

# L'influence de la relation thérapeutique sur l'observance des patients lombalgiques chroniques non spécifiques

The influence of the therapeutic relationship on the adherence of patients with chronic non-specific low back pain

AUDREY POZHAR (PT)<sup>1,2</sup>, DELPHINE WILLEMIN (PT)<sup>2</sup>, ROSE-ANNA FOLEY (PhD ANTH)<sup>2</sup>

1. Physio Murten GmbH, Morat, Suisse

2. HESAV Haute Ecole de Santé Vaud, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse.

Les auteures attestent ne pas avoir de conflits d'intérêts dans la réalisation de ce travail.

Article reçu en février 2019; accepté en avril 2019.

## Keywords

Non-specific chronic low back pain, therapeutic adherence, therapeutic relationship

## Mots clés

Lombalgie chronique non spécifique, observance thérapeutique, relation thérapeutique

## Abstract

**Introduction:** Therapeutic adherence, a critical concern in physiotherapy, is influenced by several factors. Those linked to patients are often studied whereas those linked to practitioners are not well understood. Considering the connection between these determinants, this review will focus on the therapeutic relationship.

**Objective:** To identify factors related to the therapeutic relationship that influences the adherence of patients with chronic non-specific low-back pain. Solutions will be proposed in order to improve practice.

**Method:** Corpus-based study of qualitative literature following the meta-aggregation protocol of the Joanna Briggs Institute.

**Results:** The analysis of seven studies has led to the identification of eleven themes: trust relationship, communication, therapeutic presence, validation of pathology, consideration of representations and emotions, need for information and understanding, stimulation of the need to change, empower-

## Résumé

**Introduction:** L'observance thérapeutique, enjeu capital en physiothérapie, est influencée par plusieurs facteurs. Ceux liés aux patients sont souvent étudiés, à l'inverse de ceux liés aux professionnels qui restent mal compris. Tous ces déterminants étant liés, l'angle d'approche de cette revue est la relation thérapeutique.

**Objectif:** Identifier les facteurs liés à la relation thérapeutique qui influencent l'observance des patients lombalgiques chroniques non spécifiques. Les solutions sont proposées afin d'améliorer les pratiques.

**Méthode:** Revue de la littérature qualitative selon le protocole de meta-aggregation du Joanna Briggs Institute.

**Résultats:** L'analyse de sept études a permis d'identifier onze thématiques : la relation de confiance, la communication, la présence thérapeutique, la validation de la pathologie, la considération des représentations et des émotions, le besoin d'information et de compréhension, la stimulation d'un besoin de changer, l'autonomisation, la responsabilisation du

ment, patient accountability, convergence of patient and therapist objectives as well as individualized care.

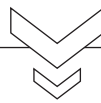
**Discussion:** Our corpus of studies does not focus on the investigation of social factors, even though social proximity is an important component of the therapeutic relationship. Physiotherapists are invited to be conscious of their capacity to positively influence a clinical condition by cultivating the therapeutic relationship.

**Conclusions:** Eleven themes around the therapeutic relationship have emerged. These leads, which are not meant to be comprehensive, can be exploited in clinical practice to guide the patients on their path toward adherence.

patient, la convergence des objectifs des partenaires et la prise en charge individualisée.

**Discussion:** Les facteurs sociaux sont peu investigués dans notre corpus d'études. Or la proximité sociale est importante au sein de la relation thérapeutique. Les physiothérapeutes sont invités à prendre conscience de leurs capacités à influencer positivement une situation clinique par le biais de la relation thérapeutique et du contexte de soin.

**Conclusion:** Onze thématiques de la relation thérapeutique ont émergé de cette revue. Les pistes suggérées, sans représenter un tableau exhaustif, peuvent être exploitées en clinique par les thérapeutes afin de guider les patients sur le chemin de l'observance.



## 1. Introduction

Même s'ils sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques, les traitements de physiothérapie en contexte chronique ne peuvent être pleinement efficaces sans observance thérapeutique (OT). Cette vaste notion fait référence à « l'ensemble des comportements de santé qui sont observés par le patient » et comprend une dimension attitudinale d'adhésion, selon laquelle le patient est « partie prenante » de son traitement<sup>(1)</sup>. C'est une problématique complexe, influencée par de multiples facteurs<sup>(2)</sup>. Le manque d'observance est fréquemment rencontré en physiothérapie<sup>(3)</sup>. Pourtant, la réussite de la prise en charge dépend amplement du degré de participation du patient<sup>(4)</sup>. L'augmentation de l'observance aurait un impact bien plus important sur la santé que n'importe quelle autre amélioration d'un traitement médical<sup>(2)</sup>.

La lombalgie est non spécifique dans 90% des cas<sup>(5)</sup>. Elle figure en tête de classement parmi les causes d'invalidité et d'incapacité de travail, en tant que motif de consultation médicale<sup>(6)</sup> et par extension, d'indication à la physiothérapie. Ni maladie ni entité diagnostique, la lombalgie est vue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un dysfonctionnement. L'OMS ajoute qu'elle est plus invalidante lorsqu'elle est chronique, c'est-à-dire lorsqu'elle persiste au-delà de la durée de guérison normale des tissus, soit trois mois environ<sup>(6)</sup>. Dans le contexte chronique, comme celui de la lombalgie chronique non spécifique (LCNS), l'observance revêt une importance capitale puisqu'elle tend à diminuer au fil du temps<sup>(4)</sup>. Or, les patients doivent faire face à leur pathologie sur le long terme.

La littérature actuelle montre que la qualité de la relation thérapeutique (RT) influence positivement les symptômes, l'état de santé et la satisfaction des patients<sup>(7)</sup>. Cette notion fait référence à « une relation de confiance et un rapport entre le thérapeute et son patient par la collaboration, la communication, l'empathie du thérapeute, une compréhension et un respect mutuels »<sup>(8)</sup> [traduction libre]. Les *guidelines* orientent les patients lombalgiques chroniques vers des prises en charge qui les rassurent, leur offrent de l'éducation et des instructions sur l'auto-prise en charge<sup>(9)</sup>. Dès lors, l'attention accor-

dée à l'observance, notamment par la mise en place d'une relation thérapeutique, est un enjeu central.

Dans la littérature scientifique, les facteurs de l'observance liés aux patients font déjà l'objet de multiples études. La plupart des recherches se focalisent sur les barrières liées au patient<sup>(3)</sup>. En revanche, les barrières liées aux professionnels de la santé restent mal comprises et peu étudiées. D'où la nécessité d'investiguer les causes de l'observance sous cet angle<sup>(3)</sup>. Toutefois, les déterminants de l'observance inhérents aux patients et aux professionnels de la santé étant étroitement liés, nous estimons qu'il serait artificiel de les séparer de manière stricte. Aussi avons-nous choisi d'aborder la question sous l'angle de la relation thérapeutique. Dès lors, l'objectif de cet article est d'identifier dans la littérature les facteurs liés à la relation thérapeutique qui influencent l'observance des patients lombalgiques chroniques non spécifiques. Puis de discuter les résultats trouvés et de proposer des solutions pour améliorer les pratiques.

## 2. Méthode

La recherche qualitative, qui aborde relativement peu ce sujet<sup>(10)</sup>, nous apparaît comme une nécessité pour répondre aux objectifs énoncés ci-dessus. Elle permet, en se basant sur les points de vue des personnes concernées, de saisir la complexité multifactorielle du phénomène<sup>(11)</sup>.

Cette revue qualitative de la littérature a été guidée par le protocole de *meta-aggregation* du *Joanna Briggs Institute* (JBI)<sup>(12)</sup>. Celui-ci a pour but de synthétiser, sous forme de concepts, les résultats de différentes études. Cette méthode a l'avantage d'étudier un phénomène sous de multiples perspectives, en extrayant des données issues de méthodologies variées, offrant ainsi une richesse de points de vue<sup>(11)</sup>.

### 2.1 Stratégies de recherche et démarche de sélection

Guidées par la question de recherche « Comment la relation thérapeutique influence-t-elle l'observance des patients atteints de lombalgie chronique non spécifique? », nous avons

interrogé les bases de données Pubmed, Cinahl, PEDro et PsycINFO. Pour cela, nous avons établi une liste de mots-clés rattachés aux trois notions centrales : la lombalgie chronique, la relation thérapeutique et l'observance thérapeutique. Nous avons ensuite consulté les thésaurus de chaque base de données afin de déterminer les descripteurs associés. Enfin, nous avons sélectionné un vaste panel de descripteurs pour privilégier une multitude de points de vue. Ce processus a abouti à l'élaboration d'équations de recherche spécifiques à chaque base de données. Nous en proposons un exemple dans la figure 1.

```
((("Chronic Disease"[Mesh:noexp] OR "Chronic Pain"[Mesh]) AND "Low Back Pain"[Mesh]) AND ("Patient Compliance"[Mesh:NoExp] OR "Health Behavior"[Mesh:NoExp] OR "Attitude"[Mesh:NoExp] OR "Attitude to Health"[Mesh:NoExp] OR "No-Show Patients"[Mesh] OR "Patient Dropouts"[Mesh] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Motivation"[Mesh:NoExp] OR "Patient Participation"[Mesh] OR "Refusal to Participate"[Mesh] OR "Treatment Refusal"[Mesh:NoExp] OR "Decision Making"[Mesh:NoExp] OR "Communication Barriers"[Mesh:NoExp]) AND "2003/01/01"[PDat] : "2017/12/31"[PDat]).
```

› Figure 1: Equation de recherche utilisée pour Pubmed.

Les critères d'inclusion et d'exclusion figurant dans le [Tableau 1](#) ci-dessous ont été définis pour procéder à la sélection.

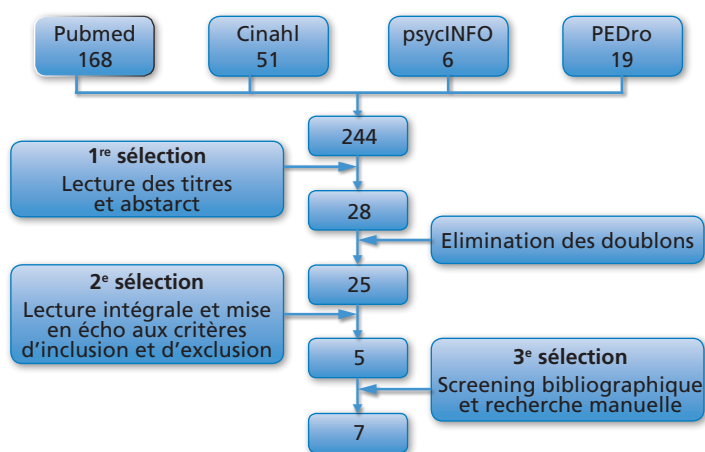
Les articles correspondant à ces critères ont été sélectionnés en trois étapes : 1) Lecture des titres et abstracts et élimination des doublons. 2) Lecture intégrale des articles présélectionnés, en écho aux critères d'inclusion et d'exclusion. 3) Screenings bibliographiques et recherche manuelle dans Google Scholar. La première étape a fait émerger 244 articles qualitatifs. La troisième étape a permis d'en faire ressortir deux supplémentaires. Au final, sept études ont été retenues.

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<b>Articles</b>	Qualificatif Anglais, français Etudes primaires Publiés de 2003 à fin 2017	Quantitatif Méthodes mixtes Autres langues
<b>Population</b>	Patientes souffrant de lombalgie chronique non spécifique (LCNS)	Patients souffrant de lombalgies aiguës, subaiguës et de lombalgies spécifiques
<b>Intérêt</b>	Relation thérapeutiques (RT)	
<b>Contexte</b>	Observance thérapeutique (OT)	

› Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusion guidant la sélection d'études pour la revue de la littérature.

## 2.2 Qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité méthodologique des études qualitatives permet d'éviter de tirer des conclusions peu fiables<sup>(13)</sup>. Pour cette revue, nous avons utilisé la grille de lecture critique Côté-Turgeon<sup>(14)</sup>, qui nous a permis d'avoir un regard critique sur la manière dont les études ont été réalisées. Ainsi avons-nous constaté que plusieurs articles explicitaient peu le contexte de l'étude et donnaient peu d'informations sur le rôle des chercheurs<sup>(15,16,17,18)</sup>. Au final, nous avons attribué une note globale de crédibilité à chaque article en transposant les énoncés «oui», «+/-» et «non» en cotations 1, 0.5 et 0. Tous ont obtenu un score relativement élevé. Pour cette raison et pour ne pas perdre en richesse d'analyse, nous n'avons écarté aucune étude sur la base de l'évaluation méthodologique<sup>(13)</sup>.



› Figure 2: Arbre de sélection illustrant le processus de sélection des articles

## 2.3 Analyse des données

L'extraction et la synthèse des données se sont déroulées en trois étapes, comme suggéré par le protocole de *meta-aggregation* du JBI<sup>(12)</sup>. Un exemple de ce processus figure dans le [tableau 2](#).

Nous avons d'abord recensé les résultats bruts des sept études, dans une grille d'extraction des données inspirée du formulaire du JBI QARI<sup>(12)</sup>. Nous avons ensuite procédé à une analyse textuelle libre qui nous a permis de dégager 75 sous-thèmes. Il s'agit d'éléments présentant des similarités et ayant, à nos yeux, un impact sur l'observance. Nous avons opté pour un vaste éventail thématique afin de conserver une densité de substance. Une citation illustrative a été extraite pour chaque résultat, afin d'en démontrer l'origine et l'authenticité. Nous les avons ensuite rassemblés par sujets communs et hiérarchisés par nombre d'occurrences dans chacun des articles. Ce processus de synthèse et d'interprétation a abouti au regroupement de ces sous-thèmes en onze thématiques, présentées au chapitre suivant. Si l'on se réfère à notre cadre théorique, elles correspondraient toutes à des facteurs de la relation thérapeutique susceptibles d'influencer l'observance.

Exemple pour l'extraction et la synthèse des données					
Article		1 <sup>re</sup> étape		2 <sup>e</sup> étape	3 <sup>e</sup> étape
Premier auteur et date	N°	Conclusion primaire	Citation illustrative	Sous-thème	Thème
Dean et al. 2005	1	Les physiothérapeutes promeuvent le self-managment. Les patients apprécient cette approche mais ne se sentent pas toujours confiants.	<i>«It would be nice if I, if I can manage myself, it would be fantastic and, er if, if these exercices do turn out to work and I can start to manage it and look after myself I'll be over the moon. But whether that's going to happen or not I don't know.»</i> (Harry, a patient, p. 630)	Les patients ont besoin de développer la confiance en leurs capacités.	Empowerment
Harman et al. 2014	2	Inciter le patient à se découvrir lui-même, pour mettre en évidence la différence entre ce qu'il fait et les buts du traitement.	<i>«They are reaching over the milk crates to get the heavy cans, picking something up that's almost on the floor, they lift it up unsafely, twist, and then hand it to another person (pause) and they just don't see it, they don't have the awarness of how they should move.»</i> p. 86	Apprendre aux patients à écouter leur corps pour renforcer la confiance en leurs capacités.	
		La physiothérapeute a facilité le changement d'attitude, conduisant les patients à mieux comprendre comment prendre en charge eux-mêmes leur problème, à croire qu'ils ont les moyens de le faire et à être convaincus qu'ils pourront continuer à le faire seuls après la prise en charge.	<i>«That is the ultimate goal of this class for me... by the end is that they would realize «Wow, I have a much bigger role in this than I thought I did, and I actually now have some tools that I can do it»... that is always on my mind.»</i> P. 85	Aider les patients à développer la confiance en eux.	
Jeffrey et al. 2012	3	Les physiothérapeutes pensent qu'il relève de leur rôle d'aider les patients à se sentir confiants pour gérer leur lombalgie. L'éducation, le contrôle de la douleur et les exercices sont utilisés pour atteindre cet objectif.	<i>«It's what I call patient empowerment really, and it does encompass education... it does encompass discussing with the patient what is the best exercise packag for you.»</i> (P. 272)	Le rôle du physiothérapeute est de permettre l'empowerment.	

› Tableau 2: Exemple d'extraction et de synthèse des données pour un thème.

### 3. Résultats

Les sept études sélectionnées s'intéressent à la prise en charge de patients lombalgiques chroniques. Toutes évoquent la relation thérapeutique et, indirectement, son impact sur l'observance. Elles cherchent à comprendre l'expérience de la réhabilitation vécue par les sujets et offrent une diversité de points de vue. En effet, les études se basent sur l'avis de patients<sup>(18,19,20)</sup>, de physiothérapeutes<sup>(17,21)</sup> et à la vision croisée de patients et de professionnels de la santé<sup>(15,16)</sup>. Les articles retenus dans la littérature sont présentés dans le [Tableau 3](#).

Après analyse, les onze thématiques suivantes ont émergé de la revue : les facteurs de communication, la relation de confiance, la présence du thérapeute, la validation de la pathologie, la prise en compte des représentations et des émotions du patient, le besoin d'information et de compréhension, le fait de stimuler un besoin de changer chez le patient, l'*empowerment*, la convergence des objectifs, la prise en charge individualisée, ainsi que la responsabilisation du patient. La synthèse des principales thématiques est disponible dans le [Tableau 4](#).

#### 3.1 Facteurs de communication

Sans surprise, le soin porté à la communication ressort dans toutes les études comme facteur de l'observance lié à la relation thérapeutique. Le besoin des patients de se sentir écoutés par leur thérapeute est particulièrement mis en évidence.

Aussi, les physiothérapeutes seraient bien inspirés de chercher à comprendre le contexte des patients et leur expérience de la lombalgie<sup>(15)</sup>. S'enquérir de leurs préférences<sup>(15,21)</sup>, de leurs opinions et de leurs objectifs les aide à être actifs dans le traitement. Un patient témoigne de ce besoin : « Me demander ce que je pense, et non me dire ce que je devrais faire »<sup>(18)</sup> (p.273). S'il y a consensus dans les études retenues sur le rôle fondamental de l'écoute, cet aspect n'est pas toujours soigné dans la réalité, d'après les témoignages de patients<sup>(16, 20)</sup>. Par ailleurs, les difficultés de communication sont d'autant plus importantes lorsque différents contextes culturels se rencontrent, particulièrement dès lors que les interlocuteurs ne parlent pas la même langue<sup>(16)</sup>.

#### 3.2 Confiance comme fondement de la relation thérapeutique

La confiance ressort comme un fondement de la prise en charge<sup>(21)</sup>. Aussi est-il primordial d'y consacrer du temps lors de la première séance<sup>(15)</sup>. Un thérapeute le confirme : « Je dois développer un rapport avec la personne (pause), si je n'ai pas ce rapport avec un patient, peu importe ce que je fais. »<sup>(21)</sup> (p.85). Effectivement, la confiance envers le thérapeute est un facteur motivationnel facilitant l'engagement des patients à poursuivre le traitement<sup>(21)</sup>. Inversement, l'observance est compromise si la confiance fait défaut. Or les patients disent perdre confiance en leur thérapeute lorsque le traitement ne correspond pas à leurs attentes ou quand leurs valeurs respectives diffèrent<sup>(16,19)</sup>.

Premier auteur et date	Titre	Journal	Mode de recherche
Dean 2005	Managing time: An interpretative phenomenological analysis of patients' and physiotherapists' perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain	Disability and rehabilitation	Screening bibliographique
Harman 2014	Working with people to make changes: A behavioural change approach used in chronic low back pain rehabilitation	Physiotherapy Canada	CINAHL
Jeffrey 2012	A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain	Physical therapy	Recherche manuelle
Liddle 2007	Chronic low back pain: Patients' experiences, opinions and expectations for clinical management	Disability and rehabilitation	PUBMED
Palazzo 2016	Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: Patient expectations regarding new technologies	Annals of physical and rehabilitation medicine	PUBMED
Slade 2009	Listen to me, tell me': A qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain	Clinical rehabilitation	PUBMED
Sloots 2010	Reasons of drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in The Netherlands: A qualitative study	Journal of rehabilitation medicine	PUBMED

› Tableau 3: Tableau synthétisant les sept articles sélectionnées pour la revue de la littérature.

Résultats	Facteurs de la relation thérapeutique influençant l'observance
1	Facteur de communication
2	Relation de confiance
3	Présence du thérapeute
4	Validation de la pathologie
5	Considération des représentations et des émotions du patient
6	Besoin d'information et de compréhension
7	Stimuler un besoin de changer chez le patient
8	<i>Empowerment</i>
9	Convergence des objectifs
10	Prise en charge individualisée
11	Responsabilisation du patient

› Tableau 4: Synthèse des principales thématiques émergent de la revue après analyse.

### 3.3 Présence thérapeutique

Le besoin de proximité, de contact rapproché avec le thérapeute et de suivi est mentionné tant par les patients que les physiothérapeutes<sup>(18,19,20,21)</sup>. Ces aspects font référence à la disponibilité et à la présence du praticien. Des patients souhaitent que

le thérapeute soit présent pour eux, qu'il les soutienne face à leur situation et à leurs angoisses. Les thérapeutes assument un rôle de support, permettant d'améliorer et de maintenir l'observance<sup>(17,19,20)</sup>. Au-delà de la mise en confiance, les patients ont besoin de sentir un partenariat avec les thérapeutes, mais également d'être supervisés et de recevoir des feedbacks<sup>(18,19,20)</sup>. Durant la phase de transition entre les séances supervisées et le programme d'exercices à domicile, les patients évoquent souvent l'existence d'une rupture trop franche et ressentent un manque de suivi<sup>(20)</sup>. En émerge un désir de continuité du lien: « Il faut qu'il y ait une connexion avec quelqu'un qui se soucie de nous. »<sup>(18)</sup> (p.275). Les patients souhaitent pouvoir contacter rapidement leur thérapeute, via des échanges téléphoniques, des forums ou des séances de rappel supervisées sur *Skype*. Cela contribuerait à maintenir l'observance sur le long terme<sup>(18,19,20,21)</sup>.

### 3.4 Validation de la pathologie

Du fait du caractère invisible de la lombalgie chronique, les patients expriment un besoin de voir leur pathologie et leur douleur validées par un diagnostic. Ils recherchent des explications médicales afin de légitimer la modification de leur rôle social, professionnel ou familial. Le manque de légitimation représente une limite à leur récupération<sup>(16,19)</sup>. Ce ressenti est partagé par les thérapeutes: « Je pense que le problème est le suivant; les patients ne sentent pas que leurs plaintes sont reconnues, parce que nous (les médecins) ne voulons pas ou ne pouvons pas leur donner de traitement (médical) contre la douleur. »<sup>(16)</sup> (p. 569).



### 3.5 Considération des représentations et des émotions

Une prise en charge biopsychosociale des lombalgiques chroniques implique de considérer les nombreuses émotions qu'ils ressentent, comme la culpabilité, la colère, la peur ou la tristesse<sup>(15,19,20)</sup>. Celles-ci nuisent à l'observance.

Les physiothérapeutes sont également invités à prendre en compte les représentations des patients, car des émotions comme la peur peuvent prendre leur source dans une représentation erronée, selon laquelle la lombalgie aurait des conséquences graves et irréversibles<sup>(15)</sup>. La méthode de restructuration cognitive est un outil pour déconstruire ce genre de liens inappropriés dans l'esprit des patients<sup>(15)</sup>. Choisir minutieusement ses mots, en se montrant précautionneux avec l'usage du terme « douleur » par exemple<sup>(21)</sup>, est un autre outil bénéfique. Des physiothérapeutes soulignent que si les représentations et les croyances des patients divergent des leurs, il s'agit d'y être attentif dans la communication et la mise en place d'un partenariat<sup>(17)</sup>.

### 3.6 Besoin d'information et de compréhension

Pour saisir les enjeux de leur situation, les patients sont demandeurs d'information<sup>(18)</sup>. La compréhension de la pathologie et du traitement influence leur observance<sup>(20)</sup>. Aussi, il semble utile que les explications soient claires et dénuées de jargon. Si les patients comprennent les mécanismes de leur douleur, cela peut les aider à gérer leurs symptômes<sup>(17)</sup>. En clair, il est primordial que le traitement ait du sens à leurs yeux, relève une physiothérapeute : « S'ils ne comprennent par la raison de la faire... ils ne le feront pas. »<sup>(21)</sup> (p.86).

### 3.7 Stimuler le besoin de changer

Pour stimuler le besoin de changer chez leurs patients<sup>(21)</sup>, les physiothérapeutes seraient bien inspirés d'éviter un langage directif, mais plutôt de les amener à s'engager dans la conversation, puis dans les exercices. « S'ils comprennent le besoin d'être activement engagés dans leur réhabilitation, ils testeront les exercices et de nouvelles manières de penser à propos de la douleur qu'ils ressentent. »<sup>(21)</sup> (p.86). Comme outil, Harman et al. évoquent les techniques de modification des comportements (*Behaviour Change Techniques*)<sup>(21)</sup>. Un autre moyen consiste à recourir aux modèles et au travail en groupe. Ce type d'approche présente un autre intérêt : l'échange d'expériences entre les participants entraîne un renforcement mutuel par les pairs.

### 3.8 Autonomisation

Une fois la prise de conscience réalisée, l'*empowerment* du patient apparaît comme le prochain levier à actionner. Ce terme anglophone fait référence au « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé », d'après le glossaire de la Banque de données en santé publique.

Renforcer la confiance en soi et en ses capacités entraîne une meilleure observance thérapeutique. Le professionnel peut accompagner les patients dans ce processus :

Pour moi, le but ultime de ce groupe, c'est que d'ici à la fin les patients réalisent : « Waouh, j'ai un bien plus grand rôle à jouer que je le pensais et je sais que j'ai des outils pour y parvenir ». <sup>(21)</sup> (p. 85).

Les physiothérapeutes peuvent aider les patients à prendre confiance en eux par l'éducation et le contrôle de la douleur<sup>(17)</sup>. Il s'agit de discuter avec eux de leurs représentations concernant l'activité physique, puis des éventuelles difficultés qu'ils rencontrent. Aider les patients à mieux connaître leur corps est aussi un facteur d'*empowerment*<sup>(18)</sup>. Enfin, les résultats des études retenues montrent que l'auto-prise en charge des patients peut être améliorée par des techniques cognitivo-comportementales fondées sur la psychologie<sup>(21)</sup>, pour passer d'une réponse initiale de « peur-évitement » à une attitude active<sup>(17,19)</sup>.

### 3.9 Convergence des objectifs

Il est suggéré de s'entendre sur les objectifs de la prise en charge avant de s'y engager. Si les patients s'attendent à une résolution rapide de leur lombalgie ou à un remède miracle, il s'agit de les orienter vers une approche plus longue et active<sup>(15)</sup>. Une inadéquation entre les attentes des deux parties mènerait à l'insatisfaction, tant pour le thérapeute que pour le patient<sup>(19)</sup>, qui peut aller jusqu'à un abandon du traitement<sup>(16)</sup>.

### 3.10 Prise en charge individualisée

La prise en charge individualisée est vue comme une nécessité, tant par les professionnels que les patients interrogés<sup>(15,17,18,19,20)</sup>. C'est l'aboutissement du processus qui se construit via la relation thérapeutique. En effet, l'observance des patients chroniques à un programme d'exercices routinier constitue un véritable challenge<sup>(21)</sup>, d'où l'importance de comprendre leur expérience de la lombalgie<sup>(15)</sup> et de considérer leurs préférences : « La probabilité qu'un patient adopte et pratique un nouvel exercice est considérablement augmentée s'il ou elle aime cet exercice »<sup>(21)</sup> (p.87). Le plaisir du patient serait un facilitateur de l'observance sur le long terme. Les physiothérapeutes peuvent aussi aider les patients à gérer leur emploi du temps, par exemple en trouvant avec eux une formule réaliste leur permettant de pratiquer leurs exercices<sup>(15)</sup>.

### 3.11 Responsabilisation du patient

Les patients sont invités par les professionnels à être actifs dans leur traitement et à en endosser la responsabilité<sup>(15,17,21)</sup>. Cela passe par le soutien, la réassurance et la gestion des émotions des partenaires<sup>(17)</sup>. Il s'agit d'amener les patients à saisir et intégrer les enjeux du traitement pour poursuivre seuls sur le plus long terme<sup>(21)</sup>. Mais ce cheminement ne coule pas de source. « Il est plus difficile de travailler avec certains patients qu'avec d'autres », relève un thérapeute<sup>(17)</sup> (p.272).

## 4. Discussion et limites

Cette revue n'a pas une visée d'exhaustivité et les études émergeant de nos recherches ne sont pas toutes récentes, certaines datant de plus de dix ans. Cela tend à confirmer que de nouvelles recherches sur cette thématique seraient les

bienvenues. En effet, des études plus approfondies semblent encore nécessaires pour mieux saisir comment les thérapeutes peuvent influencer positivement l'observance des patients via la relation thérapeutique.

Si ce champ d'investigation mérite d'être plus profondément exploré, il s'agit aussi de l'étudier avec précision. Car le poids des mots est d'une importance cruciale pour aborder cette problématique. Pourtant, nous avons constaté que les notions d'observance, de compliance, d'adhésion, voire de *self-management* ne sont pas toujours clairement définies dans notre corpus d'études, voire différent. Cette hétérogénéité a pu influencer les résultats de notre revue, par l'attribution de rôles différents, d'une étude à l'autre, aux thérapeutes et aux patients au sein de la relation thérapeutique.

Ce chapitre vise en particulier à discuter des manquements émergeant de notre corpus d'études et des limites de notre démarche, sous la forme d'une analyse et réflexion critique au sujet des résultats.

#### 4.1 Facteurs sociaux peu abordés

L'analyse des études sélectionnées fait ressortir un manque d'informations concernant le contexte social dans lequel elles ont été réalisées et le rôle des chercheurs. Ces éléments sont pourtant importants, particulièrement en recherche qualitative, puisqu'ils influencent les résultats.

Dans cette logique, les aspects socio-économiques propres aux thérapeutes et aux patients interrogés ne font pas l'objet d'une attention particulière. Ainsi, la question de la proximité sociale entre les partenaires n'est pas mise en exergue, alors même que la relation thérapeutique est influencée par la position des deux partenaires dans la hiérarchie sociale<sup>(22)</sup>. Or ce corpus se borne le plus souvent à mentionner la profession des sujets et cette information est peu exploitée comme facteur explicatif du comportement de santé. Il serait éclairant de connaître les expériences personnelles des patients et leurs déterminants sociaux – c'est-à-dire, selon l'OMS, « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». Car le type d'interactions entre le patient et l'appareil de soins conditionne leur trajectoire, les jeux de pouvoir et la qualité des soins reçus<sup>(23)</sup>.

Ces limites peuvent s'expliquer par notre processus de sélection des articles. Parmi les bases de données consultées, seule PsycINFO est tournée vers des études en sciences sociales, un champ d'investigation nécessaire pour aborder cette thématique.

#### 4.2 Confiance et placebo

S'agissant à présent de la relation thérapeutique, il ressort que la confiance en est une pierre angulaire<sup>(21)</sup>. Toutefois, nous observons comme limite que celle-ci est considérée de façon unidirectionnelle dans notre corpus : professionnels et patients évoquent le besoin de développer la confiance que le patient porte en son thérapeute. L'inverse n'est nullement envisagé. Pourtant, le thérapeute accorde sa confiance au patient en se fiant au fait qu'il s'engage activement dans son traitement.

C'est pourquoi, il nous semble que les physiothérapeutes ont tout intérêt à prendre conscience de l'impact que leur attitude de confiance ou de méfiance peut avoir sur la relation. Cela influence l'observance des patients, mais aussi la réussite de la prise en charge.

Dans le même ordre d'idées, il ressort de notre analyse que le thérapeute, par le biais de la relation thérapeutique et du contexte de soin, dispose d'outils pour influencer positivement une situation clinique<sup>(24)</sup>. Plusieurs thématiques émergeant du corpus d'études nous invitent dès lors à effectuer un parallèle avec les notions d'effet placebo et nocebo qu'induisent les thérapeutes. Le placebo fait référence à « l'évolution positive d'une maladie ou d'un symptôme, dépassant les effets physiques scientifiquement attendus d'un traitement »<sup>(24)</sup> (p.20), le nocebo engendre l'exact effet inverse<sup>(25)</sup>. Ces aspects sont présents dans toute démarche thérapeutique. Ils sont, entre autres, fondés sur la conviction qu'a le thérapeute en son intervention<sup>(25)</sup> et sont fortement influencés par la communication, les attentes et les représentations au sein de la relation. Involontairement, les thérapeutes peuvent générer ces effets, de façon verbale ou non<sup>(25)</sup>. Être sensibilisé à ces mécanismes et aux ressorts qu'ils ont sur nos traitements est une plus-value qui a émergé de notre réflexion et que nous proposons comme point d'attention central.

#### 4.3 Un patient partenaire : besoin de respect et de sensibilité

Si la relation de confiance et le travail en partenariat sont au cœur des préoccupations, ceux-ci requièrent une attitude respectueuse de la part du thérapeute. Sans quoi il encourt le risque d'imposer sa vision des choses au patient. D'où les limites de la démarche thérapeutique visant à stimuler un besoin de changer dans l'esprit du patient lombalgique pour favoriser son implication<sup>(21)</sup> : le risque est grand de projeter sur lui notre propre envie de le voir changer. Aussi, pour respecter pleinement le patient comme partenaire, cet exercice requiert beaucoup de finesse.

Nous remarquons à ce sujet que les résultats pourraient gagner en nuance s'agissant de la responsabilisation du patient, qui ressort comme une nécessité dans plusieurs études<sup>(15,17,21)</sup>. Ce point de vue part du principe que le patient est capable d'endosser seul la responsabilité de son traitement. Or une vision proposant une charge partagée semble mieux s'inscrire dans l'idée d'un partenariat.

Qui plus est, le partenariat se doit d'être plus large et englober tous les acteurs de la prise en charge. Bien que le travail pluridisciplinaire soit reconnu comme nécessaire pour prendre en charge de manière globale le patient chronique, nous avons trouvé peu d'éléments à ce sujet dans les articles traitant de l'observance des patients. Or ces quarante dernières années, le traitement des lombalgies chroniques s'est modifié « d'un modèle biomédical vers un modèle biopsychosocial, résultant en l'émergence de programmes multidisciplinaires »<sup>(26)</sup> (p.368). De futures recherches devraient penser l'observance en lien avec les relations multiples que le patient tisse, non pas avec un thérapeute, mais avec plusieurs soignants qui doivent se coordonner entre eux.

#### 4.4 Croyances, représentations et identité chez le patient chronique

Rejoignant l'approche biopsychosociale du patient proposée par Engel<sup>(27)</sup>, plusieurs études relèvent l'importance de prendre en compte les croyances et représentations des patients lombalgiques chroniques<sup>(15,17,20,21)</sup>. Pour aller plus loin, gardons à l'esprit la particularité de ces aspects en situation chronique. Confrontés sur le long terme à une pathologie, les patients peuvent être sujets à des ruptures d'identité, voire à une perte du sens de leur vie<sup>(28)</sup>. Considérer ces aspects en pratique clinique aide à comprendre certaines réactions. Forts de ce constat, les thérapeutes ont tout intérêt à accompagner les patients dans leur processus de réaménagement de leur vie quotidienne, de redéfinition de soi et de rapport aux autres. De plus, sachant que les représentations des thérapeutes influencent également la relation thérapeutique, il est primordial que les deux partenaires prennent conscience de leurs grilles de lecture respectives de la réalité<sup>(29)</sup>.

#### 4.5 Chronicité et indéfini

La situation chronique nécessite parfois l'acceptation d'un nouveau rôle social<sup>(16,19)</sup>. Ce cheminement est rendu plus compliqué encore par le fait que la lombalgie chronique non spécifique est multifactorielle et mal comprise<sup>(30)</sup>. Difficile pour les patients, dans ces conditions, d'adhérer à l'étiquette de « maladie d'évolution lente et sans tendance à la guérison », d'après la définition par le Larousse du terme chronique. Ehrlich ajoute que l'objectif de la prise en charge n'est pas la guérison, mais bien la diminution des restrictions liées à la douleur<sup>(30)</sup>. Dans pareil contexte, il a été montré que les personnes atteintes de lombalgies chroniques peuvent ressentir de la colère, de la tristesse et éprouver un sentiment d'injustice<sup>(26)</sup>. Pour mieux les accompagner, les thérapeutes peuvent leur suggérer que l'absence de certitude quant au traitement de la lombalgie chronique n'exclut en rien l'existence d'une potentielle solution. Cela bien que la tendance actuelle de la littérature tende à proposer une gestion des conséquences de la lombalgie, permettant au patient de vivre en santé<sup>(2)</sup>. « Au modèle « symptôme-diagnostic-traitement-guérison » se substitue un schéma ouvert et incertain face à un savoir médical souvent en cours de constitution et évolutif »<sup>(31)</sup> (p.10). Il nous semble qu'accepter l'incertitude de la condition offre au patient une place plus active dans sa prise en charge, lui laissant l'opportunité de trouver la solution par lui-même.

#### 4.6 Des évidences pas si évidentes

De prime abord, nos résultats, et les recommandations cliniques qui en découlent, peuvent paraître simplistes. En effet, les onze thèmes émergents s'apparentent aux composantes fondamentales de la relation thérapeutique. Toutefois, nous estimons que cette revue apporte une contribution quant à l'impact de la relation thérapeutique sur l'observance en offrant un panorama des points d'attention à ne pas négliger dans la pratique. Rappelons que l'inobservance est encore fréquemment rencontrée en physiothérapie<sup>(3)</sup>. On ne saurait donc négliger l'important potentiel de progression dans l'accompagnement des patients. Ce qui peut sembler évident en théorie reste visiblement un défi dans la pratique clinique.

Afin de mieux comprendre l'origine de cette dichotomie entre évidences théoriques et réalité pratique, et ainsi compléter cette revue, il serait utile de mener des recherches complémentaires permettant de croiser les regards patients-thérapeutes. Ainsi, des focus groups offrant une rencontre entre ces deux types de partenaires offriraient des pistes de compréhension intéressantes. Il nous paraît judicieux de mener cette démarche dans notre propre contexte professionnel, c'est-à-dire dans la région suisse romande. Elle pourrait ensuite être reproduite ailleurs.

### 5. Conclusion

L'objectif de cet article était d'identifier les facteurs liés à la relation thérapeutique influençant l'observance des patients lombalgiques chroniques non spécifiques, afin d'acquérir des outils pour améliorer nos pratiques. Les pistes suggérées dans cette revue, sans représenter un tableau exhaustif, peuvent être exploitées en clinique par les thérapeutes afin de guider les patients sur le chemin de l'observance. Soulignons que la relation de confiance ressort comme un socle constituant un point de départ. Viennent ensuite la présence palpable du thérapeute pour son patient, la validation de la pathologie, la considération des représentations et des émotions, la satisfaction du besoin d'information et de compréhension, le fait de stimuler un besoin de changer chez le patient, son *empowerment* et la convergence des objectifs des partenaires. Par ailleurs, les représentations des soignants, leur attitude et le soin porté à la communication sont des éléments influençant la relation thérapeutique. Cette démarche biopsychosociale multifocale, au sein de la relation thérapeutique, aiderait à mener à une prise en charge individualisée du patient, comme facteur déterminant de son implication dans le traitement. Dès lors, nous encourageons les thérapeutes à porter plus encore attention à la dimension sociale de cette démarche.

## Implications pour la pratique

- Une démarche biopsychosociale suggère que les aspects socio-économiques, le contexte, l'attitude et les représentations de chaque partenaire influencent la relation thérapeutique.
- Une relation de confiance bilatérale influe sur l'observance des patients.
- La compréhension commune de la pathologie et du traitement est favorisée par la communication et l'éducation.
- La prise en charge peut être personnalisée en intégrant les préférences du patient, la gestion du temps et en offrant un suivi.
- Viser la satisfaction du patient constitue une attitude prometteuse pour atteindre l'observance sur le long terme.



## Contact

Audrey Pozhar  
Bäumliacherstrasse 51 – CH – 3216 Ried bei Kerzers  
+41 79 195 90 27 – audrey.pozhar@hotmail.com

Delphine Willemin  
Voie Romaine 3 – CH – 2036 Cormondrèche  
+41 78 690 67 75 – delphine.willemin@gmail.com

Rose-Anna Foley  
Av. de Beaumont 21 – CH – 1011 Lausanne  
+41 21 316 81 05 – rose-anna.foley@hesav.ch

## Références

- Lamouroux A, Magnan A, et Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des maladies respiratoires. 2005;22:31-34.
- Sabaté E, et World Health Organization (Éd.). Adherence to long-term therapies : Evidence for action. Geneva, Switzerland : World Health Organization; 2003.
- Jack K, McLean S.M, Moffett J.K, et Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics : A systematic review. Manual Therapy. 2010;15:220-228.
- Bassett S.F. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. New Zealand Journal of Physiotherapy. 2003;31:60-66.
- Lizier D.T, Vaz Perez M, et Sakata R.K. Exercise for treatment of nonspecific low back pain. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2012;62:838-846.
- Ehrlich G.M. Low back pain. Bulletin of the World Health Organization. 2003;81:671-676.
- Hall A.M, Ferreira P.H, Maher C.G, Latimer J, et Ferreira M.L. The influence of therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation : A systematic review. Physical Therapy. 2010;90:1099-1110.
- Beslex J, Kayes N.M, et McPherson K.M. Assessing therapeutic relationships in physiotherapy : Literature review. New Zealand Journal of Physiotherapy. 2011;39:81-91.
- Wong J.J, Côté P, Sutton D.A, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration. European Journal of Pain. 2017;21:201-216.
- Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, et Denekens J. Patient adherence to treatment : Three decades of research. A comprehensive review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2001;26:331-342.
- Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et Campbell R. Resisting medicines : A synthesis of qualitative studies of medicine taking. Social Science & Medicine. 2005;61:133-155.
- Pearson A, Rittenmeyer L, et Robertson-Malt S. Synthesizing qualitative evidence. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Thomas J, et Harden A. Methods for the systematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Medical Research Methodology. 2008;8(45).
- Côté L, et Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002;3:81-90.
- Dean S, Smith J.A, Payne S, et Weinman J. Managing time: An interpretative phenomenological analysis of patients' and physiotherapists' perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain. Disability and Rehabilitation. 2005;27(11):625-636.
- Sloots M, Dekker J, Pont M, Bartels E, Geertzen J, et Dekker, J. Reasons for drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in the Netherlands : A qualitative study. Journal of Rehabilitation Medicine. 2010;42:566-573.
- Jeffrey J.E, et Foster N.E. A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. Physical Therapy. 2012;92:266-278.
- Slade S.C, Molloy E, et Keating J.L. 'Listen to me, tell me': a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. Clinical Rehabilitation. 2009;23:270-280.
- Liddle S.D, Baxter G.D, et Gracey J.H. Chronic low back pain: Patients' experiences, opinions and expectations for clinical management. Disability and Rehabilitation. 2007;29:1899-1909.
- Palazzo C, Klinger E, Dorner V, Kadri A, Thierry O, Boumenir Y, et al. Barriers to home based exercise program adherence with chronic low back pain : Patient expectations regarding new technologies. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2016;59:107-113.
- Harman K, MacRae M, Vallis M, et Bassett R. Working with people to make changes : A behavioural change approach used in chronic low back pain rehabilitation. Physiotherapy Canada. 2014;66(1):82-90.
- Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Annales. Economies, Sociétés, Civilisations. 1971;26:205-233.
- Gelly M, et Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. Agone. 2016;58:7-18.
- Brocard M. Quand la croyance sublime le traitement. Hémisphères. 2017;14: 20-24.
- Bassin J-P. L'effet placebo en physiothérapie. Mains-Libres. 2016;2:9-15.
- Weber K, Sartori M, Cedraschi C, Genevay S, Canuto A, et Rentsch D. Traitement interdisciplinaire des lombalgies chroniques : aspects psychologiques et de personnalité. Revue médicale suisse. 2012;328:368-370.
- Engel G.L. From biomedical to biopsychosocial, being scientific in the human domain. Psychosomatics. 1997;36(6):521-528.
- Bensaïd N. Autrement le même. Nouvelle Revue de Psychanalyse. 1978;17:27-40.
- Good B.J, Gleize S, et Carter A.T. Comment faire de l'anthropologie médicale? : Médecine, rationalité et vécu. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo; 1998.
- Ehrlich G.M. Low back pain. Bulletin of the World Health Organization. 2003;81:671-676.
- Bovet E, et Thouvenin S. Croyances et représentations des patients et des thérapeutes. « Ruptures » d'identité. Module Chronicité, Bachelor de physiothérapie, Haute école de santé Vaud. 2018.

**VOUS AMBITIONNEZ DE DIFFUSER  
VOS TRAVAUX SCIENTIFIQUES EN RELATION  
AVEC LA PHYSIOTHÉRAPIE, L'OSTÉOPATHIE,  
LA FASCIATHÉRAPIE OU LA POSTUROLOGIE  
DANS LE MONDE FRANCOPHONE,  
ALORS SOUMETTEZ UN ARTICLE À**

**MAINS** *Libres*  
physiothérapie – ostéopathie – thérapies manuelles

Votre article sera révisé par un comité de lecture qui procèdera à un processus de revue équitable, indépendant, en double aveugle, suivant les recommandations internationales, et qui garantit aux lecteurs la pertinence clinique de votre travail.

Consultez attentivement nos recommandations aux auteurs sur :  
[http://www.mainslibres.ch/larevue\\_informations\\_auteurs.php](http://www.mainslibres.ch/larevue_informations_auteurs.php)