

La littérature concernant cette stratégie ne permet pas de conclure clairement quant à son efficacité, principalement en raison du manque d'études sur le sujet et de la faible qualité des études réalisées. De manière générale, les exercices semblent être exécutés d'une manière plus adéquate lorsque l'on ajoute de l'information écrite, et encore davantage avec un support audio ou vidéo, alors que les évidences concernant l'amélioration de l'adhésion varient grandement (135, 144, 145).

Concernant l'ajout d'information écrite au traitement en physiothérapie, une seule étude semble avoir comparé l'efficacité de cette stratégie avec l'utilisation d'instructions verbales uniquement. Dans cette étude de Schneiders *et al.*, l'adhésion à un programme d'exercices à domicile chez des patients au prise avec une lombalgie en stade aigu et subaigu s'est améliorée de 39,3% en comparaison au groupe contrôle en utilisant seulement de l'information écrite et illustrée (145). Malgré que cette étude soit de faible qualité et qu'elle ne prouve l'efficacité de cette stratégie sur l'adhésion uniquement à très court terme, l'utilisation de l'information écrite et illustrée pour compléter un programme d'exercice à domicile semble être présente dans une majorité d'études et est

ainsi considérée comme la pratique traditionnelle en clinique (11). Par contre, il est difficile d'isoler l'efficacité de cette stratégie puisqu'elle est rarement évaluée seule.

L'utilisation d'un support audio ou vidéo pour améliorer l'adhésion à un programme d'exercices à domicile et tout aussi mitigée. Un essai clinique randomisé de Schoo *et al.* réalisé en 2005 a comparé l'utilisation d'un support audio et d'un support vidéo à l'utilisation de l'information écrite uniquement (144). Aucune des trois formes de support matériel n'était supérieure à l'autre afin d'augmenter l'adhésion. Une autre étude par Lysack *et al.* en 2005 démontre qu'une vidéo d'exercices individualisés n'est pas supérieur à un programme comprenant des informations écrites (146). Selon une revue par Rodes et Fiala en 2009, ces résultats sont en lien avec la littérature existante démontrant que le moyen employé afin de prescrire le programme d'exercices n'influencerait pas l'adhésion au traitement (139). Par contre, une revue de la littérature comprenant 10 essais cliniques randomisés réalisée en 2010 supporte l'utilisation d'une vidéo afin d'augmenter l'adhésion (109). Selon cette revue, une vidéo serait surtout favorable pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer facilement en clinique en raison de l'éloignement ou du manque de disponibilité de transport, par exemple pour les personnes âgées ou la population en milieu rural. Dans ce cas-ci, la vidéo pourrait être utilisée afin de compenser pour le manque de contact personnel avec un physiothérapeute. Cette utilisation de la vidéo est aussi supportée par l'article de Schoo *et al.* (144).

Considérant la grande variabilité des évidences concernant l'utilisation des différents types de support matériel et sachant que les rendez-vous en physiothérapie sont limités en temps, ajouter des instructions écrites et illustrées du programme d'exercices suite aux explications données en clinique avec le patient semble être la meilleure des options pour le physiothérapeute (139).

#### **6.1.5. Support social**

Avoir un réseau social développé et stable ainsi qu'un climat familial non conflictuel sont des facteurs issus de l'environnement du patient connus pour favoriser l'adhésion au traitement. Le physiothérapeute doit donc être à l'affût de ces facteurs car il est possible d'agir à certains niveaux afin de favoriser un environnement social et familial propice à l'adhésion.

D'abord, le physiothérapeute peut inclure la famille dans tout le processus de réadaptation du patient (18, 147, 148). Une méta-analyse sur les différents types de support social indique que le « support pratique », par exemple, offrir une assistance physique ou matérielle, des rappels ou aider dans l'organisation, est le plus fortement corrélé avec l'adhésion au traitement, étant donné qu'il est directement lié à une exécution du traitement (69). On y mentionne aussi que le « support émotionnel » peut aussi influencer l'adhésion mais d'une manière indirecte, en augmentant d'abord le sentiment d'efficacité personnelle et ensuite l'adhésion (69). La famille pouvant jouer ses deux types de support social à la fois, il est important de considérer son implication dans le traitement. Les stratégies axées sur la famille peuvent être utilisées avec tous les types de patients, mais sont particulièrement importantes lorsque celui-ci n'a pas son autonomie complète par exemple dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent, d'une personne âgée ou encore d'une personne ayant subi un AVC avec séquelles importantes. Dans ces situations, la famille doit faire partie intégrante du traitement et plusieurs interventions peuvent être faites par le physiothérapeute afin d'aider la famille à promouvoir l'adhésion au traitement d'un de leur proche.

D'abord et avant tout, comme l'éducation du patient constituait une intervention essentielle afin de favoriser l'adhésion au traitement, il est tout aussi important d'éduquer la famille lorsqu'elle sera en charge du traitement. Le physiothérapeute doit donc s'assurer de renseigner la famille sur la maladie ainsi que sur le traitement donné et son importance tout comme il le ferait avec un autre patient. Par contre, la famille doit aussi bien comprendre son rôle d'aidant afin de donner une supervision adéquate au traitement et de promouvoir l'adhésion (18). Ainsi, la famille doit être encouragée à supporter leur proche, autant de manière physique qu'émotionnelle.

Afin d'augmenter la motivation de leur proche, ce qui a aussi été démontré comme un facteur important dans l'adhésion au traitement, la famille peut, avec l'aide du physiothérapeute, donner de la rétroaction positive lorsque le traitement est réalisé par le patient ou déterminer des objectifs précis à atteindre (18).

Aussi, afin de favoriser le comportement désiré par leur proche, la famille peut utiliser des techniques comportementales (18). Par exemple, dans le cas d'un enfant, la famille peut développer un système de récompenses lorsque celui-ci fait ses exercices ou lorsqu'une

amélioration est remarquée dans son comportement. La famille peut aussi jouer un rôle important pour ce qui est de rappeler au patient de faire ce qui lui a été recommandé dans son traitement ainsi que d'offrir une supervision directe lors de l'exécution afin de s'assurer de l'adhésion au traitement.

Afin de responsabiliser la famille dans le traitement de leur proche, le physiothérapeute doit considérer une approche collaborative et individualisée. Tout comme le patient, la famille doit être incluse dans le processus de décision du plan de traitement afin qu'il corresponde à leur réalité et leurs attentes (18, 149).

Finalement, sachant qu'un climat familial conflictuel peut affecter l'adhésion au traitement, et si cette situation est identifiée comme faisant obstacle au bon déroulement du traitement, le physiothérapeute pourrait suggérer une référence, en travail social par exemple, afin d'aider la famille à mieux gérer la demande imposée par le traitement de leur proche (18). Il est important de garder en tête que dans le cas d'une personne seule, les amis peuvent être un aspect important du support social et selon leur relation avec le patient, ils peuvent être inclus dans le traitement au même titre que la famille.

Outre la famille et les proches, il est aussi possible d'aider le patient à se développer un réseau social en lui proposant de participer à des classes d'exercices en groupe ou à des groupes de support (18, 135). Le fait de s'engager dans des activités avec d'autres personnes ayant la même condition ou une condition nécessitant un traitement similaire (exercices à long terme) peut aider à développer de nouvelles relations et amener le patient à s'identifier par rapport aux autres qui peuvent lui servir de modèle (« *peer-modeling* ») (18). De plus, participer à une activité en groupe constitue une stratégie alternative à la famille afin d'offrir une supervision directe aux exercices, ce qui est connu pour favoriser l'adhésion (135). Par contre, un désavantage des classes d'exercices est qu'il implique la présence du patient à un endroit et un temps précis, et qu'il doit adhérer en plus à cet horaire, ce qui peut être difficile à réaliser dans le cas où l'adhésion au traitement est déjà problématique. Certaines personnes peuvent toutefois être motivées par le fait de devoir être présent à la classe d'exercice comme à un rendez-vous en clinique et par l'aspect social qui en découle. Il est donc important de considérer les contraintes du patient avant de proposer cette stratégie.

## 6.2. Stratégies axées sur l'intervenant

L'adhésion est influencée par de nombreux facteurs et un d'entre eux à ne pas négliger est la relation entre le physiothérapeute et le patient (135, 140, 149, 150). Le physiothérapeute peut influencer le patient à plusieurs niveaux afin de l'aider à adhérer à son traitement. En effet, une bonne relation patient-client est nécessaire à toutes les stratégies mentionnées précédemment et elle doit donc à la base de toutes les actions entreprises afin d'augmenter l'adhésion (39). Cette relation peut être vue sous deux facettes : comment le physiothérapeute doit agir avec son patient et que doit-il dire pour favoriser l'engagement.

Lorsqu'il est question de relation thérapeutique et de communication entre le patient et l'intervenant, l'approche centrée sur le patient est ce qui ressort comme étant la façon de procéder (93). Ce modèle réfère à l'implication et à la collaboration du patient dans son traitement. Concrètement, l'approche centrée sur le patient a pour but de placer le patient et ses besoins au centre du plan de traitement. On lui offre également l'opportunité de participer à l'élaboration des objectifs de ce plan (« *shared decision making* »). Ses désirs, ses différentes opinions ainsi que ses expériences personnelles seront prises en considération afin de créer le traitement le plus personnalisé possible. Ainsi, le traitement n'est plus simplement l'œuvre du physiothérapeute, cette responsabilité est également partagée avec le patient qui doit activement collaborer. En effet, comme le thérapeute détient le rôle d'expert, il doit être en mesure d'apporter les faits de par sa connaissance de la science alors que le patient, quant à lui, doit être apte à communiquer ses valeurs et préférences et doit jouer un rôle actif dans son traitement (93). Afin d'agir selon cette approche, plusieurs stratégies doivent être employées par le physiothérapeute.

D'abord, le physiothérapeute doit agir de façon à rendre la relation avec son patient plus authentique et l'aider à poursuivre le plan de traitement. Afin de développer une alliance thérapeutique forte avec son patient, le physiothérapeute doit être en mesure de démontrer de l'empathie, de l'attention, du support, de l'ouverture d'esprit, de la convivialité et de l'intérêt pour le patient afin qu'il se sente au cœur du traitement (136). Cette alliance thérapeutique est fondamentale afin que le patient ait confiance en son thérapeute et qu'il se sente pris au sérieux et non jugé. Ainsi, il pourra croire en ce qui lui

est transmis comme message et ce qu'il reçoit comme traitement et ce, tant en présence d'une condition musculosquelettique, pulmonaire, cardiaque ou une problématique en santé mentale (150). Ainsi, comme il a déjà été mentionné plus haut, si le patient croit en son traitement, il sera davantage enclin à le suivre. De plus, s'il se sent pris au sérieux, il sera davantage porté à exprimer ses difficultés sans courir le risque d'être jugé ou critiqué (39). Selon une revue systématique sur l'alliance thérapeutique et la communication, le physiothérapeute doit tenir en compte de trois composantes fondamentales afin de créer une alliance avec son patient : une entente sur les buts à atteindre lors du traitement, une entente sur les moyens à prendre afin d'atteindre les buts fixés et le développement d'un lien personnel entre le physiothérapeute et le patient (150). L'entente commune entre l'intervenant et le patient sur les moyens à prendre pour arriver aux objectifs fixés est la partie la plus importante à développer afin de favoriser l'adhésion au traitement. En effet, ayant pris part à la décision concernant ce qu'il doit accomplir comme tâche afin de réaliser ses buts, plus grandes sont les chances que le patient y adhère. Il est toutefois important de se rappeler que l'implication du patient dans son traitement reste personnelle et que certaines personnes, par exemple les personnes âgées, qui pourraient préférer rester plus passifs face à leur traitement en s'en remettant aux décisions du clinicien. D'autres éléments importants à considérer pour développer une bonne alliance thérapeutique sont l'approche collaborative avec le patient et la fréquence des contacts avec le thérapeute (150). Ainsi, comme il a été mentionné précédemment, des suivis réguliers de la part du physiothérapeute peuvent aider à améliorer l'alliance thérapeutique, et par le fait même l'adhésion au traitement.

Un autre élément majeur dans la relation thérapeutique est la communication. Lorsque les instructions sont claires et que le patient comprend bien la nécessité et les bienfaits attendus du traitement, l'adhésion s'en trouve améliorée (138). Lors d'une rencontre avec un patient, le physiothérapeute doit se montrer ouvert, expliquer clairement, avec un niveau de langage adapté, le but du traitement, les bienfaits attendus et les conséquences s'il n'est pas suivi. Il doit aussi prendre le temps de démontrer le traitement si nécessaire et demander au patient s'il a des questions ou des inquiétudes par rapport à sa condition ou son traitement. Ce dernier point est un élément clé d'une bonne communication. Le physiothérapeute doit donc créer un milieu favorable dans lequel le patient est encouragé à poser des questions et à exprimer ses inquiétudes ou ses difficultés face à sa condition ou son traitement (150). Du temps doit être accordé à chaque patient pour répondre à ses

questions, et le physiothérapeute doit aussi rechercher les difficultés que le patient pourrait rencontrer par rapport à l'adhésion et tenter de les résoudre en coopération avec lui (138, 140, 150).

La communication fait aussi référence à la quantité et à la qualité de l'information fournie au patient. Celle-ci doit être adaptée en fonction de la personne et de la condition. Ainsi, la communication vise l'éducation du patient qui, comme mentionné précédemment, a le pouvoir de changer ses croyances et ses attitudes envers son traitement. De plus, par la communication, le physiothérapeute doit être en mesure d'augmenter la motivation intrinsèque du patient et faire en sorte que son traitement devienne fondamental pour sa santé (138, 150). Certaines techniques motivationnelles pouvant être employé par le physiothérapeute ont été mentionnées précédemment.

L'annexe 6 et la section sur les stratégies motivationnelles sont utiles afin de revoir plus en détails certains aspects d'une bonne relation thérapeutique ainsi que différentes stratégies de communication.

En bref, le physiothérapeute doit favoriser une bonne relation thérapeutique et développer une bonne communication en lien avec l'approche centrée sur le patient afin de pouvoir le motiver et l'éduquer, stratégies connues et gagnantes pour augmenter l'adhésion.

### **6.3. Recommandations**

Afin de faire un choix judicieux concernant les stratégies à utiliser, le physiothérapeute doit investiguer auprès du patient afin de connaître les raisons responsables de la mal-adhésion pour ensuite choisir la combinaison de stratégies la plus adaptée aux difficultés et aux préférences du patient. Un article de Martin *et al.* en 2005 nous mentionne que l'*intention* d'adhérer est essentielle afin qu'un patient suive les recommandations qui lui sont faites (39). Cette intention d'agir peut se définir par rapport aux stades de changements de Proshaska (pré-contemplation, contemplation, préparation, action et maintien) qui ont été définis dans la section sur les facteurs personnels. Certains articles mentionnent qu'afin de choisir les bonnes stratégies, le thérapeute doit se rapporter à ces stades de changement, sans quoi l'efficacité ne pourrait être assurée (18, 39, 108, 142).

Ainsi, dans les premiers stades de changement (pré-contemplation et contemplation), il serait adéquat d'utiliser une stratégie visant à sensibiliser le patient face à l'importance de l'adhésion au traitement et à changer ses croyances face à sa condition et son traitement afin de l'aider à se mobiliser vers les stades de changement ultérieurs. Effectivement, utiliser comme stratégie les suivis téléphoniques réguliers ou l'enseignement de stratégies d'adaptation alors que le patient n'a pas encore l'intention d'agir selon les recommandations données a peu de chance de mener vers une amélioration de l'adhésion. Par contre, si le patient se trouve dans les stades plus avancés (préparation, action, maintien), il sera plus approprié d'utiliser des stratégies motivationnelles comme l'établissement d'objectifs, des rappels téléphoniques ou encore un journal de bord, ce qui l'aidera à mettre son plan en action. Il est toutefois important de garder en tête la possibilité de régression, car tout comme l'adhésion et la motivation, les stades de changements font partie d'un processus dynamique influencé par plusieurs facteurs. De plus, afin que toutes ces stratégies soit efficaces, elles doivent être utilisées afin de compléter ou renforcer un fondement déjà bien établi, c'est-à-dire une bonne relation thérapeutique, qui est la base de la réussite en physiothérapie.

#### **6.4. Conclusion**

Lorsqu'un physiothérapeute observe une problématique de mal-adhésion chez son patient, il est important d'intervenir afin que la réadaptation puisse être optimale. Ainsi, quand vient le temps de trouver une stratégie pour améliorer l'adhésion au traitement, plusieurs options s'offrent à eux. Parmi les plus couramment utilisées, on retrouve la simplification du traitement, un journal de bord et une version écrite du traitement. Par contre, les stratégies les plus prometteuses pour améliorer l'adhésion sont plus complexes, comme l'éducation du patient, les stratégies motivationnelles et le développement d'une bonne relation thérapeutique.

Il est toutefois extrêmement difficile de déterminer quelle stratégie est supérieure. L'adhésion au traitement est un concept multidimensionnel, en constante évolution et influencé par de nombreux facteurs propres à chaque personne. Sachant ceci, il semble évident que la stratégie utilisée devrait être adaptée aux facteurs personnels et environnementaux responsables de la mal-adhésion chez un patient en particulier. De

plus, en raison de la nature multidimensionnelle de l'adhésion, l'utilisation d'une seule stratégie peut s'avérer inefficace étant donné qu'elle n'intervient pas sur tous les aspects responsables de la mal-adhésion. Par contre, la majorité des études ne tiennent pas compte de ces aspects dans leur protocole, faisant en sorte que les stratégies à l'étude peuvent ne pas être appropriées au patient qui la reçoit, et conséquemment ne pas démontrer une amélioration de l'adhésion. Pour cette raison, le choix des stratégies ne devrait pas uniquement se limiter à celles qui ressortent présentement comme étant les plus efficaces. Bref, il est particulièrement important de retenir qu'aucune intervention utilisée seule ne peut être assez efficace pour améliorer l'adhésion chez tous les patients et qu'une combinaison de stratégies est nécessaire afin d'intervenir de manière efficace. De plus, il est primordial d'adapter les stratégies selon le stade de changement du patient afin de faire une réelle différence.

Enfin, malgré plusieurs bonnes pistes d'action pour améliorer l'adhésion, il reste encore à déterminer certains aspects comme la durée pendant laquelle les stratégies devraient être appliquées avant d'être acquises par le patient ou encore leurs effets à long terme, ce sur quoi très peu d'études se sont penchées. En effet, il est important de se questionner à savoir s'il serait envisageable de rendre un patient, souffrant d'une condition chronique, adhérent à nos recommandations pour toute une vie, ce que vise la pratique en physiothérapie de manière optimale.

## 7. Conclusion

### 7.1. Ce que devrait faire un physiothérapeute face à un patient mal-adhérent

La mal-adhésion est une problématique importante en physiothérapie pour deux raisons majeures. Premièrement, c'est un problème fréquemment rencontré en réadaptation. En effet, il a été rapporté que jusqu'à 65% des patients sont mal-adhérents à leurs exercices à domicile. Deuxièmement, la mal-adhésion diminue les résultats de traitement, entraînant une série de conséquences telles une augmentation des coûts liés à la santé et un sentiment d'échec de la part du physiothérapeute. Suite à une revue de la littérature, aucune marche à suivre pour la prise en charge d'un patient mal-adhérent n'a pu être identifiée. C'est pourquoi nous avons établi des recommandations sur la façon de détecter, analyser et mesurer la mal-adhésion pour finalement être en mesure d'agir face à un patient mal-adhérent.

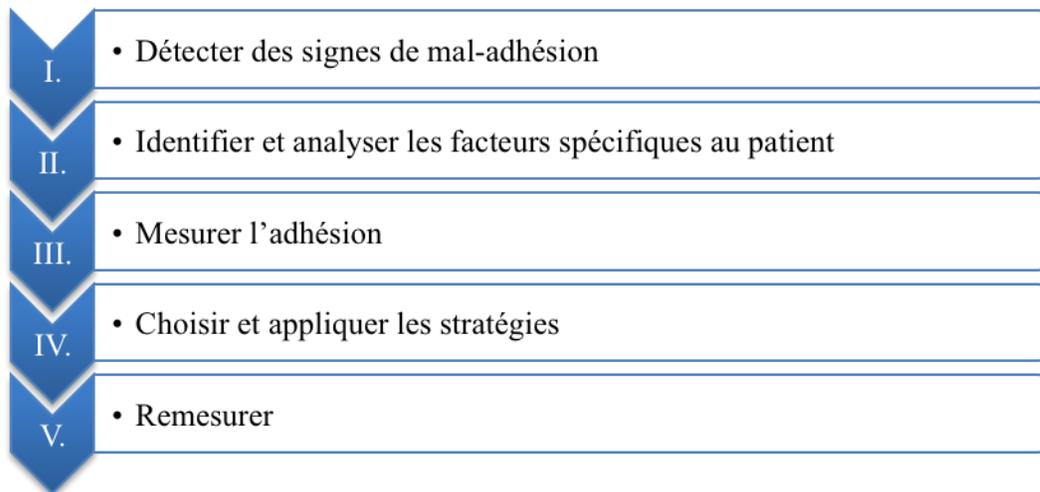


Figure 4 : Comment agir face à un patient mal-adhérent

Tout d'abord, le thérapeute doit détecter la mal-adhésion. Plusieurs indices peuvent nous amener à soupçonner celle-ci. Premièrement, le patient peut nous fournir des informations importantes. Par exemple, il peut mentionner qu'il n'a pas eu le temps de faire ses exercices ou qu'il ne les a pas exécutés adéquatement. Il pourrait aussi ne pas suivre les contre-indications ou encore ne pas se présenter à son rendez-vous.

Deuxièmement, la mal-adhésion peut être soupçonnée si les résultats de traitement ne sont pas ceux escomptés malgré le fait que le thérapeute applique les recommandations des guides de pratique clinique. Troisièmement, afin de détecter la mal-adhésion, le physiothérapeute doit également connaître les facteurs influençant l'adhésion. Les facteurs essentiels à identifier sont ceux ayant un impact majeur sur l'adhésion et ceux qui sont modifiables par l'action du thérapeute. Ces facteurs sont retrouvés dans la figure 5.

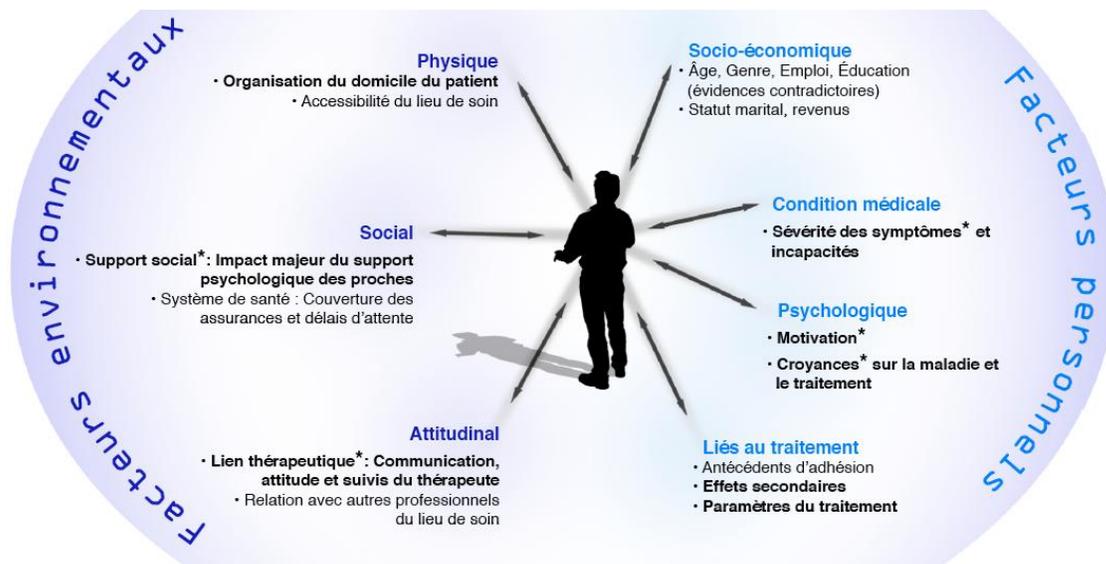


Figure 5 : Facteurs personnels et environnementaux influençant l'adhésion au traitement

Légende: Caractère Gras = facteurs modifiables, \* = facteurs ayant un impact majeur sur l'adhésion

Par la suite, il est important d'identifier quels facteurs contribuent spécifiquement à la mal-adhésion chez un patient. En effet, chaque facteur n'a pas la même influence sur l'adhésion d'une personne à l'autre. L'identification des facteurs peut être faite entre autres à l'aide d'un questionnaire subjectif réalisé par le physiothérapeute. Il existe aussi un outil prometteur en réadaptation : le RAdMAT. Cette échelle, remplie par le thérapeute à la fin d'un traitement, contient principalement des items quantifiant la motivation et l'attitude du patient en thérapie. Elle permet donc d'objectiver l'adhésion en plus d'identifier certains facteurs l'influençant; elle n'est par contre pas validée actuellement. Subséquemment, le physiothérapeute devra analyser les impacts de ces facteurs et leur importance relative afin de bien cibler les stratégies à adopter pour améliorer l'adhésion.

Ensuite, il est important de mesurer l'adhésion. Par contre, il y a peu d'évidences claires en ce qui concerne l'application clinique des outils de mesure. Le seul outil validé que nous recommandons actuellement est le SIRAS, qui permettra de faire le suivi de l'évolution de l'adhésion du patient.

L'étape la plus importante dans ce processus est de trouver la meilleure combinaison de stratégies pour agir face à un patient mal-adhérent, en se basant sur l'analyse réalisée dans les étapes précédentes. De nombreux moyens d'agir sont recensés dans la littérature, tels que l'éducation ou les stratégies motivationnelles. Par contre, il sera essentiel d'établir avant tout une bonne relation thérapeutique afin que les stratégies choisies soient efficaces. Il est aussi important que les stratégies soient adaptées en fonction des stades de changement de Prochaska, qui sont en constante évolution durant la réadaptation.

Ces recommandations sur comment détecter, analyser et mesurer la mal-adhésion guident le clinicien dans sa façon d'agir face à un patient mal-adhérent. En diminuant la mal-adhésion, on favorise un succès de la réadaptation grâce à de meilleurs résultats de traitement.

## **7.2. Applicabilité clinique**

Les recommandations émises suite à la synthèse de la littérature peuvent sembler irréalistes pour les physiothérapeutes qui ne disposent souvent que de 30 minutes par traitement avec leur patient. Cependant, la mise en place de nos recommandations pour améliorer l'adhésion s'avérerait un investissement de temps bénéfique à long terme pour le thérapeute et le patient. En effet, dans l'optique où le but ultime des interventions est la réussite de la réadaptation du patient, cet investissement de temps est justifié pour mener au résultat de traitement escompté.

Malheureusement, il n'existe pas de stratégie unique applicable à tous les patients pour optimiser l'adhésion étant donné qu'il n'y a pas de profil type. Les interventions doivent donc être individualisées à chacun. Nous croyons tout de même que nos

recommandations gagneraient à être implantées en clinique. Ces recommandations devront être ajustées en fonction des futures évidences scientifiques.

### **7.3. Recommandations de recherches futures**

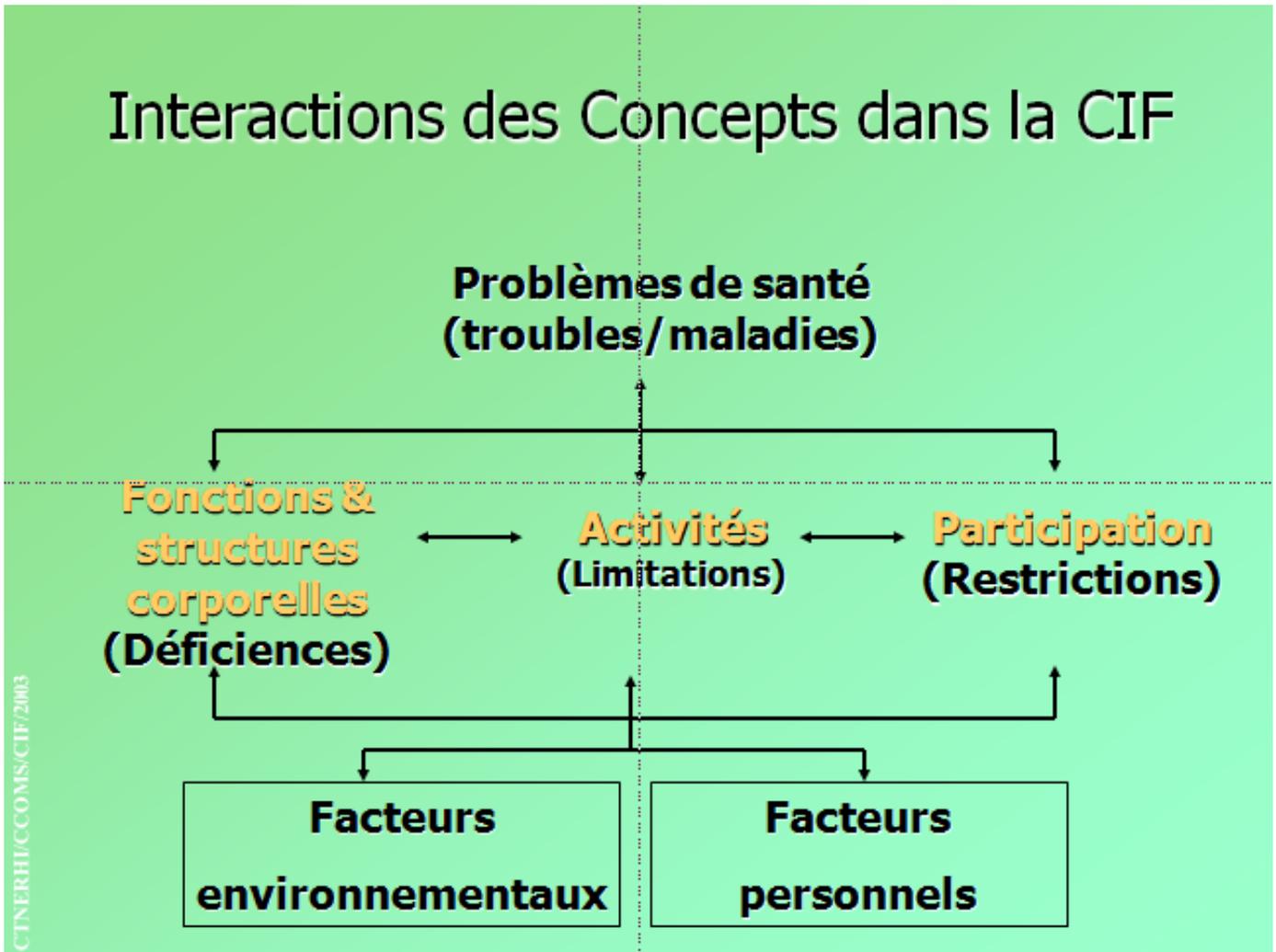
Suite à cette revue de la littérature, nous considérons que de plus amples recherches doivent être effectuées dans le domaine de l'adhésion thérapeutique. De nouvelles recherches devraient viser à développer des outils avec de bonnes qualités psychométriques et une applicabilité clinique raisonnable afin de mesurer l'adhésion. En effet, à la lumière de notre analyse, il s'agit de la faille la plus importante dans la littérature actuellement. Les différentes stratégies devraient aussi être mieux documentées afin de les rendre plus concrètes et accessibles pour les professionnels de la santé, notamment pour les physiothérapeutes.

### **7.4. Recommandations générales**

En conclusion, la mal-adhésion est un enjeu de grande importance en physiothérapie et ce travail a permis d'établir des recommandations aux cliniciens afin de mieux gérer cette problématique fréquemment rencontrée.

Une dernière recommandation à émettre aux cliniciens afin que la mal-adhésion devienne une exception clinique plutôt qu'un obstacle quotidien serait de changer notre approche thérapeutique. En effet, il serait important de changer notre perspective et de ne pas constamment accuser le patient. Il serait approprié de modifier notre approche accusatrice actuelle, qui consiste à rejeter la faute sur le patient, pour une approche plus constructive qui viserait à s'impliquer en tant que physiothérapeute afin d'aider le patient à se responsabiliser. Cela nécessite la collaboration du patient à son plan de traitement, que le physiothérapeute utilise une approche centrée sur le patient tout en prenant en considération les différents facteurs personnels et environnementaux pouvant avoir un impact sur l'adhésion thérapeutique. En appliquant toutes les recommandations mentionnées ci-haut, nous parviendrons peut-être à atténuer le problème de mal-adhésion en réadaptation.

# Interactions des Concepts dans la CIF



Tiré de : Organisation Mondiale de la Santé, 2003

## **Annexe 2 : (97)**

### **Les déterminants de la santé**

1. Les prédispositions biologiques et génétiques
2. Les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé
3. Les conditions de vie et les milieux de vie
4. L'environnement physique
5. L'organisation des services sociaux et de santé ainsi que leur accessibilité

## Annexe 3

**Table 2 Exploratory factor analysis of RAQ**

Factor (item)	Factor loading	Cronbach $\alpha$
Support from significant others (5-item)		0.82
Q46. I know my teammates, family, or friends are there when I need support	0.78	
Q15. My trainer must be present and available to assist me in order for me to initiate and pursue my session	0.72	
Q27. I work harder when my trainer is present during my rehabilitation session	0.70	
Q36. I find rehabilitation to be very lonely and isolating	0.65	
Q41. My teammates, family, or friends give me a lot of support during my rehabilitation	0.57	
Pain tolerance (5-item)		0.79
Q14. My rehabilitation program is physically painful	0.76	
Q42. There are times when I feel that it is just not worth going through my rehabilitation program	0.75	
Q24. I work out until I feel pain and then stop	0.68	
Q6. I find myself missing rehabilitation session because I experience too much pain during my program	0.64	
Q34. I enjoy working out until it hurts	0.56	
Scheduling (4-item)		0.87
Q13. I often miss my rehabilitation sessions because I find better things to do	0.86	
Q32. I sometimes sleep instead of getting up to make my rehabilitation appointment	0.80	
Q45. I sometimes forget about my rehabilitation appointment	0.76	
Q53. My rehabilitation is almost always a high priority for me	0.65	
Self-motivation (5-item)		0.83
Q49. If my season ends, I do, or I will continue with my therapy until my rehabilitation program ends	0.78	
Q5. When doing my exercises, all I think about is to get them over with fast	0.74	
Q38. Because the season is almost over when I become injured, I see no need to do rehabilitation	0.75	
Q51. I do not get anything out of my rehabilitation program	0.67	
Q18. I enjoy doing my rehabilitation program	0.63	
Perceived exertion (3-item)		0.86
Q48. I nearly always work at 100% effort	0.88	
Q21. I find the exercises to be very difficult	0.84	
Q39. I always do my best	0.79	
Environmental conditions (3-item)		0.79
Q56. The training room make me feel unpleasant	0.64	
Q26. I do not like the training room	0.62	
Q2. The training room environment is comfortable and conducive to my needs	0.55	

RAQ, Rehabilitation Adherence Questionnaire.

Tiré de : Shin et al. (2010)

## Annexe 4

Figure 1: Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale

---

**SPORT INJURY REHABILITATION ADHERENCE SCALE (SIRAS)**

To be completed by the physiotherapist at the end of each of the patient's treatment sessions.  
For each of the following circle the number that best indicates the patient's behaviour:

---

1. The intensity with which the patient completed the rehabilitation exercises during today's appointment

minimum effort	1	2	3	4	5	maximum effort
----------------	---	---	---	---	---	----------------

---

2. During today's appointment, how frequently did the patient follow your instructions and advice?

never	1	2	3	4	5	Always
-------	---	---	---	---	---	--------

---

3. How receptive was this patient to changes in the rehabilitation programme during today's appointment?

very unreceptive	1	2	3	4	5	very receptive
------------------	---	---	---	---	---	----------------

---

From: Brewer et al. (1995): A brief measure of adherence during sport injury rehabilitation sessions. *Journal of Applied Sport Psychology* 8(Suppl): S161.

Tiré de : SF. Basset (2003)

## Annexe 5

### **Appendix 3: Final Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training (RAdMAT)**

Please rate the athlete on each item using the scale: 1 = *never*, 2 = *occasionally*, 3 = *often*, 4 = *always*.

1. Attends scheduled rehabilitation sessions
2. Arrives at rehabilitation on time
3. Follows the athletic trainer's instructions during rehabilitation sessions
4. Follows the prescribed rehabilitation plan
5. Completes all tasks assigned by the athletic trainer
6. Asks questions about his or her rehabilitation
7. Communicates with the athletic trainer if there is a problem with the exercises
8. Provides the athletic trainer feedback about the rehabilitation program
9. Has a positive attitude during rehabilitation sessions
10. Has a positive attitude toward the rehabilitation process
11. Gives 100% effort in rehabilitation sessions
12. Is self-motivated in rehabilitation sessions
13. Is an active participant in the rehabilitation process
14. Stays focused while doing rehabilitation exercises
15. Is motivated to complete rehabilitation
16. Shows interest in the rehabilitation process

Tiré de : Granquist et al. (2010)

## Annexe 6

**Table 2 Mapping communication strategies to the '5A' framework and self-determination theory**

Strategy	Description / Example	Main Basic Psychological Need(s) Targeted
<b>ASK</b>		
Using Open-Ended Questions	"Tell me"/"What"/"How" are useful terms when asking questions, as they allow the patient to elaborate on his/her story. Example: <i>"What kind of things are you doing to alleviate the pain at the moment"</i>	Relatedness
Using Single Questions	Avoid asking multiple questions at one time. Instead, ask one question and wait for a response before asking a second question.	Relatedness
Staying Silent	Allow the patient to complete sentences and finish speaking before following up with further questions.	Relatedness
Paraphrasing	After listening to the patient, summarize your perception of the main points. Examples: <i>"So what I am hearing is that..."</i> or <i>"It sounds like..."</i>	Relatedness
Empathizing	Show the patient that you understood the emotions that went along with the issue being discussed. Examples: <i>"I can see this upsets you"</i> or <i>"That must be very frustrating"</i> .	Relatedness
Gauging Patient Readiness to accept advice	Ask the patient if he or she is ready to consider advice regarding activities outside the clinic. Example: <i>"There a number of things you can do that will help ... would you like to hear a few suggestions?"</i>	Autonomy
<b>ADVISE</b>		
Catering for Different Learning Preferences	Use a selection of methods (aural, visual, kinesthetic) to educate the patient (during session and take home materials); these methods cater for multiple learning preferences.	Competence
Closing the Loop	Ask patients to paraphrase/demonstrate information that had been provided. Provide corrective feedback as required, and re-test understanding. Example: <i>"To be sure ..."</i>	Competence
Providing a Rationale	Explain to the patient the rationale behind your advice. Example: <i>"As we discussed earlier, your back needs support from the muscles around. So, if you can do these exercises, you can really provide your back with extra support ..."</i> or <i>"Research shows that PA, such as walking, is a great way to ..."</i>	Autonomy
Providing Opportunities for Patient Input or Choice	Ask the patient to provide input or make choices when providing advice. Example: <i>"Getting some physical activity –like going for a walk, riding your bike or swimming – is really good for your back. Is there a type of exercise that you prefer?"</i>	Autonomy
Using Autonomy Supportive Phrases Instead of Controlling Language	Support and encourage the patient to accept personal responsibility for his/her recovery. Avoid coercion or guilt inducing phrases. Examples: <i>"Here are some things that will help you overcome..."</i> or <i>"If you complete these exercises then you'll strengthen your back and it will be less likely to give you pain"</i> , instead of <i>"Do this for me"</i> or <i>"You have to..."</i> or <i>"You must..."</i> .	Autonomy & Competence
<b>AGREE</b>		
Employing SMART Goal Setting	Agreed on goals that are Specific, Measurable, Achievable, Recorded, and Time-based. Example: <i>Earlier you mentioned that you are finding it hard walking for long periods. For this week we could set a target of 15 minutes walking per day, how many days do you think you could achieve that target in the next week?"</i>	Competence
Ensuring Active Patient Participation in Goal Setting	Ask the patient for his/her opinions/comments during goal setting. Take into account patient's subjective history (e.g. family/work commitments). Example: <i>What time of day would suit you best for these exercises?</i>	Autonomy & Competence

**Table 2 Mapping communication strategies to the '5A' framework and self-determination theory (Continued)**

<b>ASSIST</b>		
Identifying Barriers and Obstacles	Discuss at least one likely barrier to following treatment advice. Example: <i>"Is there anything you can think of that might stop you from accomplishing your exercise goal?"</i>	Competence & Autonomy
Identifying Solutions and Obstacles	Brainstorm with the patient ways to overcome this barrier (e.g. 'identifying enablers' and 'cognitive restructuring'). Examples: <i>"Walking can be a fun and social activity that doesn't seem like hard work. How would you feel about walking with a friend/neighbor?"</i> and suggest changing thoughts from <i>"I am too out of shape to walk to the shop"</i> to <i>"If I take it nice and easy and remember to breathe, relax and take a rest when I need one, I will be able to walk to the shop."</i>	Competence & Autonomy
<b>ARRANGE</b>		
Providing a Rehabilitation Diary	Provide the patient with a rehabilitation diary to help him/her keep track of home-based rehabilitation (e.g., exercise, physical activity).	Competence & Autonomy
Following-Up	Suggest a specific follow-up appointment, provide guidance regarding when an appointment should be arranged (e.g., no more than 2 weeks later), or inform the patient that no follow-up appointment is needed.	Relatedness & Competence
Offering Contact	Invite the patient to contact you in the event of difficulties or questions.	Relatedness & Competence

Tiré de Lonsdale *et al.* (2012)

### Les 5 « A » (140) :

1. **Ask** : le physiothérapeute utilise principalement des stratégies afin de promouvoir une bonne relation thérapeutique
2. **Advise** : le physiothérapeute travaille à augmenter l'autonomie et le sentiment d'efficacité (compétence) du patient tout en les éduquant sur leur condition et les options de traitement
3. **Agree** : le physiothérapeute fixe des buts selon la méthode S.M.A.R.T en collaboration avec le patient
4. **Assist** : le physiothérapeute travaille conjointement avec le patient afin d'identifier les obstacles potentiels à l'adhésion ainsi que des méthodes afin de les surpasser.
5. **Arrange** : le physiothérapeute supporte le patient en lui demandant de tenir un journal de bord sur sa réadaptation et son progrès afin de stimuler son autonomie, son sentiment d'efficacité et d'autorégulation. Le thérapeute s'assure que le patient possède toutes les ressources nécessaires pour mener à bien son traitement.

## **Bibliographie:**

1. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. [Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence: what do we speak about?]. *Revue des maladies respiratoires*. 2005;22(1 Pt 1):31-4.
2. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care*. 2004;42(3):200-9.
3. Kyngas H, Duffy ME, Kroll T. Conceptual analysis of compliance. *Journal of clinical nursing*. 2000;9(1):5-12.
4. Granquist MD, Gill DL, Appaneal RN. Development of a measure of rehabilitation adherence for athletic training. *Journal of sport rehabilitation*. 2010;19(3):249-67.
5. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2008;11(1):44-7.
6. Lutfey KE, Wishner WJ. Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes care*. 1999;22(4):635-9.
7. Office québécois de la langue française. Observance Québec: Gouvernement du québec; 2007 [23 avril, 2014]. Available from: [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8365028](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8365028).
8. Carr A. Barriers to the effectiveness of any intervention in OA. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2001;15(4):645-56.
9. Office québécois de la langue française. Adhésion 2007 [cited 2014 27 avril]. Available from: [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8349662](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8349662)
10. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Revue médicale de Liege*. 2010;65(5-6):239-45.
11. Kolt GS, McEvoy JF. Adherence to rehabilitation in patients with low back pain. *Manual therapy*. 2003;8(2):110-6.
12. McLean SM, Burton M, Bradley L, Littlewood C. Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: a systematic review. *Manual therapy*. 2010;15(6):514-21.

13. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2001;26(5):331-42.
14. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. 2003;37-860-A-60 6.
15. Taylor AH, May S. Threat and coping appraisal as determinants of compliance with sports injury rehabilitation: an application of Protection Motivation Theory. *Journal of sports sciences*. 1996;14(6):471-82.
16. De Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2003;2(4):323.
17. Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL, Ievers-Landis CE, Rapoff MA. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *Journal of pediatric psychology*. 2008;33(9):916-36; discussion 37-8.
18. Smith BA, Shuchman M. Problem of nonadherence in chronically ill adolescents: strategies for assessment and intervention. *Current opinion in pediatrics*. 2005;17(5):613-8.
19. Bassett SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2003;30(2):60-6.
20. Gibson TB, Song X, Alemayehu B, Wang SS, Waddell JL, Bouchard JR, et al. Cost sharing, adherence, and health outcomes in patients with diabetes. *The American journal of managed care*. 2010;16(8):589-600.
21. Brewer BW, AJ, Cornelius AE, Van Raalte JL, Brickner JC, Petitpas AJ, Kolt GS, Pizzari T, M. Schoo AM, Emery K, Hatten SJ. Construct Validity and Interrater Agreement of the Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale. *Journal of sport rehabilitation*. 2002;11(3):170-8.
22. Brewer BW, Van Raalte JL, Cornelius AE, Petitpas AJ, Sklar JH, Pohlman MH, et al. Psychological factors, rehabilitation adherence, and rehabilitation outcome after anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation Psychology*. 2000;45(1):20-37.
23. Brewer BW, Cornelius AE, Van Raalte JL, Petitpas AJ, Sklar JH, Pohlman MH, et al. Age-Related Differences in Predictors of Adherence to Rehabilitation After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Journal of athletic training*. 2003;38(2):158-62.
24. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical care*. 2002;40(9):794-811.

25. Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA. Adherence to clinical practice guidelines for low back pain in physical therapy: do patients benefit? *Physical therapy*. 2010;90(8):1111-22.
26. Epstein LH. The direct effects of compliance on health outcome. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1984;3(4):385-93.
27. Avins AL, Pressman A, Ackerson L, Rudd P, Neuhaus J, Vittinghoff E. Placebo adherence and its association with morbidity and mortality in the studies of left ventricular dysfunction. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(12):1275-81.
28. Pressman A, Avins AL, Neuhaus J, Ackerson L, Rudd P. Adherence to placebo and mortality in the Beta Blocker Evaluation of Survival Trial (BEST). *Contemporary clinical trials*. 2012;33(3):492-8.
29. Wilson IB. Adherence, placebo effects, and mortality. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(12):1270-2.
30. Cecchi F, Pasquini G, Paperini A, Boni R, Castagnoli C, Pistritto S, et al. Predictors of response to exercise therapy for chronic low back pain: result of a prospective study with one year follow-up. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2014.
31. Tilbrook HE, Hewitt CE, Aplin JD, Semlyen A, Trehwela A, Watt I, et al. Compliance effects in a randomised controlled trial of yoga for chronic low back pain: a methodological study. *Physiotherapy*. (0).
32. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in pharmacology*. 2013;4:91.
33. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001. iii, 304 p. p.
34. Sluijs EM, Kok GJ, van der Zee J. Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Physical therapy*. 1993;73(11):771-82; discussion 83-6.
35. Reisner SL, Mimiaga MJ, Skeer M, Perkovich B, Johnson CV, Safren SA. A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. *Topics in HIV medicine : a publication of the International AIDS Society, USA*. 2009;17(1):14-25.
36. Fekete EM, Stephens MA, Druley JA, Greene KA. Effects of spousal control and support on older adults' recovery from knee surgery. *Journal of family psychology : JFP* :

journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association. 2006;20(2):302-10.

37. Bassett SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2003;30(2):60-6.

38. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Manual therapy*. 2010;15(3):220-8.

39. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*. 2005;1(3):189-99.

40. Oliver K, Cronan T. Predictors of exercise behaviors among fibromyalgia patients. *Preventive medicine*. 2002;35(4):383-9.

41. Burkhart PV, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*. 2003;35(3):207.

42. Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient education and counseling*. 2007;65(2):253-60.

43. Logan D, Zelikovsky N, Labay L, Spergel J. The Illness Management Survey: identifying adolescents' perceptions of barriers to adherence. *Journal of pediatric psychology*. 2003;28(6):383-92.

44. Plotnikoff RC, Brez S, Hotz SB. Exercise behavior in a community sample with diabetes: understanding the determinants of exercise behavioral change. *The Diabetes educator*. 2000;26(3):450-9.

45. Chan DK, Lonsdale C, Ho PY, Yung PS, Chan KM. Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: the influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2009;90(12):1977-82.

46. Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *Journal of clinical psychology*. 2011;67(2):143-54.

47. Willey C, Redding C, Stafford J, Garfield F, Geletko S, Flanigan T, et al. Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clinical therapeutics*. 2000;22(7):858-71.

48. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*. 1999;47(6):555-67.

49. Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, van den Borne B. Predictors of long-term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. *Health education research*. 2003;18(5):511-24.
50. Sabaté E, Organisation mondiale de la santé. Adherence to long-term therapies : evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. xv, 198 p. p.
51. Hirsch-Moverman Y, Daftary A, Franks J, Colson PW. Adherence to treatment for latent tuberculosis infection: systematic review of studies in the US and Canada. *The international journal of tuberculosis and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*. 2008;12(11):1235-54.
52. Julius RJ, Novitsky MA, Jr., Dubin WR. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of psychiatric practice*. 2009;15(1):34-44.
53. Mihalko SL, Brenes GA, Farmer DF, Katula JA, Balkrishnan R, Bowen DJ. Challenges and innovations in enhancing adherence. *Controlled clinical trials*. 2004;25(5):447-57.
54. King KM, Teo KK. Cardiac rehabilitation referral and attendance: not one and the same. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 1998;23(5):246-51.
55. Clark AM, King-Shier KM, Spaling MA, Duncan AS, Stone JA, Jaglal SB, et al. Factors influencing participation in cardiac rehabilitation programmes after referral and initial attendance: qualitative systematic review and meta-synthesis. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(10):948-59.
56. Clark AM, King-Shier KM, Thompson DR, Spaling MA, Duncan AS, Stone JA, et al. A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *American heart journal*. 2012;164(6):835-45 e2.
57. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and clinical risk management*. 2008;4(1):269-86.
58. Mbada CE, Nonvignon J, Ajayi O, Dada OO, Awotidebe TO, Johnson OE, et al. Impact of missed appointments for out-patient physiotherapy on cost, efficiency, and patients' recovery. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 2013;31(1):30-5.
59. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS medicine*. 2006;3(11):e438.

60. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS medicine*. 2007;4(7):e238.
61. Widjanarko B, Gompelman M, Dijkers M, van der Werf MJ. Factors that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java, Indonesia. *Patient preference and adherence*. 2009;3:231-8.
62. Paige L, Mansell W. To attend or not attend? A critical review of the factors impacting on initial appointment attendance from an approach-avoidance perspective. *Journal of mental health*. 2013;22(1):72-82.
63. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GYH. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001;51(3):497-501.
64. Vreeman RC, Wiehe SE, Pearce EC, Nyandiko WM. A systematic review of pediatric adherence to antiretroviral therapy in low- and middle-income countries. *The Pediatric infectious disease journal*. 2008;27(8):686-91.
65. Kulkarni B, Christian P, LeClerq SC, Khatri SK. Determinants of compliance to antenatal micronutrient supplementation and women's perceptions of supplement use in rural Nepal. *Public health nutrition*. 2010;13(1):82-90.
66. Taylor NF, Dodd KJ, McBurney H, Graham HK. Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy. *Physiotherapy*. 2004;90(2):57-63.
67. Bassett SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZ Journal of Physiotherapy* 2003;31 (2):60-6.
68. Catz SL, McClure JB, Jones GN, Brantley PJ. Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS care*. 1999;11(3):361-73.
69. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2004;23(2):207-18.
70. Prasad SA, Cerny FJ. Factors that influence adherence to exercise and their effectiveness: application to cystic fibrosis. *Pediatric pulmonology*. 2002;34(1):66-72.
71. Hicks GE, Benvenuti F, Fiaschi V, Lombardi B, Segenni L, Stuart M, et al. Adherence to a community-based exercise program is a strong predictor of improved back pain status in older adults: an observational study. *The Clinical journal of pain*. 2012;28(3):195-203.

72. Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. *BMC nephrology*. 2008;9:2.
73. Fielding D, Duff A. Compliance with treatment protocols: interventions for children with chronic illness. *Archives of disease in childhood*. 1999;80(2):196-200.
74. Lalloo R, McDonald JM. Appointment attendance at a remote rural dental training facility in Australia. *BMC oral health*. 2013;13(1):36.
75. Wilbur J, Michaels Miller A, Chandler P, McDevitt J. Determinants of physical activity and adherence to a 24-week home-based walking program in African American and Caucasian women. *Research in nursing & health*. 2003;26(3):213-24.
76. Redmond R, Parrish M. Variables Influencing Physiotherapy Adherence Among Young Adults With Cerebral Palsy. *Qualitative health research*. 2008;11:1501-10.
77. Chappell F, Williams B. Rates and Reasons for Non-adherence to Home Physiotherapy in Paediatrics: Pilot study. *Physiotherapy*. 2002;88(3):138-47.
78. Ngamini Ngui A. Stigmatisation et adhérence aux traitements anti rétroviraux (ARV) dans deux populations de patients séropositifs au VIH à Bamako et à Ouagadougou [Thèse (M. Sc.)]: Université de Montréal; 2006.
79. Déry M, Filiatrault F, Institut national de santé publique du Québec. Direction du secrétariat général des communications et de la documentation. Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion. Québec: Direction du secrétariat général, des communications et de la documentation, Institut national de santé publique Québec,; 2013. Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2278609>.
80. Deacon H. Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2006;16(6):418-25.
81. Raja K. Compliance with walking aid use in children with cerebral palsy in India. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. 2006;85(8):694-8.
82. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur « Administration provinciale ». <http://apssap.qc.ca/> [cited Mars 2014].
83. Dorr Goold S, Lipkin M, Jr. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *Journal of general internal medicine*. 1999;14 Suppl 1:S26-33.

84. Swift JK, Whipple JL, Sandberg P. A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations. *Psychotherapy*. 2012;49(4):549-56.
85. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 2009;47(8):826-34.
86. Kim SS, Park BK. Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. 2008;87(12):998-1005.
87. Farin E, Gramm L, Schmidt E. The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *Journal of behavioral medicine*. 2013;36(3):246-58.
88. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. *Patient education and counseling*. 2006;63(1-2):29-37.
89. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical care*. 1988;26(7):657-75.
90. Adams R, Price K, Tucker G, Nguyen AM, Wilson D. The doctor and the patient--how is a clinical encounter perceived? *Patient education and counseling*. 2012;86(1):127-33.
91. Poirier P, Turbide G, Bourdages J, Sauvageau L, Houle J. Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical and investigative medicine Medecine clinique et experimentale*. 2006;29(2):91-103.
92. Charles CA, Whelan T, Gafni A, Willan A, Farrell S. Shared treatment decision making: what does it mean to physicians? *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2003;21(5):932-6.
93. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research. *Social science & medicine*. 2013;96:147-53.
94. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *Journal of general internal medicine*. 2005;20(6):531-5.
95. Québec (Province). Commissaire à la santé et au bien-être, Lévesque J-F, Cleret de Langavant G, Roy DA. Améliorer notre système de santé et de services sociaux : une

nouvelle approche pour en apprécier la performance : document d'orientation. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être; 2008. 99 p. p.

96. Lecler M-J, CRCOC. Le processus de la création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) Monographie du CSSS Cléophas-Claveau Cahier numéro 0905

97. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux, Hamel M, Massé R, Gilbert L, Allain C, Québec (Province). Direction générale de la santé publique. Programme national de santé publique 2003-2012 : version abrégée [Disponible en format PDF.]. Québec: le Ministère ;, 2004. Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/49202>.

98. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Le système de santé et de services sociaux au Québec : en bref. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2001.

99. Pineault R, Équipe santé des populations et services de santé (Québec), Hôpital Charles-LeMoine. Centre de recherche, Instituts de recherche en santé du Canada, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Accessibility and continuity of care a study of primary health care in Québec : research report [Format PDF (877 Ko 104 p.)]. Longueuil

Montréal: Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine ;

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : Institut national de santé publique du Québec,; 2009. Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1870263>.

100. Ordre de la Physiothérapie du Québec. <http://oppq.qc.ca/> [cited Mars 2014].

101. Laliberté M, Hudon A. La difficile interaction entre les physiothérapeutes et les agents payeurs québécois : une analyse éthique médiatique. Éthique & Santé. (0).

102. Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail. <http://www.csst.qc.ca/Pages/index.aspx> [cited Mars 2014].

103. Société de l'Assurance Automobile du Québec. <http://www.saaq.gouv.qc.ca/> [cited Mars 2014].

104. Indemnisation des victimes d'actes criminels. <http://www.ivac.qc.ca/> [cited Mars 2014].

105. Institut de la statistique du Québec., Jocelyne C, Dumitru V. Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Zoom Santé: Gouvernement du Québec; 2011. p. 1-16.

106. Scheen AJ GD. Non observance thérapeutique: Causes, Conséquences, Solutions. . Rev Méd Liège 2010;65(5-6):239–245.
107. Shaw T, Williams MT, Chipchase LS. A review and user's guide to measurement of rehabilitation adherence following anterior cruciate ligament reconstruction. *Physical Therapy in Sport*. 2005;6(1):45-51.
108. Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2003;60(7):657-65.
109. Kingston G, Gray MA, Williams G. A critical review of the evidence on the use of videotapes or DVD to promote patient compliance with home programmes. *Disability and rehabilitation Assistive technology*. 2010;5(3):153-63.
110. Bender B, Milgrom H, Apter A. Adherence intervention research: what have we learned and what do we do next? *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2003;112(3):489-94.
111. Streiner DL NG. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Oxford Scholarship Online. 2008(chapter 6 : Biais in responding).
112. Pizzari TT, Nicholas ; McBurney, Helen ; Feller, Julian. Adherence to Rehabilitation After Anterior Cruciate Ligament Reconstructive Surgery: Implications for Outcome. *Journal of sport rehabilitation*. 2005;14(3):201-204.
113. Stone AA, Shiffman S, Schwartz JE, Broderick JE, Hufford MR. Patient non-compliance with paper diaries. *Bmj*. 2002;324(7347):1193-4.
114. Stone AA, Shiffman S, Schwartz JE, Broderick JE, Hufford MR. Patient compliance with paper and electronic diaries. *Controlled clinical trials*. 2003;24(2):182-99.
115. Homma Y, Ando T, Yoshida M, Kageyama S, Takei M, Kimoto K, et al. Voiding and incontinence frequencies: variability of diary data and required diary length. *Neurourology and urodynamics*. 2002;21(3):204-9.
116. Locher JL, Goode PS, Roth DL, Worrell RL, Burgio KL. Reliability assessment of the bladder diary for urinary incontinence in older women. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001;56(1):M32-5.
117. Nygaard I, Holcomb R. Reproducibility of the seven-day voiding diary in women with stress urinary incontinence. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2000;11(1):15-7.

118. Bassett SF, Prapavessis H. Home-based physical therapy intervention with adherence-enhancing strategies versus clinic-based management for patients with ankle sprains. *Physical therapy*. 2007;87(9):1132-43.
119. Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996;348(9024):383-6.
120. Brewer Britton W.; Daly JMVRJLPAJ. A psychometric evaluation of the Rehabilitation Adherence Questionnaire. *Journal of Sports & Exercise Psychology*. 1999;21(2).
121. Shin JT, Park R, Song WI, Kim SH, Kwon SM. The redevelopment and validation of the Rehabilitation Adherence Questionnaire for injured athletes. *International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation*. 2010;33(1):64-71.
122. Broderick JE, Stone AA. Paper and electronic diaries: Too early for conclusions on compliance rates and their effects--Comment on Green, Rafaeli, Bolger, Shrout, and Reis (2006). *Psychological methods*. 2006;11(1):106-11; discussion 23-5.
123. Green AS, Rafaeli E, Bolger N, Shrout PE, Reis HT. Paper or plastic? Data equivalence in paper and electronic diaries. *Psychological methods*. 2006;11(1):87-105.
124. Jank S, Bertsche T, Schellberg D, Herzog W, Haefeli WE. The A14-scale: development and evaluation of a questionnaire for assessment of adherence and individual barriers. *Pharmacy world & science : PWS*. 2009;31(4):426-31.
125. Vitolins MZ, Rand CS, Rapp SR, Ribisl PM, Sevick MA. Measuring Adherence to Behavioral and Medical Interventions. *Controlled clinical trials*. 2000;21(5, Supplement 1):S188-S94.
126. Bilodeau GA, Ammouri S. Monitoring of medication intake using a camera system. *Journal of medical systems*. 2011;35(3):377-89.
127. Charte des droits et libertés de la personne. <<http://canlii.ca/t/mmxm>> RLRQ c C-12 art 5, consulté le 2014-03-06.
128. Code civil du Québec. <<http://canlii.ca/t/696t5>> RLRQ c C-1991 art 35-37. consulté le 2014-03-06.
129. Wahbeh H, Zwickey H, Oken B. One method for objective adherence measurement in mind-body medicine. *Journal of alternative and complementary medicine*. 2011;17(2):175-7.

130. Levitt R, Deisinger JA, Remondet Wall J, Ford L, Cassisi JE. EMG feedback-assisted postoperative rehabilitation of minor arthroscopic knee surgeries. *The Journal of sports medicine and physical fitness*. 1995;35(3):218-23.
131. Brewer BW CA, Van Raalte JL, Brickner JC, Skiar JH, Corsetti JR, Pohlman MH, Ditmar TD, Emery K. Rehabilitation adherence and anterior cruciate ligament reconstruction outcome. *Psychology, Health & Medicine*. 2004;9(2):163-75.
132. Kolt GS, Brewer BW, Pizzari T, Schoo AMM, Garrett N. The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: a reliable scale for use in clinical physiotherapy. *Physiotherapy*. 2007;93(1):17-22.
133. Bassett SF. Measuring Patient Adherence to Physiotherapy. *Novel Physiotherapies*. 2012;2(7).
134. McConnaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1989;26(4):494-503.
135. Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(1):CD005956.
136. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC health services research*. 2007;7:55.
137. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Bmj*. 2007;335(7609):24-7.
138. Friedrich M, Gittler G, Halberstadt Y, Cermak T, Heiller I. Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1998;79(5):475-87.
139. Rhodes RE, Fiala B. Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: the evidence. *Physiotherapy theory and practice*. 2009;25(5-6):424-41.
140. Lonsdale C, Hall AM, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N, Murray A, et al. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC musculoskeletal disorders*. 2012;13:104.

141. Levack WM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM, Weatherall M. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical rehabilitation*. 2006;20(9):739-55.
142. Scales R, Miller JH. Motivational techniques for improving compliance with an exercise program: skills for primary care clinicians. *Current sports medicine reports*. 2003;2(3):166-72.
143. Coppack RJ, Kristensen J, Karageorghis CI. Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2012;26(11):1032-42.
144. Schoo AMM, Morris ME, Bui QM. The effects of mode of exercise instruction on compliance with a home exercise program in older adults with osteoarthritis. *Physiotherapy*. 2005;91(2):79-86.
145. Schneiders AG, Zusman M, Singer KP. Exercise therapy compliance in acute low back pain patients. *Manual therapy*. 1998;3(3):147-52.
146. Lysack C, Dama M, Neufeld S, Andreassi E. A compliance and satisfaction with home exercise: a comparison of computer-assisted video instruction and routine rehabilitation practice. *Journal of allied health*. 2005;34(2):76-82.
147. Thiam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL, et al. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource-poor setting: a cluster randomized controlled trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2007;297(4):380-6.
148. Fiese BH, Wamboldt FS. Family routines, rituals, and asthma management: A proposal for family-based strategies to increase treatment adherence. *Families, Systems, & Health*. 2000;18(4):405-18.
149. DiMatteo MR. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient education and counseling*. 2004;55(3):339-44.
150. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2012;12:87.