



IFMK DE LA RÉUNION

MÉMOIRE RÉALISÉ EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE 2024

Vers un Maintien Durable de l'Activité Physique Une Approche Qualitative

Étude qualitative portant sur l'identification du processus, des techniques mises en place par les kinésithérapeutes réunionnais pour favoriser le maintien de l'activité physique chez le patient atteint de maladie chronique.

UE28 / S8 / M2 / Promotion 2019-2023

FRUTEAU DE LACLOS Bertrand Maurice

Session 3

Sous la direction de M. NIVOIT Bruno

CHARTE DE NON-PLAGIAT

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de validation puis de certification du diplôme préparé.

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

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

Article 1 : Chaque étudiant / élève s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 : Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

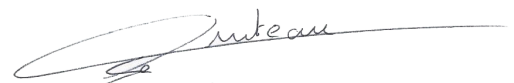
Article 3 : Chaque étudiant / élève s'engage à faire figurer cette charte dûment signée sur chacun de ses travaux, en deuxième de couverture, ce qui vaut engagement :

Je soussigné FRUTEAU DE LACLOS Bertrand Maurice atteste avoir pris connaissance de la charte de non-plagiat et de m'y être conformé. Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du présent mémoire.

Fait à SAINT-PIERRE

Le 18 mai 2024

Signature :



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

²Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1902 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

REMERCIEMENTS

Ce mémoire découle d'une réflexion personnelle sur ma pratique professionnelle et m'a aidé à la faire évoluer. Je tiens d'abord à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à cette réflexion : les patients que j'ai pris en charge et les tuteurs avec qui j'ai pu échanger. Je remercie également tous les intervenants qui ont pris le temps de m'accompagner dans ce processus.

Je souhaite exprimer ma gratitude envers mon entourage, qui a toujours cru en moi, trouvant la force et le courage de me soutenir tout au long de cette période. Je remercie aussi mes formidables collègues de promotion, Marc GRONDIN et Anne KAUFFMANN, qui m'ont soutenu et ont su trouver les mots justes.

Je souhaite également remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative pour ces années passées à l'IFMK, ainsi que ma promotion, avec qui j'ai grandi tant professionnellement qu'émotionnellement. Un grand merci à M. NIVOIT pour ses conseils et à M. PERDRIX pour son expertise en méthodologie.

Une pensée particulière pour ma belle-mère, mon père et mes frères, qui m'ont soutenu dans les moments difficiles. Merci également à ma chienne Tryska, qui a su me redonner le sourire chaque jour.

Enfin, dans ces dernières lignes, je me félicite d'avoir persévéré jusqu'au bout pour achever cet écrit.

RÉSUMÉ :

Mon expérience professionnelle m'a conduit à m'interroger sur les stratégies que les **kinésithérapeutes** (MK) peuvent adopter pour favoriser le **maintien de l'activité physique** (AP) chez les patients. Dans le contexte actuel d'inactivité physique, la promotion de l'activité physique (PAP) chez les **patients est nécessaire**, en particulier ceux **souffrant de maladies chroniques** (PAMC). La littérature soulignant l'importance de **maintenir cette activité à long terme**. Cependant, l'opérationnalité du dispositif national visant à encourager la continuité de l'AP dans cette population est **limitée**. Les MK, en tant que promoteurs de santé et d'AP, peuvent jouer un rôle crucial dans l'accompagnement des patients. Néanmoins, **peu d'informations** sont disponibles sur les mesures concrètes qu'ils mettent en place pour atteindre cet objectif.

Question de recherche : "Comment les MK **favorisent-ils le maintien à long terme de l'AP** chez leurs patients ?"

Objectif de l'étude : Identifier le **processus** utilisé par les MK pour favoriser le maintien à long terme de l'AP, identifier les **techniques** appliquées et les raisons qui motivent leur choix, dans le but de comprendre et décrire les pratiques des MK dans ce domaine.

Méthode : Une recherche **qualitative** d'approche **phénoménologique** a été menée pour répondre à l'objectif de cette étude. **Neuf entretiens** ont été réalisés avec des MK libéraux exerçant à l'île de la **Réunion**. Les MK, exerçant depuis 9 mois à 33 ans, ont été sélectionnés pour leur expérience significative dans la prise en charge des PAMC (plus de 15 % de leurs patientèles) et pour intégrer la PAP dans leur pratique clinique.

Résultat : **Vingt-deux techniques** de changement de comportements (BCT) sont utilisées par les MK pour encourager le maintien de l'AP chez les PAMC. Les techniques les plus utilisées en pratique sont **évaluatives**, de **dispensation de l'AP**, et **éducatives**. Ces techniques visent principalement à **'faire prendre conscience de l'importance de l'AP** au patient' et à 'le rendre **autonome**'. Le processus adopté par les MK est **personnalisé** et **intuitif**, comprenant plusieurs étapes telles que l'évaluation initiale, et il vise à atteindre certains objectifs, comme 'rassurer le patient.'" Des **limites** ont également été identifiées dans les entretiens, la principale étant l'évaluation de l'observance à domicile.

Discussion : Le processus utilisé par les MK est structuré en **cinq étapes**, similaire à celui employé en pratique régulière. Les techniques utilisées sont **conformes** à celles identifiées dans la **littérature** sur le maintien de l'AP, bien que certains déterminants, comme l'autorégulation, puissent être davantage ciblés. Les principales limites, ainsi que l'aspect instinctif du processus, **peuvent empêcher** les MK de **choisir les meilleures techniques** et de s'appuyer sur des données probantes.

Mots clés : Maintenance de l'activité physique - Promotion de l'activité physique – Patient atteint de maladie chronique – Kinésithérapie – secteur libéral- Recherche qualitative - Techniques

ABSTRACT

My professional experience has led me to question the strategies that **physiotherapists** (MK) can adopt to encourage patients to maintain **physical activity** (PA). In the current context of physical inactivity, the **promotion of physical activity** (PAP) in patients is necessary, particularly those suffering from **chronic diseases** (PAMC). The literature underlines the importance of maintaining this activity over the long term. However, the operationality of a national scheme to encourage continuity of PA in this population is limited. MKs, as health and PA promoters, can play a crucial role in supporting patients. Nevertheless, little information is available on the concrete measures they are putting in place to achieve this objective.

Research question: "How do MK promote long-term maintenance of physical activity in their patients?"

Study Objective: Identify the **process** used by MK to promote long-term PA maintenance, identify the **techniques** applied and the reasons behind their choice, with the aim of understanding and describing MK practices in this area.

Method: **Qualitative** research using a **phenomenological** approach was carried out to meet the objective of this study. To this end, nine interviews were conducted with **liberal MK** practicing on **Reunion Island**. MKs were selected to best answer the problematic, including professionals practicing for more than six months (ranging from 9 months to 33 years), with significant experience in the management of PAMC (> 15% of their patients) and integrating PAP into their practice

Results: **22 behavior change techniques** (BCT) are used by MKs to encourage PA maintenance in PAMC. The techniques most commonly used in practice are evaluative, physical activity dispensation and educational. These techniques are mainly aimed at 'making the patient aware of the importance of physical activity' and 'empowering them'. The process adopted by MKs is personalized and intuitive, comprising several stages such as initial assessment, and it aims to achieve certain objectives, such as 'reassuring the patient'."

Discussion : The process used by MKs is structured in **five stages**, similar to that used in **regular practice**. The techniques used are **in line** with those identified in the **literature on PA maintenance**, although some determinants, such as self-regulation, could be further targeted. The main limitations, as well as the instinctive aspect of the process, may prevent MKs from choosing the best techniques and relying on evidence-based data

Keywords: Maintenance of Physical Activity - Promotion of Physical Activity - Patients with Chronic Diseases - Physiotherapy - Private Sector - Qualitative Research - Technique- Process

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP : Activité Physique

ALD: Affection Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

BCT : Technique de changement de comportement

EAPA: Educateur en Activité Physique Adaptée

FFMKR: Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

HAPA : Approche du Processus d'Action en matière de santé

M-PAC : Approche Multi-processus du Contrôle de l'Action

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MOA: Mécanisme d'Action / Mechanism of Action

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAP : Promotion de l'Activité Physique :

PEC: Prise En Charge

PAMC: Patient Atteint de Maladies Chroniques

SRQR : Standards for Reporting Qualitative Research

SOMMAIRE :

INTRODUCTION :	1
I- QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL.....	1
A. Contextualisation : Promotion de l'activité physique en kinésithérapie, que faire en pratique libérale ?.....	1
1. Situation d'appel:.....	1
2. Rapport d'étonnement :.....	2
B. Décontextualisation.....	3
1. Inactivité physique, un problème de santé publique d'ordre mondial.....	3
2. Promotion de l'activité physique un outil contre l'inactivité physique.....	3
C. Recontextualisation : Promotion de l'activité physique chez les patients atteints de maladie chronique en kinésithérapie libérale: un duo gagnant ?.....	4
1. Enjeux de la promotion de l'activité physique chez le patient atteint de maladie chronique.....	4
2. Le Kinésithérapeute, promoteur d'AP à l'échelle de l'individu.....	6
3. Saturation des systèmes de santé : exemple de prise en charge en cabinet libéral de kinésithérapie.....	6
II- DÉVELOPPEMENT DES CONCEPTS.....	7
A. L'Activité Physique.....	7
1. Définition et classification.....	7
2. Paramètres de description.....	10
3. Intensité et bénéfice de santé.....	11
4. Volume d'activité physique et relation dose/effet.....	12
5. Perceptions et obstacles de l'AP par les patients atteints de maladies chroniques..	13
➤ Activité physique comme changement de comportement:.....	14
➤ Activité physique comme prescription médicale longue durée.....	15
➤ Population vieillissante.....	15
➤ Manifestation de la maladie.....	15
➤ Fausses croyances :.....	15
➤ Processus de deuil : “ Deuil de la bonne santé “.....	16
➤ Déconditionnement physique : “le cercle vicieux du déconditionnement”.....	17
B. Promotion de l'Activité Physique.....	18
1. Définition :.....	18
2. Promotion de l'Activité physique en France.....	18
a. Prescription d'AP à des fins thérapeutiques.....	19
b. La promotion de l'AP chez le PAMC: Rôle du MK.....	24
C. Techniques et Moyens de Maintien de l'AP.....	28
1. Éléments identifiés comme efficaces pour promouvoir AP : moyens, stratégies, interventions.....	28
a. Interventions efficaces.....	28
b. Facteurs efficaces pour influencer le comportement d'AP.....	29
c. Techniques et moyens efficaces.....	29

2. Théorie du comportement : “Comprendre les comportements liés à l’AP”	30
a. Les étapes de changement de comportement.....	30
b. Applicabilité pratique des théories de changement de comportement à la pratique clinique.....	35
III- QUESTION ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	38
A. Etude du contexte réunionnais:.....	38
➤ Disponibilité des kinésithérapeutes libéraux.....	38
➤ Patient chronique.....	38
➤ Activité physique.....	38
B. Synthèse des concepts et formulation de la question de recherche : “ descriptive “	39
C. Choix de la méthodologie : Recherche qualitative d'approche phénoménologique.....	42
1. Qualitative.....	42
2. Approche phénoménologique.....	42
3. Critère de qualité de l'étude :	43
D. Description de la population et de l'échantillon.....	46
1. Choix de la population : MK libéraux et réunionnais.....	46
2. Choix de l'échantillon : Exercice libéral > 6 mois.....	46
E. Techniques de recueil des données et d'analyse des résultats.....	48
1. Description de l'outil de collectes des données : “entretien semi-directif”.....	48
F. Recueil et analyse des données.....	48
1. Analyse des données : Codage thématique.....	48
2. Préjugés et a priori :	50
IV- PRÉSENTATION DES RÉSULTATS BRUTS.....	50
A. Description de l'échantillon interrogé : 9 entretiens.....	50
B. Analyse descriptive des résultats bruts.....	52
1. Thème 1 : Techniques utilisées par le Mk à visée de maintien de l’AP.....	52
a. Classifications inductives.....	52
b. Classifications déductives par la BCTTv1.....	64
2. Thème 2 : Le processus clinique adopté par le MK pour favoriser le maintien de l’AP chez le PAMC.....	68
3. Thème 3 : Catégories émergentes : Limites perçues par le MK à son action pour favoriser le maintien de l’AP chez le PAMC.....	72
V- DISCUSSION :	75
A. L'interprétation des résultats.....	75
1. Processus mis en place pour favoriser le maintien de l’AP chez le PAMC, une adaptation d’une PEC commune.....	75
a. Phases communes de PEC favorisant le maintien de l’AP par le patient.....	75
b. Un processus personnalisé.....	79
c. Processus proche des pratiques pour l’observance des exercices rééducatifs à domicile..	79
d. Processus issus du bon sens :	81
2. Les techniques et raisons pour favoriser le maintien de l’AP chez le PAMC :	81
a. Type de techniques utilisées.....	81

b. Techniques par objectif visés :	81
c. BCTs identifiés dans l'étude.....	85
3. Les principales limites :	91
➤ Bilan observance exercice :	91
➤ Non observance : Patient non motivé, manque d'intérêt.....	92
B. Critique du dispositif de recherche.....	93
1. Identification des biais d'étude.....	93
a. Biais liés au chercheur.....	93
b. Biais liés à la méthodologie et à l'outil de recueil.....	94
c. Biais liés à l'échantillon.....	94
2. Autres dispositifs de critique : critères de scientificité.....	95
C. Intérêts et limites de mon étude :	96
1. Intérêts de l'étude.....	96
2. Limites de la recherche.....	97
D. Perspectives de recherche.....	98
VI- CONCLUSION DE L'ÉTUDE:.....	99
A. Perspectives scientifiques.....	100
B. Perspectives professionnelles.....	101
VII- CONCLUSION GÉNÉRALE:.....	102

INTRODUCTION :

La récente évolution épidémiologique souligne une augmentation des **maladies chroniques** à l'échelle mondiale, faisant de ce phénomène une priorité pour la santé publique. Parallèlement, **l'inactivité physique**, également reconnue comme un enjeu majeur de santé publique, contribue à la **dégradation de la qualité de vie** et exacerbe les effets de ces pathologies chroniques.

Dans ce contexte, l'importance de la recherche sur le **changement de comportement** et la **promotion de l'activité physique** (PAP) est plus affirmée que jamais. Les **masseurs-kinésithérapeutes** (MK) jouent un rôle clé dans cette dynamique. Leur **contribution à la santé publique** étant renforcée par l'évolution de leur formation, notamment l'introduction de la **masterisation**, qui ouvre de nouvelles voies pour l'engagement dans la recherche et l'adoption de **pratiques basées sur des preuves**.

Ce mémoire s'inscrit dans cet élan de progrès et représente ma contribution à l'avancement de notre profession. L'objectif est d'explorer et d'identifier **les stratégies** employées par les MK en libéral pour **favoriser le maintien de l'activité physique** chez les **patients atteints de maladies chroniques** (PAMC). L'ambition est de décrire les démarches pratiques mises en œuvre par les MK pour soutenir ce maintien et de les **confronter aux données probantes** de la littérature scientifique, dans le but d'enrichir notre compréhension et de peaufiner notre approche dans ce domaine.

I- QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

A. Contextualisation: Promotion de l'activité physique en kinésithérapie, que faire en pratique libérale ?

1. Situation d'appel:

Lors de mes stages, j'ai eu l'occasion de prendre en charge divers patients, pour lesquels il me paraissait essentiel d'informer de l'importance de **l'activité physique** (AP) et du maintien de celui-ci pour préserver leur santé ainsi que les bénéfices des traitements de rééducation. Toutefois, je me trouvais un peu dépourvu sur la manière d'aborder la PAP. À part les techniques mentionnées dans le **tableau I**, je manquais de **méthodes** concrètes pour **promouvoir cette AP**.

Tableau I : Techniques utilisées par moi-même comme outils de PAP .

Conseils et rappels généraux sur l'importance de l'activité physique
La négociation d'objectifs communs
Demander à refaire les exercices à la maison

2. Rapport d'étonnement :

En utilisant ces techniques, je remarquais que la **pratique d'AP** de mes patients n'était **pas constante**. Souvent, ils ne faisaient pas les exercices recommandés à la maison. Cette situation m'a fait **douter** de leur **capacité à poursuivre l'AP** de manière autonome après la **fin de ma prise en charge (PEC)**. Je me suis interrogé sur les causes possibles: mes techniques, ma méthode, ou bien la singularité de chaque patient ? Face à cela, j'ai **demandé conseil** à mes tuteurs sur les stratégies qu'ils utilisaient. J'étais étonné d'apprendre qu'ils n'avaient **pas de méthode particulière** et que leurs approches étaient similaires aux miennes. Il n'y avait **pas** non plus **de consensus** sur l'existence **de techniques reconnues** pour garantir une pratique durable de l'AP chez les patients.

Ces expériences m'ont conduit à m'interroger sur **les méthodes les plus efficaces** pour **encourager l'AP et son maintien** chez les patients et à me poser la question suivante:

"**Comment** puis-je promouvoir l'AP de manière **optimale** pendant **mes PEC** pour que mes patients le maintiennent sur le **long terme** ?"

Suis - je le seul à y penser ? Après avoir examiné la littérature scientifique, il apparaît que la question de ce que mettent en place les MK pour la PAP dans leurs pratiques cliniques a fait l'objet de récentes publications de revues systématiques mondiales (Kunstler et al., 2018; Lowe, 2018). Ces études soulignent le manque notable d'information sur les techniques employées. De plus, ces résultats d'études ne sont pas généralisables et **n'incluent pas d'étude française**. Je n'ai trouvé aucune étude à l'heure actuelle étudiant ces techniques chez les MK Français.

B. Décontextualisation

1. Inactivité physique, un problème de santé publique d'ordre mondial

L'**inactivité physique**, définie comme un **niveau d'activité inférieur aux normes** établies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), représente un **défi majeur** de santé publique au XXI^e siècle et constitue le quatrième facteur de risque de mortalité globale, responsable d'environ 3,2 millions de décès annuels (OMS, 2014). Associée à la sédentarité⁴, elle accentue le risque de **pathologies chroniques** telles que les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, lesquelles peuvent réduire considérablement la qualité de vie, entraînant **handicaps** et **mort prématurée** (Anderson & Durstine, 2019; Brawner et al., 2016; OMS, 2014; INSERM, 2019).

En France, la situation est **alarmante**, avec plus d'un tiers des adultes présentant des niveaux **insuffisants d'AP** et une sédentarité prononcée (ANSES, 2022). Ce constat local est le reflet d'une problématique mondiale exacerbée par des transformations sociétales et technologiques. L'avènement de **l'industrialisation** et les progrès dans les technologies de transport ont considérablement **réduit** la **nécessité de l'exercice** physique quotidien, modifiant ainsi profondément nos habitudes de vie (Woessner et al., 2021).

Autrefois, essentielle pour la survie, l'AP est devenue aujourd'hui un choix **volontaire** qui requiert **planification**, **temps** et **motivation** (Thivel et al., 2018), soulignant l'importance d'adopter des politiques de santé publique et des initiatives individuelles pour en encourager la pratique.

2. Promotion de l'activité physique un outil contre l'inactivité physique

Les **bénéfices de l'AP** exercée de manière régulière ne sont plus à démontrer, non seulement chez les personnes en bonne santé, mais aussi chez les **patients** (Warburton & Bredin, 2017). Elle réduit la mortalité, toutes causes confondues (Hupin et al., 2015), **prévient** et **traite** de nombreuses **maladies chroniques** (Pedersen & Saltin, 2015), et est même reconnue chez ces derniers comme un traitement non médicamenteux par la Haute Autorité de santé depuis 2011 (HAS, 2011).

⁴ La sédentarité se définit comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1.5 MET (Équivalent métabolique) en position assise (HAS, 2022).

En **réponse** à l'augmentation de l'inactivité physique et des maladies chroniques associées, l'OMS a lancé un appel dans son **Plan d'action mondial 2013-2020** pour lutter contre les maladies chroniques. Elle encourage chaque pays à agir pour diminuer l'impact de ces maladies et prévenir leur progression en **promouvant l'activité physique** (OMS, 2014).

De nombreux programmes ont été développés dans le monde entier dans le cadre de cette PAP. Ils comprennent le plus souvent des **conseils sur l'AP**, des **conseils sur le changement de comportement** et/ou **l'orientation vers des spécialistes** pour un programme individualisé d'AP dans un cadre de soins de santé (Petrella & Lattanzio, 2002). Aussi, dans certains pays, des stratégies plus **globales** ont été mises en place, telles que des politiques de PAP en communauté ou des **politiques de PAP sur ordonnance** (HAS, 2018).

C. Recontextualisation : Promotion de l'activité physique chez les patients atteints de maladie chronique en kinésithérapie libérale: un duo gagnant ?

1. Enjeux de la promotion de l'activité physique chez le patient atteint de maladie chronique

En 2012, plus de **19 millions** de personnes en France souffraient d'**au moins une maladie chronique**, un nombre en hausse due à l'augmentation de l'espérance de vie, au vieillissement de la population et à la montée de l'inactivité physique, tant au niveau mondial (Guthold et al., 2018) que national (ANSES, 2022). Les PAMC, **vulnérables** à l'inactivité physique, voient leur risque de développer d'autres pathologies augmenter, ce qui aggrave leur état et accroît le coût pour la santé publique, représentant **62 % des dépenses**, soit environ 104 milliards d'euros en 2020 (Assurance Maladie, 2022). Avec une espérance de vie en 2023 estimée à 80 ans et compte tenu que 13,2 % des adolescents signalent des problèmes de santé chroniques en 2017 (INSEE, 2019), **l'autonomisation** des PAMC est essentielle pour réduire la charge sur le système de santé.

Les **avantages de l'AP** pour les PAMC incluent donc non seulement une réduction du risque de développer d'autres maladies chroniques, mais aussi une **amélioration des symptômes** existants, une meilleure santé mentale (Molinero et al., 2021), et une augmentation de la **capacité physique**. Cela aide à contrer le déconditionnement physique (Peyrusqué et al., 2023). L'Inserm a même créé une affiche qui résume les bienfaits de l'AP pour chaque pathologie chronique (Figure 1)



Figure 1: Effets bénéfiques de l'activité physique dans certaines pathologies chroniques d'après INSERM, 2019

2. Le Kinésithérapeute, promoteur d'AP à l'échelle de l'individu

Les **MK et l'AP** ont toujours été étroitement **liés**. En effet, la kinésithérapie combine des connaissances issues de savoirs populaires, de la physiologie et des pratiques sportives (Remondière, 2008). Les MK sont considérés à l'échelle mondiale comme des **experts du mouvement** humain, avec une formation spécifique dans la **prescription d'exercices** (World Confederation for Physical Therapy, 2011). L'utilisation de l'**exercice physique** en **kinésithérapie** est particulièrement valorisée pour **ses bienfaits multiples**: elle contribue à améliorer les symptômes de maladies, à optimiser la qualité du mouvement et l'indépendance fonctionnelle, et peut même ralentir la progression de certaines maladies (Bouça-Machado et al., 2019). Les programmes d'exercices à domicile créés par les MK aident les patients à devenir plus **autonomes** dans leur AP, encourageant ainsi une augmentation de celle-ci au quotidien (Bauman et al., 2002).

Le MK libéral, travaillant souvent **individuellement** en cabinet ou à domicile, utilise ce contact **régulier** pour établir une relation de confiance et **promouvoir progressivement l'AP** (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2023). Selon la définition récente de la kinésithérapie dans l'article L4321-1 du code de santé publique de 2016, la profession englobe la **promotion de la santé**, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement, soulignant **l'importance** égale de la prévention et de la promotion de la santé par rapport au traitement des pathologies.

Le MK peut jouer un **rôle** clé dans la **PAP** pour les PAMC. La présence fréquente de **troubles fonctionnels** chez ces patients nécessite une prise en charge rééducative, positionnant le MK comme un acteur principal. L'expérience des MK avec l'AP, combinée à leur **expertise en exercice physique**, leur **connaissance des pathologies chroniques**, leur **raisonnement clinique** (Vallet, 2019; Pallot, 2019) et leur engagement envers une pratique basée sur des preuves (Pallot, 2019; Remondière & Durafourg, 2018), les habilite à **adapter l'AP** pour répondre aux besoins spécifiques des PAMC.

3. Saturation des systèmes de santé : exemple de prise en charge en cabinet libéral de kinésithérapie

La **durée prolongée des soins** pour les PAMC et les **listes d'attente** croissantes en cabinet libéral posent des **défis** croissants. Une étude de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) en juillet 2021 montre que la demande

de soins augmente et que les **MK se sentent surmenés**. Seulement 32% des MK libéraux peuvent proposer un rendez-vous pour un cas urgent ou chronique dans un délai de 10 jours. La FFMKR souligne que cette saturation **affecte toutes les régions**, compromettant l'accès aux soins nécessaires pour les PAMC et réduisant leurs chances de rétablissement.

En conclusion, il est essentiel de promouvoir le maintien de l'AP chez les PAMC pour accroître leur **autonomie**, **réduire les symptômes** grâce à l'autogestion et **diminuer la charge sur le système de santé**.

Le MK joue un rôle clé dans la PAP auprès de ces patients. Toutefois, compte tenu de l'allongement des listes d'attente et de la nécessité d'assurer une PEC équitable pour tous les patients, il est clair que le MK ne peut pas assurer un suivi à vie pour les PAMC.

Cette situation souligne l'importance de **l'autonomisation** des patients et de la **recherche de solutions** pour assurer la continuité des soins. Pour y parvenir, il est nécessaire que le MK dispose de **moyens adaptés et efficaces** pour encourager une AP **soutenue à long terme** chez les patients.

Cela m'invite à me poser la question suivante :

"Quelles méthodes et stratégies les masseurs-kinésithérapeutes peuvent-ils mettre en œuvre pour assurer une pratique durable de l'activité physique chez leurs patients ?

II- DÉVELOPPEMENT DES CONCEPTS

A. L'Activité Physique

1. Définition et classification

L'AP se définit comme “ **Tout mouvement actif** dont la dépense énergétique est supérieure à celle de repos” (Caspersen et al., 1985). Cette définition manque de précisions et mérite d'être clarifiée. Nous allons la classifier et la décrire à l'aide de différents paramètres qui constitueront les têtes de sous-chapitre :

L'AP peut être **classée** de différentes manières (Figure 2) :

- par domaine, où elle se divise en activités de la vie quotidienne (AVQ) , activités récréatives, et sportives (Wang et al., 2021)
- par situation de vie, telle que domestique, professionnelle, loisirs ou de transport actif (Warburton, 2009) ;
- par intensité, classant les activités selon l'énergie dépensée: en légère, modérée, et intense (Nam, 2011)
- par niveau de structuration distinguant les AVQ, les exercices physiques et les activités sportives.(Caspersen et al., 1985).

La Figure 3 schématise le lien entre ces classifications

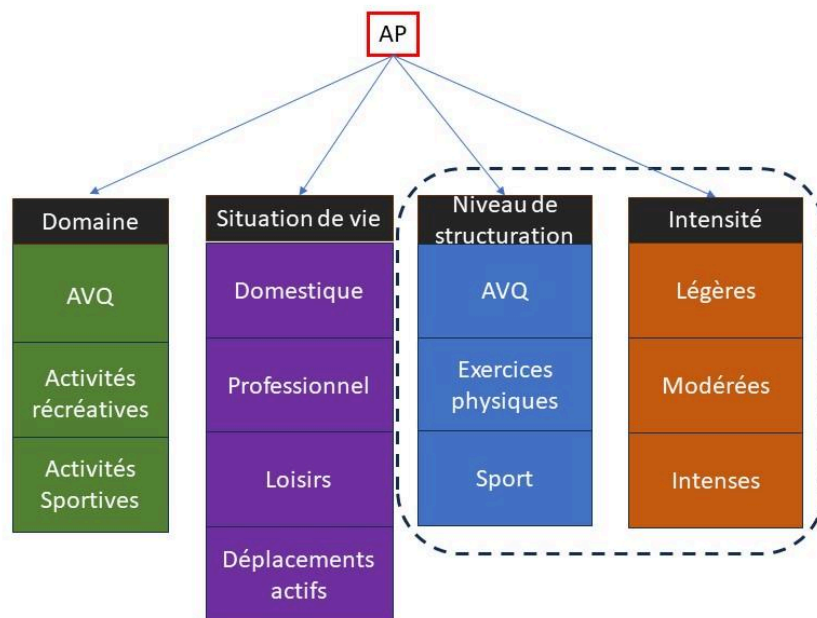


Figure 2 : Types de classifications de l'activité physique.

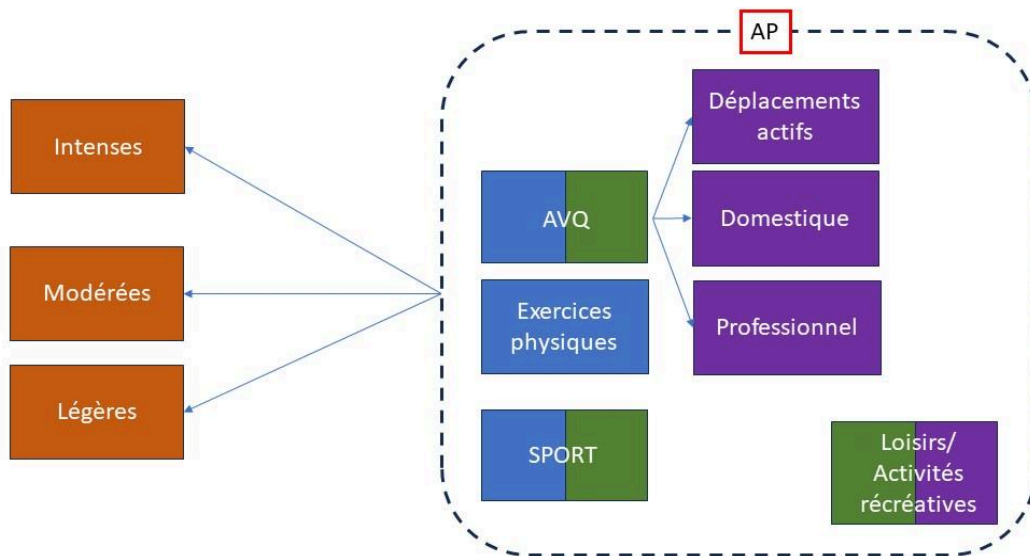


Figure 3.: Modélisation des liens entre les différentes classifications d'AP. Les couleurs font référence à la classification de la figure 2.

Les **AVQ** incluant déplacements actifs, tâches ménagères et professionnelles (HAS, 2022a), représentent **90%** de l'AP totale quotidienne en Europe⁵, contre 7% pour le sport, surtout chez les seniors ou les moins actifs (HAS, 2022b). Ces activités, souvent d'intensité faible à modérée, sont plus **facilement adoptées à long terme** et **s'intègrent** bien dans la vie **quotidienne**, apportant des bénéfices secondaires pour la santé (HAS, 2022a).

L'exercice physique est une forme d'AP structurée et planifiée, visant souvent le **conditionnement physique**⁶, selon Caspersen et al. (1985). Il est utilisé comme **outils** dans des contextes tels que la **rééducation** ou l'Activité Physique Adaptée (**APA**) pour améliorer ou maintenir la forme physique.

Pour plus de clarté, le Tableau II définit les termes liés à l'AP qui pourraient prêter à confusion, et la Figure 4 montre comment ces notions sont liées.

⁵ Répartition des sources quotidiennes de dépense énergétique en Europe, d'après Eddy Engelsman, Ambassadeur activité physique, nutrition et santé au ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports, Pays-Bas

⁶ Le conditionnement physique est une forme d'exercice qui s'adresse à l'ensemble du corps. Il vise à développer la force, l'endurance musculaire, la capacité cardiovasculaire et la souplesse (University of georgia, s. d.)

Tableau II: Définitions de notions relatives à l'AP d'après HAS, 2022a ; Caspersen et al., 1985. *Se trouve entre crochets les appellations qui ne sont pas choisies dans ce mémoire.*

Termes	Définitions
Activité physique	Tout mouvement actif dont la dépense énergétique est supérieure à celle de repos.
Exercice physique	Sous-ensemble d'AP qui se distingue par son caractère planifié, structuré, répétitif dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique.
Sport	Sous-ensemble d'AP où les participants adhèrent à un ensemble commun de règles (ou d'attentes), et dans lequel un objectif, le plus souvent de performance, est clairement défini.
Activité physique Adapté (APA) [Sport-santé]	Pratique dans un contexte d'AVQ, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.
Sport à visée de Santé [Sport-Santé]	Sport dont les conditions de pratique ont été adaptées pour répondre aux besoins de publics présentant des vulnérabilités et/ou des besoins spécifiques en lien avec leur état de santé, cela à des fins de prévention ou d'amélioration ou de maintien de l'état.
Intervention d'APA	Programme structuré dispensé par un professionnel de l'APA (MK ou EAPA)
Ordonnance d'AP à des fins thérapeutiques	Prescription d'AP à un individu à des fins de santé. Elle comprend la prescription d'APA, de sport à visée de santé (AP supervisée) ou l'orientation du patient vers une pratique en autonomie (AP non supervisée).

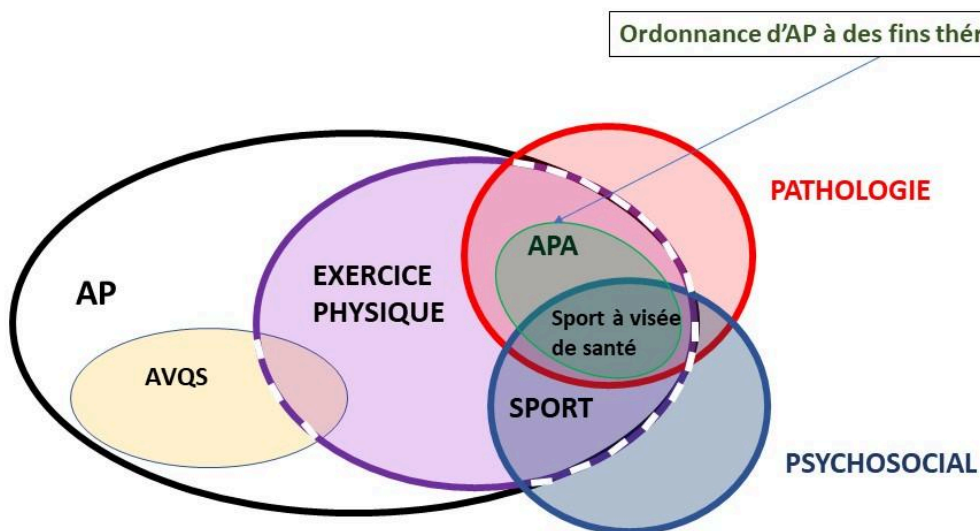


Figure 4: Modélisation des liens entre les différents termes connexes à la notion d'AP, basée sur la compréhension des définitions précédemment développées

2. Paramètres de description

L'AP se décrit à l'aide de ses différentes **caractéristiques** évoquées sous l'acronyme **FITT-VP** (Tableau III): la fréquence, l'intensité, le type, le temps, le volume et la progression (Ferguson, 2014). Ces éléments mettent en évidence les **différents aspects à prendre en compte** lors de **l'élaboration** d'un plan d'entraînement physique, **facilitant** ainsi sa **structuration** et la **prescription d'AP** (Ferguson, 2014).

Tableau III : Définitions des paramètres de description de l'AP (FITT-VP) d'après le Guide de consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte de l'HAS 2022.

Paramètres	Définitions
Fréquence	Nombre de répétitions des sessions ou périodes d'AP sur un intervalle de temps donné (généralement la semaine). (Exemple : 3x30 min / Semaine).
Intensité	Coût énergétique qu'induit l'AP exercée. Elle peut être évaluée qualitativement par les réponses physiologiques qu'elle induit chez un individu donné (fréquence cardiaque, effort perçu ou sensations subjectives comme l'essoufflement). De manière plus quantitative, elle s'exprime en METs ⁷ .
Temps	Correspond au nombre de temps de pratique de l'AP considérée et est exprimé en minutes ou heures.
Volume	Correspond à une durée multipliée par l'intensité de l'AP. Elle permet de calculer le volume pour une session d'activité physique. Elle peut également permettre d' estimer la dépense énergétique réelle d'un individu en MET-min/semaine. = (F).Temps.I
Type d'AP	Effets physiologiques attendus sur divers aspects de la condition physique: l'endurance cardio-respiratoire (endurance aérobie), les capacités musculaires (force, endurance et puissance musculaire), la flexibilité musculo-articulaire et les aptitudes neuromotrices (équilibre, vitesse, coordination).
Progression	Augmentation de l'une des composantes du FITT, tolérée par l'individu. Le taux de progression dépend de l'état de santé, de la condition physique et des réponses à l'AP de l'individu, ainsi que de ses objectifs.

⁷L'équivalent métabolique (MET) est défini comme la quantité d'oxygène consommée en position assise au repos établie à 3.5 ml d'O₂ par kg x min (soit 1 METs).

3. Intensité et bénéfice de santé

Un **seuil minimal d'intensité** est requis pour que l'AP influence les paramètres physiologiques (Figure 5) (HAS, 2022a). Ce seuil varie selon l'âge, le niveau de forme initial et la santé globale de l'individu (Franklin et al., 2018). Pour ceux particulièrement sédentaires ou en mauvaise condition physique, même une **AP de faible intensité** peut être bénéfique si elle est effectuée régulièrement (Franklin et al., 2018; Sambandam et al., 2015).

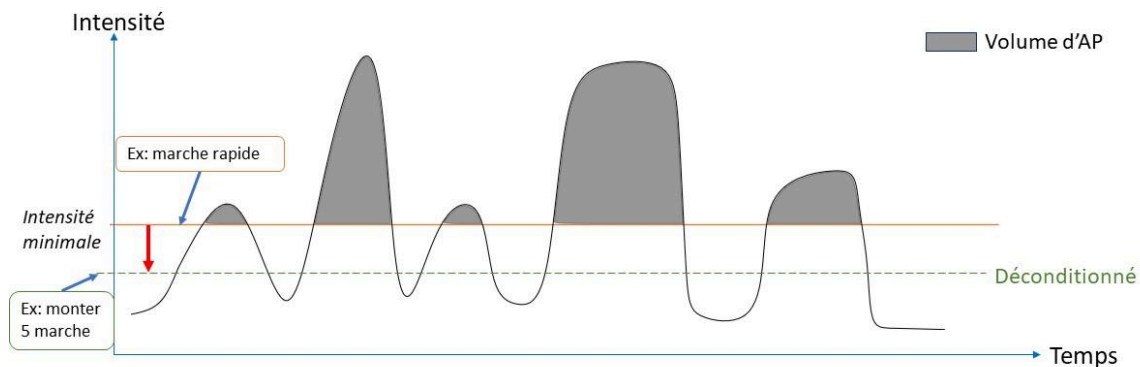


Figure 5 : Modélisation du seuil d'intensité d'AP minimal et lien avec la notion de volume d'AP

4. Volume d'activité physique et relation dose/effet

Il existe une relation **dose/effet** entre le **volume total** d'AP et les **bénéfices sur la santé**, sans qu'un seuil de volume minimal soit requis pour commencer à observer des bénéfices. En effet, plus le volume d'AP est important, plus les bénéfices pour la santé sont accrus (Figure 6). Toutefois, pour des effets significatifs, environ 150 minutes par semaine d'AP modérée sont recommandées (OMS, 2022). Les bénéfices de l'AP peuvent **diminuer** après deux semaines de réduction d'activité et **disparaître** si l'activité n'est pas reprise dans un délai de 2 à 8 mois (Public Health Service of United States, 1996), démontrant la **nécessité** de maintenir l'AP sur le **long terme**. Il est également important de noter que des **volumes excessifs d'AP** peuvent être plus **préjudiciables** que bénéfiques (HAS, 2022b). Bien que les risques soient rares en kinésithérapie, où l'AP est supervisée conformément à l'Article R4321-4 du Code de la santé publique, une **vigilance** reste nécessaire pour la pratique autonome du patient. En effet, l'Article R4321-4 stipule que la gymnastique médicale comprend la réalisation et la **surveillance des actes** à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif. Cette régulation professionnelle est

essentielle pour éviter les excès qui peuvent causer des **blessures** ou d'autres problèmes de santé.

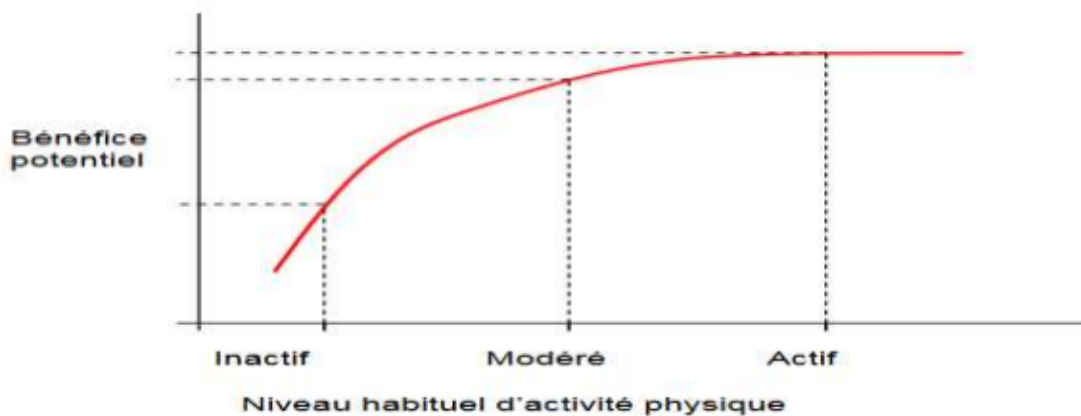


Figure 6 : Relation dose/effet entre le volume d'AP et les bénéfices de santé d'après HAS 2022b.

Lien avec le sujet : Toute AP peut être adaptée selon le modèle FITT-VP, offrant une méthode pour **accroître l'AP individuelle**. Cela est particulièrement bénéfique pour les PAMC qui ont généralement de faibles niveaux d'AP (Schwartz et al., 2019; Sambandam et al., 2015). Les **gains** sont encore plus notables pour ceux qui partent de **niveaux très bas d'AP** (HAS, 2022b). L'augmentation de l'AP peut se faire au travail, pendant les loisirs, ou par des AVQ et des transports actifs (marche, vélo, etc.) (Goenka & Lee, 2017).

5. Perceptions et obstacles de l'AP par les patients atteints de maladies chroniques

La notion de maladie chronique n'est pas **unanime** (HCSP, 2010). Dans le cadre de cette étude, nous adoptons la **définition** suivante: une maladie chronique est “ un état pathologique (physique, psychologique ou cognitif) persistant pendant plus de **3 mois**, **évolutive**, et ayant un **retentissement** sur la vie quotidienne ” (HCSP, 2010).

Cette définition éclaire la diversité des maladies chroniques (Annexe I). En **kinésithérapie** libérale, les pathologies fréquemment traitées sont **musculo-squelettiques** et **rhumatologiques** (Panchout et al., 2017). Les **personnes âgées** sont le groupe le plus touché par ces maladies chroniques (DREES, 2018; HCSP, 2010).

Comme mentionné dans la partie I.B.1 les **motivations** et **obstacles** individuels à l'AP sont cruciaux pour comprendre son adoption. Divers facteurs sont reconnus pour leur impact sur

l'AP, facilitant sa pratique et son maintien ou constituant des obstacles qui freinent ou découragent l'AP. Ces derniers sont répertoriés dans le Tableau IV ci-dessous.

Tableau IV: Eléments influençant l'AP en général (INSERM, 2017) ainsi que quelques facteurs retrouvés chez le PAMC (INSERM, 2019).

Éléments	Influences positives (facilitateurs)	Influences Négatives (obstacles)
Généraux (INSERM, 2017)		
Socio-démographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Genre masculin - Niveau d'éducation - État de santé ou de forme perçue - Revenu, statut socioéconomique 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'heures de travail - Âge - Surpoids/obésité
Psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Auto - efficacité - Intention d'effectuer l'AP - Contrôle comportemental perçu - Plaisir de faire de l'exercice - Bénéfices attendus - Bénéfices perçus - Planification de l'action - Auto-motivation - Les étapes de changement de comportement - Réalisations d'objectifs physiques ou psychologiques - Historique de l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps - Stress - Auto-régulation (patient âgée) - Les événements traumatisants (perte d'un proche..)
Environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Influence du médecin - Soutien social 	
Pathologies chroniques et personnes âgées (INSERM, 2019)		
Global	Idem Généraux (citées précédemment)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Intentions et la planification - Attentes positives : motivation intrinsèque et bénéfices perçus - La capacité perçue à surmonter les barrières 	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte associée à l'AP - Perturbation de l'humeur

Nous explorerons ici plus en détail les **caractéristiques des PAMC** et les **facteurs** pouvant expliquer les **obstacles à l'AP** rencontrés chez ces patients.

➤ *Activité physique comme changement de comportement:*

Les PAMC doivent adapter leur vie quotidienne pour gérer leur maladie, ce qui inclut des **changements comportementaux** et de **mode de vie**, particulièrement en ce qui concerne l'AP. Ce processus est **complexe** et influencé par de nombreux facteurs (Kickbusch, 2001). L'AP nécessite du **temps**, varie en **intensité**, demande une **planification** et un ajustement constants (Schwartz et al., 2019; Rhodes & Pfaeffli, 2010; Mullen & Hall, 2015), et est souvent en **conflit** avec des **habitudes sédentaires** comme regarder la télévision (Gabriel et al., 2012), rendant ces changements encore plus **difficiles** à adopter.

➤ *Activité physique comme prescription médicale longue durée*

L'AP peut être perçue comme un **médicament** pour les PAMC, nécessitant une **prescription** et une pratique **continue** pour gérer efficacement les symptômes. En 2003, l'OMS notait que 50% des patients n'adhéraient pas bien à leur traitement médicamenteux. Pour les patients hypertendus, 40% ne **renouvelaient** pas leur traitement après 5 ans (Vrijens et al., 2012). **L'observance thérapeutique** comprend le respect des prescriptions en termes de dosage, fréquence et durée, et exige la coopération active du patient (Larousse Médical, s. d.). La **non-adhésion sur le long terme** aux traitements peut résulter de leur **complexité** ou d'**effets secondaires indésirables** (Tarquinio & Tarquinio, 2007). Le **temps** joue un rôle crucial dans la gestion des maladies chroniques, **influençant la motivation** du patient à rester engagé sur le long terme (Tarquinio & Tarquinio, 2007). L'observance non intentionnelle, comme l'habitude de prendre une gélule, peut être moins évidente avec l'AP en raison de **l'effort conscient** et du temps qu'elle exige (Reach, 2022).

➤ *Population vieillissante*

Avec l'âge, les individus ont souvent une **perception plus négative** de leur capacité à pratiquer l'AP, en partie à cause de la **sarcopénie**, un processus de perte musculaire lié au vieillissement qui réduit la masse musculaire de 3 à 8% chaque décennie après 30 ans (Volpi et al., 2004). Ce phénomène peut **affecter la confiance en leurs capacités physiques** et diminuer l'estime de soi, particulièrement chez les personnes âgées (Alaphilippe, 2008).

➤ **Manifestation de la maladie**

La perception de l'AP **varie** selon la maladie chronique, ce qui peut créer des **obstacles** pour les patients. Par exemple, l'AP peut causer de la **douleur** chez ceux souffrant d'arthrose, de la **peur** chez ceux avec des maladies cardiaques (Farris et al., 2018), et de la dyspnée, perçue comme un traumatisme, chez ceux atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (INSERM, 2019), affectant leur engagement dans l'AP.

➤ **Fausse croyances :**

Les individus peuvent adopter de **fausses croyances** sur leur maladie, ce qui affecte leur participation à l'AP. Par exemple, ils peuvent penser que **l'AP est dangereuse** pour leur condition. Ces croyances peuvent aussi provenir d'une pensée collective et médicale qui, historiquement, a souvent recommandé le repos pour les pathologies chroniques (Warburton et al., 2006)

➤ **Processus de deuil : “ Deuil de la bonne santé “**

L'apparition d'une maladie chronique est souvent vécue par le patient comme la **perte de la santé**, un processus similaire à un **deuil** (Stewart & Shields, 1985). Selon le modèle de Kübler-Ross, ce deuil inclut différentes phases, approfondies par le modèle d'adaptation de Ninot et al. (Préfaut & Ninot, 2009). Ces phases peuvent provoquer des **fluctuations émotionnelles** importantes (aan het Rot et al., 2012), influençant l'engagement du patient dans l'AP et sa participation aux séances. Le Tableau V détaille ces phases et leur impact sur la motivation du patient à pratiquer l'AP. Il est essentiel que le MK **reconnaisse** ces phases pour adapter efficacement ses interventions.

Tableau V: Différentes phases du processus de deuil et d'approbation et leurs répercussions sur l'AP, d'après *INSERM, 2019* (Approche psychologique de la maladie chronique)

Patient	Expressions	Répercussions	
Deni	Minimisation des symptômes	Inactivité physique Retard diagnostique	} Déconditionnement → l'Acceptation (ouvert au changement)
Le choc initial	Annonce du diagnostic par le médecin	Difficulté d'intégration de l'information	

Patient	Expressions	Répercussions	
			→ La Résignation (comportement à risque)
Déni-post annonce	Minimisations des manifestations	Préservation du style de vie antérieur (75 à 85%)	
Phase d'anxiété	Anxiété suite au symptôme qui se généralise et s'intensifie	Réactions émotionnelles disproportionnées et inhabituelles	→ “ Ouverture ” possible au changement de comportement
		Souhaite être pris en charge par un professionnel	
Phase de dépression mineure	Période passagère d'abandon, de renoncement	Pessimisme important, fatigue, trouble sommeil...	
L'acceptation	Prise de conscience qu'il faut faire face à sa maladie et à ses contraintes, activement	Porte ouverte changement de comportement	

➤ **Déconditionnement physique : “le cercle vicieux du déconditionnement”**

Le déconditionnement physique chez les PAMC est dû à **plusieurs facteurs** liés à l'inactivité physique, comme la **surprotection** des aidants, les **périodes prolongées au lit** (Hart, 2021), et le **syndrome d'évitement** en réaction aux symptômes désagréables de la maladie (Sullivan & Domingo, 2017). Ce déconditionnement déclenche un **cercle vicieux** qui **aggrave l'état du patient**, augmente sa dépendance et aggrave son handicap (Figure 7). De plus, la réduction de l'AP **diminue la confiance du patient en ses capacités**, nuit à son estime de soi et affaiblit son engagement envers l'AP (Durstine et al., 2013).

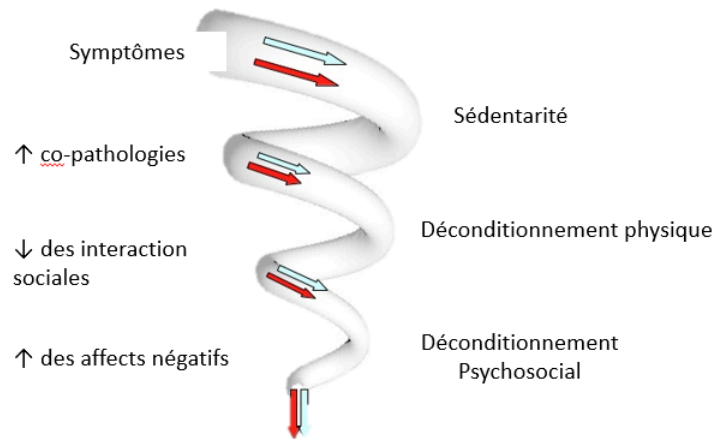


Figure 7: Cercle vicieux du déconditionnement physique (Préfaut & Ninot, 2009)

B. Promotion de l'Activité Physique

1. Définition:

En lien avec la politique de l'OMS visant à promouvoir la santé, nous pouvons mettre en évidence différents points. Premièrement, la santé est influencée par des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux, appelés **déterminants de santé** (Alla, 2016). Deuxièmement, l'AP est reconnue comme un **déterminant comportemental** crucial pour la santé individuelle, jouant un rôle central dans cette politique (Vuillemin, 2014). Cette politique vise à améliorer la santé globale en encourageant des actions éducatives, politiques, législatives et organisationnelles pour **influencer positivement ces déterminants** (OMS, 1986).

La promotion de l'AP, intégrée à cette politique de l'OMS, vise à incorporer l'exercice dans la vie quotidienne pour des bénéfices **durables**. Reconnaissant que les avantages de l'AP dépendent de sa pratique régulière et soutenue, cette initiative **ne se limite pas à inciter à commencer une AP**, mais cherche aussi à **maintenir** cette pratique de manière continue.

La figure 8 illustre le cheminement de la promotion de la santé par la PAP pour une amélioration de la santé globale.

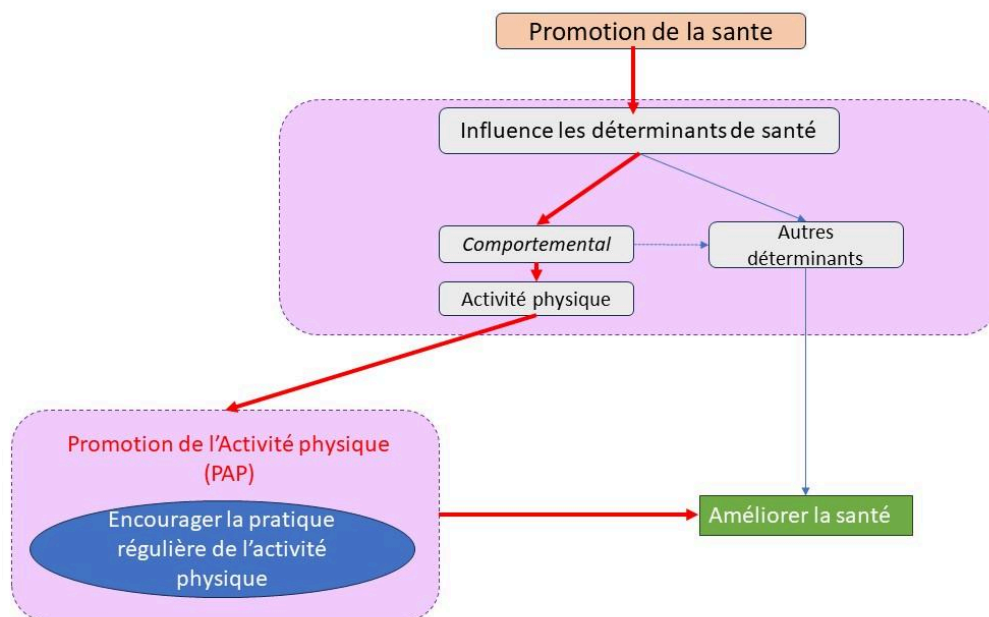


Figure 8 : Lien entre la PAP et de la promotion de la Santé

2. Promotion de l'Activité Physique en France

La Stratégie Nationale Sport-Santé 2019-2024 (SNSS) a pour objectif de promouvoir durablement l'AP en France, en encourageant la sensibilisation, l'information et l'éducation pour un changement de comportement à **court et long terme**. La stratégie, organisée autour de quatre axes principaux, met l'accent sur le **développement de l'APA** pour soutenir les groupes les plus **vulnérables**. La prescription de l'APA dans le cadre du programme de prescription d'AP à des fins de santé est une initiative clé, positionnant l'AP comme un outil essentiel de santé publique, avec la collaboration des professionnels de la santé et du secteur médico-social. Elle vise à combattre l'inactivité physique en reconnaissant l'AP comme un facteur de santé, en proposant une pratique sécurisée et adaptée pour limiter les effets négatifs de l'inactivité et **réduire les coûts associés** (Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2023, 2019)

a. Prescription d'AP à des fins thérapeutiques

L'ordonnance d'AP à visée de santé permet au médecin de prescrire une AP après une évaluation médicale initiale et une consultation spécifique à l'AP (HAS, 2022a). Le médecin **choisit** ensuite le **niveau d'intervention** le plus adapté parmi quatre options (Figure 9), en fonction des besoins du patient:

- ❖ **Niveau 1**: Non spécifique au dispositif d'AP, il concerne la **rééducation** ou la réadaptation, pouvant précéder ou accompagner un programme d'AP (HAS, 2022a).
- ❖ **Niveaux 2 à 4**: Spécifiquement liés au **dispositif d'AP**, ils varient selon la pathologie, les capacités et les restrictions du patient :
 - **Niveau 2: Programme d'APA** conçu et supervisé par un professionnel, en individuel ou en groupe.
 - **Niveau 3**: AP de loisir ou sportive, choisie avec le patient et **encadrée par un éducateur sportif**.
 - **Niveau 4**: AP choisie et pratiquée en **autonomie** par le patient, sans supervision.

Ces niveaux forment un **continuum**, guidant progressivement le patient vers une pratique **autonome** de l'AP, avec le soutien de différents professionnels amenés à se relayer selon le besoin. **La Figure 10** illustre le processus de prescription d'AP par le médecin pour un patient.

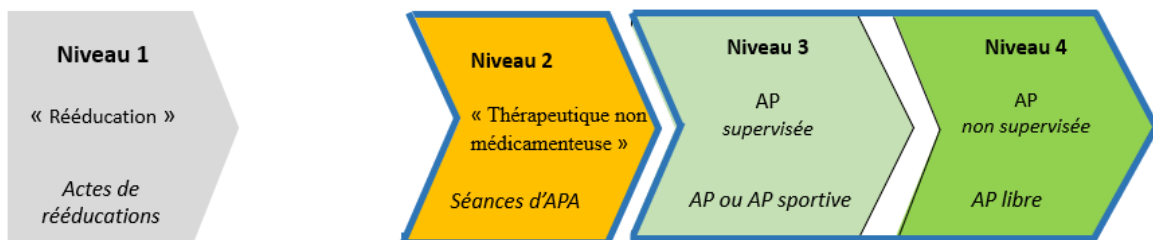


Figure 9 : Schéma du parcours de santé centré sur la prescription d'activité physique chez l'adulte, d'après HAS, 2022a.

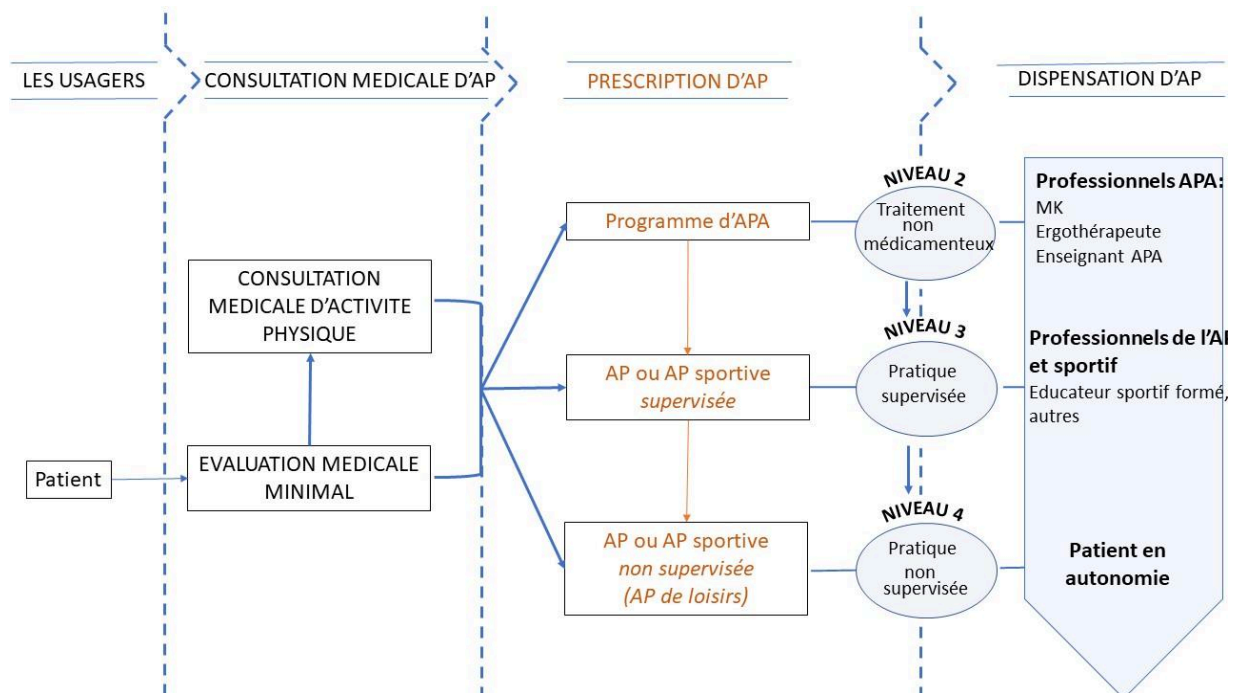


Figure 10: Modélisation du parcours de santé d'un patient pour l'orientation vers une ordonnance d'AP à visée thérapeutique d'après HAS, 2022a.

- Présentation et rôle des intervenants du dispositif:

- **Médecin:**

L'AP peut être prescrite par le médecin généraliste conformément aux articles L. 1172-1 et R. 4127-8 du Code de la Santé Publique. Le médecin joue le rôle de **réfèrent** dans le parcours de soin, réalisant **l'évaluation médicale** initiale et, si nécessaire, une consultation médicale spécifique à l'AP (voir Tableau VI). Il assure aussi les **consultations de suivi** pour ajuster le parcours de soin et modifier la prescription d'AP selon les besoins (HAS, 2022).

Tableau VI: Éléments d'une consultation médicale d'AP

<ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire (Histoire maladie, limitations, habitudes , etc) - Evaluation du risque cardio-vasculaire - Examen physique - Entretien motivationnel - Evaluation condition physique (plus souvent intervenant AP) - Prescription d'avis spécialisé (si besoin) - Prescription d'AP - Programmation du suivi

➤ **Dispensateur d'AP :**

Selon le décret du 30 décembre 2016, la prescription médicale d'AP peut inclure la collaboration de différents professionnels. Les trois principales catégories éligibles à être rémunérées pour fournir cette AP sont les professionnels de santé (**MK, ergothérapeutes, psychomotriciens**), les **enseignants en activité physique adaptée** (EAPA) et les **éducateurs sportifs**.

Les intervenants en AP ont plusieurs **rôles communs**: évaluer la condition physique et la motivation, élaborer et adapter le plan d'AP, animer les séances, évaluer les progrès, et fournir un bilan de suivi au médecin référent de la PEC (Bigard et al., 2016)

Cependant, ces intervenants possèdent **des niveaux d'implication différents** selon les limitations fonctionnelles du patient en fonction de leurs formations spécifiques (Tableau VII)

Tableau VII: Domaine d'intervention préférentielle des différents dispensaires d'AP d'après l'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017

	Limitation sévère	Limitation modérée	Limitation minimale	Aucune limitation
MK	+++	++	+	+/-
Ergo/Psychomot	+++	++	(si besoin)	
EAPA	++	+++	++	+
Educateur sportif		+	++	+++

Parmi les professionnels de santé paramédicaux, **seuls les MK sont autorisés à conduire des séances d'APA** pour les patients avec des **limitations sévères**⁸, selon les articles R. 4321-13 du Code de la santé publique et A 212-1 du Code du sport. Les **ergothérapeutes** et les **psychomotriciens**, bien que jouant des rôles importants dans l'APA, se limitent à leur **domaine de rééducation** et se concentrent respectivement sur l'amélioration des interactions entre les patients et leur environnement et l'évaluation des capacités locomotrices, cérébrales,

⁸ Exemple de limitations sévères: Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien ou fatigue invalidante dès le moindre mouvement d'après l'instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81

et sensorielles lors de l'élaboration du bilan fonctionnel (Bigard et al., 2016; RAYNAL, 2018).

L'EAPA, titulaire d'au moins une licence (BAC+3), joue un rôle essentiel dans le secteur de l'AP. Centré sur la **pratique** et la **pédagogie**, il aide les individus à redéfinir leur rapport au corps et à l'environnement par l'AP (Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, 2016). Cette approche est considérée comme un moyen de développer des compétences en AP chez le patient (Perrin, 2019). Dans le dispositif d'AP sur ordonnance l'EAPA est particulièrement important pour soutenir les patients possédant des limitations **modérées**, les guidant vers une reprise d'AP adaptée et **sécurisée**, contribuant ainsi à leur bien-être et à leur réadaptation. Il peut également intervenir auprès des patients présentant des limitations sévères, si une évolution de ces limitations est constatée par le médecin ou si le MK en charge juge cette PEC nécessaire (HAS, 2022a). Son rôle fait de l'EAPA un **médiateur** essentiel entre les secteurs médicaux et sociaux (Perrin, 2016).

Les éducateurs sportifs disposent d'une formation courte, de niveau IV (Brevet Professionnel), et jouent un rôle clé dans le dispositif d'AP sur ordonnance. Habilités à encadrer des patients avec **peu ou aucune limitation**, ils peuvent, grâce à des formations complémentaires d'une quarantaine d'heures, dispensées par les fédérations sportives et les réseaux Sport-Santé, accueillir des PAMC dans les clubs et associations. Leur rôle se concentre sur la **pratique sportive adaptée**, visant la performance ou l'amélioration de techniques, octroyant des bénéfices découlant de l'AP (Bigard et al., 2016).

- Rôle spécifique du MK dans les différents niveaux du dispositif:

- **Niveau 1**

Concernant le rôle du MK dans la rééducation, il sera présenté dans la partie II.B.2.b

- **Niveau 2,3: Activité physique à visée thérapeutique**

Bien que l'implication du MK dans le dispositif est majeure pour les patients les plus fragiles possédant des limitations sévères, son intérêt dans le dispositif semble moins important plus les limitations du patient diminuent. (cf. tableau VII)

Au niveau 2, correspondant à l'intervention d'un APA. Lorsqu'un MK reçoit une prescription d'APA, il est attendu qu'il réalise les interventions conformément aux directives suivantes (HAS, 2022). Une séance d'APA implique **2 à 3 séances** d'AP par semaine sur un cycle de **3 mois**, avec possibilité de renouvellement. Chaque séance, d'une durée de **45 à 60**

minutes, combine des activités d'endurance aérobie et de renforcement musculaire, sous la direction de professionnels de l'APA.

Au niveau 3, correspondant à l'AP supervisée, le MK peut intervenir dans les niveaux 3, via sa qualité d'**éducateur sportif** reconnu par le Code du Sport d'après l'Annexe II-1 de l'article A.212-1 du Code du sport .

Le **Tableau VIII** résume le dispositif et l'implication du MK et des autres dispensaires d'AP suivant les éléments mentionnées précédemment.

Tableau VIII : Tableau résumant les différents niveaux de la prescription d'AP.

Niveaux	Niveau 1 Rééducation	Niveau 2 APA	Niveau 3 Activités Encadrées	Niveau 4 Autonomie
Prescripteurs	Tous les médecins	Tous les médecins		
Population	Patient limitation sévère	Maladie chronique et patient ayant des fragilités		
Dispensateur	Kinésithérapeute (MK)	Programmes par un professionnel de l'APA (MK ou EAPA)	Activités encadrées par des éducateurs sportifs	Patient en autonomie
Quand	- Patient dont les limitations nécessite une rééducation - En parallèle et complément du dispositif d'AP sur ordonnance	-En traitement de première intention indépendamment ou en complément. - A la suite ou en complément de rééducation	- En prévention primaire - En prévention secondaire ou tertiaire - Après un programme d'APA ou de rééducation.	Destinées à la poursuite de l'AP de manière autonome, après les niveaux précédents ou en prévention.
Conditions spécifiques		- Patient sans niveau d'AP régulier suffisant - Incapable d'augmenter son AP en autonomie.	Ne répond pas à un des 3 critères du niveau 4	- Patient réceptif, motivé, - Capable de suivre les recommandations d'AP seul ou en sécurité. - Patient capable d'effectuer une AP en autonomie
		- Le patient n'est pas suffisamment actif - État de santé pouvant avoir des bénéfices de l'AP		
Fréquence / Durée		2 à 3 séances/semaine, de 45 à 60 min, sur 3 mois, renouvelable.	Selon les recommandations de l'éducateur / besoins du patient.	Selon les capacités et préférences du patient

- Limites du dispositif :

- **Freins généraux au dispositif :**

Bien que le dispositif national vise à réduire l'inactivité physique et à encourager la pratique autonome de l'AP par le patient, il rencontre plusieurs obstacles. Ce dispositif n'est pas reconnu comme un acte de soin mais plutôt comme une mesure de **prévention**, et n'est donc **pas remboursé**⁹ par l'assurance maladie, selon l'instruction interministérielle du 3 mars 2017. Cela représente un frein financier pour les PAMC, souvent confrontées à une baisse de revenus (INSERM, 2019). Malgré des propositions pour surmonter ces obstacles (HAS, 2022), le nombre de **prescriptions reste faible** (Ancellin & Communal, 2022). De plus, il existe encore aujourd'hui d'importantes disparités territoriales pour ce dispositif, ainsi que des **difficultés à coordonner** et à communiquer entre les différents acteurs impliqués (ANDES, 2022).

- **Freins du MKs pour le dispositif :**

Une enquête sur 509 MK indique que seulement 11% participent au dispositif d'AP sur ordonnance, malgré une **connaissance élevée** du dispositif (92%). Parmi eux, 77% se sentent **insuffisamment formés en APA**, et citent le manque de **temps**, de **financements**, et les contraintes administratives comme principaux obstacles (Rivier et al., 2023). Actuellement, le **rôle des MK** dans l'APA n'est **pas pleinement reconnu**, les plaçant au même niveau que d'autres professionnels de l'AP. Toutefois, une proposition de 2021 suggère que les MK devraient être responsables du diagnostic fonctionnel initial, essentiel pour orienter la première consultation médicale, tirant parti de leur expertise spécifique qui les distingue des autres professionnels (Humblot et al., 2021). De plus, en 2023, la FFMKR a soutenu l'idée que les MK devraient pouvoir **prescrire de l'AP**, soulignant le besoin d'une redéfinition plus significative de leur rôle, réaffirmée en 2024 (FFMKR, 2024).

b. La promotion de l'AP chez le PAMC: Rôle du MK

- Généralité : Rôle et prise en charge du MK dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques

Pour appréhender le rôle et les techniques des MK dans la PAP, en particulier pour les PAMC, il est essentiel de comprendre leur implication dans la prise en charge rééducative. La

⁹ Toutefois, certaines agences régionales de santé, collectivités locales, ou organismes complémentaires peuvent proposer des financements pour réduire le reste à charge des assurés. (Assurance Maladie, 2024)

kinésithérapie vise à **traiter** les troubles du mouvement et à **promouvoir la santé**, améliorant ainsi la qualité de vie des PAMC par la **gestion des symptômes**, la prévention des complications, et l'enseignement des **techniques d'auto-gestion** (World Confederation for Physical Therapy, 2013; Dennis et al., 2008). Les interventions incluent sans être exhaustif : l'éducation du patient, la **prescription d'exercices**, et des techniques spécifiques à chaque pathologie. Par exemple, dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, on utilise des techniques antalgiques, des **exercices physiques** pour améliorer la capacité physique et **l'éducation du patient** pour gérer sa maladie (Kavuncu, 2004).

- Stratégies et intervention de PAP incluant le MK

En France, les MK contribuent à la PAP de deux manières principales. Premièrement, ils intègrent la PAP dans leur **pratique clinique** quotidienne, conforme à leur rôle et compétence de prévention. Deuxièmement, ils participent au programme de **prescription d'AP à des fins thérapeutiques**, régulé par l'article L. 1172-1 du Code de la Santé Publique, qui structure l'APA en France. Le rôle des MK dans le système de santé français est également détaillé dans la Figure 12.

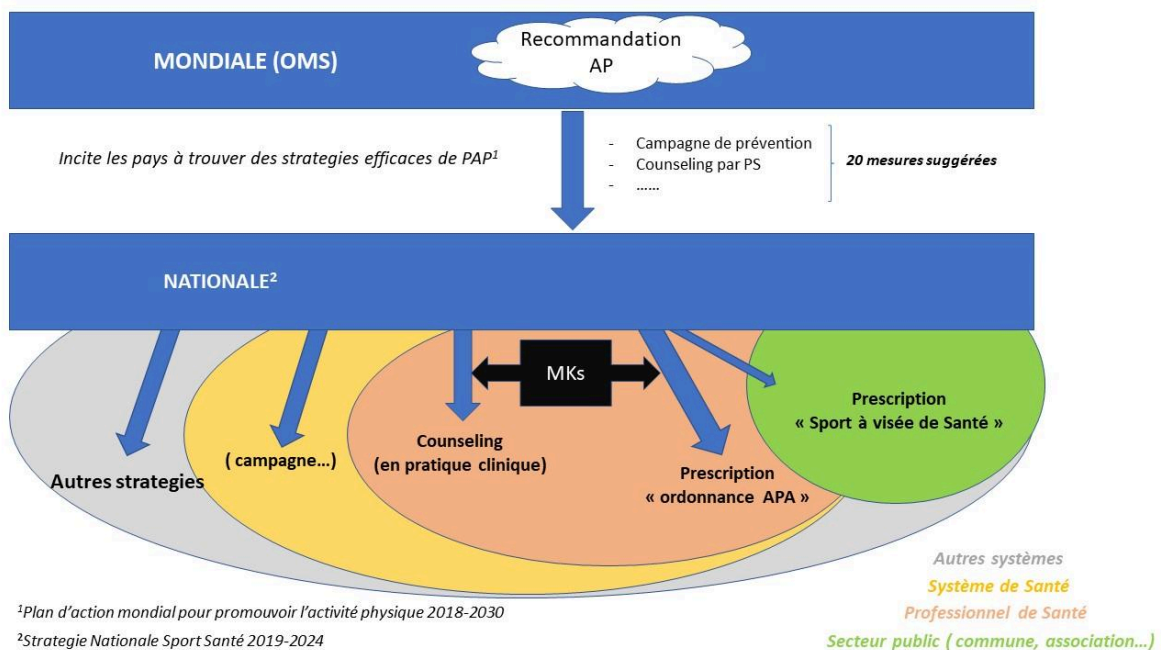


Figure 12 : Modélisation de certaines stratégies déployées à l'échelle mondiale et en France, y compris celles impliquant le MK, conformément au Plan mondial pour la promotion de l'activité physique 2018 et au guide de consultation et de prescription d'activité physique à des fins de santé de 2022.

La prescription d'AP à des fins thérapeutiques ayant déjà été décrite, nous détaillerons ici **les autres stratégies de PAP** incluant le MK :

➤ **Le counseling**

L'intervention de “brief counseling” pour la PAP, bien que non spécifiquement mise en œuvre en France, est **recommandée** internationalement par le GAPA 2018-2030 de l'OMS et alignée avec les compétences de prévention des MK (illustré par le Tableau IX). Cette méthode inclut **évaluation, conseil, et soutien** pour encourager un changement comportemental, souvent utilisée dans les soins de santé primaire (WHO, 2022). Bien que son efficacité à long terme soit peu documentée, des études montrent son efficacité à court et moyen terme si appliquée de manière répétée (Schwartz et al., 2019; Lin et al., 2010).

La méta-analyse de Van der Wardt et al. en 2021 indique que ce conseil est plus efficace lorsqu'il est **personnalisé** et prenant en compte une **évaluation des besoins du patient**, de sa **motivation** et l'utilisation de modèles **valides de changement de comportement**, car le transfert passif de connaissances est souvent insuffisant pour changer les comportements (Michie et al., 2009; Arlinghaus & Johnston, 2017; Stevens et al., 2014). Dans le domaine de l'AP, cette intervention prend, le plus souvent, la forme de **conseils** et de **discussion** (Hébert et al., 2012)

Tableau IX: Éléments issus de la description de la compétence C3 de prévention de l'Annexe II : référentiel de compétences MK, d'après Ministère de la Santé et de la Prévention, 2015

Compétences de Prévention du MK	Placer le patient en qualité de co-auteur et codécideur des objectifs
	Acquérir et développer une posture éducative
	Conduire une démarche d' éducation thérapeutique ou d' éducation à la santé , de prévention
	Concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés
	Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires
	Évaluer les effets de la démarche d'éducation thérapeutique, d'éducation, de prévention
	Accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement

➤ *Autres techniques utilisées par les MK*

Les données sur les **techniques employées par les MK** pour promouvoir l'AP chez leurs patients sont **limitées**, tant en France qu'à l'international (Lowe et al., 2017; Frantz & Ngambare, 2013). La revue systématique de Kunstler et al en 2018 indique que les MK utilisent moins de techniques de changement de comportement que celles identifiées dans les études interventionnelles, avec seulement **7** des **92 techniques répertoriées employées régulièrement**, incluant la fixation d'objectifs et la résolution de problèmes. Certains MK proposent également des **séances d'AP à domicile** intégrant la **fixation d'objectifs** et pouvant être **adaptées aux préférences du patient** (Eisele et al., 2020). **Dans le secteur de la santé**, les stratégies pour promouvoir l'AP incluent le **conseil**, la **prescription d'exercices** et les **interventions comportementales**, (Lobelo et al., 2014; Avery et al., 2012) le **conseil** étant la méthode la plus **couramment utilisée** et jugée efficace (Albert et al., 2020; Shirley et al., 2010). Cependant, il n'est **pas possible d'appliquer** directement ces résultats au contexte **français**, car les études mentionnées ne comportent pas de données françaises et les systèmes de santé varient d'un pays à l'autre (WHO, 2018). **En France**, les techniques utilisées par les MK pour promouvoir l'AP pourraient se baser sur leur compétence de **prévention**, incluant des méthodes de **communication, d'éducation** et de **pédagogie**. La Figure 13 récapitule les différentes techniques utilisées par les MK pour la PAP dans le monde. Les détails concernant la littérature scientifique se retrouvant à l'**Annexe II**. L'ensemble des techniques semblent être **réalisable en France** par les MK y compris l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo comportementale accessible par formation continue¹⁰.

¹⁰ ex: formation de Thierry BLAIN pour l'entretien motivationnel, ou de l'agence EBP pour la thérapies cognitivo-comportementales adaptées à la pratique kinésithérapique.

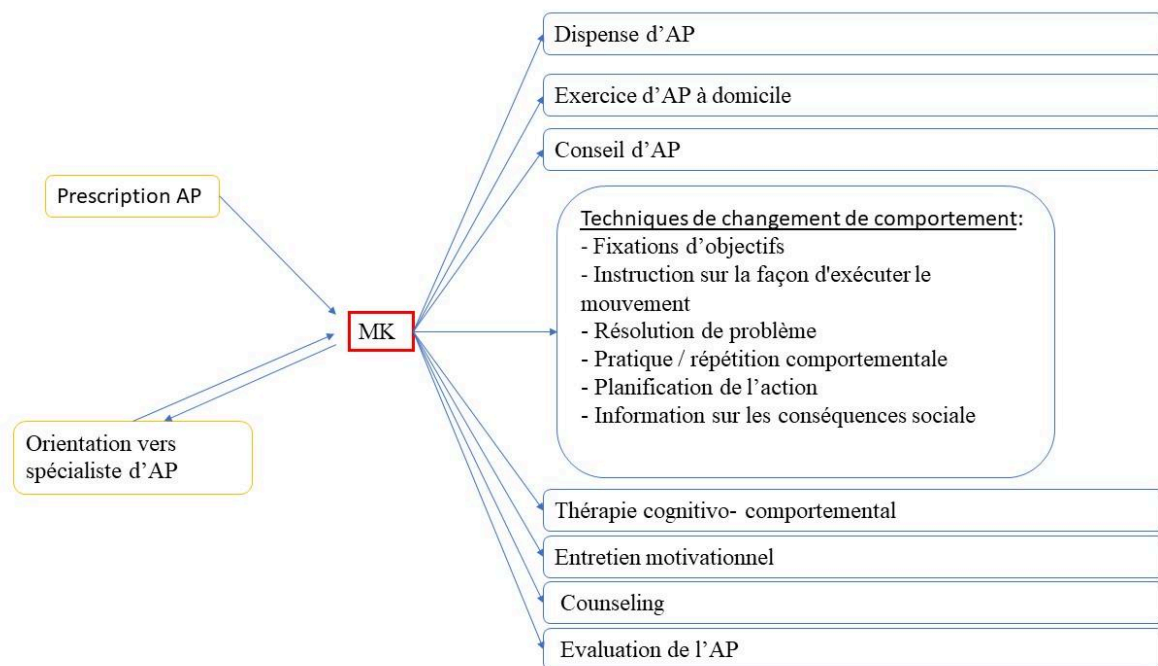


Figure 13: Résumé des techniques identifiées dans la littérature précédente, utilisées par le MK pour promouvoir l'AP.

C. Techniques et Moyens de Maintien de l'AP

1. Éléments identifiés comme efficaces pour promouvoir AP : moyens, stratégies, interventions

Cette section vise à identifier, à travers la littérature scientifique, les facteurs clés pour le maintien de l'AP au niveau **individuel**, comprenant les aspects biologiques et les processus cognitifs de l'individu (Van Hoyer et al., 2022). En effet, le MK avec sa PEC individualisée, est idéalement positionné pour influencer directement les **aspects personnels** du patient tels que ses **connaissances** et **compétences**. Ces interventions, qui cherchent à modifier les déterminants individuels de l'AP, complètent celles orientées vers l'environnement et d'autres niveaux. Comme le montre la Figure 14, les actions de PAP peuvent cibler **divers niveaux**.

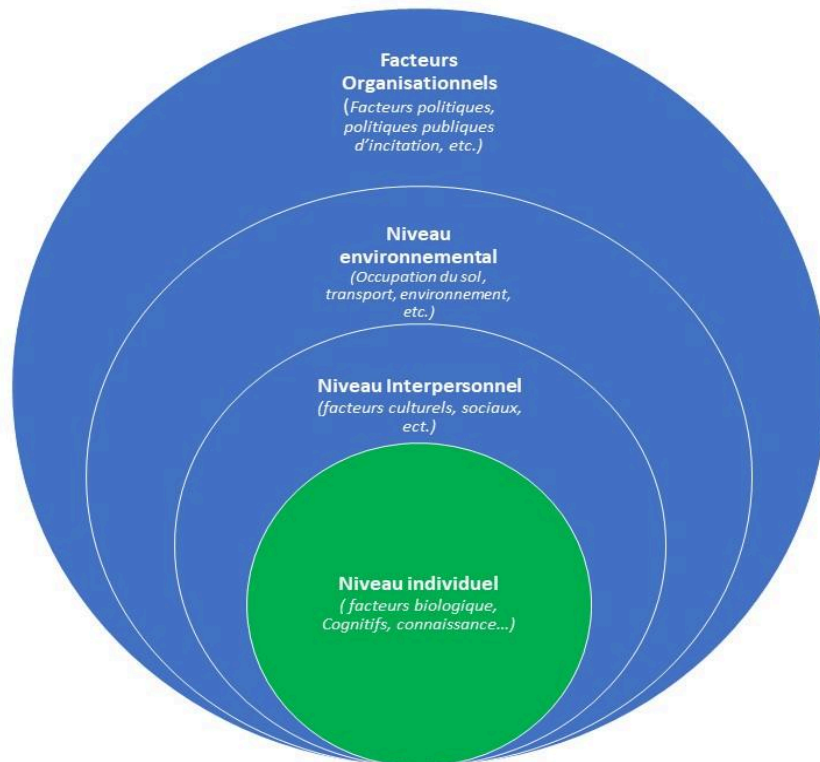


Figure 14 : Modèle socio-écologique des déterminants de l'AP développé par Sallis et Owen, 1998, adapté pour montrer le niveau d'action du MK dans la PAP.

a. Interventions efficaces

Les actions de promotion de la santé sont des interventions **multidimensionnelles** qui ciblent plusieurs niveaux, incluant des aspects éducatifs, économiques et politiques (Shilton et al., 2007). Leur efficacité dépend d'une évaluation globale, plutôt que de l'analyse de techniques isolées (Craig et al., 2013; Howlett et al., 2015). Les interventions individuelles efficaces pour PAP intègrent souvent des **théories de changement comportemental**, soulignant l'importance de l'auto-efficacité et de l'autogestion. Ces interventions théoriques ont tendance à produire des résultats plus **significatifs** et **durables** que celles sans fondement théorique clair (Abdi et al., 2015). D'autres interventions, affectant la force musculaire, l'endurance, la souplesse, et l'équilibre, ainsi que la **prescription et la supervision de l'AP**, se sont aussi avérées efficaces (Conn et al., 2011).

b. Facteurs efficaces pour influencer le comportement d'AP

La littérature a identifié plusieurs facteurs influençant l'efficacité de la PAP, comme détaillé dans l'Annexe III . Ces facteurs peuvent se combiner avec ceux influençant l'AP en général,

présentés dans le tableau V. Ils correspondent à des considérations plus générales qui doivent être prises en compte par rapport aux déterminants du comportement. Ces derniers, qui seront expliqués prochainement, établissent une relation causale entre le comportement et le déterminant spécifié (Alla, 2016).

c. Techniques et moyens efficaces

Ces études ont également identifié certains moyens et **techniques** jugés efficaces dans ces interventions (Annexe III), telle que l'utilisation de techniques visant un déterminant théorique de changement de comportement telle que **l'auto-efficacité**, des conseils personnalisés, un feedback régulier, des techniques de changement de comportement, etc.

Une technique se définit comme un “ensemble de procédés et de moyens **pratiques** propres à une activité , correspondant à la **manière de faire** pour obtenir un résultat” (Larousse, s. d.)

Bien que prometteuses, les techniques pour maintenir l'AP **ne sont pas toujours explicitement définies**, rendant leur application en pratique clinique **complexe**. Il est également important de noter qu'il n'y a **pas de techniques universellement** applicables (Albert et al., 2020). En effet, les méthodes utilisées doivent être **personnalisées** en fonction de l'individu et du contexte spécifique (Kahn et al., 2002 ; Chase, 2013). L'emploi de modèles de théorie de changement de comportement peut clarifier les motivations et les objectifs, en identifiant les facteurs clés pour **adopter** et **maintenir** des comportements. Ces cadres théoriques **guident le choix** de technique adéquate, comme l'utilisation de podomètres pour encourager l'engagement dans un programme de marche, renforçant ainsi l'autogestion et l'auto-efficacité (Gellman, 2020; Samdal et al., 2017; HAS, 2018).

La Figure 15 présente un **résumé** des composants principaux des interventions qui ont démontré leur efficacité pour soutenir le comportement d'AP. Pour plus de détails sur ces interventions, techniques et facteurs efficaces, voir l'annexe III.

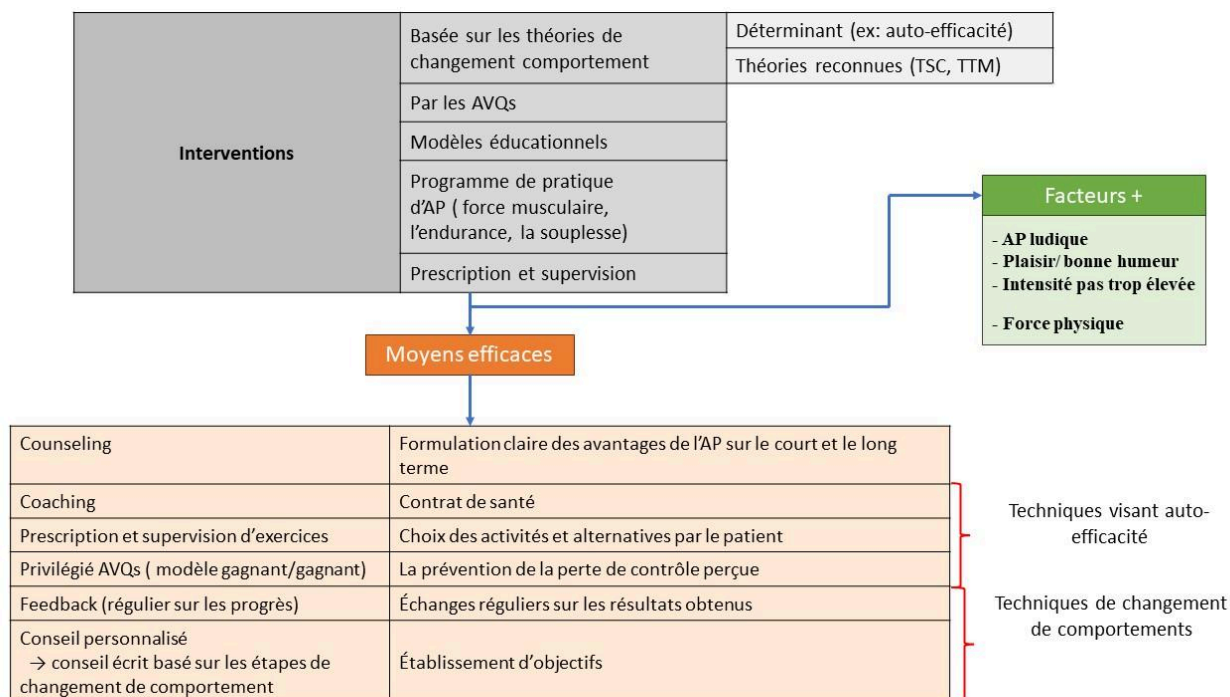


Figure 15: Récapitulatif des éléments issus de la littérature scientifique sur les interventions efficaces de PAP détaillé en Annexe III. *TSC* : Théorie sociocognitive de Bandura, *TTM*: Théorie transthéorique de la Motivation de Prochaska .

2. Théorie du comportement : “Comprendre les comportements liés à l’AP”

a. Les étapes de changement de comportement

Les théories du comportement éclairent le **processus** de changement comportemental. Un processus se définit comme un enchaînement **ordonné** de faits ou de phénomènes, répondant à un certain **schéma** et aboutissant à quelque chose (Larousse, s. d.). Trois principales phases caractérisent l'adoption à long terme d'un comportement : la phase **d'intention**, de **contrôle de l'action**, et la **phase de maintien du comportement** (voir Figure 16).

Le développement de cette partie s'attachera à **explorer ces trois phases** du point de vue des avancées scientifiques sur le sujet, et s'efforcera d'aborder les **déterminants**¹¹ clés de chaque phase. Bien que la réalité du processus puisse être modélisée de manière plus élaborée et variée selon les théories, ce développement cherchera à en extraire l'essence nécessaire à la compréhension de ce dernier.

¹¹ Un déterminant est défini comme un facteur qui provoque un changement d'une caractéristique définie (LAST, 2001). La notion de déterminant implique une relation **causale** entre le comportement et ledit déterminant, relation qui est le plus souvent **indirecte** et complexe en santé publique (Alla, 2016).



Figure 16: Différentes phases théoriques du changement de comportement identifiées à travers la littérature scientifique.

- La phase d'intention :

Les théories sociocognitives, considèrent l'**intention consciente** comme l'antécédent principal d'un comportement (Rhodes & Sui, 2021). Cette intention est influencée par des déterminants tels que les **résultats attendus** et la **capacité perçue** à adopter le comportement (voir **figure 17**) (Rhodes & Nigg, 2011). Toutefois, des études montrent que l'intention seule ne garantit pas la pérennisation d'un comportement, comme le montrent les échecs fréquents des résolutions de début d'année (Rhodes & de Bruijn, 2013). Elle explique environ **28%** de la variance du comportement (Sheeran, 2005). Selon le modèle “*Health Action Process Approach*” (HAPA), souvent utilisé pour l'activité physique, cette phase est considérée comme **la phase motivationnelle** précédant la phase d'action (volitionnelle).

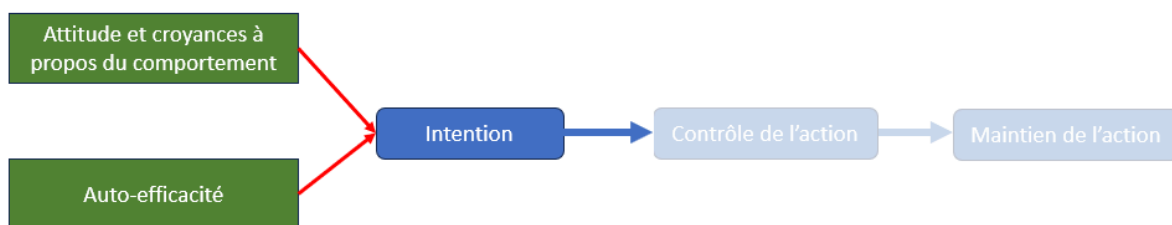


Figure 17: Étape de formation de l'intention et de ces déterminants

Déterminants de la phase d'intention:

- *Auto-efficacité / Capacité perçue*

Selon Bandura (1977), l'auto-efficacité est la perception qu'un individu a de sa **capacité à exécuter un comportement** spécifique. Elle est essentielle à **chaque étape** du changement de comportement, influençant la **formation d'intentions** et la transition vers l'action (Schwarzer, 2014; Hou et al., 2022). Elle aide également à **surmonter les défis** entre les phases (Rhodes et al, 2021). Dans le contexte de l'AP, l'auto-efficacité se manifeste en deux

formes : l'**auto-efficacité face aux obstacles**¹² et l'**auto-efficacité de la tâche**¹³. La première est cruciale pour les individus sains, tandis que la seconde est plus importante pour ceux à capacité réduite (Blanchard et al., 2007). Pour les **PAMC**, adresser l'**auto-efficacité sous toutes ses formes** est vital, vu leurs limitations physiques (déconditionnement) et les obstacles qu'elles peuvent rencontrer (Craike et al., 2013).

➤ *Les attentes et bénéfices perçus et croyances envers l'AP*

L'initiation à l'AP dépend des **attentes individuelles** quant à ses bénéfices, qui peuvent inclure des aspects sociaux, comme la valeur accordée au sport, ou personnels, tel que le bien-être (Poltawski et al., 2015). Pour les PAMC, cette initiation est souvent motivée par les **avantages perçus** pour la santé, tels que l'amélioration de la forme physique et la gestion de la maladie (INSERM, 2019). De plus, un **manque de connaissances** ou des croyances négatives concernant les effets de l'AP peuvent limiter l'engagement dans ces activités (Medina-Mirapeix et al., 2009).

• *La phase de contrôle de l'action et processus d'autorégulation*

Après une phase motivationnelle, vient la phase de contrôle de l'action, où les décisions sont prises et maintenues par l'**autorégulation**, illustrée dans la Figure 18 (Rhodes, 2021). Les théories de **contrôle de l'action**¹⁴ mettent en avant l'importance des comportements d'autorégulation **volontaires** pour combler le fossé entre l'intention et le comportement (Rhodes & Yao, 2015). Ces comportements aident à **surmonter et à contrer les forces concurrentes** et les obstacles qui pourraient freiner ou stopper l'intention, telles que la motivation fluctuante, les émotions négatives, et les contraintes de temps (Achtziger & Gollwitzer, 2018). L'autorégulation permet d'ajuster son comportement, son attention, ses émotions, et ses stratégies cognitives pour atteindre des objectifs significatifs, et inclut des compétences telles que l'**auto-efficacité** (Van Genugten et al., 2017). Les mécanismes d'autorégulation sont **divers** et comprennent, sans être exhaustifs, la planification de l'action, l'identification des obstacles, et la résolution de problèmes (Hennessy et al., 2020; Michie et al., 2013). Le Tableau X répertorie certaines des techniques les plus utilisées.

¹² concerne la confiance en sa capacité à surmonter les barrières et les obstacles qui peuvent entraver la pratique régulière de l'AP.

¹³ concerne la confiance en sa capacité à exécuter l'AP elle-même.

¹⁴ Un des cadre théorique existant pour comprendre le changement de comportement

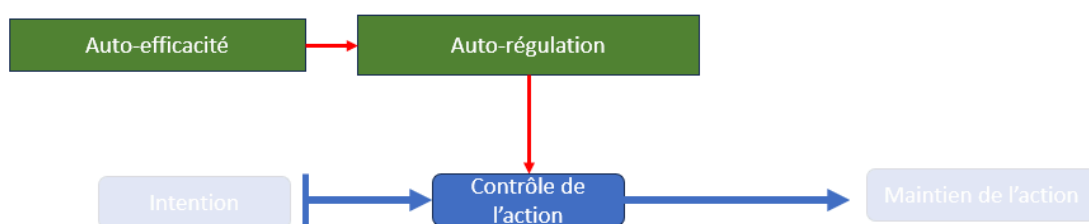


Figure 18 : Modélisation de la phase de contrôle ainsi que des déterminants impliqués

Tableau X: Aperçu de mécanismes d'autorégulation d'après Michie al., 2013 et Hennessy et al., 2020.

Mécanismes d'autorégulation	
<ul style="list-style-type: none"> - Planification de l'action - Autosurveillance - Fixation d'objectifs - Feedback personnalisé - Identification des obstacles et Résolution des problèmes - Entraînement à la maîtrise de soi - Affirmation de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Révision des objectifs - Prévention de la rechute/planification de l'adaptation - Gestion du stress - L'obtention de soutien - L'établissement de priorités

- La phase de maintien :

La phase de maintien correspond au **maintien du comportement sur le long terme**. Bien que cette notion soit présente dans certaines théories, elle **n'est pas clairement définie** dans la littérature (Rhodes & Sui, 2021). La plupart des théories ne **spécifient pas** de processus ou de **déterminants spécifiques** à cette phase, la décrivant plutôt comme un maintien constant du comportement (Rhodes & Sui, 2021). Toutefois, malgré l'absence de consensus sur une définition précise, certains modèles identifient des éléments caractéristiques comme l'orientation du comportement vers une **motivation intrinsèque** (Deci et Ryan, 2000), le **maintien du processus d'autocontrôle** (Schwarzer, 2016), ainsi que des processus automatiques et inconscients telles que l'identité et l'**habitude** (Rothman et al., 2009). De

plus, la **satisfaction à l'égard des résultats** est considérée comme un facteur clé (Rhodes, 2021; Rothman et al., 2009)

Déterminants à la phase de maintien :

➤ **Motivation intrinsèque :**

La **motivation** peut être décrite comme le désir d'accomplir une tâche, associé à l'enthousiasme et à la détermination. Elle agit comme la force **motrice** qui pousse un individu à agir et à atteindre ses objectifs (Bandhu et al., 2024). Selon la théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci, la motivation se divise en deux types principaux : **intrinsèque** et **extrinsèque** (Ryan & Deci, 2017). La motivation **intrinsèque**, qui découle du **plaisir**, de l'exercice des **compétences**, de l'accomplissement personnel et de l'excitation, favorise un engagement plus profond et **durable dans l'AP** (Teixeira et al., 2012). En revanche, la motivation **extrinsèque**, motivée par des résultats instrumentaux ou externes, est généralement **moins pérenne** mais peut être efficace à **court terme pour initier** un comportement (Rhodes, 2017). Avec le temps, cette motivation extrinsèque peut **évoluer** vers une motivation intrinsèque, plus bénéfique pour le maintien à long terme (Ryan & Deci, 2017).

➤ **Habitudes:**

L'habitude se définit comme un processus **automatique** où un stimulus spécifique déclenche une réaction apprise, influençant ainsi la pratique régulière de l'AP (Rebar et al., 2016). Elle facilite la pratique de l'AP en **renforçant le contrôle de l'action** à travers des **objectifs définis** ou un but (Rebar et al., 2016). Pour qu'une AP devienne une habitude, elle doit être perçue comme **agréable** par le participant, contribuant ainsi à la création d'une **réponse affective** positive vis-à-vis de l'AP (Lally & Gardner, 2013). De plus, la **répétition** de comportements dans des **contextes similaires** favorise la formation d'habitudes (Wood & Rünger, 2016). Les études indiquent qu'une période minimale de **six semaines** semble nécessaire pour former une habitude (Kaushal & Rhodes, 2015)

➤ **Associations automatiques et minimisation de l'effort:**

La théorie affective-réflexive indique que les stimuli associés à l'AP, telle qu'une invitation à faire du sport, provoquent des **réactions affectives automatiques** basées sur des **expériences** antérieures, qui peuvent être positives ou négatives (Brand & Ekkekakis, 2018). Ces premières réactions peuvent déclencher une **réflexion délibérée** sur les besoins et **valeurs**

personnels, ce qui peut renforcer l'engagement en AP si l'individu dispose de **suffisantes ressources d'autocontrôle** (Deci & Ryan, 2013).

D'autre part, la théorie de la **minimisation des coûts énergétiques** souligne une tendance **naturelle** à économiser de l'énergie, influencée par l'état physiologique et l'environnement (Cheval et al., 2018). Cette tendance est **régulée** aussi par les **ressources d'autocontrôle** et cognitives disponibles. **Renforcer** les capacités cognitives et l'autocontrôle, ainsi que promouvoir des **expériences positives** en AP et minimiser les négatives, peuvent aider à surmonter cette propension à économiser l'effort et encourager des évaluations affectives automatiques favorables (Brand & Cheval, 2019).

La Figure 19 résume les trois étapes ainsi que l'implication des déterminants précédemment décrits. Les déterminants inconscients sont représentés en **orange**, et les déterminants conscients en **vert**.

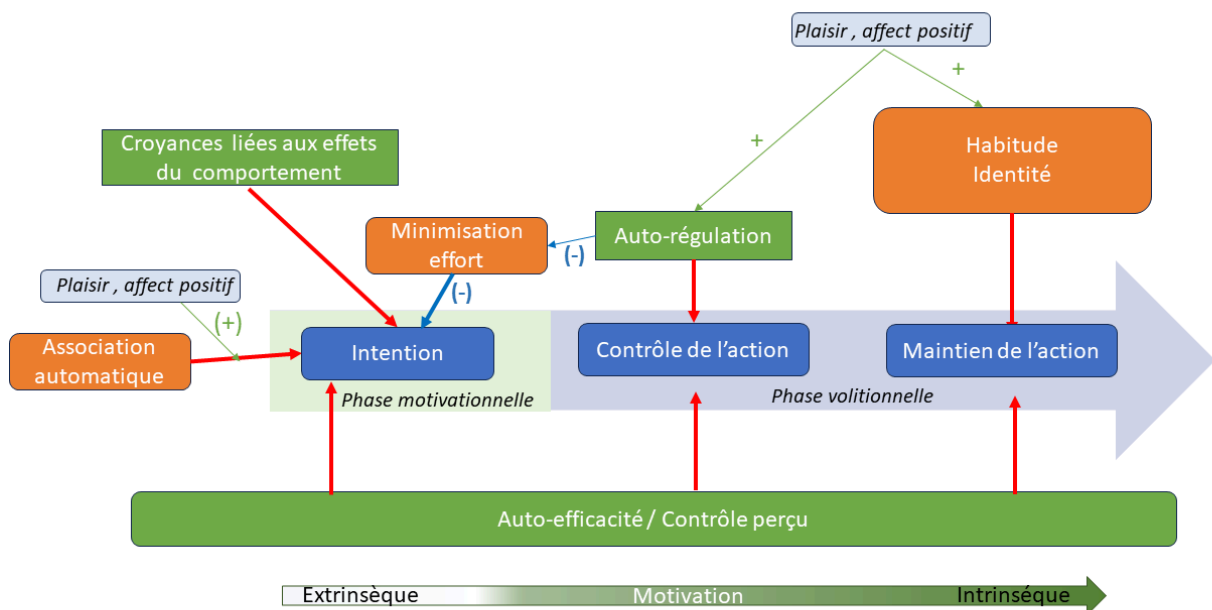


Figure 19 : Résumé des étapes et des déterminants impliqués dans le processus de maintien du comportement d'AP

b. Applicabilité pratique des théories de changement de comportement à la pratique clinique

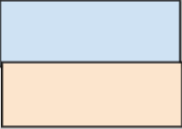
Bien que les **théories du changement** de comportement fournissent les déterminants sur lesquels agir, elle ne **fournit pas la façon de pouvoir les modifier**, elles nécessitent l'utilisation de techniques et outils concrets pour être efficacement mis en pratique (Rhodes et al., 2017).

Pour cela, une taxonomie appelée BCTTv1 a été développée, regroupant **93 techniques de changement de comportement (BCTs)**, correspondant aux techniques **les plus utilisées** à travers les interventions pour changer le comportement. Ces BCT sont des procédures observables et reproductibles, employées dans les interventions de changement de comportement (Michie et al., 2013). Elles peuvent être particulièrement utiles pour les MK pour encourager la transition de l'inactivité à l'AP. Un exemple est la technique de résolution de problèmes, où le MK aide le patient à identifier et surmonter les obstacles au changement, favorisant ainsi la prévention des rechutes (Michie et al., 2013).

Les BTC sont utilisées pour **influencer des concepts théoriques** spécifiques (déterminants cités précédemment), mais les liens entre ces BTC et ces concepts ne sont **pas toujours établis** (Michie et al., 2021; Connell et al., 2019). Pour combler cette lacune, une triangulation des données, incluant un consensus d'experts et une revue de la littérature, a identifié les BTC **statistiquement liées** aux corrélats des concepts théoriques appelés **“mécanisme d'action¹⁵”** (Michie et al., 2021). Cette méthode aide à préciser quels éléments des interventions sont les plus susceptibles d'être **efficaces** (Onken et al., 2014). Le Tableau II présente les déterminants cités précédemment et les **BTC dont le lien avec ces déterminants a été établi**. (voir exemple Annexe IV)

¹⁵ Les MoA sont **des concepts**, telles que la motivation, l'autorégulation ou la compétence, définis dans les théories du comportement et du changement de comportement, agissant comme des médiateurs des effets d'une intervention (Carey et al., 2018)

Tableau XI : Techniques identifiées pour viser les déterminants clefs de la littérature d'après la triangulation des données de Michie et al 2021 et le processus de M-PAC développé par Rhodes, 2017

	
Techniques de changement de comportement (BCT)	
Déterminants issus des concepts théoriques	
Auto-efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Résolution de problèmes - Décalage entre le comportement actuel et l'objectif - Persuasion verbale à propos des capacités - Se concentrer sur les succès passés - Monologue intérieur - Retour d'information sur le comportement - Autosurveillance du comportement - Rétroaction sur le(s) résultat(s) du comportement - Instructions sur la manière d'adopter un comportement - Démonstration du comportement - Comparaison sociale - Pratique comportementale/répétition - Tâches graduées
Attitudes / bénéfices perçus	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation matérielle (comportement) - Récompense (résultat) - Incitation (résultat) - Cadrage/recadrage - Biofeedback - Instruction sur la façon d'adopter un comportement - Information sur les antécédents - Informations sur les conséquences sur la santé - Importance des conséquences - Informations sur les conséquences sociales et environnementales - Regrets anticipés - Informations sur les conséquences émotionnelles - Source crédible - Avantages et inconvénients - Imaginer comparativement les résultats futurs
Auto-régulation	<ul style="list-style-type: none"> - Résolution de problèmes - Planification des actions - Réduire les émotions négatives - Préserver les ressources mentales - Restructuration de l'environnement physique - Éviter/réduire l'exposition aux signaux du comportement - Ajout d'objets à l'environnement - Autosurveillance du comportement - Informations sur les antécédents - Invites/indices - Substitution comportementale - Formation d'habitudes
Identité	<ul style="list-style-type: none"> - Comparaison sociale - Pratique du comportement et répétition - Substitution du comportement - Ajout d'objets dans l'environnement - Modification des perceptions / Reformulation - Croyances incompatibles - Valorisation de son identité - Valoriser une nouvelle identité liée à un changement de comportement - Rappels, signaux et incitations

Intention	<ul style="list-style-type: none"> - Fixation d'objectifs (comportement) - Fixation des objectifs (résultat) - Passer en revue le(s) objectif(s) comportement(s) - Décalage entre le comportement actuel et l'objectif - Examiner le(s) but(s) de résultat - Incitation (résultat) - Informations sur les conséquences pour la santé 	Habitude	<ul style="list-style-type: none"> - Rappels, signaux et incitations - Éviter les stimuli concurrentiels - Apprentissage associatif Pratique du comportement et répétition - Formation des habitudes
------------------	---	-----------------	---

III- QUESTION ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

A. Etude du contexte réunionnais:

Mon étude se déroulant à **l'île de la Réunion**, il est crucial de collecter et de souligner les **informations spécifiques** aux populations étudiées, notamment les PAMC et les MK.

➤ Disponibilité des kinésithérapeutes libéraux

À La Réunion, la densité départementale de MK est la **plus élevée** en France (CNOMK, 2023). Cela suggère une **accessibilité accrue aux MK**, notamment pour les PAMC, et une réduction des temps d'attente pour les consultations. Cependant, une **disparité** notable existe entre le Sud-Ouest, caractérisée par une densité élevée, et le Nord-Est de la Réunion, où la densité reste normale. (FFMKR, 2019). Le temps alloué au patient et les techniques utilisées peuvent donc varier entre ces deux versants territoriaux.

➤ Patient chronique

À La Réunion, malgré un pourcentage **PAMC similaire** à celui de l'Hexagone, des particularités se démarquent. Les patients de plus de **65 ans sont les plus touchés** (72 % contre 58 %), avec une prévalence élevée de **douleurs articulaires**, un taux significatif de **diabète**, et une fréquence plus élevée de pathologies respiratoires par rapport à la moyenne nationale (INSEE, 2021).

➤ Activité physique

En ce qui concerne l'AP, 14 % des Réunionnais déclarent ne pratiquer aucun type d'effort, comparé à 6 % en métropole. De plus, la **pratique de l'AP est moins répandue** à la Réunion qu'en Hexagone, avec des taux de 24 % contre 31 %. (INSEE, 2021)

En lien avec mon sujet : Compte tenu du contexte réunionnais, la PAP peut être une préoccupation majeure, en raison du nombre élevé de patients chroniques chez les plus de 65 ans. De plus, dans les zones de densité élevée, les Mk au vu de la demande de soins, peuvent développer des stratégies spécifiques.

B. Synthèse des concepts et formulation de la question de recherche :

La question de recherche est formulée après un **examen approfondi de la littérature existante**, ce qui permet de la raffiner, la réorienter ou la préciser, en réponse à la question initiale souvent considérée comme trop large ou trop restrictive (Deslauriers, 1991; Fandino, 2019). Elles peuvent être classées en plusieurs catégories (Tableau XII), telles que **descriptives**, causales, ou prédictives (Kamper, 2020).

Tableau XII : Type de questions de recherche d'après (Kamper, 2020)

Type de question	Descriptif	Prédictif	Causal
But de l'étude	- Incidence - Comprendre l'expérience des individus - Évolution clinique/naturelle	Modèles de risque ou de pronostic	- Efficacité du traitement - Cible de traitement - Mécanismes d'effet du traitement ou mécanismes pathologiques
Conception de l'étude	- Enquête transversale - Examen des notes cliniques - Cohorte observationnelle - Etude qualitative	Etude longitudinale	- Essai contrôlé randomisé - Etude longitudinale - Analyses de médiation

Synthèse des concepts et orientation de la recherche:

Dans cette section, nous avons souligné **l'importance de l'engagement régulier** et durable dans l'AP pour les **PAMC**, en notant que **même des AP de faible intensité** peuvent être bénéfiques. Cependant, il est reconnu que les PAMC rencontrent **plus d'obstacles** à la pratique de l'AP que les individus en bonne santé, ce qui nécessite des stratégies spécialement conçues pour cette population.

Aujourd'hui, le **dispositif de prescription d'AP** pour les PAMC est **sous-utilisé** et non optimal. De plus, **peu d'informations** sont disponibles sur ce que les **MK mettent en place** pour **favoriser le maintien de l'AP** chez les PAMC. Les MK, qui voient régulièrement ces patients et agissent comme promoteurs de santé, jouent un rôle clé. Cela met en évidence le besoin de **découvrir des techniques** que les MK peuvent intégrer dans leur pratique clinique pour soutenir efficacement les patients dans le maintien de l'AP, afin de **pallier les lacunes** du système actuel et de **renforcer la PAP** en France.

Bien que l'examen de la littérature sur l'efficacité des interventions de prescription d'AP offre **quelques informations**, elle fournit **peu d'informations précises sur des techniques concrètes** utilisables et ne permet pas de comprendre comment et quand les mettre en place en pratique clinique. Un indice pour approfondir ce sujet est que ces interventions s'appuient sur les **théories du changement de comportement**, qui fournissent des **indications** précieuses sur les **facteurs clés à cibler** et des **techniques adaptées** afin de promouvoir le maintien de l'AP. Un tableau répertoriant les techniques applicables à chaque déterminant a été établi à la fin de la conceptualisation théorique (cf: Tableau XI) et peut aider à comprendre comment utiliser ces techniques.

Face à ces éléments, cette recherche vise à **identifier les pratiques des MK concernant le maintien de l'AP chez les PAMC**. Cela implique de comprendre comment les MK structurent déjà leurs prises en charge et de déterminer quelles techniques sont utilisées en France pour aider les PAMC à maintenir l'AP sur le long terme.

Ma question de recherche s'exprimera donc de la manière suivante :

Question de recherche : Comment les masseurs-kinésithérapeutes facilitent-ils le maintien à long terme de l'activité physique chez leurs patients ?

Objectifs : Cette étude vise à comprendre et à documenter ce que mettent en place les MK pour soutenir le maintien à long terme de l'AP chez leurs patients tout au long de leur PEC
Cela implique de rechercher à :

- 1- Déterminer le **processus adopté** par les MKs pour inciter les PAMC à maintenir l'AP sur le long terme.
- 2- Identifier les **techniques** et moyens utilisés à différents moments du processus.
- 3- Comprendre les **raisons sous-jacentes** à l'emploi de ces techniques et moyens.

L'ensemble de ces éléments permet de fournir des connaissances approfondies sur les pratiques actuelles et de décrire de manière structurée les techniques utilisées et leur mise en œuvre, facilitant également la comparaison avec la littérature précédemment abordée. La justification de ces objectifs est détaillée dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIII : Justification des objectifs spécifiques

Éléments ciblés par l'étude	Justifications	Lien avec partie théorique
Techniques	L'identification des techniques représente l'élément central de l'étude, compte tenu du manque de données à ce sujet chez les MK français.	<ul style="list-style-type: none"> - BCT - Techniques identifiées dans les interventions PAP - Dispositif et techniques identifiés PAP chez le MK - Manque de données
Raisons de l'utilisation des techniques	Chercher les raisons de l'utilisation des techniques permet de comprendre pourquoi certaines sont employées. Cela correspond à une méthode permettant d'identifier les déterminants sur lesquels semblent s'appuyer les MK , mais aussi de rendre compte du processus de prise en charge de manière plus approfondie et complète	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminants des concepts théoriques - Manque de données PEC promotion et maintien de l'AP en kinésithérapie
Processus	Questionner le processus permet d'analyser comment le MK s'organise dans le temps et adapte ses méthodes aux besoins individuels . Cette démarche facilite également la structuration des techniques et permet de comparer ce processus aux phases théoriques du changement de comportement.	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie de changement de comportement - Manque de données PEC promotion et maintien de l'AP en kinésithérapie

Hypothèses de Recherche :

D'après les éléments développés dans la première partie de ce mémoire, de mes connaissances personnelles ainsi que de mes présupposés, je peux établir plusieurs hypothèses de recherche qui sont les suivantes :

1- Il n'existe pas de schéma d'action, de processus particulier mis en place par le Mks pour amener le patient à maintenir l'AP à travers ses séances.

- 2- Les moyens mis en place par les MKs sont orientés par rapport à leurs priorités rééducatives et leurs champs de compétence.
- 3- Les MK utilisent peu de techniques pour favoriser le maintien de l'AP chez le patient.
- 4- Les techniques utilisées par les MK ne s'appuient pas sur les déterminants identifiés comme clés menant au maintien du comportement.
- 5- La pratique et les techniques utilisées pour favoriser le maintien de l'AP chez le MK varient d'un MK à l'autre.

La question de cette recherche ainsi que la méthodologie de recherche qui s'ensuit sont de type **descriptif**, visant à explorer et **décrire** les pratiques des MK pour favoriser le maintien de l'AP chez le PAMC.

C. Choix de la méthodologie : Recherche qualitative d'approche phénoménologique

1. Qualitative :

Il existe deux principales méthodologies de recherche : la **quantitative** et la **qualitative** (Barroga & Matanguihan, 2022). Pour cette étude, la méthode **qualitative** a été choisie, caractérisée par la collecte de données **non numériques** et non mesurables, telles que les observations, les **entretiens** ou les récits. L'objectif est de comprendre, **décrire** et expliquer les **phénomènes en profondeur**, en se concentrant sur les significations, les **expériences** et les perspectives des individus (Pope et Mays, 1995).

Mon étude s'oriente clairement vers une approche qualitative, car elle vise à explorer en détail les **processus** telles que les stratégies mises en place par les MK, et à examiner **l'expérience**, le vécu et le ressenti des professionnels pour obtenir des **données explicatives** précises sur le sujet étudié, en l'occurrence la PAP.

2. Approche phénoménologique :

Il existe plusieurs approches en recherche qualitative (voir Tableau XIII). Pour ma recherche, j'ai opté pour l'approche **phénoménologique**. Dans cette approche, l'objectif est de recueillir **l'histoire vécue des participants** (Starks & Brown Trinidad, 2007). Elle permet une description et une interprétation profondes du sujet à travers les expériences vécues des individus (Munhall, 2007). La posture adoptée par le chercheur dans cette étude se rapproche de la phénoménologie **transcendantale**, où l'on s'efforce d'adopter un point de vue « **neutre**

» (Gaudet & Robert, 2018). Le but est de recueillir un **témoignage** qui émane **exclusivement** du **participant**, sans influence de la part du chercheur. Le chercheur a ici un **rôle d'écoute** et de **médiateur**, utilisant des questions ouvertes pour permettre une organisation plus structurée du témoignage.

Tableau XIII : Description des cinq approches retrouvés en recherche qualitative d'après Gaudet & Robert, 2018

Approche	Phénoménologie	Théorie ancrée	Analyse de discours	Analyse de récits	Ethnographie
Objectif principal	Décrire l'expérience vécue d'un phénomène	Créer des théories substantives par rapport à un processus social	Documenter les formes dont le langage utilisé contribue à créer des structures et des pratiques	Montrer le travail et l'effet des récits dans les situations individuelles, sociales et politiques	Offrir une description riche d'un milieu ou d'une situation en l'observant ou en y participant

3. Critères de qualité de l'étude :

Les critères du *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* ont été utilisés comme **cadre** de référence pour l'écriture du mémoire, afin d'améliorer la **transparence** de cette recherche qualitative et d'accroître la **rigueur** par une approche **critique** (O'Brien et al., 2014). Les **autres critères de scientificité**, telles que la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité, contribuent également à évaluer la qualité de l'étude en mesurant sa crédibilité et sa solidité. Ces critères de scientificité seront développés en détail à la fin du mémoire (cf: partie V.C.2)

Les critères SRQR pour cette étude sont détaillés dans le **Tableau XIV**.

Tableau XIV : Application à l'étude des critères SRQR d'après Thébaud & Dargentas, 2023,

N°	Objet	Items	Application étude
Titre et Résumé			
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude .	“qualitative” ; “identification du processus , des techniques mises en place par les MK réunionnais pour favoriser le maintien de l'activité physique chez le PAMC ”

N°	Objet	Items	Application étude
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude (contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions)	Eléments inclus dans le résumé (cf: Résumé)
Introduction			
S3	Formulation du problème	<ul style="list-style-type: none"> - Description et importance du problème /phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème 	(cf :III.B,C)
S4	Objectifs ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.	(cf:Partie III B)
Méthodologie			
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Type d'approche qualitative - Justifications 	<ul style="list-style-type: none"> - "phénoménologique" , de type "transcendale" - Justification (cf: partie III.C)
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Description a priori - Identification du lien entre les Mk interrogés et chercheurs - Expertise novice en recherche qualitative
S7	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Description de la population réunionnaise et intérêt dans cette recherche
S8	Stratégie d'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> - Comment et pourquoi les participants ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications . 	(cf: Partie III.D)
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	<ul style="list-style-type: none"> - Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. 	Le consentement des participants a été obtenu (ex: Annexe VIII)
S10	Méthode de recueil	<ul style="list-style-type: none"> - Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources / méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. 	<ul style="list-style-type: none"> - La méthodologie de recueil des données a été décrite - Collecte par entretien semi directif , guidé par guide d'entretien - Modification du guide d'entretien notifié

N°	Objet	Items	Application étude
		- Justifications	
S11	Instruments et outils de recueil des données	- Description des instruments de recueil pour la collecte des données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.	- Détails du guide d'entretien annexe V - Guide d'entretien différent pour les 3 premiers entretiens
S12	Unités d'étude	- Nombre et caractéristiques pertinentes des participants. - Niveau de participation.	- La description de la population à été effectuée
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités	- Le contexte d'enregistrement à été contrôlé pour assurer une qualité et éviter au maximum les interprétations de passage inaudible - Retranscription fidèle - Description la plus détaillée du processus d'analyse (Annexe VI,X, XI.)
S14	Analyse des données		
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	- Procédure par laquelle les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. - Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. - Justifications	- Description la plus détaillée du processus d'analyse (Annexe VI, X,XI.) - A priori du chercheur exprimé - Codage thématique - Codage inductif , voulu le plus neutre , mais codeur -dépendant (pas de double codage)
Résultats			
S16	Synthèse et interprétation	- Principaux résultats	- 3 principaux thèmes identifiés
S17	Liens avec des données empiriques	- Éléments appuyant les résultats	
Discussion			
S18	Mise en perspective avec les travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution au domaine de recherche	- Bref résumé des principaux résultats - Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou récusent les conclusions de travaux de recherche antérieurs. - Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. - Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine	(cf: Discussion, partie V.C; VI)

N°	Objet	Items	Application étude
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats	- Critère de scientificité évalué - Limites de la recherche mentionnée

D. Description de la population et de l'échantillon

1. Choix de la population : MK libéraux et réunionnais

Pour cette étude, j'ai choisi de me concentrer sur les MK libéraux, qui représentent **85,1 %** des praticiens en 2022 (ODMK, 2022). Contrairement aux soins ponctuels en milieu clinique, les MK libéraux ont une proximité accrue avec la **population générale**, notamment par le biais de visites à **domicile**. Cette proximité unique permet une compréhension approfondie des **habitudes** et des défis rencontrés par les patients.

J'ai choisi de me concentrer sur les **MK exerçant à La Réunion** pour plusieurs raisons. Premièrement, la **population**, moins active et souffrant de pathologies chroniques, incite les MK à **adapter** leurs **techniques** aux besoins spécifiques de ces patients pour **surmonter les obstacles** et **encourager une participation régulière**. Deuxièmement, pour privilégier les entretiens en présentiel, assurant une **cohérence de recherche** que j'expliquerai ultérieurement. Enfin, pour des raisons **personnelles**, en tant qu'investigateur, je me sens plus à l'aise et efficace en guidant les entretiens en présentiel qu'en distanciel, ce qui peut améliorer la passation des entretiens.

Je ne m'attends **pas** à constater **de différences** dans les résultats entre la métropole et la Réunion, principalement parce que la formation des MK est **uniformisée** au niveau national, une situation renforcée par la **libre circulation** des professionnels. Cependant, il est important de considérer que les **caractéristiques régionales**, comme la démographie et l'histoire locale, jouent un rôle crucial dans l'élaboration des stratégies de santé et donc pourraient influencer les pratiques utilisées par les MK (Jabot & Demeulemeester, 2005).

2. Choix de l'échantillon : Exercice libéral > 6 mois

Dans le cadre d'une recherche qualitative **phénoménologique**, l'objectif est de **sélectionner** des individus qui fournissent des **informations pertinentes** via un "**échantillonnage intentionnel**" (Kohn & Christiaens, 2014), plutôt que de viser la représentativité de la

population. Le chercheur doit identifier diverses perspectives au sein de l'échantillon choisi pour **éviter d'inclure** des participants **peu informés** (Mortelmans, 2013). Ainsi, dans l'approche phénoménologique, le **nombre d'entretiens** peut varier de **trois à quinze** selon la **richesse de l'information** fourni par le participant (Urcia, 2021). Cette étude ciblera des MK libéraux à La Réunion, exerçant depuis **plus de six mois**, un critère essentiel pour observer des **comportements durables** (Kahlert, 2015). Elle inclura également des MK qui prennent en charge un **pourcentage significatif de PAMC** et qui accordent de l'importance à la promotion de l'AP auprès de ces patients. En effet, ces MK peuvent être **plus enclins** à utiliser des techniques **favorisant le maintien à long terme de l'AP**, un aspect crucial pour le traitement des PAMC et pour **fournir des techniques spécifiques** à cette population.

J'ai trouvé **peu d'informations** concernant le **pourcentage initial de PAMC** dans la patientèle pour rendre compte du caractère significatif, si ce n'est que "trois patients sur dix ayant reçu des soins de kinésithérapie souffrent d'au moins une pathologie chronique" (Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, 2018). J'ai donc choisi d'inclure les MK ayant plus de **25 %** de PAMC dans leurs patientèles pour me rapprocher le plus possible de ces données. Considérant que ce seuil puisse inclure de nombreux profils de MK libéraux, le critère principal est **l'intérêt et la pratique de la PAP** avec les PAMC.

Le Tableau XV récapitule les critères de sélection de mon échantillon.

Tableau XV : Liste des critères permettant la sélection de l'échantillon de l'étude.

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Parler Français - Être titulaire d'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (ou équivalent). - Exercer en secteur libéral - Exercer à la Réunion - Exercice > 6 mois au sein du même cabinet - Prise en charge > 25% de PAMC - Effectuer et porter de l'intérêt à la promotion de l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinésithérapeutes employant des méthodes non conventionnelles non reconnues - Kinésithérapeutes hyper-spécialisés dans un domaine précis (pédiatrie....) 	<ul style="list-style-type: none"> - Refus d'enregistrement - Refus de participation à l'étude - Entretien incomplet

E. Techniques de recueil des données et d'analyse des résultats

1. Description de l'outil de collectes des données : "entretien semi-directif"

Dans le cadre des études qualitatives en soins de santé, les entretiens individuels, les groupes de discussion et les observations sont les trois principales techniques de collecte de données (Kohn & Christiaens, 2015). Pour mon étude, j'ai privilégié l'**entretien individuel semi-directif** car il favorise l'expression **libre** et approfondie des participants concernant son expérience et vécu (Van Campenhoudt et al., 2011) permettant la reconstruction mnésique de la pratique du processus qu'ils mettent en place. Cette méthode permet d'éviter les **distorsions** qui pourraient survenir dans des **entretiens collectifs**, surtout lors de la gestion de sujets sensibles ou en présence **d'autres personnes qui pourraient influencer les réponses**. Pour guider l'entretien semi-directif, j'ai également **élaboré un guide d'entretien** (ANNEXE V) structuré par des **questions ouvertes** pour maintenir la pertinence thématique et garantir l'**exhaustivité des notions abordées**, tout en **évitant d'orienter les réponses** des participants.

Afin d'améliorer la passation des entretiens et améliorer la qualité de l'étude, **le guide d'entretien a été testé sur un individu "test"** extérieur à l'étude, mais présentant les mêmes caractéristiques que l'échantillon choisi.

F. Recueil et analyse des données

1. Analyse des données : Codage thématique

Après l'**enregistrement** des entretiens, il est indispensable de réaliser une **transcription fidèle** pour convertir les données audio en texte, constituant ainsi le "**verbatim**". Ce verbatim représente les données brutes de l'entretien et nécessite un **traitement minutieux** pour extraire les informations clés en réponse à la question de recherche. **Le choix de l'unité d'analyse** appropriée (lexique, sémantique, thématique, etc.) est crucial pour traiter ces données (Delacroix et al., 2021). Dans le cadre de mon étude, **l'analyse thématique** est l'approche la plus adaptée pour explorer la question posée, en **reprenant les catégories établies** dans mon **guide d'entretien**. Une fois l'unité d'analyse déterminée, le processus de codage débute, consistant à segmenter les données brutes pour identifier et classer les informations par thèmes, facilitant ainsi la catégorisation. L'analyse démarre par un **examen vertical** (intra-entretien), permettant de traiter chaque entretien individuellement afin

d'identifier sa structure spécifique, y compris les particularités du discours et les ambivalences (voir Figure 20). Ensuite, l'analyse se poursuit **horizontalement** (inter-entretiens), visant à identifier les points communs et les motifs récurrents. Un exemple illustratif de ce processus de codage est présenté dans l'Annexe VI.

Thèmes et catégories	Entretien 1	...	Entretien <i>n</i>	Synthèse horizontale
Thème 1 Catégorie 1 ... Catégorie <i>n</i>	← Analyse verticale	Analyse horizontale →		Synthèse thème 1
...				...
Thème <i>n</i> Catégorie 1 ... Catégorie <i>n</i>				Synthèse thème <i>n</i>
Synthèse verticale	Synthèse entretien 1	...	Synthèse entretien <i>n</i>	Synthèse générale

Figure 20: Codage horizontal et vertical

Dans l'étape de **codage**, outre le **codage thématique “déductif”¹⁶**, un codage **“inductif”¹⁷** à été également utilisé pour **créer des sous-thèmes** au sein des catégories. **La première étape** permet de trier et **d'organiser les données**, tandis que **la seconde aide à les comprendre**.

Cette approche, combinant **codage inductif et déductif**, est **couramment utilisée** dans l'analyse de recherche qualitative et est décrite dans l'article d'Andrea Bingham publié en 2023.

En parallèle, un **autre codage déductif** sera réalisé spécifiquement pour la catégorie des techniques. Les codes attribués aux techniques seront basés sur la classification des BCTTv1 développée par Michie et al. en 2013, ce qui permettra de **comparer ces techniques avec celles mentionnées dans la littérature existante**. La Figure 21 rend compte du processus de codage mis en place pour cette étude.

¹⁶ Le codage déductif ou a priori consiste à créer des codes avant l'analyse des données et à appliquer ces codes aux données (Bingham et Witkowsky, 2022)

¹⁷ Le codage inductif rend compte d'un processus où le chercheur lis les données pour en identifier des codes afin de condenser ses codes en catégorie, aboutissant in fine à des résultats. Elle est utilisée pour donner un sens aux données (Bingham, 2023)

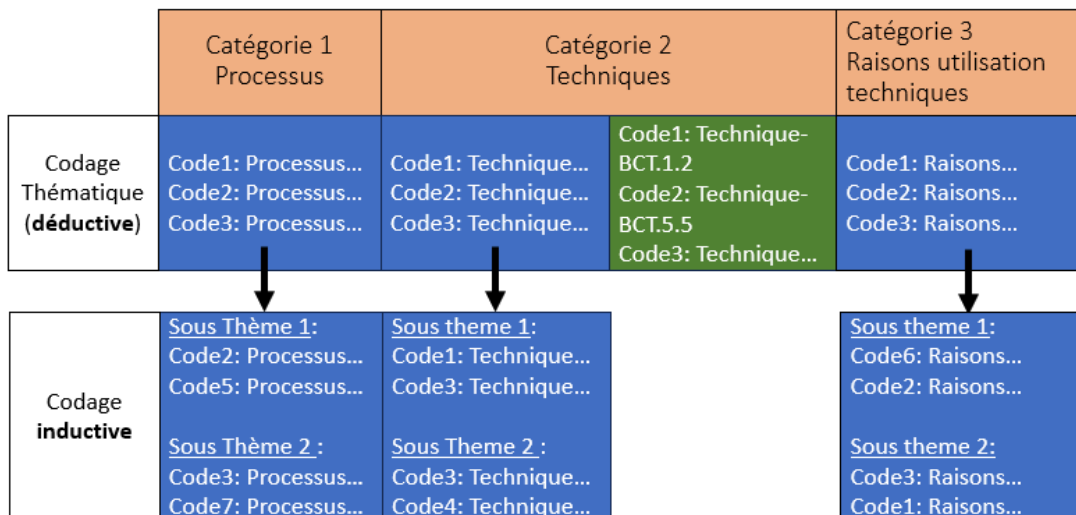


Figure 21 : Processus de codage pour cette étude qualitative

2. Préjugés et a priori:

Pour accroître la **transparence** nécessaire à la conduite d'une recherche de qualité, il est essentiel que le chercheur explicite sa **posture vis-à-vis de la recherche**, incluant ses **postulats de départ** et ses **intérêts personnels**, conformément aux normes des Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (Thébaud & Dargentas, 2023). **Mes hypothèses initiales** présentées ultérieurement (cf: partie III.B) reflètent ces présupposés. Cependant, je m'efforce d'adopter une approche neutre, visant davantage à découvrir des réponses qu'à confirmer des hypothèses prédéfinies. De plus, même si **l'examen de la littérature**, crucial pour établir le cadre théorique, peut introduire des éléments **influençant ma façon de catégoriser l'information**, Williams et al. en 2020 soutiennent que cette influence ne devrait pas être considérée comme un biais, mais plutôt comme un **moyen d'assurer une présentation des données plus cohérente**.

IV- PRÉSENTATION DES RÉSULTAT BRUTS

A. Description de l'échantillon interrogé : 9 entretiens

Pour constituer mon échantillon de recherche, j'ai envoyé des **courriers électroniques**, accompagnés d'un **questionnaire de pré-inclusion** (Annexe VII), à différentes adresses de cabinets de kinésithérapie libéraux à La Réunion et via des groupes de MK libéraux sur les réseaux sociaux. J'ai reçu 18 réponses positives de MKs intéressés par ma recherche. Après une analyse approfondie, seuls 14 MK remplissaient les critères d'inclusion. Finalement, j'ai pu mener **9 entretiens** (voir Tableau XVI), les autres n'ayant pas donné suite à mes relances par courriel.

Le format de rencontre privilégié a été le **présentiel** sur le lieu d'exercice, en raison des avantages qu'il offre, notamment la possibilité pour le MK de rester dans son **environnement professionnel**. Cela aide à **maintenir son rôle habituel** et à **favoriser le processus cognitif et mnésique**, cohérent à l'objectif de recherche. Cependant, pour **deux entretiens**, des contraintes telles que la distance et les conflits d'horaires m'ont obligé à opter pour des sessions à distance via des **appels vidéo**.

Tableau XVI : Récapitulatif de l'échantillon des MK interrogés. P: Présentiel ; D: Distanciel; F: Femme ; H: Homme; *vert*: optention diplôme après 2015; *mauve* : optention avant 2015

MK	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	MK6	MK7	MK8	MK9
Âge	57	24	43	37	28	24	24	24	25
Genre	H	F	H	F	F	F	H	F	F
Obtention Diplôme	1990	2022	2001	2014	2020	2023	2023	2022	2021
Mode d'entretien	D	P	P	P	D	P	P	P	P
Année de pratique en libéral	33 ans	9 mois	17 ans	9ans	2.5 ans	9 mois	9 mois	1.5 ans	2 ans
% prise en charge patient chronique	+25 %	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%
Accorde importance PAP chez PAMC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exerce PAP sur le long terme	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

B. Analyse descriptive des résultats bruts

Les entretiens ont été enregistrés en utilisant une application de **dictaphone** pour les sessions en présentiel et l'outil d'enregistrement intégré à l'application Zoom pour les entretiens à distance. Ces sessions se sont déroulées dans des **conditions calmes**, soit dans des pièces isolées du cabinet de kinésithérapie pour les sessions en présentiel, soit à domicile pour les visioconférences. Sur le plan éthique, chaque participant a signé une autorisation d'enregistrement pour confirmer son **consentement éclairé**, dont un exemplaire est visible en Annexe VIII.

Les résultats sont structurés autour de **plusieurs thèmes** qui reflètent les **objectifs** de recherche, correspondant aux **grands thèmes abordés dans mon guide d'entretien** :

Nous verrons tout d'abord (1) les **techniques** mises en œuvre par les MK dans leur PEC pour encourager les patients à maintenir leur AP sur le long terme. Ces techniques sont classifiées selon trois axes : leurs **similitudes**, les **raisons de leur utilisation**, et leur **affiliation aux BCT** de la BCTTv1 (Annexe IX). Ensuite, nous explorerons (2) le **processus global** adopté par les MK pour promouvoir le maintien de l'AP dans le cadre de leur prise en charge. Enfin, nous examinerons un thème émergent, à savoir (3) les **défis rencontrés par les MK** pour atteindre cet objectif de soutien à long terme de l'AP.

1. Thème 1: Techniques utilisées par le Mk à visée de maintien de l'AP

a. Classifications inductives

Les entretiens ont permis d'identifier diverses techniques utilisées par les MK pour favoriser le maintien de l'AP chez les PAMC (Tableau XVII). Deux classifications inductives complémentaires sont présentées ici. La première organise les techniques par similitude, offrant un aperçu de la **nature et du type** de techniques employées. La seconde catégorise ces techniques en fonction des objectifs spécifiques visés, permettant de **déterminer l'utilité** que les MK attribuent à chaque technique. Cette approche vise à fournir une compréhension approfondie des éléments recueillis au cours des entretiens.

- *Techniques par similitude*

La classification par **similitude** a été réalisée en regroupant les techniques partageant des **caractéristiques communes**, formant ainsi de grandes catégories. Chacune de ces catégories est ensuite subdivisée en groupes plus spécifiques, affinant ainsi la classification en

présentant des techniques de plus en plus précises. Le processus de codification est détaillé en annexe X.

Au total, la classification répertorie **neuf grands types de techniques** utilisées par les MK. Parmi les plus importantes, on peut citer les “**dispenses et prescription¹⁸ d'activité physique**”, les techniques “**évaluatives**”, et les techniques “**éducatives et de conseils**”.

Concernant la catégorie “**dispense et prescription d'AP**”, on constate que la majorité des MK dispensent de l'AP **pendant la PEC rééducative**. Par exemple, ils déclarent : « *Je vais faire de l'AP avec mon patient en séance* » (MK2). Ces MK prescrivent également des **exercices à réaliser à domicile**, ainsi que des **exercices à intégrer dans le quotidien** des patients, tel que : « *faire de l'activité physique au quotidien, en se brossant les dents ou en faisant de petites tâches à la maison* » (MK1).

De plus, les exercices prescrits répondent à des **caractéristiques spécifiques**. Ils doivent être « **ludiques** » et « **variés** » (MK1, MK6), orientés vers « *ce qui a de l'intérêt aux yeux du patient* » (MK9), tout en étant structurés selon des critères d'exécution **progressifs**. Ces exercices doivent également être « **maîtrisés** » (MK1, MK4) et « **simples** » (MK6) pour permettre au patient de les « *faire tout seul à la maison* » (MK2)

Au fil de la PEC , le **format des séances** peut évoluer, alternant entre des séances **hebdomadaires de rééducation sur une période prolongée**, un **espacement progressif** des séances d'AP (comme pour MK5), ou des **séances de sport collectif**, telles que « *faire au moins une fois par semaine [...] une demi-heure de sport au cabinet* » (MK2).

Concernant les techniques **d'évaluation**, elles englobent diverses méthodes d'investigation. La plupart des MK utilisent des techniques évaluatives qui comprennent l'établissement d'un **bilan initial kinésithérapique** et d'un **bilan initial d'AP**. Ces bilans incluent des éléments généraux, tel que le « *bilan morphodynamique* » (MK1) pour le premier, et des aspects plus spécifiques pour le second, comme l'évaluation du niveau actuel d'AP du patient et de ses antécédents thérapeutiques, y compris la PEC de thérapies actives.

Un autre aspect des techniques évaluatives concerne l'évaluation de l'**observance de l'AP** sur différentes échelles de temps. **À court terme**, cela comprend le **suivi des exercices** durant les séances et la **motivation** du patient. **À moyen et long terme**, cela implique l'évaluation des

¹⁸Le terme "prescription" ici ne rend pas compte du caractère médical ni de la fonction du médecin à délivrer une ordonnance, mais se réfère plutôt à l'action de "prescrire" au sens de "donner"

exercices réalisés à domicile au fil des séances espacées. Cette évaluation repose exclusivement **sur les retours oraux** du patient et le **niveau de maîtrise** des exercices, selon MK5. Les MK accordent une grande importance à l'évaluation de la maîtrise des exercices effectués en séance, car cela contribue à l'autonomisation du patient, comme nous le verrons ultérieurement.

Les MK utilisent également de nombreuses techniques **d'éducation et de conseil**, comprenant des **explications orales** sur les **raisons de pratiquer de l'AP**, comme la non-visibilité directe des conséquences néfastes de l'inactivité physique (MK7) ou la sédentarité de nos vies (MK1). Cela inclut également des **explications sur les techniques utilisées** en séance: « *Je lui explique pourquoi je manipule* » (MK3), ainsi que sur les éléments relevés lors des bilans (MK3, MK7). Les techniques éducatives comprennent également la **transmission de connaissances** et la **correction des fausses croyances**. Comme le souligne MK1: “ *Il faut leur apporter les connaissances minimales pour comprendre ce qui se passe*”

Les MK utilisent des techniques **d'adaptation et de personnalisation** en orientant principalement le traitement sur les **préférences** et le **bien-être** du patient. Les MK, comme le montre le témoignage de MK2, mettent un point d'honneur à adapter les activités aux **désirs** des patients: "*Je tente d'ajuster les activités aux envies des patients... peu importe l'activité, pourvu qu'ils apprécient ce qu'ils font.*" Cette approche est présente chez cinq des MK, tandis que deux autres se basent également sur la capacité et la pathologie du patient pour adapter le traitement.

Sur le plan **thérapeutique**, les MK usent également de **techniques manuelles et rééducatives**, ainsi que de **traitement actif** tel que le reconditionnement. A titre d'exemple, le MK1 explique: "*On prend en charge le patient, on utilise la thérapie manuelle et le dry-needling au besoin, puis on le réintroduit à l'activité physique.*"

Les **outils** utilisés par les MK incluent principalement des **fiches d'exercices**, comme le décrit MK2 : "*Je leur fais des petites fiches avec des exercices simples, indiquant le nombre de répétitions et les temps de pause.*" Les **photos et vidéos** sont également utilisées, bien que moins fréquemment.

L'utilisation de la **réorientation et la collaboration** avec d'autres professionnels de santé est aussi une technique utilisée chez près de la moitié des MK comme le souligne le MK4 : *"Quand ce n'est plus de mon ressort, je les oriente vers des kinés spécialisés ou des salles de sport connues"*.

Enfin, les MK usent de techniques favorisant l'**engagement et l'implication du patient**. Le MK8 met en lumière le **dilemme** entre la dépendance au MK et la responsabilisation du patient : *"Soit tu vas au kiné à vie, soit tu apprends à gérer tes symptômes."* De plus, des stratégies comme la **mise sous évaluation** sont employées pour **motiver les patients**, comme l'indique l'approche où l'on donne *"un mois pour voir les progrès, ce qui met un peu la pression sur le patient."* (MK4)

Tableau XVII: Catégorisation par nature et type de techniques

SOUS THÈMES	Code	Verbatims
DISPENSE ET PRESCRIPTION DE L'AP	<u>Mode de dispense et prescription :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Exercices en séance (x9) - Exercices à domicile (x8) - Intégration exercices dans les AVQs (x6) 	(MK2) "Donc en séance , on voit comment il faut faire . Je corrige le mouvement si ça ne va pas." (MK1) "J'ai la chance d'avoir un cabinet qui est équipé [...] [Et après de faire des exercices [...] il peut faire de l' activité physique au quotidien , en se brossant les dents, ou en faisant des petits trucs à la maison "
	<u>Caractéristique Exercices:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ludiques / Variés (x2) - Avec critères / progressifs (x7) - Simples / réalisables avec peu de matériel (x4) - Maîtrisés pour permettre l'autonomisation et transfert à la maison (x4) - Orientés vers les sens d'intérêt, loisirs du patient (x5) 	(MK3) "On lui a donné quelques exercices à faire . Je lui ai dit, voilà, tu fais ça comme exercice avant de monter sur le cheval."
DISPENSE ET PRESCRIPTION DE L'AP	<u>Type de format séance AP :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 1 séance d'AP rééducative hebdomadaire sur long terme (x4) - 1 séance de Sport collectif hebdomadaire (x1) - Espacement progressif séance AP dans PEC MK (x2) 	(MK5) "C'est d'avoir un rendez-vous par semaine , moi je lui montre ce qu'il faut faire, il faut qu'il le fasse à la maison[...] , il faut aussi faire des rendez-vous un peu à l'écart "

SOUS THÈMES	Code	Verbatims
ÉVALUATIVE	<u>Bilan initial et d'AP :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan initial kiné (x3) - Anamnèse/Antécédent (x5) - Niveaux d'AP du patient - QQQQCP de l'AP (x1) - Loisirs (x5) 	(MK2) “Déjà, au bilan , je demande au patient qu'est-ce qu'il fait déjà de base.” (MK7) ” Je vais faire un bilan , en fait, un état des lieux de, est-ce que déjà, il en pratique ?”
	<u>Bilan de l'observance du patient :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Feedback oraux du patient (perception, observance) (x4) - Evaluation de la maîtrise des exercices effectués à domicile (x1) - Évaluations différentes temporalités (court, moyen , long terme) (x5) 	(MK6) “Et aussi, encourager le patient à s'exprimer sur comment il ressent les exercices, comment il ressent cette prise en charge active.”
EDUCATION ET CONSEIL	<u>Explications :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Causale de faire AP (x6) - Technique et bilan kiné (x4) - Bénéfice de l'AP (x7) 	(MK1) “Je leur explique que la vie est de plus en plus sédentaire , il faut contrecarrer ça. C'est non seulement faire du sport mais aussi faire du renforcement spécifique de certains muscles qui, de toute façon, au fil de l'âge et du temps, ont perdu en efficacité .”
	L'apport de connaissances / Casser les fausses croyances.(x4)	(MK9) “Dès qu'un des patients chroniques va avoir de la douleur, il va avoir presque peur en fait que l'activité physique aggrave son problème. Donc là, ça va être là notre rôle de démontrer que finalement, peut-être que non .”
	<u>Apprentissage exercices physiques :</u> <ul style="list-style-type: none"> -Instructions/ pratique exercice physique (x4) -Correction exercices physiques (x3) 	(MK1) “On fait des exercices, je leur donne tous les paramètres au départ. Vous faites comme ça , vous faites comme ça, vous faites comme ça. Et je leur explique après , les corrige minutieusement pour les autonomiser sur les exercices”
ADAPTATION ET PERSONNALISATION	<u>Orientation traitement :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vers plaisir/ préférences patient (x5) - Par rapport capacité et pathologie patient / Bilan (x2) 	(MK9) “Le fait de promouvoir l'activité physique mais avec quelque chose de son environnement[...] qui l'intéresse [...] qui lui donne envie et dans lequel elle se reconnaît, [...] elle était un peu plus réticente”
THERAPEUTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Reconditionnement (x1) -Technique rééducative/manuelle (x2) 	(MK1)” On va le prendre en charge, on fera de la thérapie manuelle s'il y a besoin, du dry-needling qu'on va utiliser pour le soulager et ensuite on va le remettre à l'activité physique”

SOUS THÈMES	Code	Verbatims
OUTILS	- Photos, vidéos (x1) - Fiches d'exercices (x4)	(MK2) "Je leur fais des petites fiches avec des exercices simples. J'y mets le nombre de répétitions, le nombre de temps de pause, un peu comme un petit programme de sport."
RÉORIENTATION ET COLLABORATION	-Affiliation EAPA (x1) -Réorientation après PEC MK (x4) -Partager patient avec collègue (x1)	(MK4) "Et à la fin quand je considère que c'est plus de mon ressort parce que je ne suis pas spécialisée en activité physique mais que je pense qu' il faut qu'ils aillent plus loin dans le sport, je les oriente vers des kinés qui le font, donc des cabinets qui le font, ou vers des salles de sport que je connais
ENGAGEMENT ET IMPLICATION DU PATIENT	- Engagement oral du patient (x2) - Dilemme dépendance MK / Acteur soins (x2)	(MK8) " Soit tu vas au kiné à vie, soit tu apprends à gérer tes symptômes."
MOTIVATION EXTRINSÈQUE	- Mise sous évaluation (x1) -Imposition financière pour séance de sport avec MK (x1)	(MK4) "Je leur laisse 15 jours ou je leur laisse un mois et je leur dis voilà on refixe, rendez-vous dans un mois. Et la première chose que je fais c'est montrer les exercices que vous avez faits. En fait je les mets sous évaluation si tu veux, donc forcément ça leur met un petit peu la pression."

- Techniques par objectifs visés

La classification des techniques par objectifs vise à décrire les différentes techniques utilisées par les MK pour atteindre un objectif ou un but spécifique, expliquant ainsi la raison derrière l'utilisation de chaque technique. Un extrait du processus de catégorisation est présenté en annexe VI.

On dénombre dix grandes catégories d'objectifs visés par les MK (Tableau XVIII). Les objectifs les plus partagés et comportant le plus de techniques sont: faire **prendre conscience des bénéfices de l'AP**, permettre **la compréhension générale de la situation** par le patient et de **rendre le patient autonome**. On retrouve ensuite d'autres objectifs tel que **motiver** le patient à effectuer de l'AP, **cerner et s'adapter au patient**, **augmenter l'adhérence au traitement kinésithérapique en général** et au **traitement actif**, **augmenter la confiance du patient envers le MK et le traitement**, ainsi que **rassurer le patient et montrer qu'il est capable de faire de l'AP**.

Dans la première catégorie “**faire prendre conscience des bénéfices de l’AP**”, les MK mettent un accent particulier sur **l’explication** et **l’apport de connaissances** concernant les avantages de l’AP. Ils abordent fréquemment les **bénéfices et l’importance de l’AP** et les **raisons** de le faire. Par exemple, MK2 mentionne spécifiquement les **avantages psychologiques de l’AP** : “*J’argumente sur les bienfaits psychologiques que ça pourrait lui apporter*”. De plus, MK4, lui **explique** les **mécanismes physiologiques liés à la douleur** pour modifier la perception des patients : “*C’est-à-dire qu’il faut expliquer aux patients pourquoi il a mal[...]tu lui expliques que tout son poids de corps, il est sur ses genoux, et que c’est tes muscles qui viennent amortir un petit peu les contraintes sur les articulations.*”

De plus, pour faire prendre conscience des bénéfices de l’AP, les MK préconisent de faire **plusieurs séances** “*une séance ne suffit pas*” (MK5). Il propose également de **maintenir l’état bénéfique** par le **maintien de rendez-vous hebdomadaire au cabinet** et de prolonger cette pratique **sur au moins trois mois** pour solidifier les bénéfices obtenus, comme le formule MK1 : “*quitte à vraiment leur faire qu’une séance par semaine à la fin et les maintenir dans un état pour qu’ils trouvent le bénéfice de cette activité physique encadrée*”

Les MK utilisent également, la **démonstration de l’efficacité** de l’AP à travers des preuves **tangibles**, “*preuves par l’image*” (MK1). Ces techniques consistent en l’utilisation de preuves visuelles et de comparaisons avant/après, l’amélioration des symptômes post exercice actif “*il va se rendre compte, en fait, qu’effectivement, quand ses muscles travaillent, lorsqu’il est en mouvement, il va mieux*”(MK5). Le MK7 lui utilise des images qui parlent au patient pour faciliter la compréhension et l’adoption des recommandations : “*Donc utiliser des images concrètes qui parlent au patient, tu vois, moi j’utilisais l’image de manger, boire, dormir [...] quand on conscientise une chose, on aura plus de facilité à comprendre cette chose et à appliquer celle - ci.*”

Dans le cadre de la prise en charge kinésithérapeutique, **l’autonomisation** du patient est un pilier central pour le MK. Cette catégorie englobe plusieurs techniques visant à **renforcer la maîtrise et l’indépendance** du patient vis-à-vis de son traitement.

Les techniques pour rendre les patients autonomes incluent la **démonstration et la correction des exercices** pour que le patient puisse **maîtriser l’exercice** étant considéré par la MK2 et le MK1 comme un critère nécessaire pour la pratique en autonomie du patient “*le fait qu’ils maîtrisent, ils peuvent le faire tout seul à la maison*”(MK2). **Les paramètres des exercices à domicile** permettant de rendre le patient autonome sont identifiés comme

“*simples*” (MK6;MK1) ; “*progressifs*”(MK1; Mk4) et conçus pour devenir une “*routine*”, comme le souligne MK9 : *"Donner un exercice à faire régulièrement à domicile, puis une fois qu'il l'a et que ça fait partie de sa routine, en rajouter un autre, en rajouter un autre et que là il voit les bénéfices, après normalement ça se lance tout seul."*

Pour rendre autonome les MK usent aussi de techniques permettant l'**engagement du patient dans son traitement** telles que l'exposition au patient d'un **dilemme**, une dépendance au MK ou sa prise en charge autonome. L'**augmentation graduelle du temps entre les séances** est une stratégie employée pour encourager l'observance à long terme et l'autonomie du patient, ce qui nécessite de revenir au cabinet après un mois ou deux pour évaluer l'observance du patient, comme le mentionne le MK 4 “ *je le fais **régulièrement** avec lui[...] ensuite on laisse passer un mois et puis on se dit vous **revenez dans un mois** et puis vous **me dites comment ça s'est passé**”.*

Pour **motiver les patients**, les MK alignent les éléments du traitement avec les **intérêts personnels des patients**, tels que les **loisirs** et les **plaisirs** quotidiens, pour augmenter l'adhérence. Le témoignage du MK9 illustre cette technique : *"Je la motive et je promeus son activité physique autour du fait de reprendre la randonnée [...] on essaye au cabinet d'être au plus près progressivement de la randonnée."* Pour le MK8, cette motivation passe par l'**utilisation de résultats quantifiables** et palpables et peut inclure le partage de la prise en charge du patient entre plusieurs collègues, comme le mentionne MK9, permettant une prise en charge plus motivante pour le MK et le patient.

Les MK utilisent des explications détaillées des actes thérapeutiques pour construire une **relation de confiance** permettant de **démontrer l'efficacité des interventions** et la **compréhension de la situation par le patient**, comme le précise MK3 : *"quand je veux faire quelque chose [...] le manipuler, je vais lui expliquer pourquoi je manipule [...] il va comprendre et conscientiser ça et que le avec le test avant et le reteste après la manipulation, il voit qu'il a plus mal le fait, juste ça, je pourrais lui demander après ce que je veux [...] il va avoir **confiance en moi**."*

Les MK utilisent des techniques pour **augmenter l'adhérence à un programme d'activité physique**. La plus utilisée étant l'orientation du traitement vers ce qui à de l'intérêt pour le patient comme en témoigne le MK6: *"Mais si tu peux au maximum arriver à t'adapter à ce que la personne aime bien, je pense que tu auras plus de facilité à remporter sur ton*

adhésion, “. D’autres techniques incluent la **demande d’une participation financière** (MK4; MK3) ou encore l’utilisation de la “*posture haute*” et la *comparaison du patient à des normes scientifiques*, comme utilisé par MK4 : “*J’ai testé, j’ai mes normes et je les évalue, et je leur dis vous êtes complètement dans les chaussettes, par rapport aux normes des études.*”

Pour favoriser le maintien de l’AP chez les PAMC, les MK jugent important de **cerner et de s’adapter au patient** durant la PEC. Pour ce faire, ils effectuent une **évaluation initiale** comprenant des techniques investiguant la question de l’AP chez le patient, tel que le **questionnement des obstacles perçus** : “*Qu’est-ce qui te freine à faire tes exercices à la maison ? Ok, t’as arrêté mais pourquoi*” (MK7) ou des **traitements antérieurs** incluant ceux actifs (MK6).

Ils utilisent également des **évaluations durant la PEC** afin de s’accorder et s’adapter à l’état du patient, comme l’illustre MK9 : “*J’évalue toujours après coup, s’il a des courbatures, s’il a eu des douleurs post-séance, ça permet d’adapter la charge qu’on impose au patient et le fait justement d’adapter cette charge-là permet d’être plus juste au niveau du patient, plus juste par rapport à sa pathologie et donc que le patient ressorte de là avec des bénéfices.*”

À travers leurs prises en charge, les MK cherchent à rassurer le patient en **cassant les fausses croyances** associées à la **douleur** et aux limitations physiques. MK8 utilise des **exemples pratiques** pour modifier ces perceptions : “*Les patients qui disent – Moi j’ai de l’arthrose, c’est foutu, donc y a rien à faire et je vais pas bouger parce qu’en plus – Je leur dis – Regardez, c’est logique. Vos muscles qui sont au-dessus, c’est eux qui font bouger vos articulations; s’ils sont plus forts, c’est eux qui prennent les contraintes– ’.*”

Concernant l’objectif “**Montrer au patient qu’il est capable**”. Le MK3 préconise de **réaliser les exercices d’AP en même temps que le patient**. Cela démontre non seulement la faisabilité des exercices, mais encourage aussi le patient. Le MK4 partage son approche : “*on le fait ensemble et je démontre que c’est possible qu’on peut le faire, c’est pas impossible. C’est pour lui montrer qu’il a la capacité. Voilà, si moi j’y arrive, lui il va y arriver aussi.*” MK3 ajoute : “*Donc, tu peux aussi commencer à faire l’AP avec le patient et lui faire prendre confiance et conscience qu’il est capable encore de faire des trucs.*”

Tableau XVIII: Techniques classées par raison de leur utilisation.

Catégories de technique	Techniques	VERBATIMS
<p style="text-align: center;">PRISE DE CONSCIENCE BÉNÉFICE AP</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p style="text-align: center;">COMPRÉHENSION GÉNÉRALE</p>	<p><u>Explication et apport connaissance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéfices / Importance AP (x5) - Raisons de faire l'AP (x5) - Changer les croyances sur l'AP (x3) - Apport connaissance minimum pour appréhender la situation 	<p>(MK2) “J’argumente sur les bienfaits psychologiques que ça pourrait lui apporter”</p> <p>(MK4) C'est-à-dire qu'il faut expliquer aux patients pourquoi il a mal[...]tu lui expliques que, ben là, tout son poids de corps, il est sur ses genoux, et que c'est tes muscles qui viennent amortir un petit peu les contraintes sur les articulations.</p>
	<p><u>Maintien de l'état bénéfique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire plusieurs séances pour avoir l'apparition bénéfice (x3) - Maintenir 1 rendez-vous hebdomadaire au cabinet pour conserver les bénéfices de l'AP (x3) - Maintien sur minimum 3 mois (x1) 	<p>(MK1) " quitte à vraiment les faire qu'une séance par semaine à la fin et les maintenir dans un état pour qu'ils trouvent le bénéfice de cette activité physique encadré "</p>
	<p><u>"Preuves par image"</u>(démonstratif), prouver efficacité AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration symptôme après AP (x7) - Comparaison bilan ant/post AP (x2) - Reconditionnement (x2) - Images concrètes (x 2) - Elements objectif , quantifiable (x1) - Contrastes des techniques passives utilisées seul avec l'intégration d'exercices physique (x1) -Maintient état bénéfique AP 	<p>(MK7) “Donc lui utiliser des images concrètes qui parlent au patient, tu vois, moi j'utilisais l'image de manger, boire, dormir [...] quand on sait quelque chose, qu'on conscientise une chose, on aura plus de facilité à comprendre cette chose et à appliquer cette chose.”</p> <p>(MK4) “En premier je lui démontre que l'exercice fait du bien. En général je teste une seule technique par séance[...] je vais faire de la thérapie manuelle, il va me dire ouais c'est mieux, et puis au bout de la troisième séance il me dira bah oui mais bon bah ça revient. Donc c'est là qu'on fait que de l'exercice, on stabilise, quand il revient il me dit ah bah oui ça fait du bien”</p>
	<p><u>Thérapeutique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconditionnement (x1) - Exercice spécifique active pour traiter symptômes (x2) <p><u>Montrer efficacité court terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Limitation passif (x1) <p><u>Evaluation du ressenti</u> depuis début PEC encadré au cabinet</p>	<p>(MK6) Moi, ce qui me vient le plus, c'est les gens qui ont mal au dos. Et chez qui tu vas faire des séances où il engage le transverse, etc. Je trouve que les résultats sont hyper rapides.</p> <p>(MK5) “Le fait de lui prouver que ça fonctionne en fait à court terme, et du coup lui dire, alors déjà, limiter le passif”</p>

Catégories de technique	Techniques	VERBATIMS
	(x2)	
RENDRE AUTONOME	<u>Maîtrise de l'exercice:</u> -démonstration et correction exercice patient à chaque séance (x 3) - Correction exercice jusqu'a maîtrise (x2)	(MK2) ." A chaque séance je leur demande de me remontrer et je corrige et je modifie [...] pour que ça devienne automatique. "
	<u>Exercice à domicile:</u> - Régulier/ routine (x6) - Maîtrisé / progressif (x7) - Simple / limité (x3)	(MK9) "Donner un exercice à faire régulièrement à domicile , puis une fois qu'il l'a et que ça fait partie de sa routine , en rajouter un autre, en rajouter un autre et que là il voit les bénéfiques, après normalement ça se lance tout seul "– " , ça peut arriver qu'avec les collègues, on fasse tourner (entre guillemets) le patient
	<u>Engagement et responsabilité :</u> - Dilemme dépendance Mk ou auto PEC (x1) - Limite temporelle PEC MK (x1)	(Mk2) "J'essaie de leur faire comprendre que moi, je ne peux pas les voir tous les jours . Et quand on se voit, ce serait bien de faire le point, de faire autre chose, Mais les exercices , il faut qu' ils les fassent un petit peu tout seul. "
	Augmentation graduelle du temps entre chaque séance	(MK4) " je le fais régulièrement avec lui[...] ensuite on laisse passer un mois et puis on se dit vous revenez dans un mois et puis vous me dites comment ça s'est passé "
	<u>Evaluation observance :</u> - Séance espacé 1-2 mois (long terme) (x 3) - Séance hebdomadaire (court terme) (x3)	(MK5)"Alors, à long terme,tu lui dis qu'on se revoit dans deux mois[...] quand il revient au bout d'un mois, un mois et demi, deux mois, et qu'il te dit: j'ai fait pendant deux semaines et j'ai lâché., donc déjà ça tu peux évaluer un petit peu "
MOTIVATION	Axer le traitement sur ce qui a de l'intérêt pour le patient (x5)	(MK9) " Je la motive et je je promeus son activité physique autour du fait de reprenre la randonnée [..] on essaye au cabinet d'être au plus près progressivement de la randonnée"
	Éléments quantifiables, palpables (ex : mensuration (x1)	(MK8) : "Pour motiver le patient [...] c'est d'avoir du chiffrable, d'avoir quelque chose d'objectivable, quantifiable, d'avoir quelque chose qui a de la signification aux yeux du patient , un truc palpable "
	Partage PEC patient avec le collègue (x1)	(MK9) "Par contre, ça peut arriver qu'avec les collègues , on fasse tourner (entre guillemets) le patient [...] ça fait que la prise en charge est un peu plus variée et donc peut-être plus motivante pour le kiné et pour le patient"

Catégories de technique	Techniques	VERBATIMS
AUGMENTER LA CONFIANCE ENVERS LE MK ET LE TRAITEMENT	<u>Explication des actes thérapeutiques:</u> -Bilan (x2) -Actes thérapeutique (x2)	(MK3) "Quand je veux faire quelque chose [...] le manipuler, je vais lui expliquer pourquoi je manipule [...]il va comprendre et conscientiser ça et qu'avec le test avant et le reteste après la manipulation , il voit qu'il a plus mal . Le fait de faire cela, me permettrait de lui demander après ce que je veux, car il va avoir confiance en moi."
	Prise de conscience efficacité par efficacité technique (Avant/après) (x2)	(MK1) "Moi les gens passent normalement par mes mains d'abord, parce qu'on a besoin de mettre la personne en état de travailler, mais aussi qu'ils prennent confiance en moi Donc ça demande, dans le cas d'une omoplate ou d'une épaule...de faire de la mobilisation, de lever des contractures, de mettre des gens en état"
	<u>Traitement MK :</u> - Remise en état par thérapeutique manuel (x 2)	
AUGMENTER L'ADHÉRENCE À L'AP	Orientation du traitement vers les préférence du patient (x5)	(MK3) "Je veux que le patient, si je lui demande après à la maison , qu'il le fasse parce qu'il m'a donné 2 euros [...] ça va lui permettre aussi pour lui, de se dire j'ai payé, je veux que ça aille mieux "
	Participation financière (x2)	
	Utilisation des normes pour le test et comparaison du patient avec les normes (x1)	(MK4) " J'ai testé , j'ai mes normes et je les évalue et je leur dis vous êtes complètement dans les chaussettes , par rapport aux normes des études , ils adhèrent plus facilement."
	Utilisation posture haute (x1)	
CERNER ET S'ADAPTER AU PATIENT	<u>Evaluation Initiale :</u> - QOQCP de l'AP - Traitement antérieur - Obstacles perçus à l'AP - Anamnèse <u>Evaluation durant PEC:</u> - Evaluation manifestation post séance - Evaluation ressentie exercice maison <u>Ecoute active</u> (discussion..) (x2)	(MK6) "Il faut vraiment prendre le temps qu'il faut pour discuter et vraiment laisser la personne s'exprimer , tu vois, pas orienter la discussion[...]pense que c'est ça qui fera que tu trouveras un truc qui va lui plaire"
		(MK7) "Si tu ne fais pas de bilan, tu cibles moins bien les besoins spécifiques de la personne [...] tu perds du temps et tu risques de noyer la personne dans une information pas possible[...] c'est bien pour faire comprendre, expliquer à la personne ce qui lui manque, qu'elle conscientise correctement l'objectif à atteindre, afin de maximiser ses chances d'y arriver"
RASSURER PATIENT	<u>Casser les fausses croyances:</u> - Limitation par les douleurs (x3) - Incapacité physique (x2)	(MK8) "Les patients qui disent: Moi j'ai de l'arthrose, c'est foutu , donc y a rien à faire et je vais pas bouger parce que j'en peux plus. Je leur dis : Regardez , c'est logique. Enfin vos muscles qui sont au-dessus, c'est eux qui font bouger vos articulations s'ils sont plus forts, c'est eux qui prennent les contraintes ,"

Catégories de technique	Techniques	VERBATIMS
<p style="text-align: center;">MONTRER PATIENT CAPABLE</p>	<p>Effectuer AP en même temps que le patient (x2)</p>	<p>(MK4) ” on le fait ensemble et je démontre que c'est possible qu'on peut le faire, c'est pas impossible. C'est pour lui montrer qu'ils ont la capacité. Voilà, si moi j'y arrive , lui il va y arriver aussi. “ (Mk3) “Donc, tu peux aussi commencer à faire l'AP avec le patient et lui faire prendre confiance et conscience qu'il est capable encore de faire des trucs”</p>

b. Classifications déductives par la BCTTv1

La **classification déductive** des techniques selon la BCTTv1 a été réalisée en analysant les entretiens à la lumière des définitions des **93 BCT** issues de la traduction française de la **BCTTv1**. Un BCT a été attribué à un verbatim seulement **après vérification** de sa conformité avec la définition. Les verbatims ne comportant pas la définition complète du BCT ont été codés avec des couleurs différentes (voir Annexe XI). La procédure de comparaison peut être consultée en Annexe XII.

Plusieurs BCT sont utilisés par les MK de l'échantillon (Tableau XIX) , la "**Pratique du comportement et sa répétition**" (BCT 8.1.) et la "**Formation de l'habitude**" (BCT 8.3.) sont unanimement utilisées, comme l'illustre l'exemple de "faire de l'AP avec le patient" (MK4) pour en faire une routine (MK5). On retrouve aussi les "**Tâches graduelles**"(BCT.8.6) qui prennent la forme d'exercices "progressifs". D'autres techniques répandues incluent "**Casser les croyances sur le comportement et suggérer des explications alternatives**" (BCT 4.3), particulièrement vis-à-vis de l'idée que « l'activité aggrave son problème » (MK9), et « **l'instruction concernant la réalisation du comportement** » (BCT 4.1), appliquées lors des séances ou à travers des exercices écrits donnés par le MK.

Les techniques telles que la "**mise en œuvre / démonstration du comportement**" (BCT 6.1), l'apprentissage "**associatif**" (BCT 7.8) et la "**généralisation du comportement**" (BCT 8.3) sont aussi **largement adoptées**. La mise en œuvre se fait en séance au cabinet ou à domicile, et la généralisation se fait à travers les exercices effectués en salle de sport ou chez

soi. L'apprentissage associatif vise à associer l'AP au bien-être, « pour lui montrer que ça fait du bien » (MK8) et au « plaisir » (MK6).

Les MK utilisent également, bien que plus modestement, la "**fixation d'objectif**" (BCT 1.1/1.3) orientée sur les préférences du patient (MK2;MK6;MK8;MK7) et la "**planification du comportement**" (BCT 1.4), qui consiste à planifier les conditions de l'AP (quand, intensité, nombre de séries...). On observe la "**mise en évidence des conséquences du comportement**" (BCT 5.2), par exemple avec des techniques actives pour diminuer la douleur (MK6; MK5) ou celles **encourageant** l'engagement du patient (BCT 1.9).

Les techniques **moins fréquemment utilisées** incluent "l'information aux personnes sur leur comportement" (BCT 2.2), la "mise en avant des succès antérieurs" (BCT 15.3)," la résolution de problèmes" (BCT 1.2) et "la révision des objectifs comportementaux" (BCT 1.5).

Tableau XIX: Classification des BCT en fonction du nombre de MK les utilisant dans l'échantillon. Chaque BCT est accompagnée de sa définition respective.

BCT	Définition des BCT (Traduction française de la taxonomie de Mitchie et al,2013 par Bernard et al., 2019)	Apparition du BCT dans les interviews (%)	
8.1 Pratique du comportement et répétition	Inciter la mise en œuvre d'un comportement spécifique de façon répétée pour créer une habitude.	9	100%
8.3 Formation des habitudes	Inciter à adopter et pratiquer un comportement précis dans un contexte précis et de façon répétée	9	100%
8,7 Tâches graduées	Fixer des tâches comportementales faciles à attendre au départ puis augmenter la difficulté progressivement au cours du temps	8	88%
4.3 Changer les croyances sur les comportements et suggérer des explications alternatives	Identifier les croyances de la personne concernant les déterminants du comportement et suggérer d'autres explications	6	66%
5.1 Informé sur les effets du comportement sur la santé	Donner des informations (écrites, verbales, visuelles) sur les effets de l'activité physique sur la santé.	6	66%
4.1 Instruction concernant la réalisation du	Apprendre à la personne à réaliser un comportement.	5	55%

BCT	Définition des BCT (Traduction française de la taxonomie de Mitchie et al,2013 par Bernard et al., 2019)	Apparition du BCT dans les interviews (%)	
comportement			
6.1 Mise en oeuvre / démonstration du comportement	Montrer comment pratiquer le comportement, directement en personne, ou indirectement via des vidéos ou des photos explicatives.	4	44%
7.8 Apprentissage associatif	Associer des stimuli (positifs ou négatifs) avec des stimuli en lien avec le comportement.	4	44%
8.6 Généraliser le comportement	Inciter l'exécution d'un comportement, réalisé uniquement dans un certain contexte, dans d'autres contextes.	4	44%
1.1 Fixation d'objectifs (comportement)	Fixer pour quelqu'un, ou en collaboration avec la personne, un objectif exprimé en termes de comportement à atteindre	3	33%
1.4 Planification du comportement	Inciter la personne à planifier précisément la façon de réaliser le comportement (incluant au moins le contexte, la fréquence, l'intensité, la durée).	3	33%
1.9 Engagement	Demander à la personne d'affirmer et de communiquer sa volonté de modifier son comportement.	3	33%
9.1 Crédibilité des sources	Appuyer sa communication (verbale ou visuelle) avec des sources potentiellement perçues comme crédibles.	3	33%
1.3 Fixation d'objectif (résultat)	Fixer ou se mettre d'accord sur un objectif défini comme un état désirable à atteindre via le changement de comportement ciblé	2	22%
15.1 Persuasion verbale concernant la capacité à réussir	Dire à la personne qu'elle peut réaliser le comportement, en argumentant contre les doutes qu'elle pourrait avoir et en affirmant qu'elle peut et qu'elle va y arriver	2	22%
15.3 Mise en évidence des succès antérieurs	Aider la personne à mettre en évidence ses succès antérieurs en lien avec le comportement	2	22%
2.2 Informé une personne sur son comportement	Mesurer et donner des informations concernant la réalisation du comportement.	2	22%
5.2 Mise en évidence des conséquences du comportement	Utiliser des méthodes spécifiquement construites pour insister sur les effets du comportement avec l'objectif que ces informations restent en mémoire	2	22%
1.2 Résolution de problèmes	Analyser, ou inciter la personne à analyser, les facteurs qui influencent négativement son comportement ; générer ou	1	9%

BCT	Définition des BCT (Traduction française de la taxonomie de Mitchie et al,2013 par Bernard et al., 2019)	Apparition du BCT dans les interviews (%)	
	sélectionner des stratégies incluant la réduction des barrières et la promotion de facteurs facilitants		
1.5 Révision des objectifs comportementaux	Revoir des objectifs comportementaux avec la personne au regard de l'atteinte, ou non, des objectifs préliminaires. Peut aboutir à fixer un objectif identique, modifier légèrement cet objectif, fixer un objectif différent en parallèle ou à la place de l'objectif initial	1	9%
2.1 Suivi du comportement d'une personne sans retour d'information	Observer les comportements d'une personne sans pour autant lui faire de retours	1	9%
4.2 Information sur les déterminants / antécédents du comportement	Donner des informations sur les variables susceptibles d'influencer son comportement	1	9%

2. Thème 2 : Le processus clinique adopté par le MK pour favoriser le maintien de l'AP chez le PAMC

L'analyse des entretiens a permis d'identifier **4 sous thèmes** se rapportant au processus comprenant : les **caractéristiques**, les **étapes**, la **finalité du processus** et les **objectifs visés** à travers ce processus (Tableau XX).

Une caractéristique principale identifiée par la majorité des MK est la **personnalisation** du processus, prenant en compte les **caractéristiques du patient** et **guidée par les résultats du bilan**. *"Ça va être vraiment au cas par cas"* (MK7). *"En fonction du bilan, des amyotrophies ou de la mobilité, on va lui redonner des exercices d'activité physique"* (MK3). *"Chez des gens un peu plus sédentaires, faire des exercices simples mais efficaces pour être sûr de ne pas dégoûter la personne"* (MK6).

Une deuxième caractéristique, partagée par près de la moitié des MK, est que ce processus est **instinctif** et basé sur du "bon sens" (MK6, MK2, MK7). *"Je n'ai pas de données scientifiques pour dire pourquoi je le fais, mais c'est plutôt du bon sens"* (MK2).

Pour deux des MK interrogés, le processus suit une certaine **structure**, tel un *"arbre décisionnel"* (MK7), permettant de choisir les techniques en fonction des réponses fournies

par le patient : *"Je vais faire un bilan, en fait, un état des lieux... Si je vois que le patient ne pratique pas d'activité physique et que ce serait quelque chose qu'il pourrait mettre en place, je lui parlerai des bénéfices que pourrait avoir l'activité physique pour lui"* (MK7).

Certains MK soulignent que ce processus est **variable** selon chaque praticien, étant façonné par l'**expérience**, l'**orientation thérapeutique** et les **convictions**. Comme le précise MK1 : *"C'est difficile de parler pour moi, ça fait 33 ans que je pratique, c'est ma kiné. Ça ne ressemble pas à la kiné du voisin, chacun, au bout du temps, fait sa kiné soi-même, en fonction de ses convictions et de ses erreurs"*.

Plusieurs **étapes** au processus ont été identifiées à travers les entretiens. La plus couramment citée par la quasi-totalité des MK à été la **pratique de l'AP au cabinet** *"alors tu les fais venir une fois par semaine et il faut que tu sois avec eux et que tu leur fasses faire l'activité au cabinet."* (MK4). Une autre étape fréquemment mentionnée est la **prescription d'exercice à domicile** *"je leur demande de faire des exercices à la maison"* (MK2).

Ensuite, l'étape du **bilan** est importante : *"Déjà, au bilan, je demande au patient qu'est-ce qu'il fait déjà de base"* (MK2). Une autre étape concerne le **traitement** des limitations pour la *"remise en état"* (MK1) et la *"remise en mouvement"* (MK3) du patient. Cette phase comprend des techniques de traitement manuel : *"On fera de la thérapie manuelle s'il y a besoin, du dry-needling pour le soulager, et ensuite on va le remettre à l'activité physique"* (MK3), ainsi que le traitement de la douleur : *"On a géré la douleur en priorité"* (MK8).

Environ la moitié des MK mentionnent une étape de **réorientation après la prise en charge kinésithérapique**. Cependant, bien que cette étape soit citée, elle n'est pas systématiquement mise en place par tous, certains ne faisant que l'envisager en raison de divers obstacles.

La **finalité du processus** de maintien de l'AP chez les PAMC varie selon les MK. Pour certains, l'objectif est la **pratique autonome à long terme** : *"On ne va pas demander à notre patient de venir pendant 10 ans [...] faire ses exercices [...] il faut l'autonomiser"*. D'autres voient dans ce maintien une **amélioration de l'efficacité du traitement rééducatif** : *"Il faut qu'ils les fassent un petit peu tout seul. Sinon, ça va prendre mille ans leur prise en charge"* (MK2), permettant de libérer du temps pour d'autres priorités : *"Quand on se voit, ce serait bien de faire le point, de faire autre chose"* (MK2). *"Elle a son programme à la salle et quand elle vient ici, on travaille en plus ces déficits"* (MK8). L'**objectif final** n'est pas toujours la pratique continue de l'AP, mais plutôt *"la lutte contre les récurrences"* (MK4) : *"Moi, mon but*

*c'est qu'ils ne récidivent pas, qu'ils ne reviennent pas me voir". Certains estiment également que ce processus peut aider à **modifier légèrement le comportement** du patient (voir MK5).*

Différents **objectifs** motivent les techniques utilisées par les MK et influencent le processus. Le plus commun est de “ **faire prendre conscience au patient de l'importance de l'AP**” – “[...]surtout mettre l'accent sur montrer que c'est bénéfique. Parce que j'ai l'impression que la plupart du temps, c'est ça que les gens ne comprennent pas “ – . Ensuite vient l'objectif de rendre **autonome le patient**, et le faire “ **prendre l'habitude**” , “ *que ça devienne une routine*” (MK5). Les techniques et processus visent également à rendre le **patient capable de faire de l'AP** “ *lui faire prendre confiance et conscience qu'il est capable encore de faire des trucs*” (MK3) , ainsi qu'à **rassurer le patient**.

Tableau XX: Élément issus du codage du thème PROCESSUS

Sous Thèmes	Code	Verbatims
Caractéristiques	Individualisé/Personnalisé (X8): <ul style="list-style-type: none"> - Dépendant des résultats de bilan (x4) - Dépendant caractéristique du patient (x4) 	(MK7) “c’est faire des exercices dans leurs moyens [...] Et ça rejoint un peu aussi ce que je disais tout à l'heure sur le fait de s'adapter à ce que ton patient aime et ce qui l'intéresse” (MK1) “Je pense que ce n'est pas mettre des techniques bout à bout , c'est puiser dans des ressources pour faire quelque chose de pertinent pour son patient” (MK3) “En fonction du bilan de ce qu'on va trouver, des amyotrophies ou de la mobilité, on va lui redonner des exercices d'activité physique”
	Instinctif (Bon sens , automatique) (x4)	(MK6) “Je pense que c'est une grosse part du bon sens , c'est juste ma manière de fonctionner naturellement ” (MK7) “Je pense que c'est décrit dans la littérature, mais pour moi, ça reste quand même du bon sens”
	Arbre décisionnel (x2)	(MK2) “ Au bilan déjà on fait le point de ce qu'ils font en fonction de s'il les font ou pas , et bien là on adapte “
	Variable selon le MK (x3)	(MK4) “Ça ça dépend des spécialités , moi ma spécialité c'est les douleurs et les raideurs[...]Chacun sa spécialité”

Sous Thèmes	Code	Verbatims
Étapes identifiées	Pratique d'AP en séance au cabinet (x8)	(MK6) “Ensuite, tu fais les exos avec eux en séance pour leur montrer un petit peu les bénéfiques”
	Prescription d'exercice à domicile (x8)	(MK5) “c'est à dire que c'est le patient, moi je lui montre ce qu'il faut faire, il faut qu'il le fasse à la maison ”
	Bilan (x5)	(MK6):” Déjà, en toute base, au début de la prise en charge, je vais voir un peu avec lui, qu'est-ce qu'il fait comme activité physique ”
	Réorientation (x5)	(MK3) “Et quand il va bien et qu'il reprend, là, nous, on peut passer la main à quelqu'un d'autre qui peut reprendre le relais comme un prof de sport”
	Traitement des limitations: (x3) - Thérapie manuelle (x2) - Traitement douleur(x2)	(MK1) “Moi les gens passent normalement par mes mains [...] parce qu'on a besoin de mettre la personne en état de travailler”
Finalité du processus	Éviter les récurrences x2	(MK4) “Mon but c'est qu'ils ne récidivent pas , c'est que ce soit pérenne. Le but c'est qu'ils ne reviennent pas me voir [...] je ne vais pas tous les mettre au crossfit, c'est pas mon taf”
	Donner les outils minimums (x2) / Impulser un petit changement	(MK5) “Je pense que si à la fin de ton traitement, il a beaucoup moins mal et qu'il a réussi déjà à faire les exos que tu lui as montré à la maison , ça va déjà instauré un petit quelque chose”
	Rendre patient autonome (x2)	(MK9) “On ne va pas demander à notre patient de venir pendant 10 ans [...]. Il faut être capable de l'autonomiser. ”
Objectifs visés à travers le processus	Faire prendre conscience au patient les bénéfiques de l' AP (x6)	(MK6) Et vraiment, montrer par A plus B aux gens que vous voyez, on a fait ça du coup, maintenant, ça va mieux [...] je trouve que c'est ce qui marche le mieux.”
	Rendre autonome dans l'AP / Prise d'habitude x4	(MK1) “c'est de les rendre autonomes qu'ils n'aient plus besoin de moi”
	Faire comprendre / “Appréhender ce qui se passe” (x3)	(MK7) “il faut faire comprendre , tout expliquer à la personne ce qui lui manque “

Sous Thèmes	Code	Verbatims
	Rendre capable le patient x2	(MK5) “ Il faut qu’il se sentent capable de faire de l’activité physique “
	Rassurer le patient x 3	(MK2) Et j'essaye vraiment de les rassurer sur le fait que bouger, notre corps est fait pour ça et qu'il ne faut pas avoir peur et qu'il faut bouger.

3. Thème 3 : Catégories émergentes : Limites perçues par le MK à son action pour favoriser le maintien de l’AP chez le PAMC

Les entretiens mettent en lumière l’existence de **limites** perçues par les MK pour favoriser le maintien de l'AP chez les PAMC (Tableau XXI) : celles liées aux **caractéristiques des patients** et ceux inhérents aux **pratiques des MK**.

Parmi les obstacles liés au patient, plusieurs sont identifiés. Premièrement, les **spécificités des PAMC**, y compris les **désagrèments** possibles de leurs **PEC longues**, peuvent inclure "**l'habitude aux actes passifs**" (MK1) et les "*séances actives qui ne leur ont pas plu*" (MK6). Ensuite, la gestion des **patients obèses** est particulièrement complexe, avec des défis physiques et psychologiques spécifiques : "*Il est difficile d'adapter l'activité physique parce qu'ils sont en obésité morbide avec douleurs au genou, douleurs au dos*" (MK1) et "*Pour les gens en situation d'obésité, c'est toujours un peu plus difficile parce que ça fait partie d'une éducation qu'ils n'ont pas eue au préalable*" (MK9).

Les croyances erronées sur les traitements proposés sont fréquemment un obstacle "*Le fait qu'ils aient mal depuis longtemps et tout le temps, en fait, ils n'ont plus du tout envie de faire d'activité physique*" (MK3).

L’arrêt de l’AP par le patient est aussi une limite identifiée par le MK. Cela se manifeste souvent après une **diminution des douleurs** "*En plus, souvent dès que ça va un petit peu mieux, hop, ils s'arrêtent*" (MK6), suite à un **événement** limitant l’AP "*elle s’est cassé un petit orteil [...] elle s’est arrêtée*" (Mk7) ou encore après à un **arrêt de la PEC** kiné par le patient.

Les limites sont plus marquées avec les patients **sédentaires** pour qui la mise en activité est difficile (MK5). De plus, les **attitudes** et **perceptions** du patient peuvent constituer des

freins, comme le manque d'observance, le **manque d'intérêt** pour l'AP, ou encore les réticences et la posture passive face aux soins actifs.

Concernant les **freins liés au MK**, le plus cité est la difficulté **d'évaluer de l'observance à long terme** et à **domicile**, en raison de la confiance accordée à la parole du patient – *“Il y a le fait de ne pas avoir de feedback aussi.,on ne peut pas avoir 100% de confiance dans certains patients qui disent oui j'en fais”* – (MK9) Cette limite est également liée à **l'absence d'évaluation** et de **retour** d'efficacité après la PEC – *“En fait, c'est dur parce que tu n'as pas de moyens de réévaluer, de savoir ce que ça a donné, tout ce que tu as essayé de mettre en place avec la personne [...] Je pense que c'est une limite de ne pas pouvoir s'évaluer là-dessus”* (Mk6) –

Les MK relèvent aussi des limites dues à **l'unicité de la PEC** de chaque MK, influencée par leurs expériences, formations et vécus différents. Les MK récemment diplômés soulignent leur manque *"d'expérience"* et *"de recul"* pour évaluer leurs actions (MK9).

Quelques MK mentionnent également des limites en **matière de communication** et de **collaboration interprofessionnelle**, comme le souligne MK1 : *"On n'est pas informé[...] Je ne suis pas intégré dans un réseau"*. De nombreux MK ne participent pas ou ne se sentent pas inclus dans l'ordonnance sport santé : *"Je sais ce que c'est le sport sur ordonnance, mais je crois que j'en ai jamais eu"* (MK6) et *"Je n'ai pas l'impression d'être inclus dans ce dispositif. J'ai à la rigueur des ordonnances du même type mais avec un autre intitulé"* (MK1).

Enfin, MK1 mentionne une limite dans la **capacité de réorientation post-kiné** : *"J'aimerais bien de temps en temps me dire, sur place, je peux envoyer mon patient qui est maintenant assez autonome dans une association [...] mais je ne pense pas qu'ici, il y ait des structures vraiment adaptées"*

Tableau XXI: Résultats issus du processus de codage pour le thème “limites”

SOUS THÈMES	Code	Verbatims
PATIENT	<u>Spécificités PAMC:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Désavantage PEC long (mauvaise expérience, habitude...) (x3) - Difficulté PEC avec patient en Obésité (x3) - Croyances erronés (x 3) 	(MK6) “les chroniques[...] ça fait longtemps qu'ils sont là et qu'on leur fait faire des exercices en tout genre [...] eu des séances d’actif qui les ont pas plus [...] Si tu leur proposes des choses qu'ils ont déjà vues[...] 'ils ne vont pas du tout adhérer à ce que tu vas leur proposer”
	<u>Arrêt AP:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Après la diminution des douleurs (x3) - Post événements (blessures...) (x1) - Perdu de vue (x1) 	(MK7) “Elle s'était mise à des activités fréquentes, et elle s'est cassée un petit orteil ,du coup, les soins sont en plus orientés vers ça, et elle s'est arrêté ”-- “Sinon, des fois, les gens disparaissent , ils ne viennent plus en kiné “
	Patient sédentaire (x3)	(MK5) “ Les patients les plus durs à mettre en activité, ça va être ceux qui ont l'habitude d'avoir aucune activité [...]ceux qui sont hyper sédentaires ”
	<u>Attitude et perception du patient de l’AP :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Réticence traitement actif (x2) - Posture passif de soins (x3) - Manque d’intérêt pour AP (x2) - Manque d'observance (x2) 	(MK1) “le patient qui a du mal à comprendre que la santé, ça passera par sa prise en charge , que le patient ne doit pas tout attendre du soignant.”
MK	Limite de l’évaluation de l’observance à long terme et à domicile (x5)	(MK6) “Que je ne sais pas si ce que je fais, ça marche . Et c'est dommage, ça me permettrait d' évoluer et d'adapter peut-être ma communication , mes techniques , etc. Je pense que c'est une limite de ne pas pouvoir s'évaluer là-dessus”
	<u>Compétence et expérience:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Kinésithérapie propre à chaque MK (x2) - Manque d'expérience (x2) 	(MK1)”. C'est difficile de parler pour moi, ça fait 33 ans que je pratique la kiné, donc ce que je fais, c'est ma kiné . Ça ne ressemble pas à la kiné du voisin ni à l'autre, c'est chacun au bout du temps qui fait sa kiné soi-même” (MK9) C'est encore un truc où je n'ai pas assez, je pense, de recul et d'expérience , parce que déjà, ça ne fait que 6 mois déjà que je suis dans ce cabinet-là. Et donc, pour la plupart des chroniques, des fois, ça prend un peu plus longtemps.

SOUS THÈMES	Code	Verbatims
	<u>Communication et collaboration:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de communication (x2) - Aucune prise en charge dispositif sport sur ordonnance (x5) 	(MK8) “En libéral on est très seul . Si tu connais pas quelqu'un qui connaît quelqu'un ou si tu si tu communique pas toi-même, personne ne fera l'effort de communiquer avec toi” (MK6) “Je sais ce que c'est le sport sur ordonnance , mais je crois que j'en ai jamais eu.”
	<u>Barrière à l'orientation post MK:</u> (x1) <ul style="list-style-type: none"> - Manque de moyens et d'orientations sûrs - Méfiance EAPA, coach 	(MK1) ”J'aimerais bien de temps en temps me dire, sur place, je peux envoyer mon patient qui est maintenant assez autonome dans une association [...]mais enfin voilà, je pense pas qu'ici, il y a des structures vraiment adaptées ”

V- DISCUSSION :

A. L'interprétation des résultats

1. Processus mis en place pour favoriser le maintien de l'AP chez le PAMC, une adaptation d'une PEC commune.

a. *Phases communes de PEC favorisant le maintien de l'AP par le patient*

Un **processus commun** peut être identifié chez les MK pour favoriser le maintien de l'AP (Figure 22). Ils commencent par effectuer un **bilan**, puis **traitent manuellement** le patient. Ensuite, ils **intègrent la pratique de l'AP en séance** et encouragent la **reproduction des exercices à domicile**. À la fin de la prise en charge, le MK **réoriente le patient vers d'autres professionnels de l'AP** ou le guide vers une pratique autonome, comme en salle de sport (MK7).

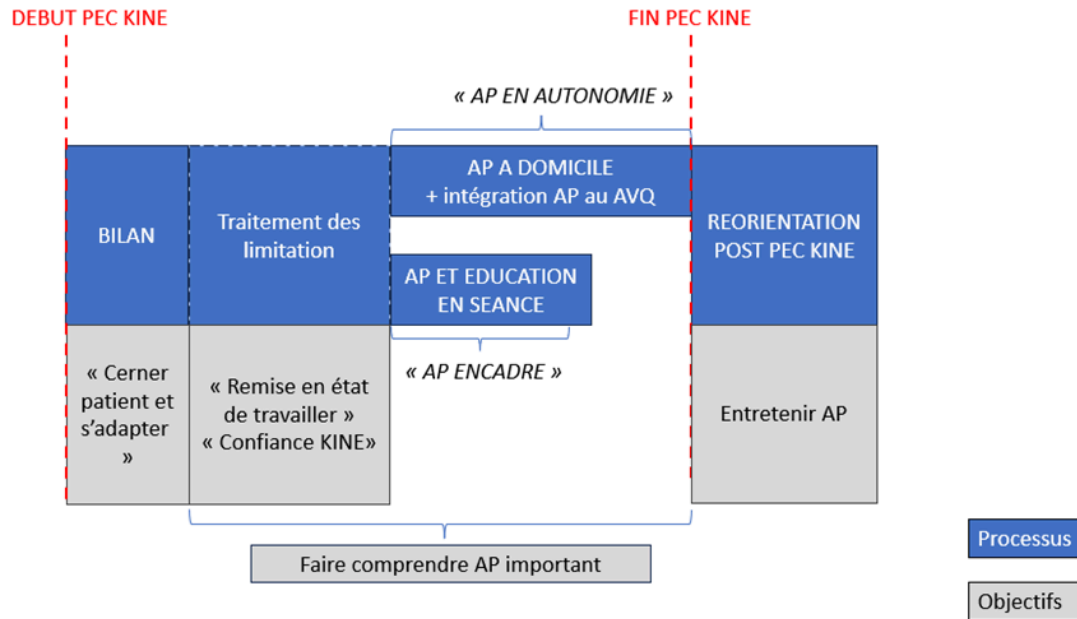


Figure 22: Étapes du processus mis en place par le MK avec les objectifs visés par le MK selon les étapes.

« *Mais quel est l'intérêt de ces phases pour favoriser le maintien de l'AP chez le PAMC ?* »

➤ **Phase de bilan**

La phase du **bilan initial** permet aux kinésithérapeutes de l'échantillon de cerner le patient et d'adapter la PEC à ses besoins, **personnalisant** ainsi le traitement. Ce bilan sert à **explorer et recueillir** des informations telles que les "loisirs" (MK6) et le "niveau d'activité physique" (MK7) du patient.

Cette évaluation est **pertinente** car elle influence les déterminants du maintien de l'activité physique (AP). En effet, l'évaluation et la collecte de données et de caractéristiques individuelles sont essentielles à **l'individualisation** des soins (Suhonen & Charalambous, 2019). Elles contribuent à améliorer le traitement, à assurer la continuité des soins et à éviter les ruptures thérapeutiques (HAS, 2016).

Personnaliser le traitement en identifiant les préférences du patient renforce son implication en lui offrant une PEC spécifique. Cela favorise également **l'auto-efficacité**, **l'autogestion** et la confiance en soi (Von Koch, 2019), reconnues comme favorisant le maintien de l'AP.

Ce bilan initial fournit une **base essentielle** pour recueillir des informations concernant différents **déterminants du maintien**. Par exemple, l'évaluation du niveau d'AP peut fournir des informations sur l'"habitude".

Dans ce processus, le bilan est identifié comme **l'outil** permettant de récolter les informations nécessaires pour **individualiser** et **personnaliser** le traitement, et pour **évaluer le niveau initial de chaque déterminant** grâce à l'accumulation de données

➤ **Phase de traitement**

La **phase de traitement** est perçue pour les MK comme le moyen de **pouvoir créer un lien de confiance** avec le patient ainsi que de **permettre sa réhabilitation** fonctionnelle.

Cette confiance incarne la notion **d'alliance thérapeutique**, définie comme une relation de **collaboration** entre le patient et le thérapeute, qui établit un **lien affectif** fondé sur la **confiance**, l'empathie, l'acceptation et l'honnêteté tout au long du traitement (Malhotra & Chauhan, 2020). Cette alliance est reconnue comme l'un des éléments **les plus importants** pour **l'adhésion thérapeutique à l'exercice** (Moore et al., 2020)

Le MK3 illustre cette perception dans son témoignage : « *En fait, déjà, je pourrais lui demander après ce que je veux, il va avoir confiance en moi parce qu' il sait de quoi je parle* ». Dans le **contexte médical**, **l'adhésion** aux soins est **cruciale**, tant pour un traitement classique que pour le maintien de l'activité physique. Pour **suivre les conseils du thérapeute**, le patient doit d'abord avoir **confiance en lui**. La **méfiance** envers le thérapeute a été identifiée comme l'une des raisons du **non-respect du traitement** (Mahmood et al., 2023). Ainsi, la confiance du patient envers le thérapeute et le traitement ressortent comme **essentiels**.

Concernant **la réhabilitation fonctionnelle**, la partie théorique a mis en évidence des **barrières** telle que la **douleur**.

Le traitement manuel, par ses effets **analgésiques** (Vigotsky & Bruhns, 2015), peut diminuer la douleur du patient et permettre à celui-ci d'envisager l'initiation de l'AP. De plus, la thérapie manuelle, tel que le **massage**, permet d'améliorer et de **renforcer l'alliance thérapeutique** (McParlin et al., 2022), favorisant ainsi **l'adhérence** du patient au traitement.

➤ *Phase d'AP et d'éducation en séance*

Les MK de l'échantillon dispensent de l'AP et éduquent leurs patients durant les séances de kinésithérapie. Cette étape permet principalement de **démontrer l'efficacité de l'AP** : « *On a la capacité de leur montrer que ça marche vraiment* » (MK5); « *Il faut qu'ils trouvent le bénéfice de cette activité physique encadrée* » (MK1). Elle vise également à renforcer la **confiance du patient** (MK8, MK5) et à **le rassurer** (MK2).

En effet, la pratique de l'AP est associée à des effets **antalgiques** à court et **long terme** (Geneen et al., 2017) et permet de **restaurer les ressources** physiques des patients, comme le capital musculaire (Plaza-Diaz et al., 2022). Cela renforce la **confiance** des patients dans leurs capacités (auto-efficacité) et **réduit les obstacles** liés à la douleur ou à la peur. De plus, la pratique répétée augmente **l'auto-efficacité** et crée une "**habitude**" reconnue comme nécessaire au maintien de l'AP (cf. Tableau XI, partie II.C.2).

L'éducation améliore **l'auto-efficacité** du patient en matière d'AP et lui fournit les **connaissances nécessaires pour devenir autonome**. En effet, les personnes bien informées sur les questions de santé sont plus autonomes et plus enclines à adopter des comportements sains (Shin & Lee, 2018)

L'amélioration de l'auto-efficacité par l'éducation s'explique par trois types de **connaissances** : déclarative (savoir quoi), **procédurale (savoir comment)** et conditionnelle (savoir quand et pourquoi) (Schrader & Lawless, 2004). La **connaissance procédurale**, en particulier, fournit "**l'instruction de la façon d'effectuer un comportement**" (BCT 4.1), reconnue pour augmenter l'auto-efficacité.

➤ *La phase d'AP à domicile et réorientation*

Pour les MK de l'échantillon, l'AP à **domicile** vise à rendre le patient **autonome** en lui proposant des exercices **peu nombreux, progressifs, simples** et **maîtrisés**. Ces caractéristiques sont reconnues pour **améliorer l'adhérence et le maintien de l'AP** (Bachmann et al., 2018). De plus, **la maîtrise et la progressivité** des exercices augmentent **l'auto-efficacité**, favorisant ainsi le maintien de l'AP (Nicolson et al., 2017).

L'intégration de l'AP dans les AVQ et en salle de sport est un moyen efficace de **généraliser le comportement** appris en séance (BCT 8.6), **adaptant ainsi le nouveau comportement** au contexte **quotidien du patient**. En effet, la généralisation du comportement dans des environnements variés permet **d'ancrer ce comportement**, qui est fortement

dépendant du contexte dans lequel il s'est formé (localisation, ambiance, etc.) (Bouton, 2014). Pour que le comportement se généralise, le nouveau contexte **doit avoir des points communs** avec le contexte d'origine (Bouton, 2014). La **maîtrise** et la **répétition de l'exercice effectué en séance** peuvent donc **jouer ce rôle**.

b. Un processus personnalisé

Les résultats de notre étude concordent avec ceux de l'étude d'Ogilvie et coll. en 2007, qui montrait que la '**personnalisation**' est une composante **essentielle** des interventions efficaces de PAP. En effet, les MK de l'échantillon perçoivent cette personnalisation comme un moyen de **faciliter l'adhésion** du patient au traitement. Comme le souligne MK6 : *“Mais si tu peux au maximum arriver à t'adapter à ce que la personne aime bien, je pense que tu auras plus de facilité à remporter son adhésion.”*. Collado-Mateo et al. en 2021 appuie cette idée en expliquant que seuls les **programmes d'exercices alignés sur les préférences** et les caractéristiques des participants **peuvent se transformer en une véritable habitude**.

c. Processus proche des pratiques pour l'observance des exercices rééducatifs à domicile.

Lors des entretiens et en lisant ces derniers, il pouvait y avoir une **ambiguïté** entre le fait de **favoriser le maintien à long terme de l'AP**¹⁹, et celui d'encourager l'**observance des exercices de rééducation**²⁰. Les MK suggèrent souvent dans les entretiens de « *faire les exercices pratiqués en séance à la maison* ». Bien que cela puisse indiquer une **stratégie** visant à **utiliser l'observance des exercices comme un moyen de promouvoir le maintien de l'AP**, la finalité exprimée par les MK, à savoir « *éviter les récives* » et « *faire en sorte qu'ils ne reviennent pas* », peut laisser penser que les MK **associent le maintien de l'AP à long terme à l'observance des exercices de rééducation**. Cet aspect est mis en lumière dans l'article de Lowe en 2018, où les MK britanniques se concentrent principalement sur le **rétablissement fonctionnel** plutôt que sur la promotion générale de la santé. En France, et dans cette étude, cela pourrait s'expliquer par le fait que le **rôle de promotion de la santé** est relativement **récent** dans la **profession** (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2015) et pourrait ne **pas être encore totalement intégré** à l'identité des MK.

¹⁹ Dans ce contexte, le MK aide le patient à comprendre l'importance de rester actif régulièrement, au-delà des séances de thérapie.

²⁰ Dans ce contexte, le kinésithérapeute s'assure que le patient suit de manière rigoureuse les exercices spécifiques prescrits pour traiter sa condition médicale.

D'autres explications pourraient également éclairer cette relation. L'**adhésion à l'exercice thérapeutique** est perçue par les MK comme "*difficile*", selon une étude qualitative (Room et al., 2021). Dans notre étude, cette difficulté s'exprime en partie à travers la complexité **d'évaluer** correctement l'**observance** du patient : "*je n'ai aucun retour pour savoir si ce que je fais marche*" (MK6) et "*on ne peut pas se fier à 100 % au retour du patient*" (MK9). Ces défis poussent parfois les MK à faire preuve de "**résilience**" face au non-respect de l'observance des patients (Room et al., 2021). Certains MK pensent même que la **décision de faire l'exercice revient au patient**, et non au professionnel (Holden et al., 2009)

Ainsi, **si les MK rencontrent des difficultés à faire adhérer à long terme les exercices thérapeutiques**, qui sont essentiels à leurs traitements de rééducation, il devient **difficile d'envisager le maintien de l'AP de manière plus générale**.

Une autre hypothèse peut également être envisagée. En effet, **encourager l'adhésion à long terme à l'exercice thérapeutique** ou, dans notre cas, au **maintien de l'AP** peut, dans les deux cas, être considéré comme un **changement de comportement**, l'exercice étant un type d'AP. Des études sur le sujet, comme celles de Mahmood et al., en 2023, suggèrent une base conceptuelle **similaire**. Elles identifient des **déterminants communs** entre l'adhérence à l'exercice et le processus de maintien de l'AP, tous deux issus des **théories de changement de comportement** telles que l'auto-efficacité, la motivation ou l'intention de faire de l'exercice (Essery et al., 2017). L'étude de Kunstler et al en 2019 visant à identifier les BCT utilisées pour promouvoir l'AP non thérapeutique et l'observance des exercices thérapeutiques est un élément qui renforce ces hypothèses. Dans son étude, Kunstler montre que les MK utilisent les **mêmes techniques** pour les **deux types de comportement**.

Cette similitude des deux comportements, tant sur le plan conceptuel que pratique, laisse envisager un **apport mutuel** entre les deux notions. Ainsi, l'amélioration des pratiques des MK dans le domaine de l'observance à long terme des exercices pourraient également améliorer les pratiques relatives au maintien à long terme de l'AP.

d. Processus issus du bon sens :

Pour certains MK de l'échantillon, le processus pour favoriser le maintien de l'AP chez PAMC est **logique**, issu du « *bon sens* ». Bien que l'utilisation du « bon sens » est reconnue pour faire partie intégrante du processus de **décision médicale** (Sherman, 2008), celle-ci présente également des limites. En effet, en utilisant ce type de processus, l'individu est sujet

à des biais cognitifs qui peuvent conduire à des **erreurs**, et peut **manquer d'appui scientifique** (Corrao & Argano, 2022). Aussi, ce qui semble logique pour un MK peut ne pas l'être pour un autre, cela pouvant amener à une **variabilité inter-individuelle** dans les pratiques pour favoriser le maintien de l'AP chez le patient par le MK.

En somme, le MK adapte et optimise sa prise en charge habituelle dans l'optique de favoriser le maintien de l'AP, en utilisant chaque phase dans une optique spécifique pour favoriser le maintien de l'AP. Ce processus se rapproche et s'alignent au processus utilisé pour que le patient adopte l'exercice à domicile. Le processus semble donc être utilisable en pratique clinique, renforçant le rôle que peut jouer le MK dans ce domaine.

2. Les techniques et raisons pour favoriser le maintien de l'AP chez le PAMC :

a. *Type de technique utilisées*

Les catégories de techniques les plus utilisées par les MK sont les techniques **d'évaluation**, de **prescription d'AP**, et **d'éducation**. Cela n'est pas surprenant, car l'évaluation, la pédagogie et la prescription d'activité physique font partie des **outils utilisés quotidiennement par les MK** (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2015). Ces 3 types de techniques sont également pertinentes par rapport aux objectifs visés par les MK, qui cherchent à « cerner et s'adapter au patient » et à « sensibiliser le patient à l'importance de l'AP »

b. *Techniques par objectifs visés :*

L'objectif principal pour les MK de l'échantillon est de « **faire comprendre l'importance de l'AP et d'en montrer les bénéfices** ». Ils estiment que **comprendre** et être **conscient** des bénéfices de l'AP est **essentiel** pour que les patients **s'engagent à long terme**. Comme l'exprime MK6 : « *surtout mettre l'accent sur le fait que c'est bénéfique. J'ai l'impression que souvent, les gens ne réalisent pas cela par eux-mêmes, ce qui les empêche de s'engager sur la durée.* »; et MK1 ajoute : « *au moment où ils comprennent par eux-mêmes les bienfaits de l'activité physique, ils continuent.* » Effectivement, il a été identifié que les **individus conscients des avantages** de l'exercice sont plus enclins à adhérer à des programmes d'exercice (Collado-Mateo et al., 2021).

Dans cet objectif, les MK se voient comme des **intermédiaires** essentiels pour **sensibiliser** les patients aux bénéfices de l'AP. Cette **prise de conscience** aide le patient à **évaluer** et **comprendre** l'importance de pratiquer l'AP à long terme. En effet, les **avantages de l'AP** ne sont **pas immédiatement** visibles à court terme, et **l'impact de l'inactivité physique** sur la santé peut rester **inaperçu** pendant des années, ce qui le rend particulièrement insidieux, d'où le surnom de « **tueur silencieux** » (Pišot, 2022). MK7 illustre ceci par l'exemple : « *un patient qui n'a pas bougé pendant 5 ans et qui va soulever une charge trop lourde ne va pas remettre en cause son inactivité mais plutôt dire que l'objet était trop lourd.* » Les principales techniques employées pour atteindre ces objectifs incluent la **transmission de connaissances** sur l'AP et la **démonstration concrète de ses bénéfices** à travers des **techniques actives**.

L'apport de connaissances permet aux MK de l'échantillon de **rectifier les fausses croyances** et de faire de l'AP une priorité dans la vie du patient. Cette démarche aide à **surmonter l'obstacle du temps**, souvent considéré comme le principal frein à la pratique régulière de l'AP, en élevant l'AP au même niveau que les besoins vitaux. La **démonstration concrète des bénéfices** de l'AP à travers des techniques actives peut offrir une **expérience vécue de l'AP**, (ressenti physique, émotionnel, nociceptif, sensoriel) permettant au patient de ressentir **directement les avantages** de celle-ci. Les expériences vécues et les connaissances acquises semblent **complémentaires** dans la formation du comportement. Tandis que **l'expérience** vécue apporte **l'élan émotionnel** et l'authenticité nécessaires pour stimuler le changement, les **connaissances** fournissent le cadre et **la compréhension** indispensables pour soutenir ce changement. En effet, les **connaissances**, la perception des risques et les **signaux** sont des facteurs qui encouragent les gens à prendre conscience de leur situation, pouvant ainsi déclencher un changement de comportement (van Stralen et al., 2010).

- *Techniques par objectifs visés chez les MK de l'échantillon par rapport aux déterminants théoriques.*

➤ ***Liens objectifs / déterminants***

Il est **compliqué** de relier directement les techniques utilisées par les MK aux déterminants du comportement, **aucune mention** de ces derniers n'apparaît dans les entretiens notamment parce que les entretiens ont évité toute référence aux théories de changement pour ne pas influencer les participants. Les **objectifs** des MK ne **spécifient pas clairement** un type de

déterminant, révélant peut-être une **méconnaissance des théories** sous-jacentes. Toutefois, des liens peuvent être établis. Par exemple l'objectif de “**rendre autonome**” peut rendre compte de la notion d'**auto-efficacité** ou d'habitude. Le Tableau XXII explore ces correspondances potentielles. Il est aussi pertinent de **réfléchir à l'importance** d'objectifs tels que “augmenter la confiance envers le MK” et “cerner le patient et s'adapter” qui ne semblent **pas trouver de correspondance logique** avec les déterminants de maintien.

Tous deux possèdent un intérêt pour le maintien de l'AP. Le premier peut significativement améliorer l'adhérence à l'AP et en faciliter l'initiation comme décrit antérieurement dans la discussion. Le deuxième, décrit antérieurement augmentent les chances **d'adhérence** et de **maintien**.

Tableau XXII: Correspondance possible entre les objectifs visés par les MK et les déterminants théoriques développés dans la partie II.C.2

Objectifs visés par MK à travers les techniques	Déterminants théoriques du maintien de l'AP
Rassurer le patient	Attitudes et Risques perçus ; Auto-efficacité
Faire comprendre l'importance et les bénéfices de l'AP au patient	Attitudes et Risques perçus
Rendre autonome le patient	Habitude; Identité, Auto-efficacité
Motivation	Motivation
Rendre capable	Auto-efficacité
Augmenter l'adhérence de l'AP	Initiation
Augmenter la confiance envers le MK	
Cerner le patient et s'adapter	

➤ *Liens techniques/déterminants*

De plus, des liens entre les **déterminants du comportement** et les **techniques utilisées** peuvent être établies à partir des verbatims des entretiens et des liens avec les BCT théoriques. On note qu'une grande partie des techniques peuvent être associées à l'**attitude/risque perçu** et à l'**auto-efficacité**. Les relations sont visibles dans le Tableau XXIII

Tableau XXIII: Affiliation possible des techniques utilisées par les MK par rapport aux déterminants théoriques du maintien de l'AP. En bleu les déterminants, en jaune les objectifs visés.

Déterminants		Objectifs visés	Techniques
INITIATION	Attitude et risque perçus	Apport connaissance	Raison de maintenir l'AP
			Raison d'Initier l' AP
			Casser les fausses croyances concernant la cause de douleurs ou influence négative de l'AP sur la maladie
			Explication du bilan, (ex:douleur)
		Prise de conscience intérêt AP	Maintien des séances d' AP sur le long terme pour évaluer le résultat de l' AP
			Amélioration post séance de l' AP
			Comparaison bilan ant/ post AP
			Image concrète
	Donner des éléments et des objectifs quantifiables au patient (via élément bilan)		
	Montrer le contraste entre efficacité techniques passives utilisées seul vs traitement actif		
	Reconditionnement		
	Exercice spécifique actif permettant de traiter les symptômes (ex: douleurs)		
	Autres	limiter le passif	
		Evaluation des manifestations post séance	
		Evaluation du ressenti depuis le début PEC Active	
		Limite temporelle PEC	
Auto-efficacité	Responsabilité : dilemme dépendance ou autonomie		
	Effectuer AP avec patient		
	Faire AP en séance		
	Comparaison bilan ant/ post AP		
	Reconditionnement		
	Exercice spécifique actif permettant de traiter les symptômes (ex: douleurs)		
Responsabilité : dilemme dépendance ou autonomie			
<u>Maîtrise exercice:</u> - démonstration et correction exercice à chaque séance - Correction exercice jusqu'à maîtrise			

Déterminants	Objectifs visés	Techniques
		Exercice à domicile: -Régulier/ routine -Maîtrisé / progressif -Simple / limité
		Effectuer AP avec le patient
		Faire AP en séance
		Evaluation manifestation post séance
		Evaluation du ressenti des exercices maison
Habitude		Augmentation graduelle du temps entre chaque séance
		Evaluation de l'observance
		Orienter AP plaisir
		Faire AP en séance
Motivation	Extrinsèque	Participation financière
		Posture haute
	Intrinsèque	Orienter AP plaisir
	Autres	Elément quantifiable
		Partage avec le collègue du patient
Autorégulation		Augmentation graduelle du temps entre chaque séance
		Evaluation de l'observance

c. *BCTs identifiés dans l'étude*

• BCT de l'étude vs littérature :

Il a été identifié dans l'étude l'utilisation de **22 BCT**. Les MK interrogés utilisent plusieurs BCTs au sein de leurs pratiques cliniques afin de favoriser le maintien de l'AP chez le PAMC. Les techniques le plus souvent utilisées étant la **pratique du comportement et sa répétition**, la **formation des habitudes**, le **changement des croyances sur les comportements**, **informer sur les effets du comportement** et **l'instruction concernant la réalisation du comportement**. Cette étude **corrobore** le résultat trouvé dans l'étude qualitative de Eisele et al. en 2020 sur des MK allemandes qui avaient identifié **17 BCT**. Bien que comportant des **similitudes** (type de BCT utilisé), il existe des **variations** dans le **pourcentage** d'utilisation de certains BCT, telle que " la fixation d'objectifs".L'écart et le faible pourcentage pour des techniques telle que la fixation d'objectif dans notre étude pourrait résulter du **codage trop restrictif** (cf: ex codage :Annexe XII) ou rendre compte

d'une potentielle **spécificité de l'échantillon**. Le détail de la comparaison entre les deux études est disponible en Annexe XIII.

Les BCTs de notre étude **varient** en **nombre** et en **pourcentage** par rapport à l'étude australienne de Kunstler et al. en 2018, qui relève par exemple l'utilisation de la **récompense sociale** (BCT 10.9) comme la deuxième BCT la plus utilisée (74 %), alors qu'elle n'est **pas mentionnée dans notre étude**. Cela peut résulter de la nature **méthodologique** de l'étude australienne, qui utilisait un **questionnaire** comportant pour chaque question l'intitulé de la BCT. Ainsi, dans l'étude de Kunstler, toutes les techniques étaient portées à la **conscience** des sujets.

Dans notre étude qualitative, les MK n'avaient **pas connaissance** des techniques. Le codage ainsi que l'association aux BCT se sont faits a posteriori par l'analyse des verbatims. Il est donc **possible** que les MK de notre échantillon utilisent **plus de techniques** que celles identifiées. En effet, l'étude qualitative ne permet pas d'évaluer l'étendue de la pratique des MK car elle n'étudie que ce qui émane de la conscience des participants. La façon d'orienter les questions, le contexte et l'ordre des questions peuvent influencer la remémoration et le schéma de pensée des MK interrogés (Oltmann, 2016). De plus, il convient de noter que la **nature qualitative** de l'étude et le processus de codification déductif portant exclusivement sur les **verbatim** ne permettent pas de déterminer si les MK utilisent régulièrement certaines BCT, ni la **fréquence** de leur utilisation. En effet, le codage s'appuie le plus souvent **sur une phrase**, un exemple et ne rend pas forcément compte de la pratique réelle. Toutefois, **l'avantage** du qualitatif est de pouvoir **identifier les techniques qui semblent les plus importantes aux yeux des MK**.

Dans notre étude, l'utilisation des BCT semble **varier considérablement** d'un thérapeute à l'autre. Bien que certains éléments soient communément utilisés par l'ensemble des MK (pratique de l'AP, exercices à domicile), la variabilité dans la combinaison et le nombre de BCT utilisés suggère que les MK ne **possèdent pas de référentiel commun**. Le même constat a été fait par Lowe et al. en 2018, qui déclarent que la prescription d'AP par les MK britanniques **manque d'un cadre commun** et cohérent. Cela pourrait donc être également le cas en France, et notamment à La Réunion. Cette hypothèse, dans notre étude, pourrait s'expliquer par le caractère **instinctif du processus** perçu par les MK interrogés, qui est propre à chaque MK, ce qui peut entraîner des variations de prise en charge. Elle peut aussi témoigner d'un potentiel **manque de connaissances** des MK sur la PAP et des techniques

utilisables. L'étude de O'Donoghue et al. en 2011 montre un manque dans ce domaine dans la formation initiale de kinésithérapie en Irlande, confirmé en 2012 par le témoignage de nouveaux diplômés percevant un déficit dans ce domaine. Un survol rapide du référentiel de formation initiale des kinésithérapeutes en France, fourni par la Fédération Nationale des Kinésithérapeutes, laisse également envisager un **manque de formation** dans ce domaine en France. Des recherches plus approfondies sur le sujet méritent d'être menées.

- *BCT utilisé par les MK de l'échantillon par rapport aux déterminants théoriques:*

Les MK utilisent de nombreuses BCT identifiées pour influencer les déterminants impliqués dans le maintien de l'AP (Tableau XXIV). Concernant ces BCT, les MK utilisent près de **60% des BCT** identifiées pour influencer **l'intention** et à **l'auto-efficacité**, **50%** des BCT associées à **l'habitude**. Cependant, on note un **faible pourcentage** d'utilisation des BCT visant les déterminants de **l'attitude et du risque perçu** (31%), de **l'auto-régulation** (33%) et de **l'identité** (10%). Une utilisation d'un plus grand pourcentage de BCT ciblant ces différents déterminants pourrait améliorer les pratiques des MK pour favoriser le maintien de l'AP. En effet, il a été démontré que l'une des caractéristiques des interventions les plus **efficaces** pour maintenir l'AP étaient celles qui **combinent un maximum de BCT** (Bohlen et al., 2020).

Il est intéressant de noter que la **tendance** des techniques liées aux déterminants (Tableau XXIII) et aux BCT (Tableau XXIV) est **similaire**. Cela indique quel déterminant semble être le plus ciblé par les MK.

Il est également intéressant de noter que, malgré une forte tendance à utiliser des techniques censées influencer **l'attitude et la perception des risques** (cf. tableau XXIII), seulement 5 des 15 BCT reconnues pour modifier ces déterminants sont employées. L'intégration des autres BCT pourrait donc améliorer l'efficacité de la PEC. Par exemple, démontrer les bénéfices émotionnels de l'AP, comme les effets relaxants d'une séance de yoga ou l'impact de l'AP sur le stress et la dépression, pourrait être envisagé (BCT 5.6)."

Tableau XXIV: Catégorisation des BTC identifiées dans l'étude (bleu) sur les 44 BTC identifiées dans le cadre théorique.

Déterminants	BCT	BCT étude vs BCT déterminant (%)
Auto-efficacité	1.2. Résolution de problèmes	8/13 (60%)
	1.6. Décalage entre le comportement actuel et l'objectif	
	15.1 Persuasion verbale à propos des capacités	
	15.3 Se concentrer sur les succès passés	
	15.4 Monologue intérieur	
	2.2. Retour d'information sur le comportement	
	2.3. Autosurveillance du comportement	
	2.7. Rétroaction sur le(s) résultat(s) du comportement	
	4.1. Instructions sur la manière d'adopter un comportement	
	6.1 Démonstration du comportement	
	6.2. Comparaison sociale	
	8.1 Pratique comportementale/répétition	
	8.7 Tâches graduées	
Attitude / risque perception	10.1. Incitation matérielle (comportement)	5/15 (31%)
	10.10. Récompense (résultat)	
	10.8. Incitation (résultat)	
	13.2. Cadrage/recadrage	
	2.6 Biofeedback	
	4.1 Instruction sur la façon d'adopter un comportement	
	4.2 Information sur les antécédents	
	5.1. Informations sur les conséquences sur la santé	
	5.2. Importance des conséquences	
	5.3. Informations sur les conséquences sociales et environnementales	
	5.5. Regrets anticipés	
	5.6. Informations sur les conséquences émotionnelles	
	9.1. Source crédible	
9.2. Avantages et inconvénients		
9.3. Imaginer comparativement les résultats futurs		
Intention	1.1. Fixation d'objectifs (comportement)	4/7 (57%)
	1.3. Fixation des objectifs (résultat)	
	1.5. Passer en revue le(s) objectif(s) comportemental(aux)	
	1.6. Décalage entre le comportement actuel et l'objectif	
	1.7. Examiner le(s) but(s) de résultat	
	10.8. Incitation (résultat)	
	5.1. Informations sur les conséquences pour la santé	

Autorégulation	1.2. Résolution de problèmes	4/12 (33%)
	1.4. Planification des actions	
	11.2. Réduire les émotions négatives	
	11.3. Préserver les ressources mentales	
	12.1. Restructuration de l'environnement physique	
	12.3. Éviter/réduire l'exposition aux signaux du comportement	
	12.5. Ajout d'objets à l'environnement	
	2.3. Autosurveillance du comportement	
	4.2. Informations sur les antécédents	
	7.1 Rappels, signaux et incitations	
	8.2. Substitution comportementale	
	8.3. Formation d'habitudes	
Identité	6.2 Comparaison sociale	1/9 (10%)
	8.1 Pratique du comportement et répétition	
	8.2 Substitution comportemental	
	12.5. Ajout d'objets à l'environnement	
	13.2. Cadrage/recadrage	
	13.3 Croyances incompatibles	
	13.4 Valorisation de l'identité personnelle	
	13.5 Nouvelle identité associée au comportement	
Habitude	7.1 Rappels, signaux et incitations	3/5 (50%)
	7.5 Éviter les stimuli concurrentiels	
	7.8 Apprentissage associatif	
	8.1 Pratique du comportement et répétition	
	8.3 Formation d'habitude	

Les MK utilisent également des **BCT non identifiées** parmi les **44 BCT** précédemment décrites dans le Tableau XI de la partie théorique. Ces **5 BCT supplémentaires** sont présentées dans le Tableau XXV ci-dessous et de manière plus globale en Annexe XI. Il serait intéressant **d'examiner leur rôle dans le maintien de l'AP.**

Tableau XXV: BCT identifiées dans l'étude et ne faisant pas partie des 44 BCT identifiées dans la partie théorique.

BTC identifié dans l'étude dont les liens non établis avec déterminants du maintien de l'AP	1.9. Engagement
	2.1 Suivi du comportement d'une personne sans retour d'information
	4.3 Changer les croyances sur le comportement et suggérer des explications alternatives
	5.2 Mise en évidence des conséquences du comportement
	8.6 Généraliser le comportement

Pour ce qui est de **l'engagement (BCT 1.9)**, des études sur l'adhérence à l'exercice montrent que l'établissement d'un contrat ou d'un accord, comprenant les conséquences et les récompenses liées au comportement, peut améliorer la **motivation** et **l'adhésion** (Burgess et al., 2017; Nicolson et al., 2017), en **renforçant l'auto-efficacité** de l'individu et son intention d'adopter le comportement (Collado-Mateo et al., 2021).

En ce qui concerne le **suivi du comportement sans retour (BCT2.1)**, il se traduit dans notre étude par une **évaluation continue** de la **maîtrise des exercices** ou des raisons de l'arrêt des exercices par le patient. Cette nécessité d'évaluation a déjà été mentionnée. Pour illustrer, Essery et al. en 2017 montrent que comprendre et évaluer les causes de la non-observance est indispensable pour améliorer l'adhésion aux exercices.

Des études montrent également que **changer les comportements des patients (BCT4.3)** en les informant sur l'expérience et les croyances liées à la douleur permet de réduire les sentiments de peur, d'anxiété et d'inconfort, qui favorisent l'abandon de l'AP (Ezzat et al., 2015). Cela aide les patients à interpréter correctement leurs sensations, *comme l'a décrit MK1 : “je leur explique que c'est normal d'avoir mal à faire des exercices, que ce sont généralement des courbatures : de bonnes douleurs”*. **La mise en évidence des conséquences (BCT5.2) et la généralisation du comportement (BCT8.6)** sont également **importantes** pour le **maintien de l'AP** et ont été abordées précédemment.

Vu leur potentiel intérêt dans le maintien de l'AP, on peut se poser la question :

Pourquoi ces déterminants ne sont-ils pas identifiés parmi les 44 BCT ?

Cela pourrait être dû à l'absence d'études associant ces déterminants à ces BCT ou à un manque de corrélation. Des exemples appuient cette hypothèse. En effet, les Figures 23 et 24 montrent l'absence de corrélation du BCT 4.3 avec les mécanismes d'action (Moa) en général et l'absence de corrélation du BCT 5.2 avec le MoA “connaissance”, qui semble être une des voies par lesquelles ce BCT influence le comportement.

		MoAs							
		+	+	+	+	+	+	+	+
		Kn	Sk	Le SPRI	BaCa	Op	Baco	Re	Dan
+	3.1. Soutien social (non précise)								
+	3.2. Soutien social (pratique)								
+	3.3. Soutien social (émotionnel)								
+	4.1. Instruction sur la façon d'adopter un co...								
+	4.2. Informations sur les antécédents								
+	4.3. Réattribution								
+	5.1. Informations sur les conséquences sanit...								

Figure 23: Absence de corrélation entre le BCT 4.3 et les Moa existant, lien de la source :

<https://theoryandtechniquetool.humanbehaviourchange.org/tool>

BCT : 5.2. Importance des conséquences

Mode d'action : Connaissance

Données de l'outil
Ressources ⁰
Connectez-vous et discutez

 Résultat du lien : Absence de preuve

Étude de synthèse de la littérature		À propos de l'étude
Valeurs p 0,3138087	fréquence 2	

Étude consensuelle d'experts			À propos de l'étude
Certainement Oui 60%	Incertain 25%	Certainement pas 15%	

Étude de triangulation		À propos de l'étude
Étude non requise		

Figure 24: Manque de corrélation entre le BCT 5.2 et le Moa " Connaissance"

3. Les principales limites :

➤ *Bilan observance exercice :*

La difficulté d'effectuer le **bilan de l'observance** des exercices à domicile ou de la pratique sur une plus longue durée est relevée comme un frein important par les MK de l'échantillon . Cette difficulté est en partie dû au fait qu'à l'heure actuelle il n'existe pas de mesure de référence de l'observance (Mahmood et al., 2023). Les **questionnaires d'auto-évaluation** ou les **carnets de bord** quotidiens sont fréquemment utilisés pour mesurer l'adhésion aux programmes à domicile (Bassett et Hons, 2003) (Newman-Beinart et al., 2017) mais tous deux possèdent des limites: **surestimation** et biais de remémoration pour le 1er (Bassett and Hons, 2003) et **oubli** et chronophage pour le deuxième (Newman-Beinart et al., 2017). La **confiance en les propos du patient** est identifiée par le MK9 comme un frein à ce retour d'auto-évaluation par le patient. Cela renforce l'importance de l'utilisation de **techniques** renforçant **l'alliance thérapeutique** favorisant un retour franc du patient.

Cette difficulté d'observance sur le long terme constitue également **une limite à l'évaluation de l'efficacité** des stratégies mises en place : “ *c'est dur parce que tu n'as pas de moyens de réévaluer*” (MK6). Ce manque de retour peut laisser le MK dans l'ignorance et **limiter la remise en question** de sa PEC. Cette problématique semble moins se retrouver chez les MK ayant de nombreuses années d'expérience qui ont l'occasion de revoir le patient quelques années (MK1)

➤ *Non observance : Patient non motivé , manque d'intérêt.*

Une grande partie des obstacles mentionnés par les MK de l'échantillon concerne la **difficulté à favoriser l'AP** chez des patients **non observants**, qui ne trouvent pas d'intérêt ou qui ne sont **pas motivés**. Ce constat est corroboré par de nombreuses études, telles que celles d'Eisele et al. (2020) et de Room et al. (2021). Plusieurs raisons expliquent cette démotivation, malgré la connaissance des bienfaits de l'AP. L'une d'elles est le manque d'informations adéquates pour améliorer la motivation et l'adhésion aux directives d'exercice (Collado-Mateo et al., 2021). Cela est particulièrement fréquent chez les personnes en stade de **précontemplation**, où elles ne perçoivent aucun bénéfice à adopter le comportement (Prochaska & Velicer, 1997). Comme mentionné précédemment, les inconvénients de l'inactivité physique ne sont pas directement visibles, rendant difficile pour le patient de percevoir la nécessité de maintenir l'AP à long terme.

Compte tenu de ces éléments (non perception des bénéfiques, manque d'information), on comprend l'intérêt des MK de faire "prendre conscience des bénéfiques". Ces résultats suggèrent que les **compétences des MK** pour interagir avec des **patients démotivés** pourraient être **insuffisantes**. Ceci est en accord avec Kunstler et al. (2018), qui ont constaté que les MK avaient des difficultés à motiver leurs patients pour l'AP. Il pourrait donc être **bénéfique de former les MK** sur les théories du changement de comportement afin de leur permettre de comprendre les leviers pour inciter les patients à initier et maintenir l'AP.

B. Critique du dispositif de recherche.

1. Identification des biais d'étude.

Comme toute recherche, celle-ci comporte des « **biais** ». En recherche, un biais est défini comme une « erreur systématique introduite dans l'échantillonnage ou le test en sélectionnant ou en encourageant un résultat ou une réponse par rapport à d'autres » (Merriam-Webster, 2023). Ces biais sont considérés comme **inhérents** au processus de recherche et peuvent survenir **à toute étape de la recherche** (Merriam-Webster, 2023). Il est essentiel de les identifier dès le début pour en prendre conscience et en limiter autant que possible les effets.

Les **critères SRQR** ont été utilisés comme cadre de référence pour l'écriture du mémoire (cf: partie III.C.3), dans le but de **réduire les biais**. De plus, avant de débiter la recherche j'ai **pris connaissance** des principaux biais susceptibles d'altérer les résultats²¹ afin de les limiter. Les principaux biais, pouvant s'être manifestés, seront présentés selon trois catégories : les biais liés au chercheur, les biais liés à la méthode et les biais liés à l'échantillon.

a. Biais liés au chercheur.

Lors de ma recherche, j'ai pu avoir tendance à sélectionner ou favoriser les éléments qui confirment mes idées préconçues (**biais de confirmation**). Bien que j'ai essayé de réduire ce biais au maximum en **reconnaissant mes a priori** et en adoptant une **approche** de recherche aussi **rigoureuse** que possible, il se peut que j'aie inconsciemment sélectionné ou favorisé des éléments confirmant mes préjugés. D'autres biais ont également pu s'exprimer, tel que le **biais de subjectivité** (Williams et al., 2020). En effet, lors de la lecture et de la **codification** des

²¹ https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574513/>

entretiens, il est possible que j'aie mal interprété les propos des MK et codé les verbatims selon **ma propre compréhension**.

Pour pallier cela, j'ai effectué des **résumés courts des propos** des participants durant les entretiens, ce qui leur permettait de rebondir sur les éléments résumés pour les approfondir tout en m'assurant de **bien comprendre leurs propos**. Un co-codage des entretiens n'a pas pu être réalisé étant donné que j'étais le seul intervenant de ma recherche, mais cela aurait également permis de diminuer le biais de subjectivité inhérent au codage inductif. De plus, la **description des étapes du codage** (Annexe VI,IX,XII) et **un retour des données codées** à 5 participants pour validation ont été effectués pour réduire ce biais (Annexe XIV).

Concernant mon rôle d'intervieweur, n'étant **pas formé** pour mener des entretiens, il m'a parfois été **difficile de rebondir sur les propos des participants**. Cependant, deux entretiens tests avaient été effectués avant les entretiens principaux afin de me familiariser au mieux avec cette pratique et limiter au mieux ce biais.

b. Biais liés à la méthodologie et à l'outil de recueil

Certains biais méthodologiques peuvent être identifiés. Premièrement, le **guide d'entretien** a considérablement **évolué** entre les premiers et les derniers entretiens. Les trois premiers entretiens se sont déroulés avec le **guide de mon ancien mémoire**, tandis que les six derniers ont utilisé le guide actuel. Néanmoins, les verbatims des trois premiers entretiens contenaient les éléments nécessaires pour répondre aux questions du nouveau guide, ce qui m'a permis de les utiliser. En effet, le premier guide traitait déjà en partie des questions du second guide.

Mon étude, d'approche phénoménologique transcendantale, vise à être la plus neutre possible. Cependant, même avec un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes, **mon langage verbal et non verbal** a pu **orienter** les réponses des participants. Par exemple, des validations comme **"oui, oui"** ou des **silences** lorsque j'attendais une suite à mes questions ont pu influencer les réponses des participants.

Concernant le codage déductif, le **nombre important des BCTs** dans la classification BCTTv1 rend **difficile** son utilisation et a pu conduire à des erreurs d'association ou d'identification. De plus, je n'ai **pas pu suivre la formation** de codification des BCT²², qui aurait pu améliorer la qualité du codage et éviter les potentielles erreurs de codification.

²² <http://www.bct-taxonomy.com/>

c. Biais liés à l'échantillon.

Le type d'échantillonnage utilisé ne constitue pas ici un biais susceptible d'affecter les résultats ou leur pertinence pour répondre à la question posée. En effet, bien que spécifique et non représentatif de l'ensemble des MK libéraux, l'échantillon a été sélectionné pour répondre au mieux à la question de recherche (cf: partie III.D). Cependant, certains biais peuvent être liés à cet échantillon. En effet, une grande partie des MK interrogés sont d'**anciens élèves** ou **intervenants de l'IFMK de la Réunion**, ce qui signifie qu'ils me connaissent. Leur position hiérarchique ou leur relation avec moi pourrait avoir **influencé** leurs réponses, les poussant potentiellement à donner des réponses socialement acceptables ou qu'ils pensent conformes à mes attentes (**biais de désirabilité sociale**). Des phrases telles que « Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, seules votre expérience et votre vécu comptent » ont été utilisées à chaque entretien pour réduire ce biais éventuel. De plus, la variabilité des techniques individuelles, reflétée dans les résultats des techniques utilisées, laisse penser que ce biais n'a peut-être pas eu d'influence significative.

2. Autres dispositifs de critique : critère de scientificité

Pour évaluer la qualité et la validité des résultats obtenus, nous pouvons les soumettre à des critères de rigueur scientifique (Pelaccia et al., 2018). Plusieurs auteurs ont défini des critères comme la **crédibilité**, la **transférabilité** et la **fiabilité** (Careau et al., 2014; Drapeau, 2004; Pelaccia et al., 2018). Les critères de scientificité de cette étude sont présentés dans le Tableau XXVII. N'ayant **trouvé aucun score** pour estimer le niveau de scientificité et en se basant les éléments renseignés dans le Tableau XXVIII on peut dire que cette recherche possède une **scientificité limitée, soit 5/10 items validé** pour mon étude. Cependant, cela ne veut pas dire pour autant que les résultats soient inutilisables. Cela invite juste à **considérer** ces résultats avec prudence en prenant en compte cette information.

Tableau XXVII : Critères de scientificité, adapté de Pelaccia et al., 2018

Critère	Stratégies	
	Principe	Justification
Crédibilité	Triangulation des données et triangulation méthodologique	- Etudiant chercheur seul dans la recherche - Entretien unique
	Soumission du verbatim interprété à l'interviewé	- Réalisé pour 5/9 Mks Soumission mindmap résumant les éléments de l'entretien (ex : Annexe XIV)
	Co-codage	- Codage réalisé seul
Transférabilité	Échantillonnage permettant de recruter des sujets aux point de vue variés	Echantillon choisis pour répondre au mieux à la question de recherche
	Recherche de la saturation des données	Apparition de nouveaux éléments au dernier entretien
	Description approfondie du contexte de recueil des données et des sujets inclus dans l'étude	Réalisé dans la partie III.A,D et III.E de ce mémoire
Fiabilité	Triangulation des données et des chercheurs	- Etudiant chercheur seul dans la recherche - Entretien unique
	Exposition des présupposés des chercheurs et de ses liens avec les sujets inclus dans l'étude	-Exposition des présupposés - 3 anciens élèves de l'IMFK et 3 intervenants de l'IFMK sur les 9 MK.
	Cohérence entre la question de recherche et les résultats	Cohérence entre la question de recherche et les résultats
	Caractère explicite de la démarche d'analyse des donnée	Développé dans la partie III.F de ce mémoire (appuyé sur critère de la SRQR)

C. Intérêts et limites de mon étude :

1. Intérêt de l'étude

La présente étude est la première en France à se consacrer, à comprendre concrètement ce que mettent en place les MK pour favoriser le maintien de l'AP. Elle s'inscrit dans un contexte actuel marqué par l'inactivité physique et la recherche de solutions pour y remédier. À cet effet, elle **répond** au mouvement mondial **questionnant l'implication des MK dans la PAP**, comme le montrent des études menées en Allemagne (Eisele et al., 2020), au Rwanda (Frantz & Ngambare, 2013), en Australie (Kunstler et al., 2019), en Irlande (O'Donoghue et al., 2014), et en Angleterre (Lowe et al., 2018), qui reconnaissent les MK comme des acteurs clés de ce maintien. Cette étude s'intéresse également à une **notion encore très peu étudiée** en kinésithérapie: **le maintien de l'AP**. Elle tente également de répondre à un **besoin économique** et de santé publique en cherchant à autonomiser les PAMC et à réduire les dépenses liées à leur PEC.

Cette étude a permis de **décrire les techniques** utilisées par les MK pour favoriser le maintien de l'AP et de les **analyser à travers la littérature scientifique**, offrant ainsi aux MK intéressés **des outils utilisables en pratique clinique**.

Elle permet également aux MK de **mieux comprendre leur rôle** dans le maintien de l'AP. D'un point de vue scientifique, elle permet de **collecter et d'enrichir les données** concernant le concept de maintien de l'AP et des techniques spécifiques pouvant être utilisées dans le cadre de la kinésithérapie. Elle a permis aussi **d'identifier un lien potentiel** entre les concepts d'**observance de l'exercice** et le **maintien à long terme de l'AP**.

2. Limites de la recherche

L'échantillon de l'étude, **choisi** pour identifier les techniques de maintien de l'AP, et la participation **volontaire** des MK, constitue une limite. En sélectionnant uniquement ceux favorisant le maintien de l'AP et ayant une **affinité** avec le sujet, cela réduit la possibilité de généraliser ces techniques à l'ensemble des kinésithérapeutes français

De plus, ces résultats ne sont **pas généralisables** à l'ensemble de La **Réunion**, car l'étude n'a pris en compte que les MK du **sud-ouest de l'île**. La densité des MK étant différente entre le sud-ouest et le nord-est, il est possible que les méthodes et techniques utilisées varient. De plus, l'échantillon ayant une **affiliation commune** (IFMK de la Réunion), cela a pu rendre compte d'une **vision commune** et unanimement partagée par les MK interrogés et limiter

également la généralisation des résultats. Ajoutons également que les MK interrogés ont été choisis pour leur **expérience avec les PAMC**, ce qui peut différer des pratiques de la population générale des MK.

Concernant la méthodologie, la **nature phénoménologique** de l'étude, qui se concentre sur l'expérience individuelle des MK, peut **masquer les tendances plus générales** de la profession ou les aspects organisationnels. Le **codage des BCT** a été effectué en utilisant la taxonomie BCTTv1, qui comprend 91 techniques. Cependant, une **version plus avancée** incluant 287 techniques est en cours de développement (Marques et al., 2023). Cette évolution **pourrait refléter des pratiques supplémentaires** ou des nuances qui n'ont pas été prises en compte dans la présente étude. De plus, les études sur le maintien du comportement sont encore à leurs **prémises**, la **notion de maintien** étant encore incertaine (Dunton et al., 2022). Les futures avancées pourraient éclairer des éléments que nous ne pouvions aborder faute de données. La **discussion** des éléments identifiés a été **effectuée par moi-même, novice** dans le domaine des théories de changement de comportement, un domaine multidimensionnel, complexe et en constante évolution, rendant **difficile** de statuer sur la pertinence d'un sujet ou d'un autre.

En ce qui concerne les résultats de l'étude, la **saturation des données n'a pas été atteinte**, et toutes les variations possibles de techniques n'ont sûrement pas été capturées. En effet, de nouvelles informations continuaient d'émerger lors du dernier entretien. Bien que d'autres entretiens auraient pu être menés, **j'ai choisi d'arrêter les entretiens** pour me concentrer sur les informations déjà recueillies et éviter de me disperser, étant le seul codeur et interprète des données.

Enfin, rappelons que notre étude porte sur le **domaine de la kinésithérapie**, qui adopte une approche **individuelle** centrée sur la personne. Cependant, le comportement de maintien de l'AP ne se limite pas à la sphère individuelle. Le comportement de santé est façonné par des interactions interpersonnelles et sociétales (pollution, lois, normes sociales, etc.). Ainsi, pour induire un changement durable de l'AP chez le patient, il est nécessaire de prendre en compte **l'ensemble des acteurs de la société**. Les progrès dans ce domaine ne peuvent donc se faire qu'en combinant l'ensemble des sphères.

D. Perspectives de recherche

Ma recherche étant la **première** à s'intéresser aux **pratiques des MK pour favoriser le maintien de l'AP**, celle-ci peut encourager des recherches visant à compléter, confirmer ou confronter les résultats obtenus.

Il serait pertinent de **réitérer cette étude** en y apportant des améliorations telle que la **diversification des MK** interrogés, le **co-codage**, la validation des résultats par l'ensemble des participants, la **formation** à la passation d'entretien, la formation à la codification BCT, ou l'**intégration d'un expert** dans l'équipe de recherche pour améliorer la qualité de l'étude.

En outre, différentes études peuvent découler de notre recherche. Par exemple, d'autres études qualitatives pourraient être réalisées sur une **plus grande zone géographique**, incluant toute la Réunion et, éventuellement, la France métropolitaine par la suite et permettre de capturer un plus large spectre de techniques. La confrontation de notre recherche avec ces études pourraient révéler des spécificités à notre échantillon.

Il pourrait aussi être intéressant d'effectuer des recherches **qualitatives associées à des études observationnelles** pour investiguer les techniques réellement mises en place et voir s'il y a un écart entre le discours et la pratique des MK.

On peut envisager des **recherches mixtes** de type Delphi, utilisant les données des observations et des entretiens, soumises à des experts en changement de comportement pour évaluer la pertinence des techniques utilisées par les MK. Ces techniques pourraient ensuite faire l'objet de **recherches expérimentales** pour évaluer leur efficacité à long terme.

Enfin, des **recherches quantitatives** pourraient évaluer les techniques les plus utilisées basées sur les BCT ou celles identifiées dans les études précédentes pour déterminer si un besoin de formation est nécessaire, notamment en cas de faible utilisation de techniques reconnues comme efficaces.

VI- CONCLUSION DE L'ÉTUDE:

Ce mémoire s'est attaché à répondre à la question suivante : "Comment les MK facilitent-ils le maintien à long terme de l'AP chez leurs patients ? " L'objectif était d'identifier le processus et les techniques utilisées par les MK pour encourager ce maintien.

Les résultats ont montré que les MK utilisent un **processus structuré en cinq phases** pour favoriser le maintien de l'AP, **similaire** à celui employé pour **encourager l'adhérence aux exercices rééducatifs à long terme**. L'adaptation de chaque étape par les MK semble pertinente pour atteindre cet objectif. Ce processus, aligné avec les pratiques habituelles des MK, pourrait être reconnu comme une **composante intégrante de leur fonction**.

Les **techniques utilisées** ont été reliées aux théories du changement de comportement (BCT et techniques issues du codage inductif) et semblent **s'aligner avec les déterminants identifiés pour favoriser ce changement**. Quelques points d'amélioration sont à noter. En effet, certains déterminants tels que l'autorégulation pourraient être davantage investigués par les MK, car essentiels pour favoriser le maintien.

De plus, le contenu des entretiens suggère une **méconnaissance de ces théories**, qui peuvent fournir de précieuses informations pour favoriser le maintien de l'AP. Former les MK dans ce domaine semble donc judicieux.

Cette formation pourrait aider les MK à choisir **les techniques les plus appropriées** en tenant compte de leur impact sur les déterminants pertinents. Elle pourrait également **améliorer l'observance des exercices rééducatifs** et servir de base à l'établissement d'**outils d'évaluation**, permettant aux MK d'avoir un retour objectif sur leur prise en charge. Cela pourrait aussi **sensibiliser les MK à leur rôle** dans la construction du maintien de l'AP chez le patient, bien au-delà de la simple prescription d'exercices à domicile.

Certains aspects doivent être relevés. Le caractère **instinctif** du processus , **l'absence de retour** sur la PEC, la **méconnaissance des actions concrètes** que peut mettre en place le MK et les réactions de protection face à l'échec d'adhérence à l'AP peuvent conduire les MK à **rester dans leurs pratiques habituelles**, limitant ainsi l'utilisation de données probantes et entraînant des **PEC disparates**. Des recherches plus approfondies dans le domaine du maintien de l'AP peuvent donc être nécessaires en kinésithérapie.

A. Perspectives scientifiques :

Les résultats de cette étude offrent une **meilleure compréhension du maintien de l'AP en kinésithérapie** et pourraient aider à **créer des modèles théoriques** pour cerner le rôle spécifique du MK dans ce domaine. Par exemple, Lowe a mis en lumière en 2018 un processus pour les MK britanniques.

L'étude a identifié des techniques potentiellement liées aux déterminants du maintien de l'AP, qui pourraient faire l'objet **d'études interventionnelles pour tester leur efficacité**. La discussion a établi un lien conceptuel et pratique entre l'observance de l'exercice à long terme et le maintien de l'AP non thérapeutique en kinésithérapie, suggérant des **implications potentielles pour la gestion de l'observance des exercices par le MK**. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour approfondir ce lien.

De plus, notre étude souligne le **manque de techniques** chez les MK pour influencer **l'autorégulation** des patients. Ces techniques pourraient être **explorées dans de futures recherches**. Notons que cette étude est la première à identifier des techniques spécifiques à la kinésithérapie et à tenter de les relier aux déterminants du maintien de l'AP. Les autres études se sont concentrées sur les BCT non spécifiques à un domaine. Nos **résultats enrichissent donc les méthodes utilisées pour maintenir l'AP** et contribuent à la **création d'une base de données** des techniques spécifiques en **kinésithérapie**.

L'identification de techniques spécifiques aux MK pour favoriser le maintien de l'AP suggère qu'il en **existe aussi dans d'autres domaines**, comme chez les EAPA. Prendre en compte ces spécificités peut renforcer le rôle de chaque intervenant et permettre un partage mutuel des techniques issues de compétences transversales, comme la pratique de l'AP. Les EAPA, étant formés aux théories de changement de comportement (Société Française des Professionnels en Activité Physique Adapté, 2016), ces derniers peuvent donc utiliser des techniques spécifiquement conçues pour ces changements. Des **recherches dans ce sens pourraient donc être envisagées**.

B. Perspectives professionnelles :

Les **difficultés rencontrées** pour motiver les patients, le manque de données et l'absence de notions sur les théories du changement de comportement dans les entretiens suggèrent que les **MK ne sont pas formés à ces théories**. Pourtant, ces théories offrent un **support essentiel** à

la **compréhension du comportement humain** et sont utilisées pour construire des interventions efficaces en matière de PAP. Elles pourraient donc fournir une **base** solide pour **structurer la prise en charge des MK**. Il serait donc bénéfique de former les MK à ces théories. Les résultats de **ce mémoire** pourront servir à cet objectif en fournissant une **base théorique et des techniques** reconnues par la littérature et décrites par les MK de l'échantillon pour favoriser le maintien de l'AP.

De plus, la **difficulté d'évaluer la maintenance de l'AP** après la PEC, ainsi que le manque de communication avec les acteurs relais, incite à **développer des outils** dont les MK pourraient bénéficier pour **évaluer les progrès des patients** et estimer les résultats à long terme. Les déterminants du maintien de l'AP pourraient non seulement structurer la pratique des MK, mais aussi leur permettre d'évaluer l'évolution des patients dans leur processus de changement. En effet, chaque déterminant possède de nombreuses échelles pour leur évaluation, telles que l'échelle "12 items-Physical Activity Self-Regulation (PASR-12) (Umstadd Meyer et al., 2009) pour mesurer l'autorégulation.

L'étude **invite** également à **améliorer la collaboration interprofessionnelle**. En effet, les résultats montrent une forte orientation post-kiné, mais celle-ci est limitée par le **manque de communication**. Un rappel récent, daté du 5 mai 2024²³, sur le site Ameli souligne les différents rôles des MK dans la prescription de PAP et suggère aux MK de tirer parti de cette réorientation.

On peut imaginer qu'avec les avancées futures sur ce domaine, des formations sur les **techniques comportementales** et des **référentiels sur les méthodes** pour favoriser le maintien de l'activité physique seront créés. En attendant, notons qu'aujourd'hui, les MK **disposent** déjà d'un **outil précieux: l'entretien motivationnel**. Cet outil, basé sur la création d'une alliance thérapeutique, une écoute active et empathique, et le modèle transthéorique de Prochaska (théorie du changement de comportement), reconnu dans la littérature pour favoriser le maintien du comportement, permet aux MK de mieux comprendre le comportement des patients.

²³

<https://www.ameli.fr/la-reunion/masseur-kinesitherapeute/sante-et-prevention/activite-physique-activite-physique-adaptee/activite-physique-enjeu-sante-publique>

VII- CONCLUSION GÉNÉRALE:

L'élaboration de ce mémoire a **renforcé l'importance** que j'accorde **au maintien de l'AP** chez les PAMC. Il m'a appris à **m'écouter** et à comprendre que mes questionnements peuvent être pertinents pour l'évolution de la profession. Ce mémoire a également **renforcé mon intérêt pour ce domaine** fascinant, me faisant réaliser que chacun peut contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles. Il m'a fait **prendre conscience** de la **complémentarité des métiers** et de son importance pour accompagner les patients vers le maintien de l'AP. Je suis donc motivé à collaborer avec d'autres professionnels de santé pour offrir une prise en charge optimale et coordonnée des patients. À ce titre, j'ai déjà pris contact avec une EAPA.

À travers ce mémoire, j'ai acquis une **compréhension des théories du changement de comportement**, me permettant d'**envisager leur implication en kinésithérapie**. À l'avenir, je les utiliserai pour comprendre le comportement de mes patients et m'adapter à leurs besoins. Avant cette recherche, je pensais que le maintien de l'AP dépendait uniquement des techniques mises en place. Cependant, j'ai réalisé **l'importance des facteurs contextuels, environnementaux** et surtout **psychologiques** sur lesquels on peut intervenir. Cette prise de conscience a modifié ma perception de mon rôle en tant que thérapeute, m'invitant à **aller au-delà de la simple prescription d'exercices** pour adopter une approche plus globale et proactive.

Ce mémoire m'a permis de **développer des compétences de recherche** et d'analyse critique qui me serviront à maintenir ma veille scientifique. Avec l'ensemble de ces éléments, je suis désormais **mieux équipé** pour aborder ma future pratique professionnelle.

En aparté, je dirais que ce mémoire s'inscrit dans une dynamique de changement, tant personnel que professionnel. Comprendre les comportements de changement, même en dehors du cadre professionnel, **peut aider chacun** à identifier les **raisons** qui nous ancrent dans nos habitudes et à **découvrir les ressources nécessaires pour effectuer un changement**.

BIBLIOGRAPHIE (204 Références)

- Aan het Rot, M., Hogenelst, K., & Schoevers, R. A. (2012).** Mood disorders in everyday life : A systematic review of experience sampling and ecological momentary assessment studies. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 510-523. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.007>
- Abdi, J., Eftekhar, H., Estebarsari, F., & Sadeghi, R. (2015).** Theory-Based Interventions in Physical Activity : A Systematic Review of Literature in Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(3), 215-229. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n3p215>
- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2018).** Motivation and Volition in the Course of Action. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Éds.), *Motivation and Action* (p. 485-527). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65094-4_12
- Alaphilippe, D. (2008).** Self-esteem in the elderly. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 167-176. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0135>
- Albert, F. A., Crowe, M. J., Malau-Aduli, A. E. O., & Malau-Aduli, B. S. (2020).** Physical Activity Promotion : A Systematic Review of The Perceptions of Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124358>
- Alla, F. (2016).** 3. Les déterminants de la santé. In *Traité de santé publique* (p. 15-18). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>
- Ameli. (2024, mai 5).** *L'activité physique, un enjeu de santé publique.* <https://www.ameli.fr/la-reunion/masseur-kinesitherapeute/sante-et-prevention/activite-physique-activite-physique-adaptee/activite-physique-enjeu-sante-publique>
- Ancellin, R., & Communal, D. (2022).** Prescription d'activité physique par les médecins : Freins et leviers. *LA SANTÉ EN ACTION – N° 462 – DÉCEMBRE 2022 Dossier Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations, LA SANTÉ EN ACTION(N° 462).*
- Anderson, E., & Durstine, J. L. (2019).** Physical activity, exercise, and chronic diseases : A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 1(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>
- ANDES. (2022).** *Etat des lieux des politiques sport-santé locales.*
- ANSES. (2022, février 15).** *Manque d'activité physique et excès de sédentarité : Une priorité de santé publique.* Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>
- Arlinghaus, K. R., & Johnston, C. A. (2017).** Advocating for Behavior Change With Education. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(2), 113-116. <https://doi.org/10.1177/1559827617745479>
- Article L4321-1 - Code de la santé publique (2022).** https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045293687
- Assurance Maladie. (2022, juin 20).** *Data pathologies, une cartographie interactive des pathologies et dépenses de santé de 2015 à 2020.* <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-06-20-dp-data-pathologies>
- Avery, L., Flynn, D., van Wersch, A., Sniehotta, F. F., & Trenell, M. I. (2012).** Changing physical activity behavior in type 2 diabetes : A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions. *Diabetes Care*, 35(12), 2681-2689. <https://doi.org/10.2337/dc11-2452>
- Bachmann, C., Oesch, P., & Bachmann, S. (2018).** Recommendations for Improving Adherence to Home-Based Exercise : A Systematic Review. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 28(01), 20-31. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120527>

- Barroga, E., & Matanguihan, G. J. (2022).** A Practical Guide to Writing Quantitative and Qualitative Research Questions and Hypotheses in Scholarly Articles. *Journal of Korean Medical Science*, 37(16), e121. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e121>
- Bassett, S. (2015).** Bridging the intention-behaviour gap with behaviour change strategies for physiotherapy rehabilitation non-adherence. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 43(3), 105-111. <https://doi.org/10.15619/NZJP/43.3.05>
- Bauman, A. E., Sallis, J. F., Dzewaltowski, D. A., & Owen, N. (2002).** Toward a better understanding of the influences on physical activity : The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2 Suppl), 5-14. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00469-5](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00469-5)
- Bigard, X., Ancellin, R., Barrault, D., & Brunot, A. (2016).** Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? *Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes*.
- Bingham, A. J. (2023).** From Data Management to Actionable Findings : A Five-Phase Process of Qualitative Data Analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 16094069231183620. <https://doi.org/10.1177/16094069231183620>
- Blanchard, C. M., Fortier, M., Sweet, S., O'Sullivan, T., Hogg, W., Reid, R. D., & Sigal, R. J. (2007).** Explaining physical activity levels from a self-efficacy perspective : The physical activity counseling trial. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 34(3), 323-328. <https://doi.org/10.1007/BF02874557>
- Bouça-Machado, R., Rosário, A., Caldeira, D., Castro Caldas, A., Guerreiro, D., Venturelli, M., Tinazzi, M., Schena, F., & J. Ferreira, J. (2019).** Physical Activity, Exercise, and Physiotherapy in Parkinson's Disease : Defining the Concepts. *Movement Disorders Clinical Practice*, 7(1), 7-15. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12849>
- Bouton, M. E. (2014).** Why behavior change is difficult to sustain. *Preventive Medicine*, 68, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.06.010>
- Brand, R., & Cheval, B. (2019).** Theories to Explain Exercise Motivation and Physical Inactivity : Ways of Expanding Our Current Theoretical Perspective. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2019.01147>
- Brand, R., & Ekkekakis, P. (2018).** Affective-Reflective Theory of physical inactivity and exercise : Foundations and preliminary evidence. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 48(1), 48-58. <https://doi.org/10.1007/s12662-017-0477-9>
- Brawner, C. A., Churilla, J. R., & Keteyian, S. J. (2016).** Prevalence of Physical Activity Is Lower among Individuals with Chronic Disease. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 48(6), 1062. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000861>
- Burgess, E., Hassmén, P., Welvaert, M., & Pumpa, K. L. (2017).** Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Obesity*, 7(2), 105-114. <https://doi.org/10.1111/cob.12180>
- Carey, R. N., Connell, L. E., Johnston, M., Rothman, A. J., de Bruin, M., Kelly, M. P., & Michie, S. (2018).** Behavior Change Techniques and Their Mechanisms of Action : A Synthesis of Links Described in Published Intervention Literature. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(8), 693-707. <https://doi.org/10.1093/abm/kay078>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985).** Physical activity, exercise, and physical fitness : Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 100(2), 126-131.
- Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute (Articles R4321-1 à R4321-145) - Légifrance.**
Consulté 17 mai 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178631
- Chapitre II : Prescription d'activité physique (Articles D1172-1 à D1172-5)—Légifrance. (s. d.).**
Consulté 29 octobre 2023, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000033826186/2020-10-05

- Chase, J.-A. D. (2013a).** Physical Activity Interventions Among Older Adults : A Literature Review. *Research and theory for nursing practice*, 27(1), 53-80.
- Chase, J.-A. D. (2013b).** Physical Activity Interventions Among Older Adults : A Literature Review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 27(1), 53.
<https://doi.org/10.1891/1541-6577.27.1.53>
- Collado-Mateo, D., Lavín-Pérez, A. M., Peñacoba, C., Del Coso, J., Leyton-Román, M., Luque-Casado, A., Gasque, P., Fernández-del-Olmo, M. Á., & Amado-Alonso, D. (2021).** Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults : An Umbrella Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2023.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042023>
- Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (2018).** *Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : Démographie, activité et recours aux soins* (Les Comptes de la Sécurité Sociale).
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., & Mehr, D. R. (2011).** Interventions to increase physical activity among healthy adults : Meta-analysis of outcomes. *American Journal of Public Health*, 101(4), 751-758. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.194381>
- Corrao, S., & Argano, C. (2022).** Rethinking clinical decision-making to improve clinical reasoning. *Frontiers in Medicine*, 9, 900543. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.900543>
- Courtney-Long, E. A., Stevens, A. C., Carroll, D. D., Griffin-Blake, S., Omura, J. D., & Carlson, S. A. (2017).** Primary Care Providers' Level of Preparedness for Recommending Physical Activity to Adults With Disabilities. *Preventing Chronic Disease*, 14, E114.
<https://doi.org/10.5888/pcd14.170328>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013).** Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587-592.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013).** *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer Science & Business Media.
- Delacroix, E., Jolibert, A., Monnot, É., & Jourdan, P. (2021).** Chapitre 6. L'analyse des données qualitatives et documentaires. In *Marketing Research* (p. 151-177). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.delac.2021.01.0151>
- Deslauriers, J.-P. (1991).** *Recherche qualitative : Guide pratique*. McGraw-Hill.
- DREES. (2018).** *Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée*. 1077.
- Dunton, G. F., Leventhal, A. M., Rebar, A. L., Gardner, B., Intille, S. S., & Rothman, A. J. (2022).** Towards consensus in conceptualizing and operationalizing physical activity maintenance. *Psychology of Sport and Exercise*, 61, 102214.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2022.102214>
- Durstine, J. L., Gordon, B., Wang, Z., & Luo, X. (2013).** Chronic disease and the link to physical activity. *Journal of Sport and Health Science*, 2(1), 3-11.
<https://doi.org/10.1016/j.jshs.2012.07.009>
- Eisele, A., Schagg, D., & Göhner, W. (2020a).** Exercise promotion in physiotherapy : A qualitative study providing insights into German physiotherapists' practices and experiences. *Musculoskeletal Science & Practice*, 45, 102104.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.102104>
- Eisele, A., Schagg, D., & Göhner, W. (2020b).** Exercise promotion in physiotherapy : A qualitative study providing insights into German physiotherapists' practices and experiences. *Musculoskeletal Science and Practice*, 45, 102104.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.102104>
- Essery, R., Geraghty, A. W. A., Kirby, S., & Yardley, L. (2017).** Predictors of adherence to home-based physical therapies : A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(6), 519-534. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1153160>

- Ezzat, A. M., MacPherson, K., Leese, J., & Li, L. C. (2015).** The Effects of Interventions to Increase Exercise Adherence in People with Arthritis : A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*, 13(1), 1-18. <https://doi.org/10.1002/msc.1084>
- Fandino, W. (2019).** Formulating a good research question : Pearls and pitfalls. *Indian Journal of Anaesthesia*, 63(8), 611-616. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_198_19
- Farris, S. G., Bond, D. S., Wu, W.-C., Stabile, L. M., & Abrantes, A. M. (2018).** Anxiety sensitivity and fear of exercise in patients attending cardiac rehabilitation. *Mental Health and Physical Activity*, 15, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.06.005>
- Ferguson, B. (2014).** ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription 9th Ed. 2014. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 58(3), 328.
- FFMKR. (2021, mai).** L'accès aux soins chez les kinés—Plateforme Sanitaire & Sociale | Hauts-de-France. <http://www.pf2s.fr/actualites/sante/719-l-acces-aux-soins-chez-les-kines-2>
- FFMKR. (2024, janvier 16).** Du nouveau pour la prescription d'APA : les décrets d'application sont arrivés—Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs. <https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/16-janv-2024-du-nouveau-pour-la-prescripti-on-d-apa-les-decrets-d-application-sont-arrives>
- Franklin, B. A., Brinks, J., Berra, K., Lavie, C. J., Gordon, N. F., & Sperling, L. S. (2018).** Using Metabolic Equivalents in Clinical Practice. *The American Journal of Cardiology*, 121(3), 382-387. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2017.10.033>
- Frantz, J. M., & Ngambare, R. (2013).** Physical activity and health promotion strategies among physiotherapists in Rwanda. *African Health Sciences*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.4314/ahs.v13i1.3>
- Freene, N., Cools, S., & Bissett, B. (2017).** Are we missing opportunities? Physiotherapy and physical activity promotion: a cross-sectional survey. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 9(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13102-017-0084-y>
- Gabriel, K. K. P., Morrow, J. R., & Woolsey, A.-L. T. (2012).** Framework for Physical Activity as a Complex and Multidimensional Behavior. *Journal of Physical Activity and Health*, 9(s1), S11-S18. <https://doi.org/10.1123/jpah.9.s1.s11>
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018).** L'aventure de la recherche qualitative. *University of Ottawa Press*.
- Geidl, W., Wais, J., Fangmann, C., Demisse, E., Pfeifer, K., & Sudeck, G. (2019).** Physical activity promotion in daily exercise therapy : The perspectives of exercise therapists in German rehabilitation settings. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 11(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13102-019-0143-7>
- Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017).** Physical activity and exercise for chronic pain in adults : An overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4), CD011279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>
- Goenka, S., & Lee, I.-M. (2017).** Physical activity lowers mortality and heart disease risks. *The Lancet*, 390(10113), 2609-2610. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32104-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32104-9)
- Gouvernement du Canada, S. C. (2018, janvier 8).** Liste des maladies chroniques, réponses totales. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=433448
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018).** Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016 : A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1077-e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- Hart, D. A. (2021).** Learning From Human Responses to Deconditioning Environments : Improved Understanding of the “Use It or Lose It” Principle. *Frontiers in Sports and Active Living*, 3, 685845. <https://doi.org/10.3389/fspor.2021.685845>
- HAS. (2011).** Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées (Rapport d'orientation).
- HAS. (2016, septembre).** Projet thérapeutique individuel. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf

- HAS. (2022a).** *Guide : Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte.* 79.
- HAS. (2022b).** *Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité.*
- HCSP. (2010a).** *Quelles définitions pour la maladie chronique ?* 72.
- HCSP. (2010b).** *Viellissement et prise en charge des maladies chroniques.* 72.
- Hébert, E. T., Caughy, M. O., & Shuval, K. (2012).** Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting : A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46(9), 625-631. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090734>
- Hennessy, E. A., Johnson, B. T., Acabchuk, R. L., McCloskey, K., & Stewart-James, J. (2020).** Self-Regulation Mechanisms in Health Behaviour Change : A Systematic Meta-Review of Meta-Analyses, 2006–2017. *Health Psychology Review*, 14(1), 6. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654>
- Holden, M. A., Nicholls, E. E., Young, J., Hay, E. M., & Foster, N. E. (2009).** UK-based physical therapists' attitudes and beliefs regarding exercise and knee osteoarthritis : Findings from a mixed-methods study. *Arthritis Care & Research*, 61(11), 1511-1521. <https://doi.org/10.1002/art.24829>
- Hou, B., Li, L., Zheng, L., Qi, Y., & Zhou, S. (2022).** Linking Exercise Intention to Exercise Action : The Moderating Role of Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.921285>
- Howlett, N., Trivedi, D., Troop, N. A., & Chater, A. M. (2015).** What are the most effective behaviour change techniques to promote physical activity and/or reduce sedentary behaviour in inactive adults? A systematic review protocol. *BMJ Open*, 5(8), e008573. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008573>
- Humblot, D., & Brin, É. (2021).** Le dispositif français d'activité physique adaptée – applicabilité par le masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie, la Revue*, 21(234), 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.017>
- Hupin, D., Roche, F., Gremeaux, V., Chatard, J.-C., Oriol, M., Gaspoz, J.-M., Barthélémy, J.-C., & Edouard, P. (2015).** Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥ 60 years : A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1262-1267. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094306>
- INSEE. (2019, novembre 19).** *État de santé de la population – France, portrait social | Insee.* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
- INSERM. (2017).** *Déterminants de l'activité physique et de la sédentarité.*
- INSERM. (2019a).** *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Chapitre 4.*
- INSERM. (2019b, février 11).** *Approche psychologique de la maladie chronique.* https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/Chapitre_4.html?sequence=236&isAllowed=y
- INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017.** <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=42071>
- Jabot, F., & Demeulemeester, R. (2005).** Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique. *Santé Publique*, 17(4), 597-606. <https://doi.org/10.3917/spub.054.0597>
- Kahlert, D. (2015).** Maintenance of physical activity : Do we know what we are talking about? *Preventive Medicine Reports*, 2, 178-180. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.02.013>
- Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., Stone, E. J., Rajab, M. W., & Corso, P. (2002).** The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4 Suppl), 73-107. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00434-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00434-8)
- Kamper, S. J. (2020).** Types of Research Questions : Descriptive, Predictive, or Causal. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(8), 468-469. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0703>

- Kaushal, N., & Rhodes, R. E. (2015).** Exercise habit formation in new gym members : A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 652-663.
<https://doi.org/10.1007/s10865-015-9640-7>
- Kavuncu, V., & Evcik, D. (2004).** Physiotherapy in Rheumatoid Arthritis. *Medscape General Medicine*, 6(2), 3.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014).** Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015).** Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kunstler, B. E., Cook, J. L., Freene, N., Finch, C. F., Kemp, J. L., O'Halloran, P. D., & Gaida, J. E. (2018).** Physiotherapist-Led Physical Activity Interventions Are Efficacious at Increasing Physical Activity Levels : A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 28(3), 304. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000447>
- Kunstler, B., Fuller, R., Pervan, S., & Merolli, M. (2019).** Australian adults expect physiotherapists to provide physical activity advice : A survey. *Journal of Physiotherapy*, 65(4), 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.08.002>
- Lally, P., & Gardner, B. (2013).** Promoting habit formation. *Health Psychology Review*, 7(sup1), S137-S158. <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.603640>
- Larousse Médical. (s. d.).** *Observance thérapeutique*. Consulté 11 octobre 2023, à l'adresse https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/observance_th%C3%A9rapeutique/185323
- LAST, J. (2001).** *A dictionary of epidemiology* (New York, Oxford University Press).
- Lin, J. S., O'Connor, E., Whitlock, E. P., & Beil, T. L. (2010).** Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults : A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 153(11), 736.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00007>
- Lobelo, F., Stoutenberg, M., & Hutber, A. (2014).** The Exercise is Medicine Global Health Initiative : A 2014 update. *British Journal of Sports Medicine*, 48(22), 1627-1633.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-093080>
- Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : Approches sociologiques. (2019).** In INSERM, *Activité physique – Prévention et traitement des maladies chroniques* (EDP Sciences).
- Lowe, A., Littlewood, C., & McLean, S. (2018).** Understanding physical activity promotion in physiotherapy practice : A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 35, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.01.009>
- Lowe, A., Littlewood, C., McLean, S., & Kilner, K. (2017).** Physiotherapy and physical activity : A cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 3(1), e000290.
<https://doi.org/10.1136/bmjsem-2017-000290>
- Madigan, C. D., Fong, M., Howick, J., Kettle, V., Rouse, P., Hamilton, L., Roberts, N., Gomersall, S. R., & Daley, A. J. (2021).** Effectiveness of interventions to maintain physical activity behavior (device-measured) : Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 22(10), e13304.
<https://doi.org/10.1111/obr.13304>
- Mahmood, A., Nayak, P., Deshmukh, A., English, C., N, M., Solomon M, J., & B, U. (2023).** Measurement, determinants, barriers, and interventions for exercise adherence : A scoping review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 33, 95-105.
<https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2022.09.014>
- Malhotra, S., & Chauhan, N. (2020).** Chapter 23—The therapeutic alliance between the child, parents, and health professionals. In A. Gallagher, C. Bulteau, D. Cohen, & J. L. Michaud (Éds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 174, p. 323-332). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00023-5>

- Marques, M., Wright, A., Johnston, M., West, R., Hastings, J., Zhang, L., & Michie, S. (2023). *The Behaviour Change Technique Ontology : Transforming the Behaviour Change Technique Taxonomy v1*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/vxypn>
- McParlin, Z., Cerritelli, F., Rossetini, G., Friston, K. J., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic Alliance as Active Inference : The Role of Therapeutic Touch and Biobehavioural Synchrony in Musculoskeletal Care. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16, 897247. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.897247>
- Medina-Mirapeix, F., Escolar-Reina, P., Gascón-Cánovas, J. J., Montilla-Herrador, J., Jimeno-Serrano, F. J., & Collins, S. M. (2009). Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain : An observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 155. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-155>
- Merriam-Webster. (2023, octubre 25). *Definition of BIAS*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/bias>
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions : A meta-regression. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 28(6), 690-701. <https://doi.org/10.1037/a0016136>
- Michie, S., Johnston, M., Rothman, A. J., Bruin, M. de, Kelly, M. P., Carey, R. N., Bohlen, L. E., Groarke, H. N., Anderson, N. C., & Zink, S. (2021). Identifying the links between behaviour change techniques and mechanisms of action described by authors of published intervention articles. In *Developing an evidence-based online method of linking behaviour change techniques and theoretical mechanisms of action : A multiple methods study*. NIHR Journals Library. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567052/>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques : Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81-95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2015). *ANNEXE I RÉFÉRENTIEL DES ACTIVITÉS-DE de Masseur-Kinesithérapeute*.
- Molinero, O., Salguero, A., & Márquez, S. (2021). Perceived Health, Depression and Psychological Well-Being in Older Adults : Physical Activity and Osteoarticular Disease. *Sustainability*, 13(15), Article 15. <https://doi.org/10.3390/su13158157>
- Moore, A. J., Holden, M. A., Foster, N. E., & Jinks, C. (2020). Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain : A longitudinal qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 66(1), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.004>
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco Leuven.
- Mullen, S. P., & Hall, P. A. (2015). Editorial : Physical activity, self-regulation, and executive control across the lifespan. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2015.00614>
- Munhall, P. L. (2007). *Nursing Research : A Qualitative Perspective*. Jones & Bartlett Learning.
- Nam, G.-B. (2011). Exercise, Heart and Health. *Korean circulation journal*, 41, 113-121. <https://doi.org/10.4070/kcj.2011.41.3.113>
- Nicolson, P. J. A., Bennell, K. L., Dobson, F. L., Van Ginckel, A., Holden, M. A., & Hinman, R. S. (2017). Interventions to increase adherence to therapeutic exercise in older adults with low back pain and/or hip/knee osteoarthritis : A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(10), 791-799. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096458>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research : A synthesis of recommendations. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

- O'Donoghue, G., Doody, C., & Cusack, T. (2014). Physical activity and exercise promotion and prescription : Recommendations for contemporary professional entry-level physiotherapy education. *Physiotherapy Practice and Research*, 35(1), 55-63.
<https://doi.org/10.3233/PPR-130033>
- Ogilvie, D., Foster, C. E., Rothnie, H., Cavill, N., Hamilton, V., Fitzsimons, C. F., Mutrie, N., & Scottish Physical Activity Research Collaboration. (2007). Interventions to promote walking : Systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 334(7605), 1204.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39198.722720.BE>
- OMS. (2014). *RAPPORT SUR LA SITUATION MONDIALE des maladies non transmissibles 2014*.
- OMS. (2022, octobre 5). *Activité physique*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Onken, L. S., Carroll, K. M., Shoham, V., Cuthbert, B. N., & Riddle, M. (2014). Reenvisioning Clinical Science : Unifying the Discipline to Improve the Public Health. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(1), 22-34.
<https://doi.org/10.1177/2167702613497932>
- Ordre des masseurs-kinesithérapeutes. (2023). *La kinésithérapie et l'activité physique adaptée, une équipe gagnante*.
<https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/10/dossier-de-presse-cnomk-la-kinesitherapie-et-lactivite-physique-adaptee.pdf>
- Pallot, A. (2019). *Evidence based practice en rééducation : Démarche pour une pratique raisonnée*. Elsevier-Masson.
- Panchout, E., Doury-Panchout, F., Launay, F., & Coulliandre, A. (2017). Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : Un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(192), 3-10.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.09.071>
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015a). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25(S3), 1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015b). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25(S3), 1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
- Pelaccia, T., Demeester, A., Maisonneuve, H., & Poteaux, N. (2018). Chapitre 10. Superviser un travail de recherche reposant sur une méthode qualitative: In *Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* (p. 287-328). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pelac.2018.01.0287>
- Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. *Santé Publique*, 51(HS), 141-151.
<https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>
- Perrin, C. (2019). *Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : Approches sociologiques* (p. 49). <https://univ-lyon1.hal.science/hal-02376967>
- Petrella, R. J., & Lattanzio, C. N. (2002). Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Canadian Family Physician*, 48(1), 72-80.
- Peyrusqué, E., Buckinx, F., Kergoat, M.-J., & Aubertin-Leheudre, M. (2023). Exercise Guidelines to Counteract Physical Deconditioning in Long-Term Care Facilities : What to Do and How to Do It? *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(5), 583-598. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.01.015>
- Pišot, R. (2022). Physical Inactivity – the Human Health's Greatest Enemy. *Slovenian Journal of Public Health*, 61(1), 1-5. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0002>
- Plaza-Díaz, J., Izquierdo, D., Torres-Martos, Á., Baig, A. T., Aguilera, C. M., & Ruiz-Ojeda, F. J. (2022). Impact of Physical Activity and Exercise on the Epigenome in Skeletal Muscle and Effects on Systemic Metabolism. *Biomedicines*, 10(1), 126.
<https://doi.org/10.3390/biomedicines10010126>

- Pope, C., & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach : An introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 311(6996), 42-45. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42>
- Préfaut, C., & Ninot, G. (2009). *La réhabilitation du malade respiratoire chronique*. Elsevier Masson.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Promotion Santé Suisse. (2014). Promotion de l'activité physique des personnes âgées. *Bonne activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription*.
- Public Health Service of United States. (1996). *Office of the Surgeon General. Physical activity and health : A report of the Surgeon General*. Thorofare: Government Printing Office.
- RAYNAL, N. (2018, juillet 31). *Instruction Ministérielle sur la dispense d'Activité Physique Adaptée*. Fédération Française des Psychomotriciens. <https://fedepsychomot.com/275-2/>
- Reach, G. (2022). L'intentionnalité dans l'observance aux traitements à long terme. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206(1), 82-86. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.10.005>
- Rebar, A. L., Dimmock, J. A., Jackson, B., Rhodes, R. E., Kates, A., Starling, J., & Vandelanotte, C. (2016). A systematic review of the effects of non-conscious regulatory processes in physical activity. *Health Psychology Review*, 10(4), 395-407. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1183505>
- Remondière, R. (2008). Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*, 4(4), 1-15. [https://doi.org/10.1016/S1283-0887\(08\)49478-1](https://doi.org/10.1016/S1283-0887(08)49478-1)
- Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, 30(6), 869-876. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>
- Rhodes, R. E. (2017). The Evolving Understanding of Physical Activity Behavior. In *Advances in Motivation Science* (Vol. 4, p. 171-205). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.adms.2016.11.001>
- Rhodes, R. E. (2021). Multi-Process Action Control in Physical Activity : A Primer. *Frontiers in Psychology*, 12, 797484. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.797484>
- Rhodes, R. E., & de Bruijn, G.-J. (2013). How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 296-309. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12032>
- Rhodes, R. E., & Nigg, C. R. (2011). Advancing Physical Activity Theory : A Review and Future Directions. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 39(3), 113-119. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e31821b94c8>
- Rhodes, R. E., & Pfaeffli, L. A. (2010). Mediators of physical activity behaviour change among adult non-clinical populations : A review update. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-37>
- Rhodes, R. E., & Sui, W. (2021). Physical Activity Maintenance : A Critical Narrative Review and Directions for Future Research. *Frontiers in Psychology*, 12, 725671. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.725671>
- Rhodes, R. E., & Yao, C. A. (2015). Models accounting for intention-behavior discordance in the physical activity domain : A user's guide, content overview, and review of current evidence. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 9. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0168-6>
- Rivier, J., Jamal, K., Pichon, R., & Saint-Cast, M. (2023). La place des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le dispositif de sport sur ordonnance en France. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(255), 95-96. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.166>
- Room, J., Boulton, M., Dawes, H., Archer, K., & Barker, K. (2021). Physiotherapists' perceptions of how patient adherence and non-adherence to recommended exercise for musculoskeletal conditions affects their practice : A qualitative study. *Physiotherapy*, 113, 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.06.001>

- Rothman, A. J., Sheeran, P., & Wood, W. (2009). Reflective and Automatic Processes in the Initiation and Maintenance of Dietary Change. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(S1), 4-17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9118-3>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory : Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* (p. xii, 756). The Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Sallis, J., & Owen, N. (1998). Physical activity and behavioral medicine. *Sage Publications*.
- Sambandam, S. N., Khanna, V., Gul, A., & Mounasamy, V. (2015). Rotator cuff tears : An evidence based approach. *World Journal of Orthopedics*, 6(11), 902-918. <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i11.902>
- Schrader, P. G., & Lawless, K. (2004). The knowledge, attitudes, & behaviors approach how to evaluate performance and learning in complex environments. *Performance Improvement*, 43, 8-15. <https://doi.org/10.1002/pfi.4140430905>
- Schwartz, J., Rhodes, R., Bredin, S. S. D., Oh, P., & Warburton, D. E. R. (2019). Effectiveness of Approaches to Increase Physical Activity Behavior to Prevent Chronic Disease in Adults : A Brief Commentary. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 295. <https://doi.org/10.3390/jcm8030295>
- Schwarzer, R. (2014). *Auto-efficacité : Contrôle de l'action par la pensée*. <https://doi.org/10.4324/9781315800820>
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119. <https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Sheeran, P. (2005). Intention-Behavior Relations : A Conceptual and Empirical Review. In *European Review of Social Psychology* (Vol. 12, p. 1-36). <https://doi.org/10.1002/0470013478.ch1>
- Sherman, M. (2008). Evidence-based common sense? *Canadian Family Physician*, 54(2), 166-168.
- Shilton, T., Bauman, A., Bull, F., & Sarmiento, O. (2007). Effectiveness and Challenges for Promoting Physical Activity Globally. In D. V. McQueen & C. M. Jones (Éds.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (p. 87-106). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70974-1_7
- Shin, K. S., & Lee, E. (2018). Relationships of health literacy to self-care behaviors in people with diabetes aged 60 and above : Empowerment as a mediator. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2363-2372. <https://doi.org/10.1111/jan.13738>
- Shirley, D., van der Ploeg, H. P., & Bauman, A. E. (2010). Physical Activity Promotion in the Physical Therapy Setting : Perspectives From Practitioners and Students. *Physical Therapy*, 90(9), 1311-1322. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090383>
- Société Française des Professionnels en Activité Physique Adapté. (2016). *RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉ ET DE COMPÉTENCES DE L'ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE*. <https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/1146/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20M%C3%A9tier%20Enseignant%20en%20APA.pdf>
- Spellman, C., Craike, M., & Livingston, P. (2014). Knowledge, attitudes and practices of clinicians in promoting physical activity to prostate cancer survivors. *Health Education Journal*, 73(5), 566-575. <https://doi.org/10.1177/0017896913508395>
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method : A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>
- Statens Folkhälsoinstitutet. (2010). *Physical activity in the prevention and treatment of disease*. Swedish National Institute of Public Health.
- Stevens, Z., Barlow, C., Kendrick, D., Masud, T., Skelton, D. A., Dinan-Young, S., & Iliffe, S. (2014). Effectiveness of general practice-based physical activity promotion for older adults :

- Systematic review. *Primary Health Care Research & Development*, 15(2), 190-201.
<https://doi.org/10.1017/S1463423613000017>
- Suhonen, R., & Charalambous, A. (2019). The Concept of Individualised Care. In R. Suhonen, M. Stolt, & E. Papastavrou (Éds.), *Individualized Care* (p. 27-38). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89899-5_4
- Sullivan, A. B., & Domingo, S. (2017). Chapter 22—Interdisciplinary Treatment of Patients With Multiple Sclerosis and Chronic Pain. In R. R. Watson & W. D. S. Killgore (Éds.), *Nutrition and Lifestyle in Neurological Autoimmune Diseases* (p. 213-219). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805298-3.00022-0>
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : Déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1-19.
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.09.005>
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercice, physical activity, and self-determination theory : A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 78.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>
- Thébaud, V., & Dargentas, M. (2023). Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(253), 18-22.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.05.004>
- Tourigny, Labico Diallo, Guilbert-Couture, & Bonin. (2016). Vieillesse en santé—Activité physique. *Institut national de santé publique Québec, Centre d'expertise et de référence en santé publique*.
- Umstadt Meyer, M. R., Motl, R., Wilcox, S., Saunders, R., & Watford, M. (2009). Measuring Physical Activity Self-Regulation Strategies in Older Adults. *Journal of physical activity & health*, 6 Suppl 1, S105-12. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.s1.s105>
- Urcia, I. A. (2021). Comparisons of Adaptations in Grounded Theory and Phenomenology : Selecting the Specific Qualitative Research Methodology. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 16094069211045474. <https://doi.org/10.1177/16094069211045474>
- Vallet, É. (2019). Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : Évaluation des compétences de raisonnement clinique et de collaboration interprofessionnelle des MK. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 24-27.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.005>
- Van Campenhout, L., Quivy, R., & Marquet, J. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- van der Wardt, V., di Lorito, C., & Viniol, A. (2021). Promoting physical activity in primary care : A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, 71(706), e399-e405. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0817>
- Van Genugten, L., Dusseldorp, E., Massey, E. K., & Van Empelen, P. (2017). Effective self-regulation change techniques to promote mental wellbeing among adolescents : A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 11(1), 53-71.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1252934>
- van Stralen, M. M., de Vries, H., Mudde, A. N., Bolman, C., & Lechner, L. (2010). Determinants of physical activity among the older adults : A literature review. *Health Psychology Review*, 3(2), 147-207. <https://doi.org/10.1080/17437190903229462>
- Vigotsky, A. D., & Bruhns, R. P. (2015). The Role of Descending Modulation in Manual Therapy and Its Analgesic Implications : A Narrative Review. *Pain Research and Treatment*, 2015, 292805. <https://doi.org/10.1155/2015/292805>
- Von Koch, L. (2019). Individualised Care and Rehabilitation. In R. Suhonen, M. Stolt, & E. Papastavrou (Éds.), *Individualized Care* (p. 151-162). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-89899-5_14
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppert, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., Urquhart, J., & ABC Project Team. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>

- Vuillemin, A. (2014). Chapitre 3. L'activité physique pour préserver la santé. In *Psychologie de la santé : Applications et interventions* (p. 57-81). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2014.01.0057>
- Wang, H., Blake, H., & Chattopadhyay, K. (2021). Development of a School-Based Intervention to Increase Physical Activity Levels Among Chinese Children : A Systematic Iterative Process Based on Behavior Change Wheel and Theoretical Domains Framework. *Frontiers in Public Health*, 9, 610245. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.610245>
- Warburton, D. (2009). The physical activity and exercise continuum. *Advances in physical activity and obesity*, 21-30.
- Warburton, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2017). Health benefits of physical activity : A systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541-556. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity : The evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>
- WHO. (1986). *The Ottawa charter for health promotion : An international conference on health promotion*.
- WHO. (2022). *Technical briefing for Appendix 3 of the Global Action Plan for Non Communicable Diseases Physical inactivity interventions*.
- Williams, V., Boylan, A.-M., & Nunan, D. (2020). Critical appraisal of qualitative research : Necessity, partialities and the issue of bias. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 25(1), 9-11. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111132>
- Woessner, M. N., Tacey, A., Levinger-Limor, A., Parker, A. G., Levinger, P., & Levinger, I. (2021). The Evolution of Technology and Physical Inactivity : The Good, the Bad, and the Way Forward. *Frontiers in Public Health*, 9, 655491. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.655491>
- Wood, W., & Rünger, D. (2016). Psychology of Habit. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 289-314. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417>
- World Confederation for Physical Therapy. (2011). *WCPT guideline for physical therapists as exercise experts across the life span*. www.wcpt.org/guidelines/exercise-programmes
- World Confederation for Physical Therapy 2013 World Physical Therapy Day. *Resources on Physical Activity and Non Communicable Diseases*. London. (2013). http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/wptday13/WPTD_Clinical_resources.pdf
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030 : More active people for a healthier world*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/272722>

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I: Listes des maladies chroniques	1
ANNEXE II: Techniques utilisées pour promouvoir l'AP d'après la littérature mondiale.....	2
ANNEXE III: Intervention , techniques et facteurs identifiés comme efficaces dans la littérature scientifique.....	3
Tableau I : Interventions identifiées comme efficaces dans la littérature scientifique	
Tableau II : Facteurs identifiés comme efficaces pour la PAP.	
Tableau III : Moyens et techniques jugés comme efficaces pour la PAP.	
ANNEXE IV: Exemple de la notion de “liens établis” pour le BCT 5.2 avec le Moa Croyances sur les conséquences.....	5
ANNEXE V: Guide d'entretien	6
ANNEXE VI : Processus de codage verticale ; horizontal et étapes de catégorisation.....	9
Figure 1 : Exemple de codage vertical.....	9
Figure 2 : Exemple de codage horizontal	9
Figure 3 : Exemple d'étapes de catégorisation / Processus de codage technique par objectifs visés.....	10
ANNEXE VII: Formulaire de pré-inclusion.....	11
ANNEXE VIII: Formulaire de consentement	13
ANNEXE IX : Traduction française de la taxonomie des BCT version 1 (BCTTV1) de Mitchie 2013.....	15
ANNEXE X : Processus codification inductif pour catégorisation des techniques par “similitude”.....	17
ANNEXE XI: BCT identifiées dans l'étude sur les 44 BCT identifiées pour viser les déterminants du processus de maintien de l'AP.....	18
ANNEXE XII : Processus de codification déductif des BCT.....	20
ANNEXE XIII : Comparaison des BCT entre notre étude et celle de Eisele et al 2020.....	23
ANNEXE XIV : Mindmap pour validation: Retour des participantst concernant les résultats.....	24
ANNEXE XV : Exemple du transcrit de l'entretien du MK6.....	25

ANNEXE I : Listes des maladies chroniques d'après *Gouvernement du Canada, S. C. (2018, janvier 8)*.

Liste des maladies chroniques			
1.	Asthme	21.	Cataracte
2.	Arthrite, excluant la fibromyalgie	22.	Glaucome
3.	Maux de dos, excluant la fibromyalgie et l'arthrite	23.	Ostéoporose
4.	Hypertension	24.	Problème de la thyroïde
5.	Migraine	25.	Fibromyalgie
6.	Bronchite chronique	26.	Cholestérol sanguin élevé
7.	Emphysème	27.	Trouble de l'alimentation tel que l'anorexie ou la boulimie
8.	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	28.	Insuffisance rénale chronique
9.	Diabète	29.	Maladie du foie ou des problèmes de vésicule biliaire
10.	Angine	30.	Hépatite
11.	Maladie cardiaque	31.	Trouble du développement
12.	Cancer	32.	Trouble déficitaire de l'attention
13.	Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	33.	Trouble d'apprentissage
14.	Troubles dus à un accident vasculaire cérébral	34.	Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
15.	Incontinence urinaire	35.	Rétinopathie diabétique
16.	Trouble de l'intestin comme la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, un côlon irritable ou une incontinence intestinale	36.	Syndrome de stress post-traumatique
17.	Maladie d'Alzheimer ou de toute autre forme de démence	37.	Syndrome de fatigue chronique
18.	Maladie de Parkinson	38.	Apnée du sommeil
19.	Trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie	39.	Autre maladie chronique
20.	Trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique		

ANNEXE II: Techniques utilisées pour promouvoir l'AP d'après la littérature mondiale

Etudes	Moyens et techniques utilisés
Études évaluant le MK	
Williams et al., 2018 (<i>qualitative</i>)	- Dispense de session d'AP
Freene et al., 2017 (<i>enquête transversale par questionnaire</i>)	- Environ 98 % des Mk fournissent des conseils d'AP
Frantz & Ngambare 2013 (<i>Mixte</i>)	
Shirley et al., 2010 (<i>enquête transversale</i>)	- 54% des Mk encouragent le patient à rester actif quotidiennement
Lowe et al., 2018 (<i>qualitative</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil brefs - Intervention brève - Thérapie cognitivo comportemental - Entretien motivationnel
Geidl et al., 2019 (<i>qualitative</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Programme standardisé d'AP - Plaisir et joie dans l'AP - Le transfert de connaissances en faveur d'une mise en pratique (combinaison pratique/théorie) - Utilisation de matériel et de médias pour la pratique autonome
Eisele et al., 2020 (<i>qualitative</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Exercice d'AP à domicile (Eisele et al., 2020) - Technique de changement de comportement <ul style="list-style-type: none"> - Fixation d'objectif (Eisele et al., 2020) - Instruction sur la façon d'exécuter le mouvement - Pratique / répétition comportementale ((Eisele et al., 2020) - Résolution de problème (Kunstler et al., 2018) - Planification de l'action - Information sur les conséquences sociales
Kunstler et al., 2018 (<i>métab-analyse</i>)	
Etudes multidisciplinaires incluant le MK	
Courtney-Long et al. 2017	- Conseil d'AP par les praticiens au patient (50.6%)
Omura et al. 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Counselling (92%) - Evaluation de l'AP (78%) - Matériels éducationnels (écrit..) (42%) - Prescription AP (25%) - Orientation pour intervention d'AP (15%)
Freene et al. 2019	- Counseling brefs
Lobelo et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'AP - Prescription d'AP + counseling comportemental - Auto-gestion d'AP par l'individu - Orientation vers spécialiste d'AP

ANNEXE III : Intervention , techniques et facteurs identifiés comme efficaces dans la littérature scientifique

Tableau I : Interventions identifiées comme efficaces dans la littérature scientifique

Etudes	Interventions individuelles efficaces
Kahn et al., 2002 (Revue systématique)	<ul style="list-style-type: none"> - Axées sur le comportement individuel (connaissance, motivation..)
Tourigny et al., 2016 (Revue systématique)	<ul style="list-style-type: none"> - Axées sur modèles éducatifs: <ul style="list-style-type: none"> - faisant intervenir professionnels de l'AP et professionnels de santé - faites à domicile ou centre - Utilisant des théories de changement de comportement reconnues : théorie sociocognitive de Bandura, modèle transthéorique de Prochaska - Comprenant contacts fréquents avec des professionnels impliqués pour maintenir la motivation
Conn et al., 2011 (Méta-analyse)	<ul style="list-style-type: none"> - Basées sur les théories de changement de comportement comprenant des déterminants clefs (telle que l'auto-efficacité) - Amorcer AP avec les stratégies appuyées par les théories de changement de comportement - Adopter un mode de vie actif par AVQs (prouvé comme efficace et durable)
Chase, 2013 (Revue de littérature)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventions avec l'établissement d'objectifs ou un auto-contrôle - Stratégies cognitives, l'auto-efficacité et les entretiens de motivation

Tableau II : Facteurs identifiés comme efficaces pour la PAP.

Influence AP	Facteurs favorables à l'AP	Référence
Initiation	<ul style="list-style-type: none"> - Plaisir à être actif 	<i>van Stralen et al., 2010</i>
Maintien	<ul style="list-style-type: none"> - Force physique - Habitude AP - Faible risque perçu au départ 	
Général	<ul style="list-style-type: none"> - La bonne humeur 	<i>van Stralen et al., 2010</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Modalité de l'AP : <ul style="list-style-type: none"> - Ludique - Intensité pas trop élevée 	<i>Promotion Santé Suisse, 2014</i> <i>Madigan et al., 2021</i>

Tableau III : Moyens et techniques jugés comme efficaces pour la PAP.

Etudes	Moyens efficaces de PAP
Tourigny et al., 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription et supervision d'exercices - Utilisation du podomètre
Conn et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer la marche comme activité principale (accessible et peu onéreuse) - Formulation claire et positive des gains de qualité de vie immédiat et à long terme - Effectuer un <i>feedback</i> régulier sur les progrès (aide et motive le patient) - Moyens renforçant l'auto-efficacité : <ul style="list-style-type: none"> - Contrat de santé, - Choix des activités et alternatives (ex: respecter préférence du patient) - La prévention de la perte de contrôle perçue chez les aînés. - Techniques de changement de comportement: <ul style="list-style-type: none"> - Autogestion - Échanges réguliers résultats obtenus - Établissement d'objectifs
Promotion Santé Suisse, 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens favorisant AP personne âgée générale et vulnérable <ul style="list-style-type: none"> - Coaching - Feedback - Période de discussion - Moyens Ap personne âgée vulnérable: <ul style="list-style-type: none"> - Séance 30 - 60 minutes , encadré par professionnel à domicile ou en salle
HAS, 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Solliciter l'augmentation de l'AP via les AVQs , sur le modèle gagnant-gagnant
Statens Folkhälsoinstitutet, 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Le conseil intensif au moyen de séances répétées pendant plusieurs mois - Les interventions comportementales « sur une théorie » - Conseils écrits personnalisés et basés sur les « étapes du changement de comportement » - Impliquer le patient dans son suivi
Chase, 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Counseling

ANNEXE IV: Exemple de la notion de “liens établis” pour le BCT 5.2 avec le Moa Croyances sur les conséquences



ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN POUR RECHERCHE QUALITATIVE

INTRODUCTION ET PRÉSENTATION	
Remerciement pour la participation à l'étude	
Avez vous pu lire les documents administratifs qui vous ont été transmis par mail ?	
RAPPEL DU SUJET	
<p>Recherche Qualitative (Entretien semi-directif) : « <i>Comment les masseurs-kinésithérapeutes structurent-ils la prise en charge de leurs patients pour faciliter et soutenir l'engagement à long terme de leurs patients dans l'activité physique?</i> »</p>	
<p><u>Enregistrement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> > Je vous rappelle que cet entretien durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme. > Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication > Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits 	
Etes-vous toujours d'accord ?	
Donner et récupérer les documents administratifs	
<p>Précision : Je tiens à vous informer que pendant l'entretien je prendrai des notes, je le mentionne afin que vous ne soyez pas surpris si vous me voyez écrire.</p> <p>De plus, je vous invite à parler assez fort et distinctement pour assurer un enregistrement de qualité.</p>	
Avez-vous des questions avant de commencer ?	

DÉVELOPPEMENT DU SUJET	
Question globale	
Question principale	<p>Pourriez-vous décrire en détail le processus que vous suivez pour amener le patient à maintenir une activité physique régulière, de votre première consultation jusqu'à la conclusion de votre suivi ?</p> <p>Je suis particulièrement intéressé par les étapes clés, leur séquence, ainsi que les techniques spécifiques que vous employez pour promouvoir une adhésion à long terme.</p>

Processus	
Q1	Quelles grandes phases pouvez vous identifier dans votre processus (la procédure) de prise en charge amenant le patient à maintenir l'activité physique après la fin de votre prise en charge ?
Moyens et techniques utilisés par le MK	
Q2	Pour chaque grande phase que vous avez identifiée, pourriez-vous donner des exemples précis des techniques et des outils que vous utilisez ? Comment ces méthodes facilitent-elles le passage d'une étape à l'autre dans le processus de maintien de l'activité physique ?
Q3	Peux- tu me décrire les moyens que tu mets pour faire initier puis maintenir l'AP ?
Q3 (bonus)	- <i>Comment intégrez-vous l'ordonnance d'APA dans ce processus ?</i> - <i>Comment intégrez-vous le travail pluridisciplinaire dans ce processus ?</i>
Raisons de l'utilisation des moyens et techniques pour le MK	
Q4	"Quelles sont les raisons spécifiques qui vous amènent à choisir ces moyens et techniques en particulier ? Pouvez-vous expliquer comment chaque technique s'aligne sur les objectifs que vous cherchez à atteindre auprès de vos patients ?
Perception de l'efficacité des techniques par le MK	
Q5	Quels impacts pensez-vous avoir suite à votre promotion de l'activité physique sur la pratique de l'activité physique sur le long terme de vos patients ?
Q7	Quels conseils donneriez-vous à d'autres kinésithérapeutes qui cherchent à encourager le maintien de l'activité physique chez leurs patients ?
Spécificité de prise en charge chez le patient chronique	
Q8	Pensez vous qu'il existe une spécificité dans les moyens utilisés pour amener le patient atteint de maladies chroniques à maintenir l'activité physique sur le long terme ? Si oui pouvez vous expliciter vos propos ?
Cas concret (mise en pratique des notions abordées)	
Q9	Pouvez-vous partager un exemple spécifique où votre prise en charge a été particulièrement réussie, conduisant un patient à adopter et maintenir une activité physique régulière ? Comment avez-vous procédé pour atteindre ce résultat ?

	APPROFONDISSEMENT
	<i>(Poser des questions supplémentaires de clarification si besoin)</i>
Q10	Y'aurait-il des points sur lesquels vous auriez aimé discuter davantage ?

	FIN DE L'ENTRETIEN
	Je vous remercie pour votre participation à l'étude.

ANNEXE VI: Processus de codage verticaux ; horizontal et étapes de catégorisation

Figure 1 : Exemple de codage vertical , codage inductif pour le MK8 sous le logiciel Word

PAP_obstacles_patient_fausses croyance
PAP_obstacles_manque de motivation
 “ Moi j'ai de l'arthrose, c'est foutu, donc il n'y a rien à faire et je ne vais pas bouger parce qu'en plus je n'ai pas envie.”

00 :31 :40 Présentateur 2

Je me trouve plus face à ça que face à quelqu'un et pourtant j'essaye, hein, de le promouvoir en disant Regardez, c'est logique.

00 :31 :49 Présentateur 2

PAP_moyens_explication théorique du bénéfice AP sur la patho
 “Enfin vos muscles qui sont au-dessus, c'est eux qui font bouger vos articulations s'ils sont plus forts, c'est eux qui prennent les contraintes”

PAP_obsctacles_patient_Pas confiance capacitée

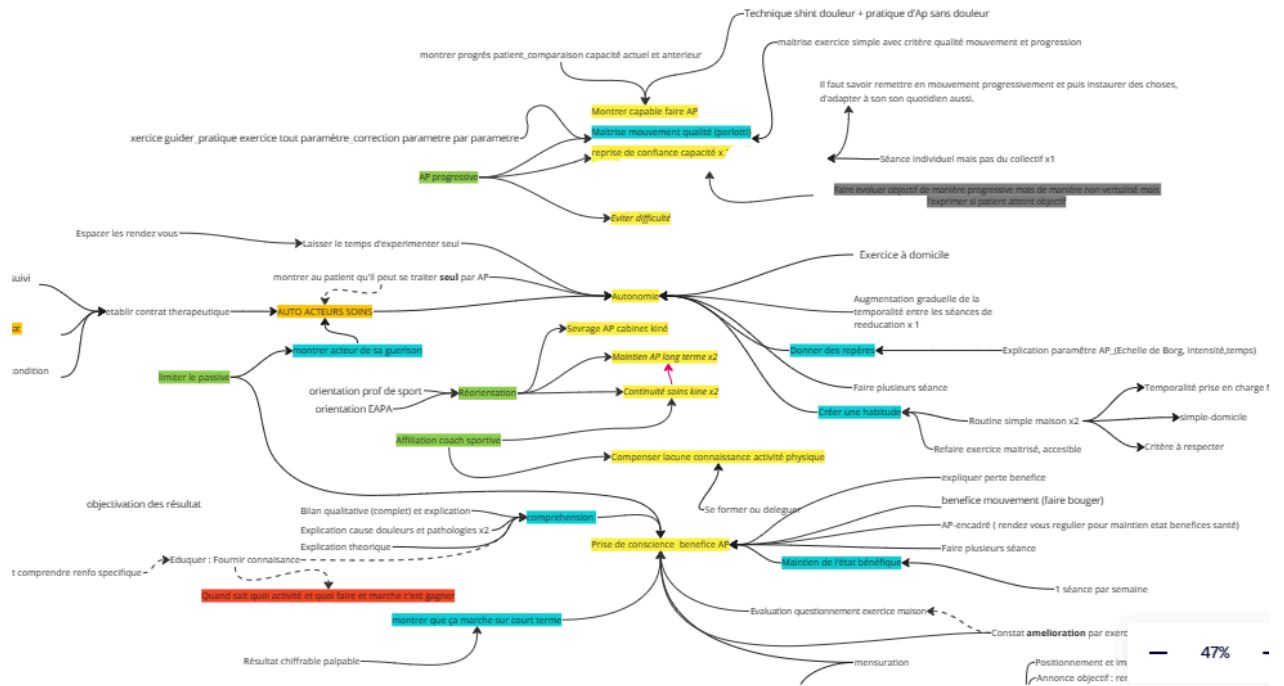
Des gens qui ne se sentent pas capables, je dirais voilà, ouais, des gens qui ne se sentent pas capables, ou des gens justement qui se connaissent, qui connaissent leur corps, qui ont leur pathologie depuis longtemps et qui se disent ça ne marchera pas.

Figure 2 : Exemple de codage horizontal concernant le thème des Technique sous excel

	A	B	C	D	E
1	Mk1	Mk3	Mk3	Mk3	Mk5
2	technique_Pressentir corporelle	traitement elements bilan+ resultat	technique_Rehabilitation respL programmes AP salle	technique_Partage entre collègue pour motivation	technique
3	technique_maitrise exercice simple avec critère qualité	technique_Technique shimt douleur	technique_Questionnement loisir AManmèse	technique_Negotiation	technique
4	technique_fournir critères qualité mouvement et progrès	technique_planification objectif intermediaire pour arriver objectif	technique_sugementation gratuite de la temporaire entre les séances de rééducation	technique_(éviter difficulté)exercice actif amener progressivement	technique
5	technique_Exercice simple-domicile-critère à respecter	technique_objectifs centré sur plaisir patient	technique_Maintien AP séance hebdomadaire_patient motivé pas prêt autonomie complete	technique_(adaptation charge) Evaluations post séance Questionnement courbature, douleur	technique — Voir si — Voir si Selon ob
6	technique_AP-encadré (rendez vous regulier pour ma	technique_contrat therapeutique	technique_ave objectifs sur loisirs	technique_(adaptation charge) meilleur resultat, meilleur benifice	technique
7	technique_antipeur_piscine	technique_augmentation confiance_prise de conscience avant la	technique_contrat	technique_ave traitement intérêt patient x3	technique
8	technique_sortie cabinet- routine d'exercices maitrisé	technique_augmentation confiance_explique bilan	technique_Explication limite rééducation_Necessité auto-traitement	technique_Reprise confiance mouvement ap progressive	technique
9	remise en etat travaille _ mobilisation, lever	technique_continués soins_ orientation prof de sport	technique_Choix_ dilemme : auto-acteur soins	Ap_ exercice orienté plaisirs	technique
10	Remise en etat travaille_ mobilisation, lever contractu	technique_comparative état antérieur	technique_anamnèse_Bilan_loisirs, attentes, attendez quoi de moi ?	AP_technique_Habitude levaluation _ carnet de feed back (suchai)	technique
11	rafaire exercice maitrisé_ accessible	Technique_(casser croyance limitante douleur)_ explication caus	technique_Contrat_ positionnement et implication du patient traitement	Orientation APA(hypotheseinteressante)	technique
12	prendre conscience corps_ Ressentir corporelle	faire AP et montre capable AP (preuve exercice ?)(demistifier cas	technique_COntrat_Exposer objectif MK: autonomisation patient	AP_Faire prendre l'habitude faire APchez euxOBJECTIFS(pas de mmoye	technique
13	prendre conscience corps_image, video	bilan qualitative (complet) et explication (comprehension connais	technique_COntrat_Exposer limite reeducation MK	objectif _prise de conscience_expliquer perte benifice	se voir de
14	prendre conscience corps_bon bilan morpho		technique_Affiliation coach sportif	KINE_COMPETENCE_Outils_CONNAISSANCE	rôles_ qui
15	maintien etat benifique _ séance par semaine		technique_obesité_mensuration_voir progrès, monter evaluer resultat	interet_Patient_Traitement maladie	rendez uc
16	faire comprendre ressource activié_		technique_explication theorique du benifice AP sur patho	interet_meilleur qualité de vie	prise de c
17	Explication et compréhension douleur_pb_(ex: diminution ressources musculaire, corp travail en charges_ si le cours renforce pas jambe, hanche lotte		technique_cite les recommandations de l'OMS	technique_orientation APA_continués_ soins	pllier_tec
18	exercices_ explication obstacles fonctionnement		limites_technique_objectifs progressive_ sendentaire evolue vite et stagne	technique_orientation APA_Sevrage AP cabinet	montrer p
19	durant prise en charge_Routine simple maison ludique facile_ (brossage dents...)		technique_progesion niveau exercice comme objectif non verbalisé	kiné	mk_cobes masakue limites p — rende — prise d
20	competenceMk_ Explication		limites_technique_objectifs progressive_perte motivation		— resenti
21	competence_ecoute		technique_communication		instaurati
22			technique_individuel mais pas du collectif		+ herachi

MK1	MK2	MK5	MK4	MK3	MK6
PAP_MKS_opportunité_démonstration_réel_efficacité	PAP_ressource_formation_initial_Pauvre_avant	PAP_PC_Obligatoire_preuve_littérature.	PAP_LIMITES_MK_MOYENS Limités (PAP_	PAP_objectif_Faire_adhérer_patient_A	PAP_def_AP_hors_traitement
PAP_MKS_maillon_essentiel	PAP_Objetif_Compréhension_douleur_et_pa	PAP_Def_AP_régulier	PAP_Indispensable_Identification_Critères	PAP_objetif_Mk_autonomisation_A	PAP_def_Régulier
PAP_BUT_Amélioration_santé	PAP_formation_initial_Pauvre_avant_avant	PAP_PC_BPCO_Traitement_AP_comme	PAP_APA_MK_doit_laisser_place_autres_in	PAP_Axe_complémentaire_traitement	PAP_def_objetif_Faire_comprendre
PAP_AP_Traitement_spécifique_patient_chronique	AP_EFFICACITE_critère_recommandation	PAP_PC_organisation_séance_MK(reductio	PAP_APA_MK_pas_le_mieux_placer	PAP_KINE_Jugement_Primordial	PAP_def_objetif_Habitude_style
PAP_BUT_Maintien_capacité	PAP_EFFICACITE_critère_Remerciement	PAP_PC_organisation_séance_Mk(reductio	PAP_APA_MK_Pas_le_plus_compétent	PAP_KINE_Axe-d'action-important	
PAP_BUT_Objetif_Prise_de_conscience_AP_import	PAP_efficacité_critère_constatation_de_cont	PAP_Efficacité_Pratique_quotidien_AP	PAP_Autres_EAPA_plus_habileté	PAP_COMPLEMENTAIRE_METI	PAP_efficacité_preuve_littérature
PAP_BUT_pratique_régulière	PAP_Indispensable_prendre_conscience_peu	PAP_Autres_Prise_de_conscience_benefice	PAP_Def_notion_manque_de_clarté_x2	PAP_EFFICACITE_RESULTAT	PAP_traitement_principal_patho
PAP_compétence_écoute_éducation_je_pense_que_notre_je_pense_comme_dans_le_métier_du_soin_la_moitié_du_soin_c'est_l'explication_et_la_compréhension.C'est_un_écoute_bien_sûr_pour_écouter_son_patient_qui_raconte_son_histoire_et_qu'on_comprend_pourquoi_et_c'est_vraiment			PAP_Indispensable_Identification_Critères		PAP_AP_orientation_traitement_actua
PAP_Compréhension_importance	PAP_évaluation_Efficacité_critère_Ap_au	Pratique_individuel_MK_reéducation_pro	PAP_Indispensable_Identification_Critères	PAP_METIER_Nécessité_TOUT-L	PAP_Maladie_chronique_Contrer_decc
PAP_évaluation_critère_efficacité_Critère_suivi_sait	PAP_potentiel_reduction_economie_OUI	PAP_Def_Definition_limitante_PAP	PAP_Indispensable_Identification_Critères	PAP_comme_continuité_soins_kine_p	PAP_maladie_chronique_Mk_pour_dor
PAP_Indispensable_prise_en_charge_longue	PAP_potentiel_reduction_economie_Pb_chir	PAP_PC_spécificité_obésité_traitement_q	PAP_Indispensable_Identification_Critères	PAP_maintien_AP_MK_créneaux_programm	PAP_Rôle_important
PAP_Indispensable_temps_long	PAP_MK_Place_principal	PAP_MK_manque_formation_APA	PAP_Indispensable_Identification_Critères	PAP_maintien_AP_MK_payer	
PAP_KINE_Message(persuasif,démonstratif)	PAP_MK_Nous_appartient_compétence_so	PAP_mk_incompétent_APA	PAP_Indispensable_Identification_Critères	PAP_maintien_AP_MK_Patient_besoin_coa	PAP_Place_MK_Bien_placé :
PAP_limite_MK_trop_dans_l'Actif("maintenon	PAP_MK_Nous_appartient_compétence_re	PAP_stratégie_intéressante_travail_plurid	PAP_Limite_MK_manque_connaissance_sportive		PAP_MK_Limite_Manque_de_format
PAP_Limites_manque_matériel	PAP_MK_kine_role_différent	PAP_stratégie_intéressante_Se_former_en	PAP_limite_MK_recommandation_universelle_OMS:		PAP_objetif_Mk_Prevue_efficacité
PAP_limites_distinction_APA_kine_APA_vision_glob	PAP_Mk_place_1er_intervenant	PAP_MK_Compétence_PAP_selon_type	PAP_LIMITES_MK_Floue_sur_les_attendu_en_MK		PAP_legitimeMK_acteur_traitement_a

Figure 3 : Exemple d'étapes à la catégorisation mise en commun / Processus codage technique par objectifs visée



ANNEXE VII : Formulaire de pré-inclusion

Formulaire de pré-inclusion	
<p>"Bonjour,</p> <p>Je suis actuellement étudiant en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de La Réunion.</p> <p>Dans le cadre de mon mémoire de fin d'année, je réalise une étude visant à comprendre "Comment les kinésithérapeutes libéraux réunionnais promeuvent le maintien de l'activité physique chez leurs patients, en particulier ceux atteints de maladies chroniques". Je suis donc à la recherche de kinésithérapeutes volontaires pour participer à mon étude qualitative. Elle consiste en un entretien d'une durée d'environ 30 minutes.</p> <p>Pour participer, il vous suffit de remplir ce bref questionnaire de pré-inclusion (2 minutes maximum), qui me permettra de vérifier votre éligibilité pour cette étude. Si vous êtes éligible et acceptez de participer, je vous contacterai directement par mail ou téléphone afin de planifier un entretien dans les plus brefs délais, selon vos disponibilités, et nous déterminerons ensemble les modalités de réalisation : en présentiel ou en visioconférence.</p> <p>Je vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous portez à mon mémoire. Votre participation est précieuse, et je vous serai grandement reconnaissant.</p> <p>Note: À des fins d'analyse des données, un enregistrement audio de l'entretien sera effectué. Il sera ensuite détruit (après analyse et interprétation), et les résultats seront anonymisés."</p>	
Critères d'inclusions	
Parlez-vous français ?	
Oui	Non
Exercez-vous en libéral ?	
Oui	Non
Exercez-vous à la Réunion ?	
Oui	Non
Prenez vous en charge des patients chroniques	
Oui	Non
Accordez-vous de l'importance à la promotion de l'activité physique auprès de vos patients?	
Oui	Non
Effectuez vous de la promotion de l'activité physique avec vos patients ?	
Oui	Non
Participation à l'étude	

Êtes vous d'accord de participer à un entretien dans le cadre de mon étude	
<i>Rappel: Un enregistrement audio sera effectué et détruit (après analyse et interprétation) et les résultats seront anonymisés</i>	
Oui	Non
Information complémentaire	
Vous êtes :	
Homme	Femme
Quel âge avez-vous ?	
Depuis combien de temps exercez- vous en libéral?	
Êtes vous ?	
Titulaire	Assistant
Remplaçant	Activité Mixte (Salariat/libéral)
Autres :	
En quelle année avez-vous été diplômé ?	
Quelle proportion de votre patientèle occupe les patients atteints de maladies chroniques?	
0-5%	5-15%
15-25%	>25%
Quelles sont vos coordonnées?	
Mail:	Numéro de téléphone:
Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à mon travail	

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
--

Nom et Prénom du sujet :

RECHERCHE QUALITATIVE : Entretien semi-directive : « Identification du processus et des moyens mis en place par les MK libéraux pour encourager et favoriser le maintien de l'AP chez le patient atteint de maladie chronique »

Population : masseurs kinésithérapeutes libéraux exerçant à la Réunion

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Bertrand FRUTEAU DE LACLOS.

Il durera environ 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel au cours duquel des questions vous seront posées sur votre **expérience** et **vécu** liés à la façon dont vous accompagnez les patients atteints de maladies chroniques dans le maintien de leur activité physique à travers votre prise en charge. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Bertrand FRUTEAU de LACLOS

Les résultats seront utilisés dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de kinésithérapie.

Merci de renseigner chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans un mémoire ou dans une publication.

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____ Signature (investigateur) _____

Date _____ Date _____

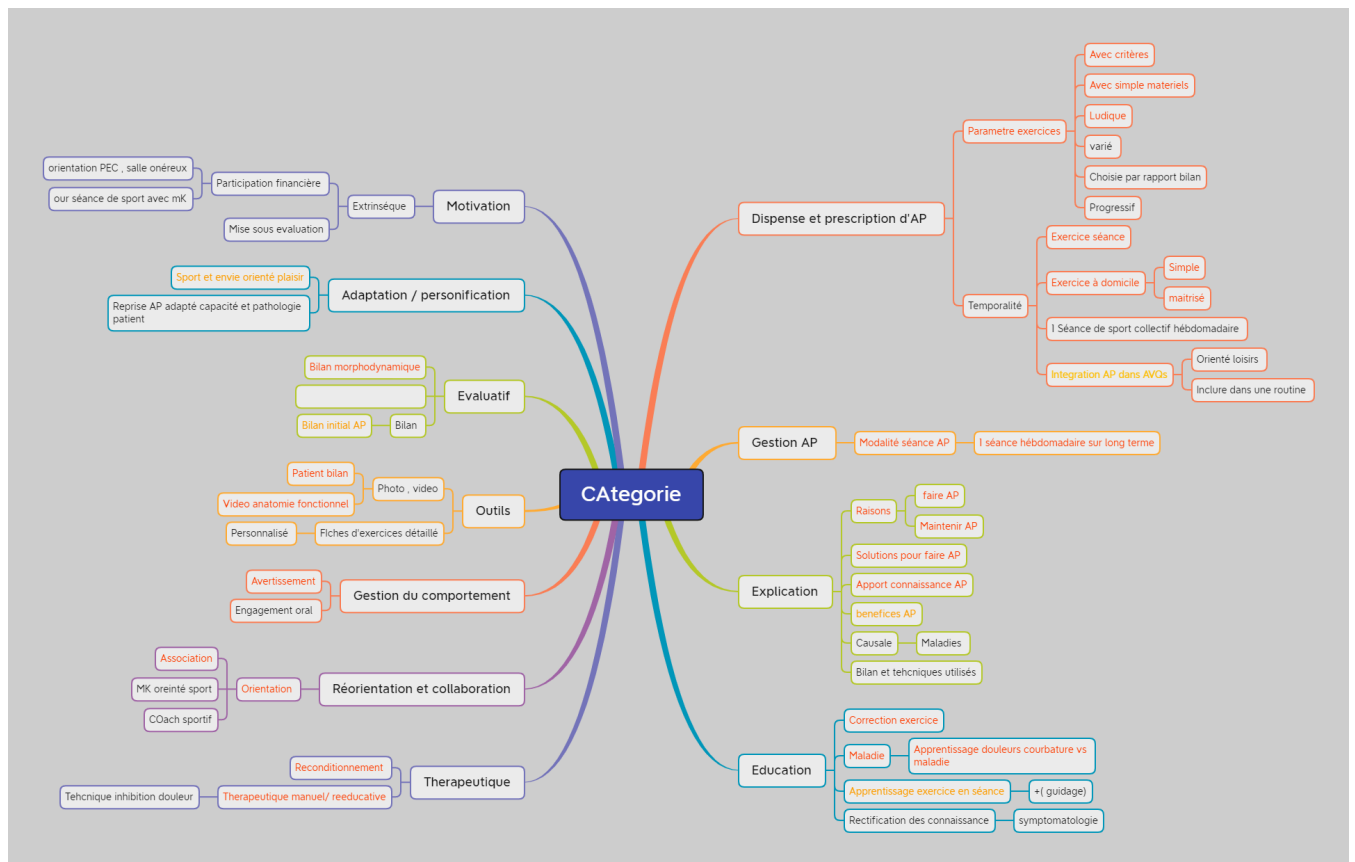
Nom _____ Nom _____

ANNEXE IX: Traduction française de la taxonomie des BCT version 1 (BCTTV1) de
Mitchie 2013 ; (Bernard et al., 2019)

1- Objectifs et planification		7- Associations (Associations)		12- Antécédents (Antecedants)	
1.1	Fixation d'objectif (comportement)	7.1	Rappels, signal et incitations	12.1	Restructuration de l'environnement physique
1.2	Résolution de problème(s)	7.2	Rappel des récompenses	12.2	Restructuration de l'environnement social
1,3	Fixation d'objectif (résultat)	7.3	Réduction des rappels et incitations	12.3	Réduction des incitations environnementales
1.4	Planification du comportement	7.4	Porter attention aux comportements « concurrentiels » / retirer l'accès aux récompenses	12.4	Diversions / distraction
1.5	Révision des objectifs comportementaux	7.5	Éviter les stimuli concurrentiels	12.5	Ajout d'objets dans l'environnement
1.6	Décalage entre le comportement actuel et l'objectif	7.6	Satiété	12.6	Changements corporels
1.7	Révision des objectifs de résultats	7.7	Exposition	13- Identité (Identity)	
1.8	Contrat lié au comportement	7.8	Apprentissage associatif	13.1	Identification de soi en tant que modèle pour les autres
1.9	Engagement	8- Répétition et substitution		13.2	Modification des perceptions / Reformulation
2- Suivi de la réalisation du comportement et feedbacks (Feedback and monitoring)		8.1	Pratique du comportement et répétition	13.3	Croyances incompatibles
2,1	Suivi du comportement d'une personne sans retour d'information	8.2	Substitution du comportement	13.4	Valorisation de son identité / de soi-même
2.2	Informations sur le comportement	8.3	Formation des habitudes	13.5	Valoriser une nouvelle identité liée à un changement de comportement
2.3	Suivi/quantification du comportement (par soi-même)	8.4	Changement des habitudes	14- Anticiper les conséquences (Scheduled consequences)	
2.4	Suivi/quantification de l' objectif global fixé au préalable (par soi-même)	8.5	Auto-flagellation / surcorrection		Coûts liés au comportement
2.5	Suivi de l'objectif global d'une personne sans retour sur ses performances	8.6	Généraliser le comportement	14.1	Sanction / punition
2.6	Information sur des paramètres physiologiques/biologiques	8.7	Graduation des actions	14.2	Retrait de la récompense
2.7	Information concernant l'objectif global fixé au préalable	9- Comparaison des résultats (Comparison of outcomes)		14.3	Récompenser la progression / l'avancement
3- Soutien social (Social support)		9.1	Crédibilité des sources	14.4	Récompense l'atteinte d'un objectif final
3.1	Soutien social non-spécifique	9.2	Balance décisionnelle / avantages et inconvénients	14.5	Récompense liée à une situation

3.2	Soutien social (pratique)	9.3	Anticipation des résultats liés aux changements de comportement	14.6	Récompenser un comportement incompatible
3.3	Soutien social (émotionnel)	10- Récompenses et menaces liées au comportement		14.7	Récompenser un comportement alternatif
4- Modification des connaissances (Shaping knowledge)		10.1	Intention de rétribution matérielle (spécifique au comportement)	14.8	Réduire la fréquence des récompenses parallèlement à la mise en place d'un comportement
4.1	Instruction concernant la réalisation du comportement	10.2	Rétribution matérielle (spécifique au comportement)	14.9	Éliminer les conséquences négatives / punitions
4.2	Information sur les déterminants / antécédents du comportement	10.3	Récompense non spécifique	15- Auto-conviction (Self-belief)	
4.3	Changer les croyances sur le comportement et suggérer des explications alternatives	10.4	Récompense sociale	15.1	Persuasion verbale concernant la capacité à réussir
4.4	Expériences comportementales	10.5	Incitatif social	15.2	Imagerie mentale (liée à la pratique du comportement et l'expérience d'un succès)
5- Conséquences liées au comportement (Natural consequences)		10.6	Incitatif non spécifique	15.3	Mise en évidence des succès antérieurs
5.1	Informé sur les effets du comportement sur la santé	10.7	Incitatif d'auto-récompense	15.4	Auto-persuasion
5.2	Mise en évidence des conséquences du comportement	10.8	Intentions de récompense spécifique à l'objectif général visé	16-Imagerie / Apprentissage caché (Covert learning)	
5.3	Informé sur les conséquences sociales et environnementales liées à la pratique du comportement	10.9	Auto-récompense	16.1	Anticipation des conséquences négatives / punition imaginaire
5.4	Suivi des réponses émotionnelles liées au comportement	10.10	Récompense spécifique à l'objectif général visé	16.2	Imagerie mentale (liée aux bénéfices attendus via la pratique du comportement)
5.5	Anticipation des regrets	10.11	Menace / suppression de la récompense	16.3	Conséquences vicariantes
5.6	Information sur les conséquences émotionnelles du comportement	11- Régulation			
6- Comparaison comportementale (Comparison of behaviour)		11.1	Intervention / soutien pharmacologique		
6.1	Mise en oeuvre / démonstration du comportement	11.2	Réduction des émotions négatives		
6.2	Comparaison sociale Porter	11.3	Conservation des ressources mentales		
6.3	<u>Information sur la perception sociale du comportement, l'approbation des autres</u>	11.4	<u>Instructions paradoxales</u>		

ANNEXE X:Processus codification inductif pour catégorisation des techniques par “similitude”



ANNEXE XI: 22 BCT identifiés dans l'étude sur les 44 BCT identifiés pour viser les déterminants du processus de maintien de l'AP. Les BCT identifiés dans l'étude et n'appartenant pas à ses 44 BCT sont notifiés en **rouge**.

BCT	MKs	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	MK6	MK7	MK8	MK9	Effectifs
8.1											9
8.3											9
8.7											8
4.3											6
5.1											6
4.1											5
6.1											4
7.8											4
8.6											4
1.1											3
1.4											3
1.9											3
9.1											3
1.3											2
2.2											2
5.2											2
15.1											2
15.3											2
1.2											1
1.5											1
2.1											1
4.2											1
1.6											0
1.7											0
1.8											0
2.3											0
2.6											0
2.7											0
3.3											0
6.2											0
7.1											0
7.5											0
8.2											0
9.2											0

BCT	MKs	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	MK6	MK7	MK8	MK9	Effectifs
8.1											9
9.3											0
10.1											0
10.7											0
10.8											0
10.10											0
11.2											0
11.3											0
12.1											0
12.3											0
12.5											0
13.2											0
13.3											0
13.4											0
13.5											0
15.4											0

ANNEXE XII: Processus de codification déductif des BCT

<u>BCT</u>	<u>Description techniques issues traduction BCTTv1</u>	<u>Verbatims correspondant à la technique</u>
1.1	Fixer pour quelqu'un, ou en collaboration avec la personne, un objectif exprimé en termes de comportement à atteindre	('MK4) Et puis je leur donne un délai, je leur dis voilà c'est dans trois mois (avec un objectif dans 3 mois). Donc je leur dis pas il faut le faire trois mois, je leur dis on est à une date, ça veut dire qu'aux vacances de mai, ça fera trois mois, vous pourrez diminuer . Mais il faut leur donner un but si tu veux dans le temps.
1.2	Analyser, ou inciter la personne à analyser, les facteurs qui influencent négativement son comportement ; générer ou sélectionner des stratégies incluant la réduction des barrières et la promotion de facteurs facilitants.	(MK7) Qu'elle est le problème? Est-ce que non parce qu'il y a trop de séances ? Est-ce que c'est parce que vous n'avez pas envie ? [...] si c'est parce que c'est logistiquement , ben on revoit le programme et on fait quelque chose qui est adapté à la personne
1.3	Fixer ou se mettre d'accord sur un objectif défini comme un état désirable à atteindre via le changement de comportement cible	(MK8) Vous avez mal quand vous marchez ? Franchement, je sais que c'est difficile. Bon là aujourd'hui vous arrivez pas à marcher jusque votre portail. Là, on va essayer de marcher jusqu'au jusqu'à la porte et demain ça sera jusqu'au portail. Tu vois des objectifs progressifs pour vraiment faire en sorte que la personne se sente bien et augmente de plus en plus.
1.4	Inciter la personne à planifier précisément la façon de réaliser le comportement (incluant au moins le contexte, la fréquence, l'intensité, la durée).	(MK4) Ouais, souvent je leur fais un papier, je leur fais une liste avec des dessins. Et du coup dessus il y a dans quel ordre, quel exercice , le nombre de séries , la position et ensuite l'évolution
1.5	Revoir des objectifs comportementaux avec la personne au regard de l'atteinte, ou non, des objectifs préliminaires. Peut aboutir à fixer un objectif identique, modifier légèrement cet objectif, fixer un objectif différent en parallèle ou à la place de l'objectif initial	(MK7) Genre, tu me dis, dans un mois ou dans une semaine, essaie d'avoir un objectif qui te tient vraiment à cœur, comme ça, tu te donnes vraiment pour tout pour y arriver et après tu fixeras de nouveaux objectifs
1.9	Demander à la personne d'affirmer et de communiquer sa volonté de modifier son comportement.	(MK4) donc il faut pour moi un espèce de contrat avec ton patient aussi, pour mettre un contrat en lui disant t'es prêt à faire combien de temps par jour, (negociation) et puis t'adaptes, et s'il te dit 5 minutes , tu lui fous 3 exos et il fait 5 minutes par jour, mais c'est déjà ça, de faire une régularité

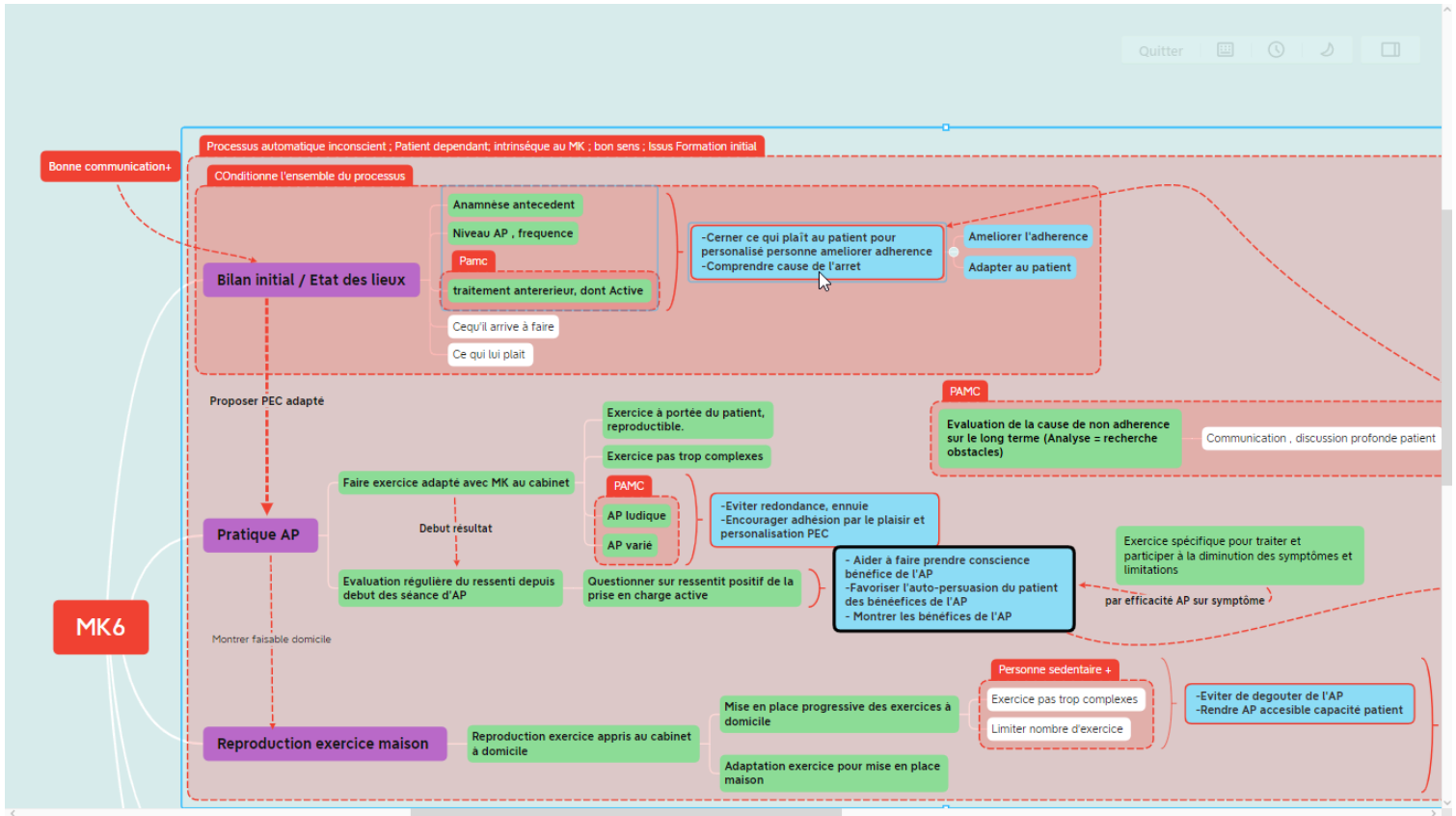
2.1	Observer les comportements d'une personne sans pour autant lui faire de retours	(MK7) Et avoir des feedbacks sur est-ce que le patient le pratique ou pas. Donc, c'est des feedbacks oraux.
2.2	Mesurer et donner des informations concernant la réalisation du comportement	(MK6) Donc au début, faire les exercices avec eux, etc. Et ensuite, régulièrement faire un petit check-up en leur demandant comment ils se sentent depuis qu'on fait ces exercices-là. Et surtout, leur montrer les bénéfices et vraiment mettre l'accent sur les bénéfices de cette activité physique qu'on a débutée ensemble,
4.1	Apprendre à la personne à réaliser un comportement	(MK4) Souvent je leur fais un papier, je leur fais une liste avec des dessins. Et du coup dessus il y a dans quel ordre, quel exercice, le nombre de séries, la position et ensuite l'évolution.
4.2	Information sur les déterminants / antécédents du comportement	(MK1) Je vais expliquer que le corps va toujours faire ce qui est facile, économique et plutôt plaisant. Quand tu dois me tenir un peu plus, si je n'ai pas les ressources pour le faire, c'est un peu compliqué, donc je ne vais pas le faire.
4.3	Identifier les croyances de la personne concernant les déterminants du comportement et suggérer d'autres explications.	MK4) Mais souvent ils te disent ah mais c'est parce que j'ai marché que j'ai mal. Non, il s'est passé quelque chose, avant vous n'aviez pas mal, (cch croyances) maintenant vous avez mal, on va traiter ça et surtout vous y retournez.
5.1	Donner des informations (écrites, verbales, visuelles) sur les effets de l'activité physique sur la santé	(MK9) Donc là, ça va être là notre rôle aussi de rassurer, de démontrer que finalement, peut-être que non Et ça, surtout sur certaines pathologies, surtout sur les BPCO ou cardio-respi, où le moindre essoufflement peut être justement un signe d'alerte qui vont les freiner dans leur activité physique.
5.2	Utiliser des méthodes spécifiquement construites pour insister sur les effets du comportement avec l'objectif que ces informations restent en mémoire	(MK5) Donc, déjà ça. Et une fois que tu as expliqué, et ben en fait, de commencer à faire des petites choses qui vont déjà lui faire du bien. Par exemple, en séance, je ne sais pas, tu vas renforcer un tel muscle, (orienté vers l'actif) et il va sentir qu'à la fin de la séance, quand son muscle sera bien congestionné là, qu'il sent un peu moins les tensions. Et du coup, il va se dire, ah, c'est vrai que ça marche quand je bouge comme ça.
6.1	Montrer comment pratiquer le comportement, directement en personne, ou indirectement via des vidéos ou des photos explicatives	(MK2) Donc si je fais une petite liste, des fois, je prends vraiment le temps de tout faire à l'ordinateur et tout ça avec des petites images, <i>avec les variantes des exercices, quand, combien de fois il faut le faire.</i>
7.8	Associer des stimuli (positifs ou négatifs) avec des stimuli en lien avec le comportement	(MK4) En premier je lui démontre que l'exercice fait du bien. En général je teste une seule technique par séance. Donc il y a une séance peut-être je vais faire de la thérapie manuelle, il va me dire ouais c'est mieux, et puis au bout de la troisième séance il me dira bah oui mais

		bon bah ça revient. Donc c'est là qu'on fait que de l'exercice , on stabilise, quand il revient il me dit ah bah oui ça fait du bien
8.1	Inciter la mise en oeuvre d'un comportement spécifique de façon répétée pour créer une habitude	(MK3) Donc, tu peux aussi commencer à faire AP avec le patient et lui faire prendre confiance et conscience qu'il est capable encore de faire des trucs,
8.3	Inciter à adopter et pratiquer un comportement précis dans un contexte précis et de façon répétée	(MK9) . Donner un programme long comme le bras à un patient à faire chez lui, ça va être très difficile. Pour la plupart, ils ne vont jamais y adhérer tout de suite. Alors que de réussir à donner un exercice à faire régulièrement, puis une fois qu'il l'a et que ça fait partie de sa routine, en rajouter un autre, en rajouter un autre et que là il voit les bénéfices, après normalement ça se lance tout seul.
8.6	Inciter l'exécution d'un comportement, réalisé uniquement dans un certain contexte, dans d'autres contextes	(MK1) Je guide le patient sur des exercices simples à faire à la maison avec des critères à respecter, à maîtriser, pour pouvoir les réaliser dans de bonnes conditions à la maison ou dans une salle
9.1	Appuyer sa communication (verbale ou visuelle) avec des sources potentiellement perçues comme crédibles	(MK4)"J'ai testé, j'ai mes normes [,,] Aujourd'hui là vous voyez là vous êtes à zéro ou moins deux et la norme c'est 40 secondes . Donc si tu leur donnes des repères en disant ouais vous êtes complètement dans les chaussettes , complètement nul et qu'il y a un objectif, c'est cet objectif parce que les études ont prouvé que c'est la norme "
15.3	Aider la personne à mettre en évidence ses succès antérieurs en lien avec le comportement	(MK6) « T'as vu, on a commencé à faire tel exercice, on a fait telle chose, qu'est-ce que t'en penses ? Oui, t'as vu, depuis qu'on fait ça, ça va mieux."

ANNEXE XIII: Comparaison des BCT entre notre étude et étude de Eisele et al., en 2020

BCT		Apparition du BCT dans les interviews (%)	Apparition du BCT étude de Eisele et al., 2020 (%)
8.1	Pratique du comportement et répétition	● 100%	● 100%
8.3	Formation des habitudes	● 100%	
8.7	Taches gradué	● 88%	● 88%
4.3	Changer les croyances sur les comportement et suggérer des explications alternatives	● 66%	
5.1	Informé sur les effets du comportement sur la santé	● 66%	● 77%
4.1	Instruction concernant la réalisation du comportement	● 55%	● 100%
6.1	Mise en oeuvre / démonstration du comportement	● 44%	● 77%
7.8	Apprentissage associatif	● 44%	● 22%
8.6	Généraliser le comportement	● 44%	
1.1	Fixation d'objectifs (comportement)	● 33%	● 100%
1.4	Planification du comportement	● 33%	● 89%
1.9	Engagement	● 33%	
9.1	Crédibilité des sources	● 33%	● 88%
1.3	Fixation d'objectif (résultat)	● 22%	● 55%
15.1	Persuasion verbale concernant la capacité à réussir	● 22%	
15.3	Mise en évidence des succès antérieurs	● 22%	
2.2	Informé une personne sur son comportement	● 22%	● 66%
5.2	Mise en évidence des conséquences du comportement	● 22%	
1.2	Résolution de problèmes	● 9%	
1.5	Révision des objectifs comportementaux	● 9%	● 66%
2.1	Suivi du comportement d'une personne sans retour d'information	● 9%	
4.2	Information sur les déterminants / antécédents du comportement	● 9%	

ANNEXE XIV: Extrait du Mindmap utilisé pour avoir le retour des participants concernant les résultats



ANNEXE XV : Exemple de transcription brut de l'entretien avec le MK6:

[Chercheur]

Donc je te pose déjà une question générale, du moins j'essaie de t'expliquer rapidement le contexte. Donc ça serait d'expliquer le processus complet que tu mets en place pour maintenir une activité physique régulière depuis ta première séance jusqu'à la fin de ton accompagnement, et ce pour comprendre les étapes clés, la succession des étapes, les moyens que tu mets en place dans ces étapes, et les techniques que tu utilises justement pour assurer cette adhésion durable à l'activité physique par ton patient.

[Chercheur]

Donc la première question. Quelles sont les grandes phases pour toi que tu peux identifier dans ta pratique ? pour amener ton patient à maintenir l'activité physique après que tu as fait ta prise en charge.

C'est-à-dire que je prends en charge aujourd'hui, je mets des choses en place jusqu'à la fin de ma prise en charge, et une fois que j'ai mis en place tout ça, tous ces trucs, je me dis, je pense que mon patient est capable, après tout ce que j'ai fait là, mon processus que j'ai mis en place, de maintenir l'activité physique après que je l'ai pris en charge. Tu vois un peu le processus ?

[Interrogé]

Alors, en grandes phases, que ce soit, on va dire, chez un patient qui est pratique déjà de l'activité physique ou pas, déjà, en toute base, au début de la prise en charge, je vais voir un peu avec lui, qu'est-ce qu'il fait comme activité physique, qu'est-ce qu'il a déjà fait, où est-ce qu'il en est actuellement. Et donc déjà, un peu une sorte d'anamnèse sur ses antécédents d'activité physique, où il en est actuellement. Et ensuite, vu que moi j'ai une prise en charge plutôt active, je pense que la plupart du temps, je vais essayer de leur faire faire des exercices avec moi qui pourront être reproduits quand ils seront tout seuls.

Donc au début, faire les exercices avec eux, etc. Et ensuite, régulièrement faire un petit check-up en leur demandant comment ils se sentent depuis qu'on fait ces exercices-là. Et en fait, au fur et à mesure, essayer un peu de leur inculquer, de leur faire comprendre et de leur faire voir ce qu'ils ont fait.

Déjà, c'est pas compliqué, c'est dans leurs moyens, c'est reproductible par eux-mêmes. Et surtout, leur montrer les bénéfices et vraiment mettre l'accent sur les bénéfices de cette activité physique qu'on a débutée ensemble pour que ça les impacte et qu'ils se disent que depuis que je fais ça, ça va mieux, donc il serait mieux de continuer une fois que ma rééducation sera finie. C'est vraiment un peu ça le déroulé.

Et du coup, sur la fin, avant la fin de prise en charge, vraiment essayer de voir comment je peux au maximum adapter ce que je lui propose pour que potentiellement il peut continuer chez lui, ou du moins, en fin de prise en charge, il commence un peu à le refaire chez lui et après, plus tard, il fait un peu comme il veut. En tout cas, essayer qu'il y ait une espèce de continuité et surtout mettre l'accent sur montrer que c'est bénéfique. Parce que j'ai l'impression que la plupart du temps, c'est ça que les gens ne comprennent pas forcément par eux-mêmes et qui va faire qu'après, ils vont adhérer au plus long terme.

[Chercheur]

D'accord. Du coup, sur ces étapes que tu m'as dites, le fait que tu prends en charge, comme tu as une prise en charge plutôt active, tu regardes leur état de base, leur activité physique initiale.

Ensuite, tu fais les exos avec eux en séance pour les montrer un petit peu les bénéfices, quel impact ça a sur eux, etc. Et ensuite, à la fin, tu adaptes pour pouvoir faire en sorte qu'ils puissent le faire chez eux par rapport à ce que tu as pu voir avec eux en séance.

Est-ce que tu as des techniques spécifiques, des choses que tu peux développer un peu plus sur ces différents points ? Est-ce que lorsque tu fais des exercices, tu as des points sur lesquels tu insistes, des objectifs particuliers ? Je ne sais pas si c'est clair.

[Interrogé]

Je n'ai pas une trame très précise, ça peut vraiment être un peu au cas par cas. Mais si je devais généraliser, quand tu dis faire un peu l'état des lieux au début, c'est assez simpliste. Je demande ce que la personne fait, comment elle se fait utiliser, tout ce qu'elle a déjà fait.

Si elle a arrêté, pourquoi elle n'en fait plus ? Si elle en fait toujours, à quelle fréquence elle en fait ? Pour essayer déjà de cerner un peu ce qui plaît à la personne, parce que c'est aussi important.

Il faut quand même que ça serve à la prise en charge, évidemment. Mais si tu peux au maximum arriver à t'adapter à ce que la personne aime bien, je pense que tu auras plus de facilité à remporter sur ton adhésion, parce que ce n'est pas cohérent avec ce qu'elle aime bien faire. Et voilà, déjà ça.

[...]