



HAL
open science

Ergothérapie en rééducation de la main : adhésion thérapeutique du patient à l'auto-rééducation, suite à une fracture du poignet

Jean-Baptiste Fauconnier

► To cite this version:

Jean-Baptiste Fauconnier. Ergothérapie en rééducation de la main : adhésion thérapeutique du patient à l'auto-rééducation, suite à une fracture du poignet. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01647112

HAL Id: dumas-01647112

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01647112>

Submitted on 28 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



FAUCONNIER Jean-Baptiste

**Mémoire d'Initiation à la
Recherche**

Mai 2017

**Ergothérapie en rééducation de la main : adhésion thérapeutique
du patient à l'auto-rééducation, suite à une fracture du poignet.**

Sous la direction de BRANCHET Marie-Charlotte

UE 6.5 S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Diplôme d'État en Ergothérapie

Cadre pour l'évaluation

Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier :

Madame Marie-Charlotte Branchet, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son implication, ses conseils avisés et sa sympathie.

Les intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille, pour la transmission de leurs savoirs et le partage de leurs expériences durant ces trois années de formation.

Les patients qui ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche et sans qui, il n'aurait pu aboutir.

Mes proches, pour leur soutien et leurs encouragements.

Tous ceux, qui de près ou de loin, m'ont aidé à leur façon...

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
1. Poignet	4
1.1. Anatomie : ostéologie, arthrologie et système ligamentaire.....	4
1.2. Biomécanique : amplitudes et myologie.....	5
1.3. Fracture de l'extrémité inférieure du radius	5
1.3.1. Données épidémiologiques	5
1.3.2. Classification anatomo-pathologique	6
1.3.3. Traitement et évolution.....	7
2. Ergothérapie en rééducation de la main.....	8
2.1. Utilisation de l'activité en rééducation de la main	8
2.2. Approche holistique centrée sur la personne en rééducation de la main	9
2.3. Consignes et programme d'auto-rééducation de la main.....	10
3. Observance/adhésion thérapeutique	12
3.1. Définitions	12
3.1.1. Compliance et observance thérapeutiques.....	12
3.1.2. Adhésion thérapeutique	13
3.1.3. Concordance ou alliance thérapeutiques.....	13
3.2. Non-observance	14
4. Modèle des croyances relatives à la santé : le <i>Health Belief Model</i>	15
4.1. Origine	15
4.2. Dynamique.....	15
4.3. Implications	17
5. Education du patient	18
5.1. Avantages de l'éducation du patient.....	18
5.2. Education du patient et apprentissage de l'adulte.....	19
5.2.1. Hypothèses.....	19
5.2.2. Principes.....	20
6. Motivation du patient.....	21
6.1. Définition	21
6.2. Motivation en rééducation de la main.....	22
6.3. Importance de la motivation dans la modification du comportement	23
II. METHODE ET INSTRUMENT	25
1. Choix de la méthode	25
2. Population étudiée.....	25
3. Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données	26
4. Déroulement de l'enquête	29
5. Choix des outils de traitement des données	30

III. RESULTATS	31
1. Comportement d'adhésion thérapeutique aux exercices d'auto-rééducation à domicile	31
2. Adhésion thérapeutique et caractéristiques du patient.....	31
3. Adhésion thérapeutique et caractéristiques de la lésion	34
4. Adhésion thérapeutique et attitude du patient.....	37
5. Adhésion thérapeutique et rapport à l'ergothérapeute	40
IV. DISCUSSION DES DONNÉES	42
1. Interprétations des résultats	42
1.1. Adhésion thérapeutique	42
1.2. Caractéristiques du patient.....	43
1.3. Caractéristiques de la lésion	43
1.4. Attitude du patient	44
1.5. Rapport patient-ergothérapeute.....	46
2. Critiques du dispositif de recherche.....	47
3. Transférabilité pour la pratique professionnelle	48
4. Perspectives de recherche	49
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	51
ANNEXES.....	54
Annexe I : Les os du poignet	54
Annexe II : Les ligaments du poignet.....	54
Annexe III : Les mouvements du poignet.....	55
Annexe IV : Classification des lésions de l'extrémité inférieure du radius de Kapandji	55
Annexe V : Matrice du questionnaire de recherche.....	56
Annexe VI : Questionnaire-patient	57
RÉSUMÉ et MOTS CLES	61

I. INTRODUCTION

La main, organe effecteur penta-digital préhensible et terminal du membre supérieur, présente une anatomie complexe et intriquée. Son intégrité est la condition sine qua non d'une utilisation fonctionnelle optimale au quotidien. Par leur situation anatomique et fonctions spécifiques, nos mains sont particulièrement exposées tant en milieu professionnel qu'au cours du temps libre et des activités domestiques. Elles peuvent donc être affectées par de nombreux troubles, très souvent résultant de blessures traumatiques multiples telles que les coupures, les fractures, les entorses, les brûlures, les amputations et les écrasements.

La main est reliée à l'avant-bras par le poignet. Ce dernier doit associer mobilité complexe et extrême stabilité car son rôle est prépondérant pour le fonctionnement de la main : il en assure les mouvements et l'orientation dans l'espace, la transmission des forces appliquées de la main vers l'avant-bras, et la préhension en adaptant la capacité de flexion-extension des doigts (connue sous le nom d'effet ténodèse). La fracture du poignet appelée cliniquement fracture de l'extrémité inférieure du radius ou fracture distale du radius est la plus fréquente du membre supérieur (le radius étant l'un des deux os de l'avant-bras le plus souvent atteint en cas de fracture), avec un taux d'incidence en France de 200 à 300 cas pour 100 000 personnes-années. Cette fracture peut survenir à tout âge, mais elle est observée principalement chez les adultes jeunes de moins de 30 ans et chez les sujets âgés de plus de 60 ans.

En France, on recense chaque année près d'1,5 million de personnes victimes d'un accident de la main et du poignet, constituant ainsi la première cause de lésions traumatiques et donc de fréquentation des services d'urgences (Bellemère, 2003) [1]. Le nombre d'accidents de la main suit une tendance à la hausse, avec une augmentation notable de 25 % sur la période allant de 2008 à 2013 [2]. Même s'ils sont en diminution depuis 10 ans dans le milieu professionnel, ils constituent la première cause d'arrêt pour accidents de travail et d'incapacité partielle, loin devant les atteintes des membres inférieurs ou du tronc. Ces traumatismes surviennent toutefois plus fréquemment lors du temps libre et dans les activités de la vie quotidienne et concernent l'ensemble de la population. D'après une enquête réalisée par la Fédération Européenne des Services d'Urgences de la Main (FESUM, 2013) [3], près de 65 % des accidents sont liés aux activités de la vie courante comme la cuisine, le jardinage, le bricolage, le sport ou encore les loisirs. L'origine principale en est l'essor de la pratique des activités manuelles variées : un nombre croissant de retraités, et le développement des loisirs dans les dernières décennies.

Par conséquent, la gravité potentielle et les conséquences socio-professionnelles font des traumatismes de la main et du poignet un véritable problème de santé publique. En effet, près de la moitié des cas recensés (soit environ 620 000) sont considérés comme graves et laisseront des séquelles avec un retentissement fonctionnel (douleur, raideur, gêne) ou un handicap constant. L'exceptionnelle complexité et la délicatesse de la main constituent la raison pour laquelle certains corps de métiers (chirurgiens, rééducateurs) et établissements (centres de la main) en ont fait une véritable spécialité avec une identité à part entière. Historiquement, le développement de la rééducation de la main est intrinsèquement lié aux avancées de la chirurgie de la main. La rééducation est un processus particulièrement long et indispensable lorsqu'elle concerne cet organe. D'autant plus qu'un pronostic fonctionnel favorable est indissociable de la qualité de l'intervention chirurgicale et surtout des soins pré et postopératoires de rééducation.

Les besoins des patients atteints de lésions traumatiques et troubles nécessitent des thérapeutes spécialisés afin de faciliter le retour à la fonctionnalité que sont la préhension et la sensibilité. Pour le rééducateur de la main et du membre supérieur, la maîtrise de l'anatomie, des pathologies, des protocoles rééducatifs et du processus de fabrication des orthèses garantie une prise en charge clinique de qualité. Ce dernier se doit de viser l'amélioration constante du rapport coût-efficacité de ses interventions, en ligne avec la politique de santé actuelle.

Les professionnels ergothérapeutes et masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à exercer dans le secteur de la rééducation de la main. Cependant, une enquête réalisée par l'International Federation of Societies for Hand Therapy (IFSHT) datant de 2014, révèle qu'il y a un rééducateur de la main pour environ 345 000 habitants en France, et que moins de 10 % d'ergothérapeutes travaillent en tant que spécialiste de la main [4]. En France, contrairement aux pays anglo-saxons ou limitrophes, la proportion d'ergothérapeutes spécialisés dans la main reste donc encore très marginale comparé aux masseurs-kinésithérapeutes. Historiquement, la masso-kinésithérapie a été privilégiée en raison du développement plus tardif de l'ergothérapie. Néanmoins, Sterling Bunnell, père fondateur de la chirurgie de la main aux États-Unis au début du 20^e siècle, considérait l'ergothérapie plus bénéfique que la masso-kinésithérapie, surtout dans un contexte fonctionnel. Il expliquait: "in physiotherapy, the attention is focused on the individual muscles and joint actions, while in occupational therapy, though this is also done, there is more to develop the co-ordination of muscles as a process of the cortex of the brain with a will to accomplish an act instead of to go through individual exercises." [5]. Il croyait

également aux bénéfices des consignes et exercices d'auto-rééducation réalisés à domicile et considérait la motivation du patient comme un facteur déterminant du processus rééducatif.

La motivation du patient favorise effectivement son engagement ou participation active au traitement. Elle se matérialise alors par un comportement d'observance ou d'adhésion de celui-ci à la thérapeutique donnée. L'observance est la variable la plus imprévisible et sur laquelle les praticiens semblent exercer le moins de contrôle au cours du processus thérapeutique. Pourtant, elle représente un phénomène incontournable puisque la mauvaise observance a un impact non-négligeable sur l'efficacité du système de santé et représente ainsi un coût considérable. L'observance des traitements constitue donc un enjeu majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que près de 50% des traitements prescrits dans le monde sont peu ou mal suivis par les patients concernés (OMS, 2003) [6]. En l'occurrence en France, le coût estimé de la non-observance pour les fractures ostéoporotiques (dont celles du poignet) s'élève à 281 millions d'euros par an [7]. Le taux d'observance varie grandement selon les pathologies, et le coût du traitement des complications en résultant peut aisément se chiffrer en milliards d'euros. Au-delà des complications médicales, l'OMS signale que la mauvaise observance entraîne des complications psychosociales et diminue la qualité de vie des patients. L'un des fondements idéologiques de l'ergothérapie est précisément de susciter la participation active de la personne à un processus de changement, dans l'optique d'une meilleure qualité de vie.

À ce titre, à la lumière des données fournies, la problématique relevant de la pratique professionnelle en ergothérapie est la suivante :

Comment l'ergothérapie peut-elle favoriser l'adhésion thérapeutique du patient à son auto-rééducation, suite à une fracture de l'extrémité inférieure du radius ?

1. Poignet

Comme souligné précédemment, la fonction première du poignet est la stabilité tout en permettant la mobilité complexe de la main dans l'espace personnel et péri-personnel.

1.1. Anatomie : ostéologie, arthrologie et système ligamentaire

Les os et l'articulation du poignet (cf. Annexe I) correspondent à la région anatomique du membre supérieur où les extrémités inférieures (distales) des deux os de l'avant-bras que sont le radius et l'ulna, s'articulent entre eux (petite cavité sigmoïde) et avec les huit petits os du carpe.

Le carpe est organisé en deux rangées de quatre os (les os scaphoïde, lunatum, triquetrum et pisiforme en proximal; et les os trapèze, trapézoïde, capitatum et hamatum en distal) qui s'articulent entre elles, en distal avec les cinq os métacarpiens et en proximal avec le radius.

Sur le plan anatomique, le poignet est un complexe articulaire constitué de trois articulations : L'articulation radio-carpienne de type condylienne possédant deux degrés de liberté (inclinaisons et flexion/extension). Le ligament triangulaire (moyen d'union entre l'ulna et le radius) relie aussi la cavité glénoïde radiale aux os de la première rangée du carpe.

L'articulation médio-carpienne oppose entre elles les os des deux rangées du carpe. Elle est de forme en S italique allongé, et de type double condylienne.

L'articulation radio-ulnaire distale de type trochoïde permettant le mouvement de pronosupination, dépendante de l'articulation radio-ulnaire proximale et de la membrane interosseuse. Elles assurent l'intégrité de l'unité radio-ulnaire.

Le système ligamentaire complexe (cf. Annexe II) et intriqué du poignet (plus d'une trentaine de ligaments) en assure à la fois la stabilité et la grande mobilité. Malgré, la grande variabilité interindividuelle, les ligaments peuvent ainsi être classés de trois façons : 1. les ligaments intra articulaires (limitant le mouvement), intra-capsulaires (guidant le mouvement) et de cohésion (entre les différents os); 2. les ligaments palmaires et dorsaux; et 3. les ligaments extrinsèques (unissant le radius et l'ulna aux os du carpe) et intrinsèques (unissant les os du carpe entre eux). Citons le ligament annulaire antérieur du carpe (ou rétinaculum des fléchisseurs) qui ferme à la face palmaire une zone délimitée par la deuxième rangée des os du carpe en formant un tunnel: le canal carpien.

1.2. Biomécanique: amplitudes et myologie

Le poignet peut orienter la main dans les trois directions de l'espace (sagittal, frontal et longitudinal). Il présente 2 degrés de liberté (tableau 1) et réalise deux types de mouvements (cf. Annexe III) : flexion-extension et abduction-adduction (inclinaisons radiale et ulnaire) par le biais des articulations radio-carpienne et médio-carpienne. Tandis que la prono-supination (rotation de l'avant-bras autour d'une axe longitudinal passant par le centre des têtes ulnaire et radiale) apporte un 3^e degré de liberté additionnel au poignet en mettant en jeu les articulations radio-ulnaires. À ce sujet, Mesplié (2011) assimile l'unité radio-ulnaire au jeu de 3 verrous complémentaires et indissociables [8]. Ainsi, l'intégrité du segment distal est essentielle pour la prono-supination. Ces mouvements s'effectuent le plus souvent de manière associée comme lors des mouvements de circumduction.

	Amplitudes articulaires radio-carpiennes	Amplitudes articulaires médio-carpiennes	Total
Flexion (plan sagittal)	50°	35°	environ 85°
Extension (plan sagittal)	35°	50°	environ 85°
Adduction (plan frontal)	30°	15°	environ 45°
Abduction (plan frontal)	10°	5°	environ 15°

Tableau 1. Amplitudes articulaires du poignet

En statique, la position fonctionnelle du poignet c'est-à-dire la posture de stabilité optimale de celui-ci est en position intermédiaire de pronation-supination avec une extension de 40 à 45° avec une inclinaison ulnaire de 15°.

Les muscles fléchisseurs du poignet (fléchisseurs radial et ulnaire du carpe, long palmaire) sont synergiques des extenseurs des doigts et les muscles extenseurs du poignet (extenseur ulnaire du carpe, long et court extenseur radial du carpe) sont synergiques des fléchisseurs des doigts (effet ténodèse). Les muscles abducteurs (fléchisseur et extenseur ulnaires du carpe) et abducteurs (long abducteur et court extenseur du pouce) sont synergiques des muscles fléchisseurs et extenseurs afin de stabiliser le poignet.

1.3. Fracture de l'extrémité inférieure du radius

1.3.1. Données épidémiologiques

La fracture de l'extrémité inférieure du radius (FEIR) est la plus fréquente du membre supérieur et est la deuxième fracture la plus fréquente après la fracture du col du fémur. Elle correspond

à 20% des fractures de l'adulte et touche 4 adultes pour 10 000 chaque année. Son incidence est de 68 / 100 000 sujets masculins de 43 ans de moyenne et de 206 / 100 000 sujets féminins de 65 ans de moyenne. Une ostéoporose est associée dans au moins 75% des cas.

Le mécanisme est presque toujours indirect, consécutif à une chute sur la paume de la main. Le massif osseux carpien est l'agent vulnérant et vient s'écraser contre l'épiphyse radiale. On recense donc deux types de mécanismes : 1. par compression-extension : survenant le plus souvent lors d'une chute avec réception sur le talon de la main, avec une composante d'hyper-extension du poignet; 2. par compression-flexion : survenant lors d'une chute sur la face dorsale du poignet.

Chez le sujet âgé et plus particulièrement les femmes (due à une ostéoporose secondaire à la ménopause), elle survient lors d'une chute de sa hauteur (lésion à basse énergie). Chez le sujet adulte jeune (le plus souvent masculin), la fracture intervient (lésion à haute énergie) suite à une chute d'une grande hauteur (accidents de travail, de la voie publique ou des loisirs).

1.3.2. Classification anatomo-pathologique

La classification de Castaing (1964) [9], fondée sur le mécanisme fracturaire, a une importance historique, tout comme celle de Kapandji qui s'en inspire (cf. Annexe IV). On distingue classiquement les fractures par compression extension (les plus fréquentes) à déplacement postérieur (de l'épiphyse radiale par rapport au fragment proximal) et les fractures par compression flexion (plus rares) à déplacement antérieur (tableau 2).

Fracture	À déplacement postérieur	À déplacement antérieur
sus- ou extra-articulaire	<ul style="list-style-type: none"> • de Pouteau-Colles (la plus fréquente) de l'épiphyse radiale distale sans refend articulaire ni lésion associée • de Gérard Marchand de l'épiphyse radiale distale associée à une fracture de la styloïde ulnaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • de Goyrand-Smith avec une bascule antérieure de l'épiphyse radiale
articulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Simple : fracture cunéenne externe ou interne • Complexe : fracture sus-articulaire à refends articulaire (fracture en T frontal ou sagittal, refend cruciforme associant 2 refends), fractures comminutives, avec fragment marginal postérieur, fragment postéro-interne. 	<ul style="list-style-type: none"> • de Leteneur avec fracture-luxation marginale antérieure simple ou complexe touchant la marge antérieure du radius associée à une luxation antérieure du carpe.

Tableau 2. Classification des fractures du poignet

Le bilan clinique révèle généralement douleur, œdème, déformation et impotence fonctionnelle totale.

1.3.3. Traitement et évolution

Le bilan radiologique est indispensable pour poser un diagnostic exact et permet de classer la fracture dans une des catégories anatomo-pathologiques citées ci-dessus. Le traitement consiste généralement en la réduction du déplacement et à l'immobilisation du site fracturaire jusqu'à consolidation osseuse complète (compter environ 45 jours).

Il existe pour cela deux méthodes qui varient selon l'indication et surtout le type de fracture et sa stabilité après réduction :

1. Le traitement orthopédique : il consiste à réduire la fracture par manœuvres externes et à immobiliser le poignet avec une attelle plâtrée ou orthèse antébrachio-palmaire pour une durée de 6 semaines. Il donne habituellement des résultats satisfaisants.
2. Le traitement chirurgical, correspondant à plusieurs techniques : l'ostéosynthèse par broches de Kirschner (embrochage percutané) ou par plaque visée antérieure ou postérieure (dans le cas d'une fracture sus-articulaires de Goyrand-Smith ou avec refend articulaire ou d'une fracture marginale antérieure), et le fixateur externe en distraction (pour les fractures comminutives ou à refend articulaire).

Le pronostic fonctionnel est habituellement favorable lorsque la réduction est parfaite même s'il persiste une légère limitation de la mobilité dans les amplitudes extrêmes (flexion, extension, prono-supination). De manière non exhaustive, les complications possibles observées sont le déplacement secondaire sous plâtre, l'enraidissement du poignet et des doigts, des troubles de la prono-supination, le syndrome du canal carpien (compression du nerf médian), les infections, le retard de consolidation ou toute autre complication nerveuse ou rupture tendineuse. Une complication commune de la fracture de Pouteau-Colles est le cal vicieux, avec saillie de la tête ulnaire et main botte radiale qui peut être source de mobilité douloureuse. Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est une complication relativement fréquente (20% au poignet) pouvant entraîner des séquelles notamment l'enraidissement des doigts. Elle doit être prévenue par une mobilisation précoce permettant de limiter les troubles trophiques.

L'ergothérapeute exerçant en rééducation de la main est habilité à traiter ces traumatismes.

2. Ergothérapie en rééducation de la main

2.1. Utilisation de l'activité en rééducation de la main

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Les ergothérapeutes contribuent de manière importante à l'approche pluri-professionnelle requise dans la rééducation spécialisée des personnes présentant une atteinte aux mains ou membres supérieurs. Dans certains pays notamment anglo-saxons, la majeure partie des rééducateurs spécialisés dans la main sont ergothérapeutes (73% au Royaume-Uni, 80% aux Etats-Unis et au Canada, 60% en Australie) (IFSHT, 2014) [4]. Cela atteste de la contribution indéniable de la profession au domaine de la rééducation de la main.

La priorité de l'intervention en ergothérapie est de faciliter les individus à maintenir ou à récupérer leur capacité à réaliser ou participer aux activités importantes pour eux, telles que le travail, les activités de la vie quotidiennes, l'éducation, les loisirs et la participation sociale (Amini, 2011) [10].

Les traumatismes affectant la main ont des conséquences fonctionnelles majeures; l'attention spécifique que porte l'ergothérapeute aux activités significatives et à la participation l'habilite à travers les exercices et mobilisations à aborder l'interaction entre la personne, ses activités et l'environnement (Fitzpatrick & Presnell, 2004) [11].

La rééducation de la main étant un processus long, les aspects de coûts de prise en charge des séances et la contrainte de temps constituent des défis et des limites pour les ergothérapeutes du secteur pour suivre une approche centrée sur l'activité. Le système de santé actuellement axé sur le principe efficacité-coût, tout en adressant la singularité clinique de chaque patient, rend parfois difficile l'élaboration d'un plan de traitement fondé sur l'activité (Dale et col., 2002; McColl, 1994) [12] [13]. Ainsi, le délai nécessaire pour développer une alliance thérapeutique et permettre une prise en charge centrée sur la personne et sur l'activité est réduit. Cela conduit souvent à une pratique réductionniste centrée sur les composantes physiologiques avec une dépendance fréquente aux protocoles et méthodes de traitement prescrites.

Néanmoins, dans des études cherchant à établir les bénéfices d'interventions centrées sur l'activité en rééducation de la main, Colaianni et Provident (2010) relèvent que ces interventions ont amélioré la motivation, la satisfaction et l'adhésion du patient, et ont conduit à une rémission fonctionnelle plus rapide, grâce à la pertinence des activités ou exercices

fournis compte tenu de la vie quotidienne et des intérêts de l'individu [14]. Le programme d'exercices fourni prend notamment en compte les facteurs psychologiques comme la crainte, la douleur et la capacité à réaliser les activités.

Les blessures à la main sont la deuxième cause de traumatismes les plus fréquents sur le lieu de travail; Amini (2011) a examiné, par le biais d'une étude méthodique, l'efficacité des interventions en ergothérapie sur les personnes présentant une variété de blessures ou affections liées au travail touchant l'avant-bras, le poignet et la main [10]. Les résultats ont confirmé l'efficacité des interventions et exercices centrés sur l'activité fonctionnelle au travers de techniques de mobilisation précoce, d'orthèses, de méthodes de réduction de la douleur et d'interventions sur le lieu de travail.

Dans une étude portant sur les blessures ou interventions chirurgicales à la suite desquelles l'ergothérapie était le seul service rééducatif fourni, les gains dans la performance fonctionnelle étaient importants suivant l'intervention centrée sur la personne, comme mesurés par la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) et le Disability of Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (Case-Smith, 2003). Cette étude a également démontré que 6 à 8 semaines d'ergothérapie produisait un taux de récupération fonctionnelle totale de 80% chez les patients avec un traumatisme important ou suivant une intervention chirurgicale à la main [15].

2.2. Approche holistique centrée sur la personne en rééducation de la main

La rééducation de la main aborde traditionnellement les préoccupations biomécaniques sous-jacentes aux pathologies du membre supérieur. Cependant, les ergothérapeutes apportent une dimension supplémentaire à cette spécialité. Ils utilisent une approche centrée sur la personne et sur l'activité permettant d'identifier les besoins de participation du patient (ce qu'il veut être capable de réaliser dans la vie quotidienne et qui est nécessaire ou signifiant) tout en se concentrant sur le rendement de ces activités comme finalité première de l'intervention. En effet, même si la spécificité de la rééducation de la main semble renforcer une pratique réductionniste centrée sur les composantes physiques et biomécaniques du traitement, l'ergothérapeute évoluant dans ce domaine se doit de prendre en compte également les composantes cognitives, affectives et sociales.

D'ailleurs, Jack et Estes (2010) ont identifié qu'une approche holistique centrée sur la personne et l'activité dans le traitement de la main traumatique donnait lieu à de meilleurs résultats chez

le patient en facilitant son adaptation à l'environnement et à un meilleur rendement de celui-ci dans les activités fonctionnelles [16].

Les études indiquent que les patients se perçoivent en fonction de leurs capacités et rôles occupationnels. Les blessures et pathologies interférant avec les rôles, les habitudes, la gestion du temps, les activités et la participation créent un sentiment de dysfonctionnement et un désir de retour à la normalité (Custer, Hueber, & Howell, 2014) [17]. Incorporer des activités usuelles et habituelles dans le traitement et mettre l'accent sur la favorisation de la performance de ces activités produit des bénéfices pour le patient, incluant :

- La préservation des rôles et habitudes, et le bien-être psychologique, à travers l'attention portée aux détails du fonctionnement quotidien précocement dans le processus de réhabilitation
- L'augmentation de la motivation pour la thérapie et un rapport coût-efficacité renforcé de la rééducation puisque les patients peuvent percevoir un lien direct entre l'intervention en ergothérapie et leur retour à une participation effective dans leurs activités.
- Le positionnement du patient comme acteur de sa rééducation. Tous les actes thérapeutiques ne peuvent ou doivent être effectués dans le milieu clinique. Fournir des conseils pour l'extérieur et un programme d'exercices à domicile permet d'aborder les objectifs continus au-delà du temps et budget alloués en milieu clinique.

Afin de conserver les bénéfices de la rééducation, le patient intervient dans sa prise en charge.

2.2. Consignes et programme d'auto-rééducation de la main à domicile

Suite à un traumatisme ou intervention chirurgicale, la rééducation est classiquement proposée auprès d'un ergothérapeute dans un premier temps afin d'évaluer les capacités du patient et mettre en place des techniques rééducatives de la fonctionnalité de la main. La rééducation est orientée sur la récupération des amplitudes et de la force tout en conservant un niveau d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne.

Tout au long du processus, l'ergothérapeute va mettre le patient en activité et lui fournir un accompagnement personnalisé. La rééducation se doit d'être précoce. Cette rééducation qualitative doit être pratiquée quotidiennement et de façon prolongée pour maintenir ses effets bénéfiques. C'est pour ces raisons que l'auto-rééducation a été élaborée. Le patient est de ce

fait le seul acteur possible de cet entretien quotidien grâce à un programme d'auto-rééducation à domicile.

L'auto-rééducation est la rééducation pratiquée par le patient lui-même, grâce à des exercices conseillées et expliqués par l'ergothérapeute. Ils ont pour but d'aider le patient à entretenir et donc maintenir mais aussi améliorer les fonctions motrices et sensitives résiduelles. Les conseils apportés peuvent permettre le retour de la sensibilité, une réduction de phénomènes douloureux ainsi qu'une amélioration de la souplesse articulaire/cutanée et de l'aisance gestuelle et préhensive.

Certains, comme Bunnell et ce depuis longtemps la conseillait sous forme d'« *intercure* » à domicile afin de conserver les bénéfices et consolider les acquis des séances de rééducation, et dans le même temps d'essayer de progresser plus rapidement. Lemerle (1998) a publié un guide : *L'auto-rééducation de la main traumatique*, dans lequel on peut lire de l'auto-rééducation que « ce n'est pas une auto médication, mais au contraire, le prolongement puis le remplacement progressif d'une rééducation classique par des mouvements et des exercices enseignées aux patients. Ces mouvements sont périodiquement vérifiés par le thérapeute, le but étant l'autonomie rééducative du patient. » [18].

Les exercices et activités fournis sont expliqués par l'ergothérapeute et constituent un programme personnalisé. Suite à l'apprentissage et à l'éducation fournis, le principe pour le patient est d'être acteur de sa prise en charge et d'intégrer ces exercices dans sa vie quotidienne avec l'aide de l'ergothérapeute afin que cela ne soit pas une contrainte. Les exercices d'auto-rééducation doivent être effectués de manière régulière. La réalisation au long terme de l'auto-rééducation permet non seulement de préserver les fonctions mais aussi de les optimiser. L'ergothérapeute au cours des séances en milieu clinique réévaluera, réajustera et graduera les exercices en fonction des progrès du patient quant à la récupération de la fonctionnalité de sa main. De ce fait, l'auto-rééducation est complémentaire des séances effectuées avec l'ergothérapeute et permet une continuité des soins et un prolongement de l'acte thérapeutique à domicile. D'ailleurs, une étude comparative (Sen, 2014) examinant la rééducation des patients suite à un fracture de type Pouteau-Colles a conclu que le programme d'exercice à domicile et les séances d'ergothérapie en clinique sont tout aussi bénéfiques, dans la réduction de la douleur et de la raideur et dans l'amélioration des amplitudes articulaires, des capacités de préhension [19].

La rééducation du membre supérieur a une visée fonctionnelle. En ergothérapie, bien que considérant individuellement les muscles et les phénomènes articulaires (comme en masso-kinésithérapie), une attention particulière est portée au développement de la coordination musculaire, c'est-à-dire la stimulation d'un processus cérébral avec une volonté d'accomplir un acte plutôt que d'effectuer des exercices isolés.

La finalité de l'ergothérapie en rééducation de la main est de garantir que le processus de réhabilitation facilite la rémission par la mise en activité du patient, à la fois dans un contexte clinique et dans leur vie quotidienne. Cette approche favorise une évolution positive des patients, incluant leur satisfaction avec l'expérience thérapeutique et les résultats, le maintien de leur capacité à s'impliquer dans leurs rôles au sein de leur environnement social, et plus globalement une qualité de vie préservée.

Par conséquent, l'adhésion du patient au plan d'intervention en ergothérapie et aux consignes fournies, phénomène dynamique complexe, est un facteur déterminant du processus rééducatif.

3. Observance/adhésion thérapeutique

Les termes associés à la description du comportement d'un patient au regard des recommandations et prescriptions médicales sont diverses, traduisant la complexité du phénomène étudié. Ils se sont développés en fonction de l'évolution du rôle attribué au patient dans le système de soins et des modifications des modèles de relation soigné-soignant. L'approche paternaliste du modèle biomédical, utilisé en médecine moderne depuis le 19^e siècle, suivant lequel il existe un rapport de soumission du patient et d'autorité du soignant, est désormais influencée par l'approche participative du modèle bio-psycho-social (Engel, 1977) [20]. Elle considère l'usager comme un acteur de sa prise charge avec lequel les objectifs thérapeutiques acceptables doivent être négociés et explicités. Notre objectif ici est donc d'expliquer, d'un point de vue sémantique, chacun de ces termes.

3.1. Définitions

3.1.1. Compliance et observance thérapeutiques

L'observance ou compliance (en anglais : suivre conformément, se soumettre à) a en premier lieu été introduite par Sackett et Haynes en 1974, lors du *Symposium on Compliance with*

Therapeutic Regimens de l'Université McMaster, au Canada [21]. Dans le milieu médical, la notion de compliance a été employée pour désigner les pratiques effectives de suivi des prescriptions par les patients, c'est-à-dire le degré avec lequel le patient suit les prescriptions médicales concernant le régime prescrit, l'exercice ou la prise de médicament (Morris et Schultz, 1992) [22]. Cependant, l'utilisation du terme compliance est devenu désuet en français puisqu'il sous-entend une idée de soumission et d'obéissance stricte du patient. En effet, la conduite effective ou non du patient est alors uniquement évaluée en termes de conformité thérapeutique, c'est-à-dire en fonction d'une norme médicale. L'observance quant à elle fait référence à la dimension comportementale (conduite observable qui traduit concrètement l'attitude) du patient par rapport à son traitement et aux recommandations du professionnel de santé. Cette conduite repose sur les valeurs, croyance, connaissances et attentes du patient et permet ainsi de distinguer les variations de comportements selon les patients.

3.1.2. Adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique ou « *adherence* » en anglais a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2003 et suppose un niveau d'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations sur lesquelles il s'est entendu avec un professionnel de santé [6]. Elle correspond à l'engagement ou à la participation active du patient à sa thérapeutique. Le patient ne se soumet pas à sa thérapeutique mais y adhère, cette adhésion se manifeste par un comportement d'observance. L'adhésion thérapeutique correspond donc à la dimension attitudinale et motivationnelle (état mental qui prédispose à agir) du patient s'intéressant aux facteurs pouvant intervenir sur le comportement d'observance. C'est un processus dynamique et complexe influencé ainsi par des facteurs psychosociaux ou externes. L'OMS propose d'ailleurs une classification des déterminants de l'adhésion thérapeutique selon cinq types de facteurs : démographiques et socio-économiques, liés au système de soin et à l'équipe soignante, liés à la pathologie, liés au traitement et liés au patient. La notion d'adhésion s'est progressivement substituée à celle d'observance de manière usuelle et recouvre à la fois l'observance, l'adhésion thérapeutique, la concordance et la persistance.

3.1.3. Concordance ou alliance thérapeutiques

Les notions de concordance ou alliance thérapeutique (Freud, 1912) sont plus récemment utilisées et correspondent à la création d'un accord entre le patient et le thérapeute sur les décisions et les objectifs thérapeutiques du traitement. Ils vont donc majoritairement découler

du patient et de la qualité de la communication et de l'interaction entre le patient et le praticien. Rogers (1951) a défini l'engagement comme essentiel au processus thérapeutique en y incluant les notions de confiance réciproque, d'acceptation et de confidentialité avec des buts communs pour le patient et le professionnel de santé [23]. Elle se matérialise par une collaboration active entre le patient et le soignant qui travaillent de concert, fondée sur une appréciation partagée des obstacles et un accord sur les solutions possibles (Cungi, 2009) [24]. Le patient est donc situé au centre du processus de soins. Une bonne alliance thérapeutique ou concordance au début et au cours de la prise en soin facilite l'adhésion thérapeutique.

3.2. Non-observance

Une faible observance avec le régime thérapeutique est un problème majeur dans le processus de guérison. Une règle simple peut être énoncée : un tiers des patients sont toujours observants; un tiers ne le sont jamais, et un tiers le sont parfois (Fedder, 1982) [25]. Les recherches scientifiques à ce sujet confirment cette règle. Par exemple, le taux d'observance par rapport au port d'orthèse varie de 23% à 65%, et celui concernant les régimes d'exercices varie de 40% à 55%. Des tendances similaires ont été observées pour d'autres pathologies comme les maladies chroniques avec un respect des traitements équivalents à 50% (OMS, 2003) [6]. Les estimations varient grandement en fonction de la méthode d'évaluation et de la définition de l'observance.

Il est donc pertinent de s'intéresser aux possibles origines de la variabilité de comportements relatifs à l'adhésion thérapeutiques.

Nombreux sont les modèles théoriques cherchant à expliquer les variations de comportements relatives à l'observance ou adhésion thérapeutique. Les modèles les plus représentatifs à l'heure actuelle dans l'étude de l'observance sont le *Health Belief Model*, le modèle de l'action raisonnée et le modèle de l'autorégulation. Le *Health Belief Model* demeure l'un des cadres conceptuels les plus largement identifiés dans la recherche sur les comportements en santé et sera ici l'objet particulier de notre attention.

4. Modèle des croyances relatives à la santé : le *Health Belief Model*

4.1. Origine

Le *Health Belief Model* (HBM) a été développé dans les années 1950 par les psychologues sociaux du service de santé publique des Etats-Unis. Modèle de psychologie en santé appartenant à la théorie sociale cognitive, il s'attache à expliquer et prévoir des comportements de santé en se concentrant sur les attitudes et les croyances des individus. Il est centré sur les facteurs socio-cognitifs en jeu dans la prise de décision concernant ces comportements. Le HBM suppose qu'un individu est susceptible d'adopter un comportement favorable à sa santé pour prévenir une maladie ou une conséquence désagréable, s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension importante de sa vie. Ce sont des préalables sans lesquels le modèle ne s'applique pas.

4.2. Dynamique

Le modèle suggère que les croyances des individus au sujet des problèmes de santé, des avantages/obstacles perçus, et de l'auto-efficacité expliquent l'engagement (ou l'absence d'engagement) du comportement favorable à la santé. Il examine ainsi les perceptions individuelles, les facteurs de modification affectant ces perceptions et la probabilité d'action.

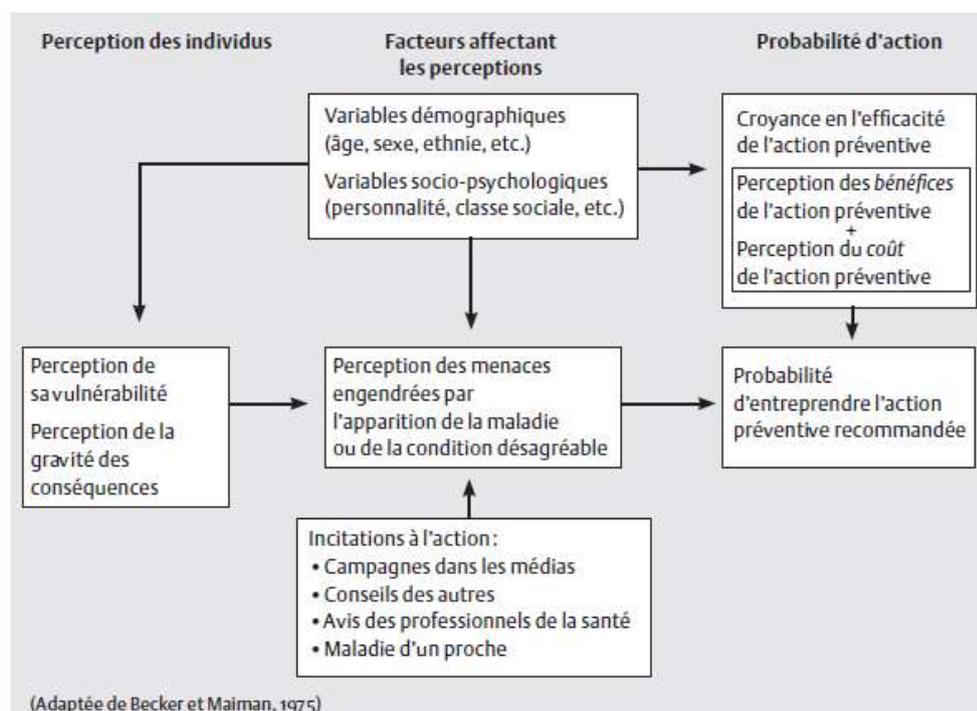


Figure 1. Schématisation du modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*)

Les variables principales du HBM (figure 1) susceptibles de favoriser l'engagement (ou l'absence d'engagement) et de promouvoir un comportement favorable à la santé sont présentées comme suit (Rosenstock, Strecher et Becker, 1994) [26]:

- *la menace perçue* : perception des menaces engendrées par l'apparition de la pathologie. D'après le modèle, si le patient se sent plus susceptible à une pathologie sérieuse, il sera plus motivé à prendre action puisque la menace est élevée. Elle se décompose en :
 1. *vulnérabilité perçue* : perception subjective et singulière du patient de sa susceptibilité à être atteint par une pathologie. Les personnes percevant un risque élevé sont plus susceptibles d'adopter des comportements réduisant le risque de la développer.
 2. *gravité perçue* : le sentiment concernant le sérieux ou la gravité d'une atteinte physique varient selon les personnes. De ce fait, la subjectivité implique que la gravité perçue ne coïncide pas nécessairement avec la réalité médicale. Cette dimension peut inclure à la fois des conséquences médicales potentielles (handicap, douleur) et des conséquences sociales (effets sur la participation sociale : travail, vie de famille, etc.). Les individus percevant un traumatisme et ses conséquences comme sérieux sont plus susceptibles d'adopter un comportement de santé bénéfique pour éviter l'occurrence ou réduire la gravité,
- *les avantages perçus* : en fonction de la croyance en l'efficacité des mesures ou de l'action prescrites pour réduire la menace de la pathologie, l'individu peut se livrer à un comportement de promotion de la santé afin de réduire le risque.
- *les obstacles perçus* : en fonction de l'opinion sur les conséquences négatives potentielles (temps, effort, disponibilité, coût, gêne, douleur, etc.) qui peuvent résulter de l'adoption des mesures de santé prescrites, l'individu peut éviter de s'engager dans un comportement favorable à sa santé.
- *l'incitation à l'action* : ce sont des éléments déclencheurs de l'action qui permettent d'amorcer un changement de comportement. Ces signaux peuvent être intrinsèques (douleur, gêne fonctionnelle, etc.) ou extrinsèques (information médiatique, avis des professionnels de santé, conseils de l'entourage). L'intensité des signaux nécessaires pour déclencher l'action diffère en fonction de la perception de la vulnérabilité, gravité, avantages et obstacles.
- *les caractéristiques individuelles* : comprennent les variables démographiques (âge, sexe, ethnie, etc.), psycho-sociales (personnalité, éducation, classe sociale et groupe d'appartenance) et structurelles (connaissance sur la pathologie ou expérience antérieure) pouvant affecter indirectement les comportements en santé en modifiant les perceptions de la gravité, de la vulnérabilité, des avantages et des obstacles.

- *l'auto-efficacité ou efficacité personnelle* (Bandura, 1977) [27]: cette notion recouvre la croyance d'un individu en sa capacité de pouvoir exécuter avec succès un comportement requis pour obtenir les résultats visés. Ce concept est un élément clé dans le changement de comportement lié à la santé.

La croyance en l'efficacité de l'action devant la menace provient de l'évaluation des avantages et des inconvénients associés à l'adoption des actions recommandées, comme cela est le cas d'un programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile luttant contre l'enraidissement et favorisant les gains articulaires. De plus, certaines variables (démographiques, socio-psychologiques) influencent les perceptions de l'individu, et certains événements incitant à l'action peuvent éveiller chez lui la perception d'une menace pour sa santé.

Par conséquent, la plus grande probabilité pour le patient d'entreprendre l'engagement dans un comportement bénéfique à la santé recommandée (par le professionnel de santé) se présente quand sa perception de la menace est élevée et que les bénéfices excèdent les barrières de l'action recommandée.

4.3. Implications

Approprié pour expliquer la prise de décision dans le cadre de l'adhésion au traitement, le HBM permet d'identifier les perceptions quant aux risques et solutions considérés des patients ciblés. Ce modèle est important dans l'éducation à la santé du patient puisqu'il fournit des indices sur la relation entre la manière dont un patient perçoit son état de santé et sa réponse comportementale à cet état de santé. En fonction des indices relevés, l'ergothérapeute peut donc éduquer et informer afin de permettre aux patients de : 1. déterminer si leur traumatisme présente des risques (par exemple l'enraidissement du poignet ou la perte de gains articulaires si le programme d'auto-rééducation n'est pas suivi); 2. prendre conscience de la gravité du traumatisme (information concernant la sévérité des effets négatifs sur la vie quotidienne et donc de la qualité de vie de la mauvaise récupération fonctionnelle); 3. connaître les actions efficaces pour contrôler le problème (par exemple, la mise en activité à domicile avec le programme d'auto-rééducation, la présence aux séances); et 4. identifier les stratégies pour la gestion des difficultés qui pourraient nuire à l'adoption des comportements souhaités.

Le prisme du cadre conceptuel fourni par le *Health Belief Model* permet de cibler les variables qui favorisent l'éducation du patient dans l'adoption potentielle d'un comportement favorable à sa santé.

5. Education du patient

L'éducation du patient « s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement ». (Bertrand, Charbonnel, Saout, 2008) [28]. Il s'agit donc d'autonomiser au maximum le patient afin de garantir une bonne adhésion à son traitement.

5.1. Avantages de l'éducation du patient

Dans le système de santé actuel, l'éducation du patient a le potentiel de limiter l'augmentation des coûts de prise en charge, en aidant les patients à gérer eux-mêmes leur maladie, afin de réduire les dépenses, notamment pour les maladies chroniques. En effet, des stratégies éducatives efficaces peuvent aider les patients à mieux cerner les complexités médicales tout en réduisant leur anxiété et en augmentant leur adhésion aux instructions fournies.

Des interventions spécifiques visant à enrichir les connaissances du patient peuvent améliorer les résultats du traitement de nombreuses pathologies aiguës et chroniques. Par exemple, lorsqu'ils ont une lésion, les patients « éduqués » demeurent motivés et maintiennent leur adhésion aux plans de traitement (Drench, 2007) [29].

L'implication directe du patient dans la prise de décision, le rendant donc acteur de sa prise en soin, augmente sa motivation, son adhésion, sa responsabilisation (*empowerment* en anglais) et sa satisfaction face au traitement. Les institutions en santé reconnaissent les bénéfices de l'éducation du patient dans l'amélioration de son adhésion au processus rééducatif et de sa satisfaction.

L'enseignement et l'apprentissage sont des concepts qui doivent être nécessairement inclus dans les interventions cliniques. Le rôle d'éducation des ergothérapeutes devient central à l'exercice de leur pratique. Cela implique la sélection de stratégies d'enseignement et d'apprentissage suffisamment efficaces afin d'avoir une influence sur la situation du patient aussi bien dans le contexte clinique que dans le continuum de soin au domicile. L'ergothérapeute a donc un rôle pivot à jouer dans l'éducation du patient. L'épicentre de l'éducation du patient se trouve dans l'aide fournie aux individus et à leur famille afin de devenir des participants informés capable de gérer leurs pathologies et de faciliter leur réponse

adaptative à la maladie. Tout en considérant les facteurs socio-économiques et culturels, l'ergothérapeute doit être capable d'enseigner des activités et techniques à réaliser dans le cadre clinique et à domicile, et à favoriser la promotion de la santé et des mesures de prévention (comme par exemple, la prévention des chutes des personnes atteintes d'ostéoporose).

A cet égard, les bénéfices principaux de l'éducation du patient par l'ergothérapeute vont être :

- La responsabilisation du patient face à sa santé et l'amélioration de sa capacité à gérer les troubles aigus ou chroniques.
- L'adoption de comportements plus favorables à la santé.
- L'amélioration de la satisfaction du patient avec sa prise en charge.
- La promotion d'une pratique centrée sur la personne et par conséquent, la participation active du patient dans son plan de traitement.
- L'amélioration de l'adhésion au régime thérapeutique conduisant à un système de soins plus efficace et rentable.
- La continuité des soins et la réduction des complications liés à la pathologie et à son incidence.
- La maximisation de l'indépendance de l'individu au travers des programmes d'exercices d'auto-rééducation à domicile et des activités favorisant l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne.

En ergothérapie, le contact fréquent entre le thérapeute et le patient au cours des séances lui permet d'apporter une contribution unique à l'apprentissage du patient, facilitant par la même occasion, l'atteinte des objectifs planifiés de l'intervention. Tout patient adulte peut donc bénéficier d'une éducation clinique.

5.2. Education du patient et apprentissage de l'adulte

L'andragogie désigne la science et la pratique d'enseigner aux adultes. Le terme est issu des mots grecs *andros* qui signifie « homme/adulte » et *agogos* qui veut dire « guide ». Le terme a été développé grâce aux travaux de Knowles (1984) et sa théorie de l'apprentissage de l'adulte.

5.2.1. Hypothèses

Knowles a développé 5 hypothèses concernant les caractéristiques de l'éducation de l'adulte :

1. L'adulte est indépendant et auto-dirigé dans le processus d'apprentissage. Le rôle de l'instructeur est de l'engager dans un processus de recherche, d'analyse et de prise de décision face aux informations fournies.
2. L'adulte possède une expérience vaste sur laquelle il s'appuie pour apprendre. Il est important de relier le sujet d'apprentissage à l'expérience.
3. L'adulte est favorable à l'apprentissage qui incorpore les demandes de sa vie quotidienne. La disposition à apprendre de l'adulte a tendance à être orientée vers les tâches développementales en lien avec ses rôles sociaux. L'information doit donc avoir un lien avec la vie quotidienne.
4. L'adulte vise une utilisation immédiate de la connaissance. L'instructeur doit démontrer en quoi l'information est utile pour lui.
5. L'adulte est motivé à apprendre par des facteurs intrinsèques plus qu'extrinsèques. Il est capable de résoudre immédiatement des difficultés liées à sa détermination en fonction de sa motivation intrinsèque à apprendre. L'instructeur doit être capable d'assister l'individu à dépasser les attitudes, croyances et inhibitions face au processus d'apprentissage.

5.2.2. Principes

Knowles, a suggéré 4 principes appliqués à l'apprentissage des adultes [30]:

1. Les adultes doivent être impliqués dans la planification et l'évaluation de leur apprentissage.
2. L'expérience et les erreurs sont source de motivation et constituent le socle des activités de formation
3. Les adultes ont un intérêt prononcé pour les apprentissages en lien et transférables immédiatement dans leur vie quotidienne (personnelle ou professionnelle).
4. L'enseignement aux adultes est orienté principalement vers la résolution de problème plutôt que vers le contenu lui-même.

L'application de ces principes à l'apprentissage des exercices d'auto-rééducation à domicile prodigué par l'ergothérapeute au patient, est la suivante :

- Tout d'abord, l'ergothérapeute doit expliquer spécifiquement l'origine et le retentissement de la pathologie (en l'occurrence la fracture du poignet), et l'intérêt des exercices et techniques d'auto-rééducation (stimulation de la sensibilité, lutte contre l'enraidissement, récupération des amplitudes, etc.).

- Ensuite, l'ergothérapeute doit se focaliser sur les tâches à réaliser en démontrant et en mettant le patient en activité plutôt que de fournir des informations trop vastes.
- De plus, l'ergothérapeute doit prendre en compte les origines, le vécu, les croyances et la personnalité de l'individu. Les activités et informations doivent être accessibles et ciblées pour tous, d'où l'intérêt de varier les supports (oraux, écrits, numériques, etc.).
- Enfin, l'adulte étant autonome, l'apprentissage doit permettre de le laisser évoluer et de recevoir des conseils et un feedback positif qui renforce l'apprentissage, et d'être aidé en cas de mauvaise compréhension lors des séances permettant de réajuster les exercices.

Que ce soit dans l'adoption de comportements plus favorables à sa santé ou pour l'apprentissage, la motivation est le facteur déterminant qui sous-tend l'ensemble du processus de mise en activité du patient, lui permettant de mettre en place une stratégie de changement.

6. Motivation du patient

Pour le patient, maintenir un degré constant de motivation est impératif afin qu'il demeure pleinement impliqué, aussi bien au cours de l'ensemble des séances en présence de l'ergothérapeute que de la réalisation en autonomie des exercices à domicile.

6.1. Définition

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit « la motivation » comme l'« ensemble des facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné, qui déterminent sa conduite et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent ».

Chaque théorie motivationnelle apporte sa propre définition de la motivation et il n'existe pas de consensus dans la littérature étant donné les différentes natures et caractéristiques de ce concept.

Traditionnellement, à l'instar de la théorie de la motivation présentée par Deci (1975), deux types de motivations peuvent être distinguées et organisées en échelle continue de régulation (ou d'auto-détermination) de la personne [31]. D'une part la motivation intrinsèque, suivant laquelle l'individu poursuit une action uniquement par satisfaction personnelle (par intérêt, par plaisir et sentiment d'autonomie qu'elle lui procure). D'autre part, la motivation extrinsèque suivant laquelle l'individu agit en fonction d'une circonstance extérieure qui le pousse à agir.

D'après la théorie du positionnement d'objectif (Locke et Latham, 1967), la poursuite d'objectifs clairement définis (réalisables, spécifiques, acceptés, appropriés et avec un retour régulier du thérapeute) apparaît également comme une source de motivation. Transposé à l'ergothérapie, cela correspond à la phase de planification du traitement du processus d'intervention.

Il est important de souligner que le sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1977) cité précédemment constitue un élément clé de la motivation et de la persévérance du patient [27]. C'est la croyance d'un individu en sa capacité de pouvoir exécuter avec succès un comportement requis pour obtenir les résultats visés.

Quoiqu'il en soit, la motivation du patient est un facteur déterminant du processus rééducatif et a un impact sur la performance de celui-ci dans ses activités. De nombreuses études (Prosen, 1965; Florey, 1969; Maclean, 2000) s'accordent sur le fait que le degré de motivation affecte directement les résultats du traitement, et que son origine et son étiologie doivent être mieux cernés [33]. Des études (Brown, 1979; Maclean, 2000) ont démontré que les patients « motivés » obtiennent un meilleur résultat rééducatif comparés aux autres [32] [34].

6.2. Motivation en rééducation de la main

La motivation du patient, particulièrement en rééducation de la main, est un déterminant de l'ensemble du processus thérapeutique, car l'accent est mis sur la rémission fonctionnelle impliquant une prise en charge de longue durée. En thérapie de la main, il a été souligné que la récupération de la fonction de la main dépend principalement des efforts du patient dans sa thérapie. Brown (1998) explique que la motivation pour la rémission peut ne pas avoir d'effet direct sur la blessure, mais elle en a un sur la manière dont les patients réagissent à leur traumatisme, ce qui peut par la suite affecter leurs attitudes et leur comportement lié à la thérapie ; le comportement influençant le processus rééducatif. De plus, à travers une meilleure compréhension des facteurs influençant la motivation du patient pour sa rémission, les thérapeutes seront plus aptes à diriger spécifiquement leurs efforts vers les facteurs motivationnels afin d'assister le patient dans l'obtention des pleins bénéfices de sa rééducation.

Plusieurs études (Derebery, 1983 ; Burgel, 1986) ont démontré que des patients ayant subi un accident de travail indemnisable étaient moins motivés dans leur rémission en raison des gains secondaires reçus pour leur accident. Malgré la perspective monétaire de retarder le processus

de rémission, la littérature démontre que les patients qui ont droit à compensation ont tout de même le désir d'aller mieux et présentent une motivation qualifiée de latente de mener à bien leur rééducation.

Une étude (Lai, 2004) a examiné les similarités et différences des fondements motivationnels entre des patients blessés à la main sur et en dehors du lieu de travail [35]. Cette étude a conclu que les sources de motivation étaient identiques entre les deux groupes. Par conséquent, être optimiste, maintenir une attitude positive face à l'incapacité, définir des objectifs en séance, disposer du soutien de ses employeurs ou collègues, et avoir le désir de dépasser l'état de dépendance aux autres sont les déterminants suscitant la motivation des individus dans leur rémission.

L'ergothérapeute peut utiliser ces résultats comme orientations stratégiques afin de faciliter la promotion de la motivation des patients en rééducation de la main. De plus, Brown soutient que le défi thérapeutique du praticien est de déceler la motivation latente des patients et de la potentialiser afin de faciliter leur rémission et leur adhésion au processus rééducatif.

6.3. Importance de la motivation dans la modification du comportement du patient

La motivation a été identifiée comme l'un des déterminants les plus importants de l'adhésion du patient à la thérapeutique. Cependant, cette motivation peut être latente ou le patient ambivalent face au changement. Une technique spécifique s'offre au thérapeute pour rehausser la motivation du patient et l'encourager à changer.

L'entrevue motivationnelle été décrite pour la première fois en 1983, puis formulée par la suite par Miller et Rollnick en 1991 [36]. C'est une technique de counseling qui aide les patients à résoudre l'ambivalence ressentie et favorise l'adoption de meilleures habitudes de santé. Elle cherche à rehausser la motivation intrinsèque du patient. La technique d'entrevue motivationnelle mise essentiellement sur les domaines d'ambivalence et de résistance. Elle peut être utilisée en ergothérapie en tant que technique d'évaluation ou stratégie d'intervention afin d'améliorer le comportement et l'adhésion du patient.

L'entrevue motivationnelle inclut 8 approches que l'ergothérapeute doit intégrer dans sa posture afin d'augmenter le degré de motivation du patient à changer une habitude spécifique :

1. Fournir des conseils sur une habitude particulière nécessitant d'être changée;

2. Supprimer les barrières (parfois en lien avec l'accès à certaines aides disponibles);
3. Laisser le choix (en aidant le patient à comprendre leur choix de changer ou non d'habitude et que le rôle du professionnel est d'encourager le changement sans insister)
4. Réduire l'opportunité d'ambivalence envers le changement ou le statu quo actuel
5. Exprimer de l'empathie
6. Fournir un feedback (en donnant une image claire de la situation présente au patient)
7. Clarifier les objectifs (en décrivant la situation idéale et en explicitant les paliers à franchir)
8. Aider activement (en exprimant un intérêt réel et une bienveillance authentique)

Dans l'optique de pouvoir augmenter le degré de motivation du patient à adopter un comportement favorable à sa santé (en l'occurrence la réalisation de l'auto-rééducation à domicile), il est nécessaire de s'intéresser aux facteurs qui influencent l'adhésion thérapeutique. Dans une étude complète, Haynes (1976) avait identifié plus de 200 facteurs en corrélation avec ce phénomène [37]. L'OMS a défini 5 composantes regroupant des facteurs pouvant influencer l'adhésion ; ces facteurs sont ainsi socio-économiques, liés au système de soins, liés au patient, liés à la maladie et liés au traitement [6].

À la lumière du cadre théorique présenté ci-dessus, la question de recherche est la suivante :

Suite à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, quels facteurs influencent l'adhésion thérapeutique du patient à son programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile?

II. METHODE ET INSTRUMENT

L'axe prioritaire de cette étude concerne l'adhésion thérapeutique du patient. L'objectif était d'identifier les facteurs qui influencent, en ergothérapie, l'adhésion des patients au programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile. La question principale s'intéressait donc aux caractéristiques du patient et de la lésion, à l'attitude du patient et au rapport au thérapeute.

1. Choix de la méthode

Il existe différentes méthodes de recherche (expérimentale, différentielle, clinique, ethnos, historique) susceptibles d'être utilisées dans la recherche de soins en santé (Eymard, 2003) [38]. Concernant l'objet de notre étude, nous cherchons à expliquer la variabilité des comportements, et l'influence de facteurs sur l'occurrence ou la non occurrence du comportement d'observance des patients à leur auto-rééducation. La méthode différentielle est donc utilisée dans le cadre de notre étude pour prouver si la variabilité des sujets interrogés produit ou non des différences dans l'observance. Elle permet d'analyser un ensemble de variables testé sur un groupe et de tenter de généraliser à partir de la collecte des données quantitatives.

2. Population étudiée

Pour faciliter l'accès à la patientèle et la collecte des données, les patients d'une clinique spécialisée dans la main en France, au sein de laquelle un stage avait été effectué au cours de la 3^{ème} année d'études du diplôme d'État en ergothérapie, ont été choisis. La population de l'enquête était composée des patients suivis par l'ergothérapeute et par des masseurs-kinésithérapeutes. Toutes pathologies confondues, la quasi-totalité des patients de la clinique suivis par l'ergothérapeute dispose d'un programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile élaboré par lui. Ce programme d'exercices est appliqué selon une méthode démonstrative et le patient dispose d'une liste écrite des exercices. À chaque séance, l'ergothérapeute vérifie la technique de réalisation des exercices.

Pour déterminer l'échantillon, une méthode de quotas en relation avec l'objectif de l'enquête a été appliquée. Ainsi, les patients éligibles pour répondre au questionnaire de recherche devaient correspondre aux critères suivants :

- être âgé de 18 ans et plus;
- avoir eu un suivi ergothérapique de 2 séances au minimum;

- avoir été référé suite à une fracture de l'extrémité inférieure du radius associée ou non à une fracture de l'ulna, traitée orthopédiquement ou chirurgicalement.
- se situer dans un délai minimum de 15 jours après l'ablation de l'orthèse ou du matériel d'ostéosynthèse;
- disposer d'un programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile.
- avoir la main dominante (ou non) atteinte mais être capable de remplir le questionnaire.

Les patients exclus de l'étude possédaient les caractéristiques suivantes :

- avoir eu un suivi ergothérapeutique d'une seule/première séance ;
- être atteint de troubles cognitifs ou psychologiques notables altérant la fourniture de réponse précise ;
- présenter des complications de type Syndrome Douloureux Régional Complexe, déclaré par un médecin, ou des douleurs neuropathiques concernant le membre lésé.

3. Choix et construction de l'outil théorisé de recueil de données

L'outil statistique privilégié en sciences humaines est le questionnaire. Il constitue une méthode directe et collective de recueil d'informations en vue de comprendre et d'expliquer les faits, généralement au moyen de questions fermées. Une matrice a été élaborée (cf. Annexe V). Le questionnaire (cf. Annexe VI) en résultant a donc été appliqué à notre ensemble (échantillon) de patients ayant subi une fracture du poignet afin de permettre des inférences statistiques.

Mesure de l'adhésion au programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile

Tous les patients sélectionnés disposaient d'un programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile. Ils ont répondu à la question suivante concernant l'auto-rééducation : « Avez-vous réalisé régulièrement la semaine passée, les exercices d'auto-rééducation à domicile, prescrit par l'ergothérapeute ? ». Les patients pouvaient choisir parmi 4 choix de réponses désignées comme suit : (1) « Pas du tout », (2) « Un peu », (3) « Plutôt régulièrement », (4) « Très régulièrement ».

Mesure des caractéristiques du patient et de la lésion

Le genre, l'âge (séparé en 7 tranches d'âge de « 18-24 ans » à « + 65 ans »), le niveau d'études (divisé en 11 catégories de « sans diplôme » à « Bac +7 » et « autres »), la catégorie socio-professionnelle divisée en 11 choix possibles de « sans emploi » à « retraité(e) » et « autre », la situation matrimoniale et familiale, et la religion d'appartenance.

La lésion traumatique choisie pour cette étude était la fracture de l'extrémité inférieure du radius tous mécanismes confondus (compression-flexion, compression-extension). Les patients pouvaient évaluer 5 caractéristiques de la lésion dans le questionnaire sur une échelle présentant 4 modalités de réponse : (1) le niveau de douleur causé par la lésion (de pas du tout douloureux à très douloureux), (2) la perception de la gravité de la lésion (de pas du tout grave à très grave), (3) le niveau de handicap causé par la lésion (de pas du tout handicapant à très handicapant), (4) le pronostic de la lésion (de très défavorable à très favorable), et (5) le degré d'influence psychosociale (de aucune influence à influence importante).

Mesure du comportement des patients

L'attitude et comportement des patients envers les exercices d'auto-rééducation a été mesuré en 15 points. Les items étaient gradués grâce à une échelle de jugement (échelle de Likert) à 4 modalités de réponse (donc à choix forcé) allant de 1 (« tout à fait d'accord ») à 4 (« pas du tout d'accord »).

4 facteurs étaient identifiés :

1. *La gêne*. Le premier facteur est nommé « gêne », indiquant la douleur, fatigue causées et difficulté rencontrée avec les exercices. Les items de ce facteur étaient « j'éprouve de la fatigue en réalisant les exercices », « les exercices sont difficiles à réaliser », « les exercices sont douloureux à réaliser ».
2. *Les obstacles*. Le deuxième facteur indiquait les barrières et obstacles que les patients perçoivent pour réaliser les exercices à domicile. Les items étaient « je n'ai pas assez de temps pour réaliser les exercices », « les exercices interfèrent avec ma routine quotidienne (travail, famille, vie sociale) », « il m'arrive d'oublier de faire les exercices », « je n'ai pas les moyens/matériel pour réaliser les exercices », « je ne comprends pas l'intérêt des exercices fournis ».
3. *L'efficacité personnelle*. Ce facteur indique le manque de confiance des patients envers les exercices d'auto-rééducation. Les items étaient « les exercices n'aideront pas vraiment à récupérer », « je ne pense pas être capable de réaliser les exercices correctement » et « les gênes que je rencontre disparaîtront sans réaliser les exercices ».
4. *La dépendance*. La dépendance des patients à l'ergothérapeute est exprimée par le 4^{ème} facteur. Les items correspondant étaient « la rééducation dépend du thérapeute », « le thérapeute est plus important », « je ne peux pas effectuer les exercices par moi-même et nécessite une aide » et « j'ai oublié les consignes fournies par l'ergothérapeute pour effectuer les exercices ».

Afin d'obtenir plus de précisions concernant les problèmes rencontrés par les patients avec les exercices, une question en fin de questionnaire était libellée comme suit : « Rencontrez-vous certains obstacles dans la réalisation des exercices de rééducation prescrits pour le domicile par l'ergothérapeute ? » et, dans l'affirmative, « Quels obstacles rencontrez-vous ? »

Mesure du rapport et de la relation à l'ergothérapeute

L'attitude et la communication de l'ergothérapeute ont été examinées d'après 11 points dans la deuxième partie du questionnaire. Comme pour la première partie du questionnaire, les items étaient gradués grâce à une échelle de jugement à 4 modalités de réponse allant de 1 (« tout à fait d'accord ») à 4 (« pas du tout d'accord »).

4 variables considérées en lien avec l'observance ont été déterminées :

1. *L'étendue des instructions.* La qualité des instructions fournies par l'ergothérapeute et reçues par le patient a été abordée avec les items « les informations verbales (consignes) fournies par l'ergothérapeute me sont utiles à la réalisation des exercices », « les informations visuelles (démonstrations, programme) fournies par l'ergothérapeute me sont utiles à la réalisation des exercices » et « l'ergothérapeute m'a expliqué la finalité des exercices dans le cadre de la rééducation du poignet ».
2. *Les demandes du patient.* L'attention que porte le thérapeute aux demandes et besoins du patient était représenté par les items « l'ergothérapeute a pris en compte mes demandes et mes attentes au cours des séances », « l'ergothérapeute s'est assuré de ma compréhension de la façon d'effectuer les exercices » et « au cours des séances, l'ergothérapeute a procédé à un réajustement/réévaluation des exercices fournis ».
3. *La relation patient-thérapeute.* La relation thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute, source de motivation et de satisfaction pour le patient, est représentée par les énoncés « les explications sur l'intérêt de chaque exercice de rééducation du poignet m'incitent à les réaliser à domicile », « le temps passé avec le thérapeute au cours de chaque séance est suffisant » et « les explications fournies par l'ergothérapeute favorisent la réalisation de mes exercices à domicile ».
4. *Le feedback positif.* Les commentaires encourageants et retours positifs faits par l'ergothérapeute au patient sont abordés avec les items « l'ergothérapeute a fourni un feedback positif sur ma manière d'effectuer les exercices » et « le constat et la verbalisation par l'ergothérapeute des effets positifs de la réalisation des exercices à domicile m'incitent à persévérer ».

4. Déroulement de l'enquête

Après avoir obtenu l'accord au préalable de l'ergothérapeute, une demande d'autorisation à l'attention de la Direction de la clinique pour la diffusion du questionnaire destiné aux patients a été envoyée, approuvée et signée par cette dernière. La demande précisait que les informations recueillies seraient traitées dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des lieux et des personnes physiques et morales.

Les questionnaires ont été imprimés et une pochette pour les recueillir mise à disposition de l'ergothérapeute. Sur une période de 2 mois, l'ergothérapeute sélectionnait les patients correspondant aux critères, fournissait le questionnaire en version papier et leur demandait de leur compléter au moment de leur présence à la clinique, généralement à l'issue de la séance en ergothérapie. Le questionnaire était donc auto-administré. Les patients étaient informés que le questionnaire était anonyme et que l'ergothérapeute ne regarderait pas les réponses, ni qu'ils seraient observés pendant le temps de passation à la clinique. Un suivi régulier était effectué auprès de l'ergothérapeute pour vérifier que la distribution et le recueil des questionnaires n'interférait pas avec son emploi du temps professionnel et pour faire le point sur le nombre de patients comptabilisés et potentiels.

Le questionnaire se composait comme suit :

- Une page de garde,
- Une page contenant une introduction brève et générale indiquant aux répondants, le thème et l'objectif global du questionnaire, le nombre de questions (40 items) et le temps de passation estimée (5 à 10 minutes) et les remerciait de leur participation.
- Trois pages contenaient l'administration du questionnaire respectivement les renseignements généraux du patients, les caractéristiques de la lésion; l'attitude du patient envers les exercices d'auto-rééducation à domicile; et le lien et comportement du thérapeute. Toutes les réponses étaient à choix multiples, et le répondant devait cocher la réponse qui lui convenait le mieux.

L'objectif fixé au départ était de 20 participants. Au final, 10 patients ont pu être sélectionnés au cours des 8 semaines en fonction de leurs caractéristiques, et du délai de prise en charge correspondant aux critères d'inclusion au moment de la période déterminée.

5. Choix des outils de traitement des données

Une fois les questionnaires recueillis, les données de chaque patient (identifiés de P1 à P10) et correspondant à chacun des items, ont été extraites vers un tableur Excel et organisées en tableaux pour une meilleure lisibilité. La méthode de statistique descriptive a pour but de résumer l'information contenue dans les données de façon synthétique. Elle nous permet de dégager les caractéristiques essentielles du phénomène étudié et de suggérer des hypothèses.

III. RESULTATS

1. Comportement d'adhésion thérapeutique aux exercices d'auto-rééducation à domicile

Les patients ayant répondu « pas du tout » peuvent être catégorisé de non adhérents (20%). Les patients qui réalisent « un peu » les exercices au cours d'une semaine peuvent être considérés comme faiblement adhérents (30%) et ceux ayant répondu « plutôt régulièrement » comme modérément ou partiellement adhérent et représentent aussi 30% des répondants. Les patients suivant le programme d'exercices « très régulièrement » peuvent être qualifiés d'adhérents et compte pour une proportion de 20%. Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Fréquence de réalisation des exercices d'auto-rééducation à domicile sur une semaine	Proportion de patients (en pourcentage)
« Pas du tout » (<i>non-adhérents</i>)	20
« Un peu » (<i>faiblement adhérents</i>)	30
« Plutôt régulièrement » (<i>partiellement adhérents</i>)	30
« Très régulièrement » (<i>adhérents</i>)	20

Tableau 3. Taux d'adhésion des répondants

L'attribution d'un score (de 0 à 3) aux 4 modalités de réponses à la question concernant l'adhésion au programme d'auto-rééducation a permis de classer les patients en 2 catégories : non-adhérent (=0) et adhérent (=1) d'après la logique suivante : $0 < \text{score patient} < 1 = \text{non adhérent}$; $2 < \text{score patient} < 3 = \text{adhérent}$.

On obtient de cette manière une répartition binaire d'après laquelle 50 % des patients ne sont pas adhérents et 50% des patients sont adhérents.

2. Adhésion thérapeutique et caractéristiques du patient

La répartition entre les genres (tableau 4) faisait état de 60% de femmes et 40% d'hommes.

Hommes	Femmes
4 [P2; P4; P6; P8]	6 [P1; P3; P5; P7; P9; P10]

Tableau 4. Répartition hommes/femmes

Tous genres confondus, les tranches d'âge 25-34 ans, 35-44 ans et 45-54 ans et représentaient respectivement 10% comme présentées dans le tableau 5. La majeure partie des répondants

étaient âgés entre 55 et 64 ans pour un total de 40% des participants, suivis de ceux âgés de 65 ans et plus avec une proportion de 30%.

Aucun homme et aucune femme interrogés n'appartenait à la catégorie 18-24 ans. Aucun homme n'avait 65 ans et plus. En revanche, la totalité des femmes appartenait aux deux catégories de 55-64 ans et 65 ans et plus. Ainsi, 60% des personnes interrogées dans notre étude sont des femmes âgées de plus de 55 ans. Ces données correspondent aux données épidémiologiques de la fracture du poignet (cf. § 1.3.1).

	Hommes	Femmes
25-34 ans	1 [P2]	
35-44 ans	1 [P4]	
45-54 ans	1 [P6]	
55-64 ans	1 [P8]	3 [P5; P9; P10]
+65 ans		3 [P1; P3; P7]

Tableau 5. Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge

En croisant ces données avec l'observance (tableau 6), il ressort que 50% des hommes et 50% des femmes démontrent un comportement d'adhésion à l'égard du programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile. Une légère tendance se dégage concernant l'âge et l'adhésion thérapeutique. Les patients âgés de 45 ans et plus semblent légèrement plus adhérents que les patients plus jeunes.

	Adhérent (A)	Partiellement Adhérent (PA)	Faiblement Adhérent (FA)	Non-Adhérent (NA)
25-34 ans			1 [P2]	
35-44 ans				1 [P4]
45-54 ans		1 [P6]		
55-64 ans	1 [P8]	1 [P10]	1 [P5]	1 [P9]
+65 ans	1 [P1]	1 [P3]	1 [P7]	
Total (en %)	20	30	30	20

Tableau 6. Répartition du taux d'adhésion en fonction de l'âge

Concernant le niveau d'études, 60% des participants détiennent un niveau Baccalauréat (Bac) ou inférieur contre 30% se situant à un niveau 2 ou 3 ans post-Baccalauréat et 10% avec un niveau d'études autre que ceux disponibles.

Prenant le niveau d'études en considération (tableau 7), tous genres confondus, 2/3 des patients de niveau Bac et inférieur sont peu ou pas adhérents contre 1/3 de patients adhérents avec le même niveau d'études. La tendance est inversée avec les participants possédant un niveau d'études égal ou supérieur à Bac +2 puisque 2/3 sont adhérents et 1/3 le sont faiblement.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
CAP/BEP	[P8]		[P5]	[P9]	40
Bac		[P10]	[P7]	[P4]	30
Bac +2		[P6]	[P2]		20
Bac +3		[P3]			10
Autres	[P1]				10

Tableau 7. Répartition du taux d'adhésion en fonction du niveau d'études

Au niveau de la répartition des catégories socio-professionnelles (tableau 8), 50% des personnes interrogées sont retraitées, 20% appartiennent à la catégorie profession intermédiaire/cadre moyen, 20% sont des ouvriers/main d'œuvre spécialisée et 10% sont sans emploi. En croisant ces données avec l'observance, il ressort que 80% des personnes adhérentes sont retraitées pour la plus grande partie ou sans emploi. Chez les participants faiblement ou peu adhérents, nous retrouvons 40% de cadre moyen, 20% d'ouvriers et 40% de retraité.

Les patients sans activité professionnelle sont plus adhérents d'après les réponses fournies par notre échantillon.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)
Sans emploi		1 [P10]		
Ouvrier		1 [P6]		1 [P4]
Cadre moyen			2 [P5; P2]	
Retraité	2 [P8; P1]	1 [P3]	1 [P7]	1 [P9]

Tableau 8. Répartition du taux d'adhésion en fonction de la catégorie socio-professionnelle

La situation familiale des répondants était la suivante : 70% sont mariés/pacsés ou en couple, 10% sont veufs, 10% sont divorcés et 10% sont célibataire. De même, 80% ont des enfants mais non à charge, 10% ont des enfants à charge et 10% sont sans enfant.

Considérant l'appartenance religieuse, 60% des répondants s'identifient à la religion catholiques, 10% se définissent sans appartenance religieuse et 30% se sont abstenus de répondre. 83,3% des femmes sont catholiques contre 16,7% d'hommes.

En couplant avec l'adhésion thérapeutique, on obtient aussi bien 50% d'adhérents que de non adhérents.

3. Adhésion thérapeutique et caractéristiques de la lésion

Les caractéristiques de la lésion étaient abordées dans le questionnaire au travers de 5 critères : la douleur ressentie, la gravité perçue, le niveau de handicap causé, le pronostic envisagé et l'influence psychosociale potentielle.

Concernant la perception des patients de la gravité de leur fracture au poignet (tableau 9), 70% la perçoivent comme « peu grave », les 30% restants la considèrent « plutôt grave ». Dans cette dernière catégorie, on retrouve 66,7% des femmes contre 33,3% d'hommes. Les femmes appartenant à cette catégorie sont d'ailleurs peu ou pas adhérentes et les hommes sont quant à eux moyennement adhérents.

Que la gravité soit perçue comme peu ou plutôt grave, les taux d'observance et de faible ou non observance se situent à part égale à 50%, avec une répartition paritaire hommes-femmes.

Les personnes non adhérentes considèrent à part égale (50%) que la fracture est peu à plutôt grave; les répondants faiblement adhérents estiment que la fracture est peu grave (66,7%) ou plutôt grave (33,7%); les participants plutôt adhérents se retrouvent dans ces mêmes proportions; enfin, les patients considérés adhérents estiment à l'unanimité que la fracture est peu grave.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Pas grave					
Peu grave	2 [P8; P1]	2 [P3; P10]	2 [P2; P5]	1 [P4]	70
Plutôt grave		1 [P6]	1 [P7]	1 [P9]	30
Très grave					

Tableau 9. Répartition du taux d'adhésion en fonction de la gravité perçue de la fracture du poignet

66, 7% des personnes considérant la lésion comme plutôt grave possèdent un niveau d'études équivalent au Bac ou inférieur.

Le ressenti de la douleur due à la fracture du poignet est réparti de la manière suivante (tableau 10) : 10% des répondants estiment que la lésion n'est « pas du tout douloureuse », 70% des participants estiment qu'elle est « peu douloureuse », et 20% considèrent qu'elle est « plutôt douloureuse ».

Dans la modalité du ressenti plutôt douloureux, 100% sont des femmes alors que le cas d'absence de douleur concerne uniquement les hommes. La modalité intermédiaire « peu douloureuse » est répartie respectivement en 57,1 % de femmes et 42,9 % d'hommes.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Indolore			1 [P2]		10
Peu algique	2 [P8; P1]	2 [P6; P3]	2 [P5; P7]	1 [P4]	70
Plutôt algique		1 [P10]		1 [P9]	20
Très algique					

Tableau 10. Répartition du taux d'adhésion en fonction du ressenti algique

En croisant ces données avec le comportement d'adhésion au programme d'auto-rééducation à domicile, on retrouve logiquement la répartition à part égale d'adhésion et de faible ou non adhésion. En revanche, nous pouvons préciser que les répondants fortement adhérents ont en totalité un ressenti peu douloureux; les participants moyennement adhérents font état d'un ressenti peu douloureux (à 66,7%) à plutôt douloureux (à 33,3%); les patients faiblement adhérents ressentent soit aucune (33,3%) ou peu de douleur (66,7%); enfin, les patients non adhérents présentent à part égale un ressenti peu ou plutôt douloureux. Le ressenti de la douleur des hommes est moindre que celui des femmes.

En s'intéressant à la causalité handicapante de la fracture du poignet (tableau 11), 20% des patients estiment qu'elle est peu handicapante, 70% la considèrent plutôt handicapante, et le reste (10%) la vive comme très handicapante.

Il n'y a ici pas de corrélation avec la catégorie socio-professionnelle, puisque toutes catégories confondues (sans emploi, retraité, ouvrier, cadre moyen), les patients énoncent un degré de handicap (de peu à très) résultant de la fracture du poignet. Les patients adhérents considèrent en majorité que la lésion est handicapante; les répondants plutôt adhérents estiment qu'elle est peu (1/3) ou plutôt handicapante (2/3); les participants faiblement adhérents ressentent la lésion comme plutôt (2/3) ou très (1/3) handicapante; enfin, les personnes non-adhérentes identifient à part égale la fracture du poignet comme peu et plutôt handicapante.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Pas handicapant					
Peu handicapant		1 [P3]		1 [P4]	20
Plutôt handicapant	2 [P8; P1]	2 [P6; P10]	2 [P5; P7]	1 [P9]	70
Très handicapant			1 [P7]		10

Tableau 11. Répartition du taux d'adhésion en fonction de l'incapacité

L'influence psychosociale (stress, inquiétudes, préoccupations) n'a pour 60% des répondants aucun effet sur la rééducation du poignet; et respectivement peu (10%) et quelques effets (30%) pour les autres patients, comme présentée dans le tableau 12. Les personnes considérant aucun effet sont en proportion égale (50%) adhérentes et faiblement ou non-adhérentes aux exercices d'auto-rééducation. Les personnes reconnaissant quelques effets d'une influence psychosociale manifestent un comportement d'adhérence dans 2/3 des cas contre 1/3 manifestant une faible adhérence. Ce même ensemble de répondants appartiennent tous à la catégorie socio-professionnelle des retraités.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Sans effet	1 [P1]	2 [P6; P10]	1 [P2]	2 [P4; P9]	60
Peu d'effet			1 [P5]		10
Quelques effets	1 [P8]	1 [P3]	1 [P7]		30
Effet important					

Tableau 12. Répartition du taux d'adhésion en fonction de l'influence psychosociale

La question de l'estimation du pronostic (tableau 13) quant à l'évolution de la rémission du poignet (dans 6 mois) suite à la fracture montre que 20% des patients envisagent un pronostic très défavorable, dans les proportions similaires à une évolution plutôt défavorable. 40% des répondants considèrent que le résultat sera plutôt favorable et les 20% restants évaluent leur situation comme très favorable.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Très défavorable	1 [P1]	2 [P6; P10]	1 [P2]	2 [P4; P9]	60
Plutôt défavorable			1 [P5]		10
Plutôt favorable	1 [P8]	1 [P3]	1 [P7]		30
Très favorable					

Tableau 13. Répartition du taux d'adhésion en fonction du pronostic envisagé

En regroupant les 4 modalités de réponses possibles (« très défavorable » avec « plutôt défavorable » et « plutôt favorable » avec « très favorable »), en deux groupes de patients (« optimistes » et « pessimistes » quant au pronostic), nous obtenons logiquement : 40% de patients pessimistes et 60% de patients optimistes quant à l'évolution de la rémission de leur poignet. Les participants « pessimistes » sont à 50% non adhérent à leur programme d'auto-rééducation, le reste étant soit partiellement (25%) ou complètement (25%) adhérents. Les patients « optimistes » sont à 50% faiblement adhérents, à 33,3% partiellement adhérents et à 16,7% totalement adhérents.

Les tendances globales, considérant l'ensemble des données précédentes sont que :

- les patients adhérents considèrent à l'unanimité la fracture du poignet peu grave, plutôt handicapante, peu douloureuse, sujette à aucun ou quelques effets psychosociaux et sont équitablement pessimistes ou optimistes quant à leur pronostic.
- les patients moyennement ou partiellement adhérents estiment la lésion peu grave, plutôt handicapante, peu douloureuse, non sujette aux effets psychosociaux et sont plutôt optimistes quant à leur rémission.
- les patients faiblement adhérents font état d'une fracture peu grave, plutôt handicapante, peu douloureuse, sujette à peu d'effets et sont optimistes quant à la rémission.
- les patients non adhérents considèrent la lésion peu ou plutôt grave, handicapante et douloureuse, non sujette à une influence psychosociale et sont pessimistes quant à l'évolution de leur fracture dans les 6 prochains mois.

4. Adhésion thérapeutique et attitude du patient

L'attitude et comportement des patients envers les exercices d'auto-rééducation dépendaient des 4 facteurs pré cités, à savoir la gêne, les obstacles, l'efficacité personnelle et la dépendance. Un score moyen individuel a été établi en fonction des réponses données à chaque modalité d'un item (les intervalles de l'échelle sont donc au nombre de 4). Par exemple, le facteur « gêne » correspond à 3 questions. Le score minimal global possible est donc 3 et le score maximal global possible est donc de 12. Les intervalles sont donc les suivants : [3-5,25]; [5,25-7,5]; [7,5-9,75]; [9,75-12]; et correspondent chacun à une modalité croissante en lien avec le facteur considéré.

Les gênes. La douleur, la fatigue causées et la difficulté rencontrée avec les exercices à domicile (tableau 14) sont très gênants pour 10% des patients, plutôt gênants pour 40% d'entre eux, peu gênants pour 20% des répondants et pas gênants pour les 30% restants. L'ordre d'importance des facteurs rapportés en fonction de leur fréquence est tout d'abord la difficulté, le suivi de la douleur et enfin la fatigue.

Les patients non adhérents rapportent en proportion équivalente (50%) que ces facteurs sont très gênants et plutôt gênants; à proportions identiques (un tiers) les patients faiblement et partiellement adhérents estiment que ces facteurs sont respectivement plutôt gênants, peu gênants ou pas gênants; enfin 50% des répondants adhérents qualifiait ces facteurs de plutôt gênants et les 50% restants de pas gênants.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Très gênants				1 [P9]	10
Plutôt gênants	1 [P8]	1 [P3]	1 [P7]	1 [P4]	40
Peu gênants		1 [P10]	1 [P5]		20
Pas gênants	1 [P1]	1 [P6]	1 [P2]		30

Tableau 14. Répartition du taux d'adhésion en fonction de la gêne rencontrée

Les obstacles. Les obstacles (« très contraignant », « plutôt contraignant », « peu contraignant » et « pas contraignant ») rencontrés par les patients dans la réalisation des exercices d'auto-rééducation à domicile (tableau 15) sont le manque de temps, l'interférence du quotidien, le manque de moyens, les oublis et le manque de compréhension de l'intérêt des exercices fournis. L'ordre d'importance des facteurs rapportés par les patients comme étant les barrières principales à l'auto-rééducation à domicile sont les oublis et l'interférence du programme d'exercices avec le quotidien.

10% des patients estiment que ces facteurs sont dans l'ensemble plutôt contraignants, 40% les considèrent peu contraignants et 50% pensent qu'ils ne sont pas contraignants.

En croisant avec l'adhérence thérapeutique à l'auto-rééducation, il ressort que les patients moyennement adhérents ou adhérents rapportent à l'unanimité que ces facteurs ne sont pas contraignants pour eux alors. Les patients faiblement adhérents ou non adhérents estiment à 80% que ces facteurs sont peu contraignants et à 20% plutôt contraignants. Ainsi, plus les patients ne considèrent pas le temps, l'interférence avec leur quotidien, etc. comme un obstacle et pensent à réaliser leurs exercices plus ils démontrent un comportement d'adhésion important.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Très contraignant					
Plutôt contraignant				1 [P9]	10
Peu contraignant			3 [P2; P5; P7]	1 [P4]	40
Pas contraignant	2 [P8; P1]	3 [P6; P3; P10]			50

Tableau 15. Répartition du taux d'adhésion en fonction des obstacles perçus

L'efficacité personnelle. La croyance ou degré de confiance (« pas confiant », « peu confiant », « plutôt confiant » et « très confiant ») en sa capacité à réaliser convenablement les exercices ou en aux bénéfices prodigués par ceux-ci indiquent le degré d'impuissance ou d'auto-efficacité perçue par les patients quant aux exercices d'auto-rééducation à domicile (tableau 16).

80% des patients interrogés indiquent être très confiants face aux bénéfices des exercices fournis ou leur capacité à les mettre en œuvre. Les 20% des répondants restants estiment quant à eux à part égale être peu ou pas confiants pour ce même critère.

Considérant la variable de l'adhésion thérapeutique, les patients adhérents, moyennement adhérents et faiblement adhérents appartiennent tous à la catégorie « très confiants » (80%) quant à leur efficacité personnelle et aux bénéfices des exercices d'auto-rééducation. Les patients non adhérents appartiennent aux deux autres catégories, c'est à dire « peu » et « pas confiants » (20%). Les patients avec un faible degré d'auto-efficacité et semblant percevoir les bénéfices moindres aux exercices à domicile sont moins adhérents à leur programme d'auto-rééducation.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Pas confiant				1 [P9]	10
Peu confiant				1 [P4]	10
Plutôt confiant					
Très confiant	2 [P8; P1]	3 [P6; P3; P10]	3 [P2; P5; P7]		80

Tableau 16. Répartition du taux d'adhésion en fonction de l'efficacité personnelle

La dépendance. Le degré de dépendance (« dépendant », « plutôt dépendant », « plutôt indépendants » et « indépendant ») des patients à l'égard de l'ergothérapeute (tableau 17) était abordé selon le besoin de remémoration des consignes fournies par celui-ci, le besoin perçu

d'aide, la place estimée de l'ergothérapeute dans le processus rééducatif. Nous observons donc que mise à part 10% de patient « plutôt dépendants », les répondants sont considérés à 70% comme « indépendants » et à 20% comme « plutôt indépendants ».

Au niveau de l'adhésion thérapeutique, parmi les patients non-adhérents, 50% sont « plutôt dépendants » et 50% sont « indépendants ». Les répondants appartenant aux autres catégories prédéfinies d'adhésion sont très majoritairement indépendants quant à la réalisation de leur programme d'auto-rééducation à domicile.

	(A)	(PA)	(FA)	(NA)	Total (en %)
Dépendant					
Plutôt dépendant				1 [P9]	10
Plutôt indépendant			2 [P5; P7]		20
Indépendant	2 [P8; P1]	3 [P6; P3; P10]	1 [P2]	1 [P4]	70

Tableau 17. Répartition du taux d'adhésion en fonction de la dépendance

5. Adhésion thérapeutique et rapport à l'ergothérapeute

L'attitude et la communication de l'ergothérapeute étaient abordées par le biais de 4 variables. Un score moyen individuel a été établi en fonction des réponses données à chaque modalité d'un item (les intervalles de l'échelle sont donc au nombre de 4).

L'étendue des instructions. Les instructions fournies (« très utiles », « utiles », « plutôt inutiles » et « inutiles ») par l'ergothérapeute au patient est inhérente au processus rééducatif. La totalité des patients répondants (100%) ont reconnu la forte utilité des informations verbales et visuelles et l'explication de la finalité concernant les exercices d'auto-rééducation.

Les degrés de compliance sont les mêmes que ceux énoncés précédemment.

Les demandes du patient. Respectivement, 70% et 30% des patients ont estimé que l'ergothérapeute avait pris en compte ou plutôt répondu à leurs demandes au cours des séances.

La relation patient-thérapeute. La relation thérapeutique perçue (de « très importante » à « pas importante ») par le patient se manifeste par les explications fournies sur la manière d'effectuer et la finalité des exercices et le temps consacré par l'ergothérapeute au patient. Ainsi, 80% et

20% des participants affirment que le rapport au thérapeute est respectivement « très important » et « important ». L'un des aspects rapportés par les patients était la durée brève du temps passé avec le thérapeute.

Le feedback positif. À part égale, les répondants affirment avoir reçu un feedback valorisant et reconnaissent ces renforcements positifs comme « importants » (50%) et « très importants » (50%) dans l'exécution des exercices d'auto-rééducation à domicile.

IV. DISCUSSION DES DONNEES

L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs influençant l'adhésion thérapeutique des patients à leur programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile suite à une fracture du poignet. Le *Health Belief Model* nous a fourni un cadre approprié pour pouvoir examiner la corrélation entre les facteurs associés à un comportement d'adhésion thérapeutique.

Nous discuterons donc cette partie les résultats principaux de notre étude, c'est-à-dire les facteurs déterminants de l'adhésion et les implications pour la pratique professionnelle, les critiques du dispositif de recherche et les propositions pour des recherches futures.

1. Interprétation des résultats et discussions

1.1. Adhésion thérapeutique

Le degré d'adhésion thérapeutique à l'auto-rééducation en ergothérapie suite à une fracture du poignet est mitigé et peut être considéré positivement et négativement. 50% des patients manifestent un comportement d'adhésion totale ou partielle alors que les 50% restants ne sont pas adhérents ou le sont faiblement. Or, même une adhésion partielle pourrait ne pas être suffisante pour obtenir une récupération fonctionnelle optimale.

Avec cette étude, nous ne pouvons déterminer si la réalisation des exercices à une fréquence inférieure diminue l'efficacité de ceux-ci puisque nous n'avons pas abordé la fréquence des exercices en lien avec l'effet du programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile. Pour obtenir et maintenir les bénéfices de l'auto-rééducation, les exercices doivent être effectués à une fréquence régulière (puisque la répétitivité est la clé du réapprentissage du geste) et prolongée dans le temps (sur plusieurs semaines).

Nous pouvons en conclure que l'adhésion thérapeutique des patients au programme d'exercices auto-rééducation à domicile est acceptable alors que 20% des patients étaient non adhérents. Cependant, il est difficile de pouvoir tirer des conclusions sur le degré exact de non-adhésion. Cette situation découle de trois problèmes. Tout d'abord, notre étude n'aborde pas le type et la fréquence des exercices et leur efficacité relative. Nous ne pouvons donc pas évaluer la manière dont ces facteurs influencent l'adhésion thérapeutique. Ensuite, la non-adhésion dans le secteur privé est rarement, si ce n'est jamais, examinée. Il est donc impossible de comparer nos résultats avec d'autres, mise à part se focaliser sur des tendances globales liées à notre échantillon. Le

type d'établissement ou de prise en charge et le nombre de séances pourraient affecter l'adhésion. Enfin, nos résultats étaient fondés sur les réponses à un questionnaire auto-administré, étant donné qu'il existe un déficit d'outils de mesure de l'adhésion des patients aux exercices prescrits et conseils fournis en ergothérapie. Bien que l'évaluation de l'adhésion soit difficile, il est évident que des outils fiables d'évaluation devraient être développés. Dans notre étude, les questions posées sur l'adhésion du patient et les réponses possibles étaient assez générales. Par conséquent, obtenir des informations plus approfondies concernant le degré d'adhésion et mesurer la fiabilité des réponses des patients seraient fondamentales. Les outils de communication et la personnalité de l'ergothérapeute pourraient affecter l'adhésion. Ce sujet revêt une haute priorité pour de futures recherches.

1.2. Caractéristiques du patient

Un des aspects de notre étude était de savoir si les caractéristiques du patient ont une influence sur l'adhésion thérapeutique. Les hommes et les femmes ne montrent pas de différence puisqu'ils démontrent à part égale un comportement d'adhésion au programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile. De même, les données concernant la situation familiale ne semblent pas influencer l'adhérence thérapeutique puisque aucune tendance n'émerge.

En revanche, l'adhésion semble influencée par l'âge car les patients âgés de 45 ans et plus semblent légèrement plus adhérents que les patients plus jeunes.

Le niveau d'études apparaît aussi comme un facteur déterminant pour l'adhésion thérapeutique. Plus les patients ont un niveau d'études élevé plus ils sont adhérents au processus d'auto-rééducation à domicile. De plus, la catégorie socio-professionnelle semble avoir un léger impact sur l'adhérence au programme d'auto-rééducation puisque les patients sans activité professionnelle (retraités ou sans emploi) sont plus adhérents d'après les réponses fournies par notre échantillon. Il est important de préciser que le questionnaire ne demandait pas au répondant de préciser si celui-ci était en arrêt de travail ou avait maintenu ou repris son activité professionnelle. En effet, il est généralement périlleux pour les patients de concilier leur emploi du temps avec la réalisation des exercices.

1.3. Caractéristiques de la lésion

Il ne semble pas y avoir de corrélation notable entre les différentes caractéristiques de la lésion et le comportement d'adhésion au programme d'auto-rééducation. L'étude s'intéressait à un

seul de type de lésion : la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Aucune tendance globale ne semblait émerger et avoir un impact sur l'adhésion. Le ressenti de la douleur des hommes est moindre que celui des femmes. Et la douleur ne semble pas influencer l'adhésion. Que la gravité soit perçue comme peu ou plutôt grave, les taux d'observance et de faible ou non observance se situent à part égale à 50%, avec une répartition paritaire hommes-femmes. Il n'y a ici pas non plus de corrélation entre le handicap et la catégorie socio-professionnelle, puisque toutes catégories confondues (sans emploi, retraité, ouvrier, cadre moyen), les patients énoncent un degré de handicap (de peu à très) résultant de la fracture du poignet. Dans l'ensemble, la fracture du poignet est considérée comme peu grave et douloureuse mais plutôt handicapante.

L'une des caractéristiques montrant une corrélation avec la non-adhésion était le pronostic de la rémission de la lésion. Le pronostic a tendance à impacter négativement l'adhésion. Lorsque les patients estiment que leurs difficultés vont persister, moins d'adhésion est rapportée. Il est compréhensible que les patients pensant que leur rémission est improbable voire impossible soient moins motivés à s'engager dans les exercices. Cette idée peut être rattachée à la notion d'efficacité personnelle abordée précédemment. Elle peut être aussi liée à l'importance accordée au traumatisme initial en fonction des circonstances de survenance du mécanisme lésionnel (peur ressentie, majoration de l'appréhension du risque de chute). Les conditions du traumatisme initiale gravées au niveau cérébral peuvent conditionner le comportement du patient et donc la suite de la prise en charge.

Il serait intéressant d'examiner dans de futures recherches, les taux d'adhésion entre différentes lésions traumatiques de la main. Cela permettrait de tirer des conclusions plus précises sur la relation qui peut exister entre les caractéristiques de la lésion et leur influence sur la variabilité de l'adhésion thérapeutique.

1.4. Attitude du patient

Gênes et dépendance

Le degré de dépendance c'est-à-dire la perception que l'ergothérapeute est plus important que les exercices et les gênes rapportées (difficulté, douleur, fatigue) ne peuvent être reliés à l'adhésion thérapeutique et ne semblent pas, d'après nos résultats, avoir un impact sur la modification du comportement d'adhésion au programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile. En effet, les résultats sont répartis de manière hétérogène. Par exemple, les patients se considérant indépendants sont adhérents alors que les autres fluctuent entre les différentes

modalités (de « plutôt dépendant » à « indépendant »). De même pour les gênes rencontrées, les patients en font état (fatigue, difficultés, douleur) mais peuvent être adhérents ou pas. Le type de gêne et la manière personnelle de les surmonter peut expliquer cette variabilité.

Obstacles

Le premier facteur, les obstacles perçus par les patients, possède l'influence la plus grande sur l'adhésion. Le temps requis pour réaliser les exercices, l'interférence des exercices avec la vie quotidienne (travail, domicile, famille, loisirs, etc.) ou ne pas savoir comment incorporer les exercices dans son quotidien forment ces obstacles. Très fréquemment, les participants ont signalé oublier de faire les exercices. Ainsi, plus les patients considèrent le temps requis et l'organisation temporelle que cela demande, l'interférence avec leur quotidien comme des obstacles et oublient de réaliser leurs exercices plus ils sont non-adhérents.

Même si ces raisons peuvent être qualifiées de classiques par les thérapeutes, ces derniers ne doivent pas ignorer les véritables difficultés que les patients rencontrent lorsqu'ils tentent de modifier leurs habitudes de vie. Pour l'ergothérapeute, deux points sont importants à considérer. Premièrement, les difficultés rencontrées par le patient ne peuvent être résolues si elles ne sont pas portées à l'attention du thérapeute. L'ergothérapeute doit avec considération s'interroger et questionner le patient sur la nature des problèmes qu'il peut rencontrer pour la mise en place ou le suivi de son programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile. Le thérapeute ne peut présupposer connaître et tirer des conclusions hâtives sur la cause de non-adhésion puisque les difficultés du patient diffèrent dans leur nature et origine. Deuxièmement, lorsque les difficultés sont identifiées, des efforts pour les résoudre peuvent être entrepris avec une coopération mutuelle avec le patient. Peut-être est-il possible de mettre en place un programme d'exercices plus facilement réalisable et pratique. Il est sûrement opportun d'ajuster le programme à la situation particulière du patient et à sa vie quotidienne. Examiner si de telles mesures facilitent l'adhésion thérapeutique du patient pourrait être le thème de futures recherches.

Efficacité personnelle

Le deuxième facteur semblant avoir une influence et une corrélation avec l'adhésion thérapeutique est le sentiment d'efficacité personnelle du patient. Les patients estimant à la baisse leur capacité à réaliser les exercices et percevant les bénéfices moindres aux exercices à domicile sont moins adhérents à leur programme d'auto-rééducation. Dans ce domaine, des recherches devraient être entreprises. Deux interprétations sont possibles. D'abord, les patients peuvent avoir un manque de confiance face aux exercices et penser que les exercices ne

contribueront pas à leur rémission. Cette explication fonctionne avec la théorie du locus de contrôle, c'est-à-dire l'attribution d'une causalité interne ou externe entre sa performance et l'activité. Un individu « externe » s'en remettra au hasard, à la chance ou à la fatalité pour sa rémission. À l'inverse, un individu « interne » justifiera sa réussite par les efforts fournis. Ensuite, les patients peuvent manquer de confiance dans leur capacité propre à réaliser les exercices et penser qu'ils ne sont pas capables de soutenir le rythme imposé par le programme d'exercices. Cette explication fonctionne avec la théorie de l'auto-efficacité abordée. Dans le premier cas, l'adhésion pourrait être facilitée par l'ergothérapeute en fournissant des explications plus extensives sur les bénéfices des exercices. Dans le second cas où les patients reconnaissant l'intérêt des exercices mais se sentent incapable de les réaliser, l'ergothérapeute devrait rechercher des méthodes permettant d'augmenter la motivation et la confiance des patients dans leur propre capacité.

La validité de ces deux interprétations constitue un thème intéressant et pertinent pour des futurs sujets de recherche.

1.5. Rapport patient-ergothérapeute

Instructions, demandes du patient et contact au thérapeute

Concernant la relation patient-thérapeute, l'ensemble des répondants ont une expérience très satisfaisante dans leur contact et rapport au thérapeute. Même s'ils reconnaissent l'importance de la relation, l'utilité des explications verbales et visuelles et la prise en compte de leurs besoins, ces facteurs ne semblent pas influencer directement le degré de d'adhésion au programme de rééducation. Probablement influencés par d'autres facteurs déterminants (la singularité de chacun, le degré d'alliance thérapeutique, la motivation, etc.) certains patients demeurent non-adhérents.

De manière générale, de bonnes capacités de communication et une approche chaleureuse et empathique constituent les fondations d'une relation fructueuse. L'adhésion est entravée par une communication défailante, la négligence ou la méconnaissance des attentes du patient, la technicité du jargon médical et le manque de clarté des instructions.

La satisfaction du patient avec la rééducation améliore le taux d'adhésion. Les patients sont plus satisfaits des thérapeutes qui sont informés, dignes de confiance, confiants et enthousiastes. Ils sont aussi influencés par les thérapeutes qui attendent des résultats positifs. La manière dont le thérapeute transmet cette conviction affecte aussi l'adhésion. Feinberg (1988) a montré que

61% des patients adhèrent lorsque le thérapeute est abordable et humain, alors que lorsque le thérapeute est purement professionnel, uniquement 35% des patients sont adhérents [39].

La participation active du patient à la relation thérapeutique améliore l'adhésion thérapeutique notamment dans le cadre de la mise en place d'objectifs atteignables et personnalisés.

Feedback

Tous les répondants, quel que soit leur niveau d'adhésion, affirment avoir reçu un feedback positif de la part du thérapeute. En s'intéressant, à l'adhésion thérapeutique, les patients non adhérents même s'ils reconnaissant l'importance du feedback et de la valorisation, ne semblent pas plus inciter à suivre un comportement d'adhésion au seul regard de ce critère. En revanche, une étude antérieure (Sluijs, 1993) avait trouvé un lien entre l'adhésion et la valorisation du patient par le thérapeute [40]. Les patients déclarant que le thérapeute était très satisfait de leur manière de réaliser les exercices étaient plus adhérents que ceux qui ignoraient ce que pensait le thérapeute des exercices. La pertinence de la valorisation est aussi fermement ancrée dans les théories de l'apprentissage d'après lesquelles le comportement humain est influencé par les conséquences positives qu'il entraîne. Nous pouvons donc en déduire que le feedback positif du thérapeute influence aussi le taux d'adhésion en ergothérapie.

2. Critiques du dispositif de recherche

Premièrement, notre dispositif de recherche examinait l'adhésion thérapeutique « supervisée » à court terme (séances régulières sur une durée prescrite). Notre échantillon était suivi au minimum de manière hebdomadaire l'équipe pluridisciplinaire. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'adhésion thérapeutique « non supervisée » à long terme (une fois le nombre de séances prescrites écoulées). En effet, à la fin de la prise en charge, le patient se doit toujours d'observer certaines recommandations pour éviter les récidives ou poursuivre certains exercices pour conserver les bénéfices à long terme de la rééducation.

Une recherche qui s'intéresse au processus d'adhésion thérapeutique nécessite une période d'observation d'environ une année (au minimum de 6 mois selon les pathologies) ou dans le cas de la traumatologie de main, au cours de l'intégralité du processus rééducatif (plusieurs mois). En effet, le processus d'adhésion se construit et se régule dans le temps.

Secondairement, au regard de la taille de notre échantillon, l'analyse statistique n'est pas représentative. En effet, en statistiques, le nombre d'éléments de l'ensemble assure à l'enquête

sa validité et permet aux informations obtenues d'être jugées dignes de confiance. Cela implique ici que des conclusions fermes ne peuvent être tirées concernant la relation entre l'adhésion thérapeutique et les caractéristiques des patients, de la lésion et du contact à l'ergothérapeute, étant donné la taille restreinte de notre échantillon.

Par ailleurs, le questionnaire est un moyen parmi d'autres (tels l'entretien et l'observation) et ne donne pas d'informations sur ce que les participants font. Il permet certes de recueillir des données sur leurs perceptions, leurs déclarations du faire mais non pas sur la manière dont ils agissent réellement. De ce fait, l'outil d'observation est plus approprié pour recueillir des données sur le faire. Sauf, que cette méthode serait délicate à mettre en œuvre dans le cas de l'auto-rééducation à domicile. Par conséquent, idéalement plusieurs méthodes de collecte d'informations pourraient être couplées. La passation de questionnaire, des entretiens avec l'ergothérapeute et des observations au cours des séances lorsque les patients effectuent les exercices pourraient alors s'étaler sur plusieurs mois pour obtenir une mesure précise du degré d'adhésion aux exercices de rééducation.

3. Transférabilité pour la pratique professionnelle

Certains auteurs ont précédemment établi des recommandations de pratique professionnelles pour aider les thérapeutes à faciliter l'adhésion thérapeutique. Ces recommandations sont aussi adaptées à la rééducation de la main.

1. Evaluer le patient dans son intégralité et pas uniquement la lésion traumatique de la main. Des informations concernant les perceptions, croyances, objectifs et besoins d'efficacité personnelle doivent être recueillies lors des entretiens et questionnaires. De plus, les limitations à l'apprentissage et les facteurs externes pouvant servir de barrières à l'adhésion doivent être identifiés.
2. Envisager la thérapeutique prescrite du point de vue du patient. Il est concevable que le patient ait des priorités de vie plus essentielles que son traumatisme à la main. Il est capital de prendre en compte le mode de vie, les priorités et les ressources du patient.
3. Etablir une relation collaborative fondée sur la négociation. Il est possible de déterminer la marge dans laquelle les patients peuvent exercer un contrôle dans le programme de traitement. Permettre au patient d'être activement impliqué dans le processus de prise de décision les concernant favorisera le développement d'une relation de collaboration, qui améliorera l'adhésion. Un programme thérapeutique qui est atteignable et suivi avec précision s'avère plus efficace qu'un programme idéal qui sera ignoré.

4. Être centré sur le patient. Les recommandations et consignes écrites et orales relatives au traitement doivent être fournies clairement et spécifiquement. Les patients nécessitent aussi une valorisation et un feedback positif sur leurs efforts et résultats. Ce renforcement positif aura un effet bien plus important qu'un retour négatif ou des menaces.
5. Adapter le traitement. L'éducation individualisée du patient est tout aussi essentielle qu'un protocole individualisé de traitement. Les interventions devraient demander le moins de changement possible dans les habitudes de vie établies. Il est alors nécessaire de faire des suggestions spécifiques sur la manière dont les patients peuvent intégrer leur programme d'exercices d'auto-rééducation dans leurs activités de la vie quotidienne.
6. Inclure le soutien de l'entourage. Lorsqu'approprié, l'entourage peut être un solide allié pour rappeler au patient leur programme d'exercices à domicile, les précautions et les objectifs.
7. Fournir un continuum de soins et un caractère abordable. Les patients doivent percevoir le thérapeute comme sincère, respectueux, abordable, informés et compétent. Les patients doivent être à l'aise de poser des questions et de verbaliser leurs préoccupations.
8. Utiliser les professionnels et les ressources de la communauté. Faciliter l'adhésion doit être considéré comme un objectif commun de l'équipe pluridisciplinaire. Le patient doit être informé, lorsque nécessaire, des ressources disponibles pour traiter des problèmes psychologiques ou émotionnels ou une douleur chronique par exemple.
9. Réitérer. Le degré d'adhésion peut fluctuer au cours du processus de rééducation, nécessitant une évaluation et des consignes en continu. Ainsi, les interventions éducationnelles et motivationnelles requièrent d'être répétées.
10. Persévérer. Bien trop souvent, les patients non adhérents sont considérés de non-coopératif et non-méritants de résultats cliniques favorables. Alors que le patient doit persévérer avec les exercices, l'ergothérapeute se doit de persévérer avec le patient.

4. Perspectives de recherche

Étant donné que l'adhésion thérapeutique en ergothérapie et notamment en rééducation de la main, n'a pas fait l'objet de recherches extensives, il apparaît évident que de nombreux aspects pourraient être abordés. D'après l'analyse de nos résultats, nous considérons pertinentes différentes pistes de recherches.

Tout d'abord, l'étude sur l'adhésion thérapeutique des patients en rééducation de la main requiert des mesures fiables et validées pour évaluer le degré d'adhésion des patients à la fois

avec les exercices et les consignes qu'ils reçoivent. L'adhésion ayant tendance à présenter de nombreuses nuances et variations, une attention particulière devrait être apportée aux différents degrés d'adhésion afin d'établir des catégories claires et définies et les stratégies à mettre en place.

Puis, il apparaît très pertinent d'examiner si l'adhésion des patients peut être facilitée par la mise en place de plusieurs stratégies destinées à améliorer cette adhésion. Étant donné, la politique de santé actuelle fondée sur le rapport coût-efficacité, il serait opportun de se concentrer sur des méthodes pouvant être facilement mises à exécution en ergothérapie et rééducation de la main et ne nécessitant pas de la part des thérapeutes d'acquérir de nouvelles compétences complexes. En d'autres termes, les ergothérapeutes devraient se concentrer sur les bénéfices importants qui peuvent être obtenus avec le moins d'investissement. À cet égard, l'entretien motivationnel permettant d'aborder les difficultés du patient et les techniques adaptées d'éducation permettent de favoriser l'adoption d'un comportement bénéfique à la santé.

Ensuite, d'après nos recherches, aucune étude n'existe à propos de l'adhésion thérapeutique à long terme en ergothérapie (lorsque le traitement est terminé). L'adhésion thérapeutique à long-terme concernant le suivi des recommandations en santé afin d'éviter les récurrences de certaines pathologies est bien plus difficile à obtenir. De plus, l'adhésion thérapeutique à long-terme en rééducation physique vise souvent la prévention primaire et secondaire. Cependant, la majorité des patients sont incapables de maintenir leur adhésion aux mesures de prévention. La connaissance des facteurs facilitant l'adhésion à long-terme à des mesures de prévention serait bénéfique à la fois aux ergothérapeutes et aux patients.

Enfin, considérant la non-adhésion thérapeutique souvent considérée comme un fait du patient due à un manque d'informations, des oublis, de la passivité ou un manque de motivation, peu d'études se sont intéressées à examiner les différences des perceptions de l'adhésion thérapeutique que peuvent avoir les patients comparés aux praticiens et si ces deux groupes peuvent partager les mêmes perceptions. Les perceptions des patients affectent significativement leur promptitude à s'engager activement dans le processus rééducatif. Afin d'éviter les idées fausses et les incompréhensions liées aux pathologies et traitements, une communication ouverte doit être maintenue entre le patient et l'ergothérapeute. Cette situation permettra au patient d'exprimer ses croyances relatives à la santé et à l'ergothérapeute de modifier son approche afin de partager un savoir et une expérience avec efficacité dans l'optique d'une participation active renforcée du patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bellemère P, la Fesum. Pour une campagne nationale de prévention des accidents de la main. *Chirurgie de la main*. 2003. 22: 233-239.
- [2] Fédération des servives d'urgence de la main (FESUM). Experience of a National Campaign for Hand Trauma Prevention in France. 2013. [En ligne].
<http://www.fesum.fr/sites/default/files/fichiers-pages-fesum/JPM-2.pdf>. Consulté le 05/01/2017
- [3] Ricard C, Thélot B, Institut national de veille sanitaire. Incidence et caractéristiques épidémiologiques des traumatismes de la main consécutifs aux accidents de la vie courante. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004-2005. [En ligne].
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9210. Consulté le 05/01/2017
- [4] International Federation of Societies for Hand Therapy (IFSHT), Report IFSHT 2014 Member Survey Hand Therapy around the world. [En ligne].
http://www.ifsht.org/sites/default/files/Report_IFSHT_2014_Member_Survey_hand_therapy_around_the_world_DEF.pdf. Consulté le 04/01/2017
- [5] Bunnell S. *Surgery of the hand*. 3ème édition, Lippincott Company; 1956.
- [6] Organisation mondiale de la santé. Centre des médias. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003 [En ligne].
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>. Consulté le 15/01/2017
- [7] Centre de réflexion de l'industrie pharmaceutique (CRIP). Améliorer l'observance. [En ligne].
<http://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf>. Consulté le 15/01/2017
- [8] Mesplié G, *Rééducation de la main : Tome 1, Bilan diagnostique, techniques de rééducation et poignet traumatique*. Montpellier: Sauramps Médical; 2011.
- [9] Castaing J. Les fractures récentes de l'extrémité inférieure du radius chez l'adulte. *Rev Chir Orthop Réparatrice Appar Mot*, 1964. 50 : 581-696.
- [10] Amini D. Occupational therapy interventions for work-related injuries and conditions of the forearm, wrist and hand : a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 2011. 65(1), 29-36.
- [11] Fitzpatrick N, Presnell S. Can occupational therapists be hand therapists? *British Journal of Occupational Therapy*. 2004. 67(11): 508-510.

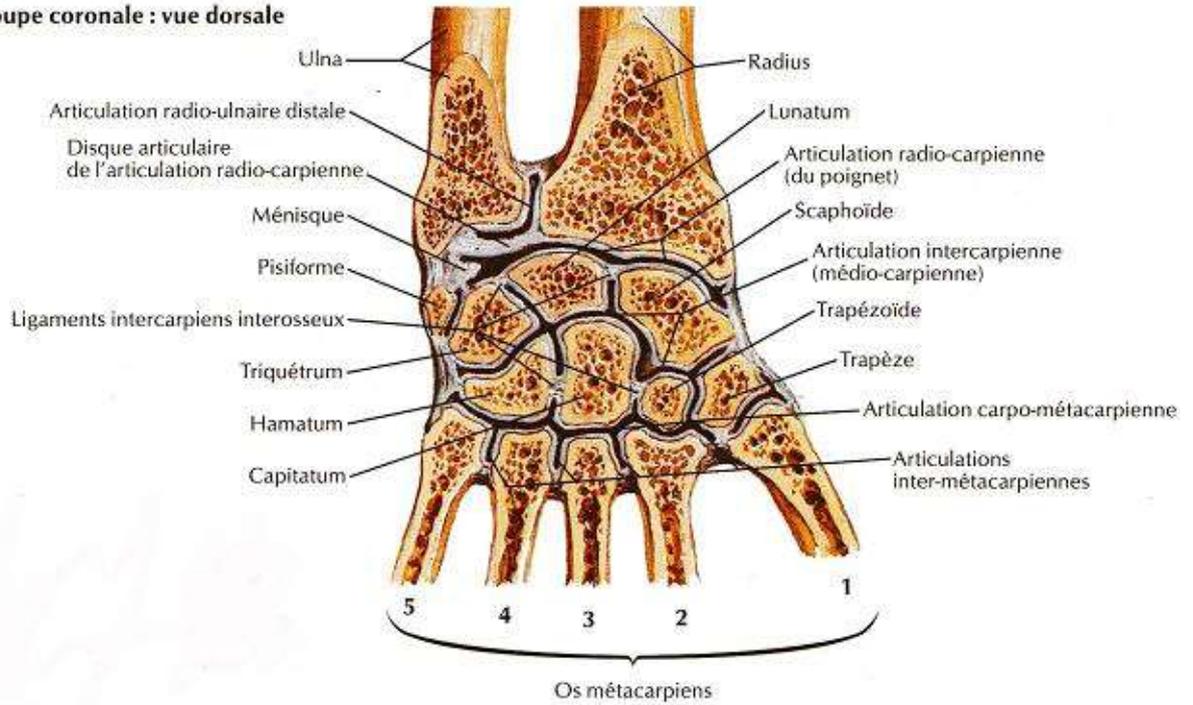
- [12] Dale L et col. Occupational therapists working in hand therapy: the practice of holism in a cost containment environment. *Work*. 2002. 19(1): 35-45.
- [13] McColl M, Holistic occupational therapy: Historical meaning and contemporary implications. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1994. 61: 72-77.
- [14] Colaianni M, Provident I. The benefits of and challenges to the use of occupation in hand therapy. *Occupational Therapy in Health Care*. 2010. 24(2): 130-146.
- [15] Case-Smith J, Outcomes in hand rehabilitation using occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*. 2003. 57(5): 499-506.
- [16] Jack J, Estes R Documenting progress: hand therapy treatment shift from biomechanical to occupational adaptation. *American Journal of Occupational Therapy*. 2010. 64(1): 82-8.
- [17] Custer M, Huebner R, & Howell D. Factors predicting client satisfaction in occupational therapy and rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014. 69.
- [18] Lemerle JP, Mitz V, Nicquet A, Spiral J-P, Zablocki D. *L'auto-rééducation de la main traumatique*. AP-HP, Douin éditions; 1998.
- [19] Sen R, Home-based exercise program (HEP) vs. institution-based occupational therapy (IOT) in improving hand skills in post Colliès'fractures: a comparative study. *Indian Journal of Occupational Therapy*. 2014. 46(3): 90-97.
- [20] Engel G, The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1977. 137(5) : 535-544.
- [21] Sackett D, Haynes B. *Compliance with therapeutic regimens*. Johns Hopkins University Press: Baltimore. 1974.
- [22] Morris L, Schulz R, Patient compliance – an overview. *J Clin Pharm Ther*. 1992. 17(5): 283-95.
- [23] Rogers C, *Counseling and psychotherapy: newer concepts in practice*. Houghton Mifflin Company. 1942.
- [24] Cungi C, *L'alliance thérapeutique*. Les grands dossiers des Sciences humaines. 2009. 15.
- [25] Fedder D, Managing medication and compliance: physician-pharmacist-patient interactions. *American Journal of Geriatrics Society*. 1982. 30(11): 113-117.
- [26] Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*. 1998. 15: 175-178.

- [27] Bandura A, Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological review*. 1977. 84: 191-215.
- [28] Charbonnel B, Bertrand D, Saout C. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008. [En ligne].
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf. Consulté le 07/02/2017
- [29] Drench M. *Psychological aspects of Health Care*. Upper Saddle River: Pearson Education; 2007.
- [30] Knowles M, *The adult learner: a neglected species*. Houston: Gulf; 1984.
- [31] Deci E, Ryan R, Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Revue American Psychologist*. 2000.
- [32] Brown P, The role of motivation in the recovery of the hand. M.L. Kasdan (Ed.) *Occupational Hand & Upper Extremity Injuries and Diseases*. Philadelphia: Hanley & Belfus. 1998. 5–14
- [33] Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A, Qualitative analysis of stroke patient's motivation for rehabilitation. *British Medical Journal*. 2000. 321: 1051-1054
- [34] Maclean N, Pound P, Rudd A. The concept of patient motivation: a qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke: Journal of American Heart Association*. 2002. 33: 444-448
- [35] Lai C, Motivation in hand-injured patients with and without work-related injury. *American Journal of Hand Therapy*. 2004. 17(1): 6-17.
- [36] Miller W, Rollnick S, *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2ème édition. New York: Guilford Press; 2002.
- [37] Haynes R, *Strategies for improving compliance: a methodological analysis and review*. The Johns Hopkins University Press : Baltimore ; 1976.
- [38] Eymard C, *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2003.
- [39] Feinberg J, The effect of patient-practitioner interaction on compliance: a review of the literature and application in rheumatoid arthritis. *Patient education and Counselling*. 1998. 11: 171-187.
- [39] Sluijs E, Correlates of Exercise Compliance in Physical Therapy. *Physical Therapy*. 1993. 73(11): 41-52.

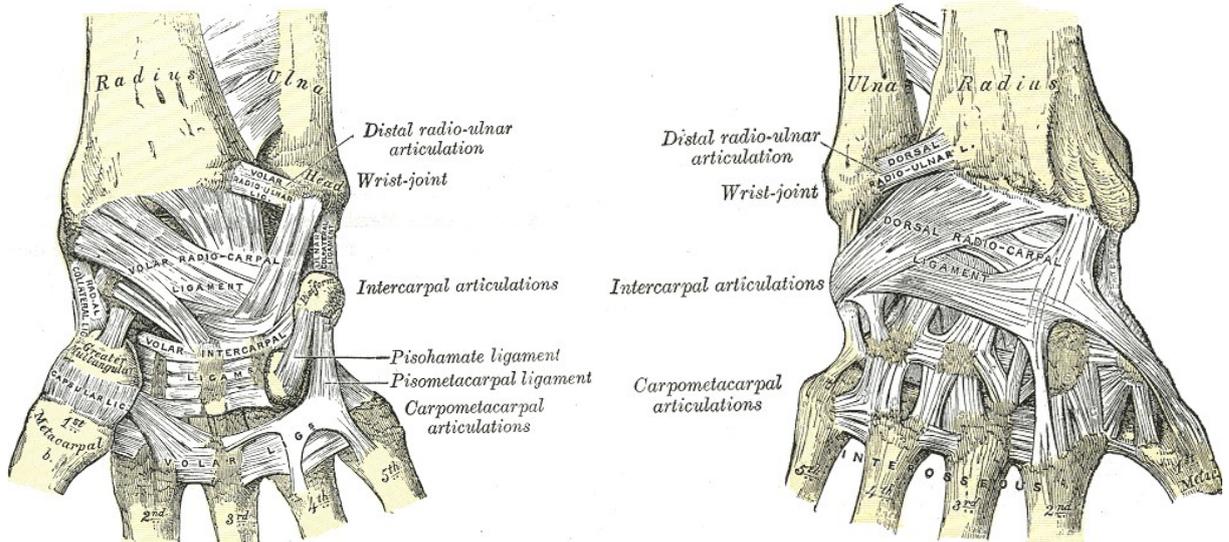
ANNEXES

Annexe I : Les os du poignet

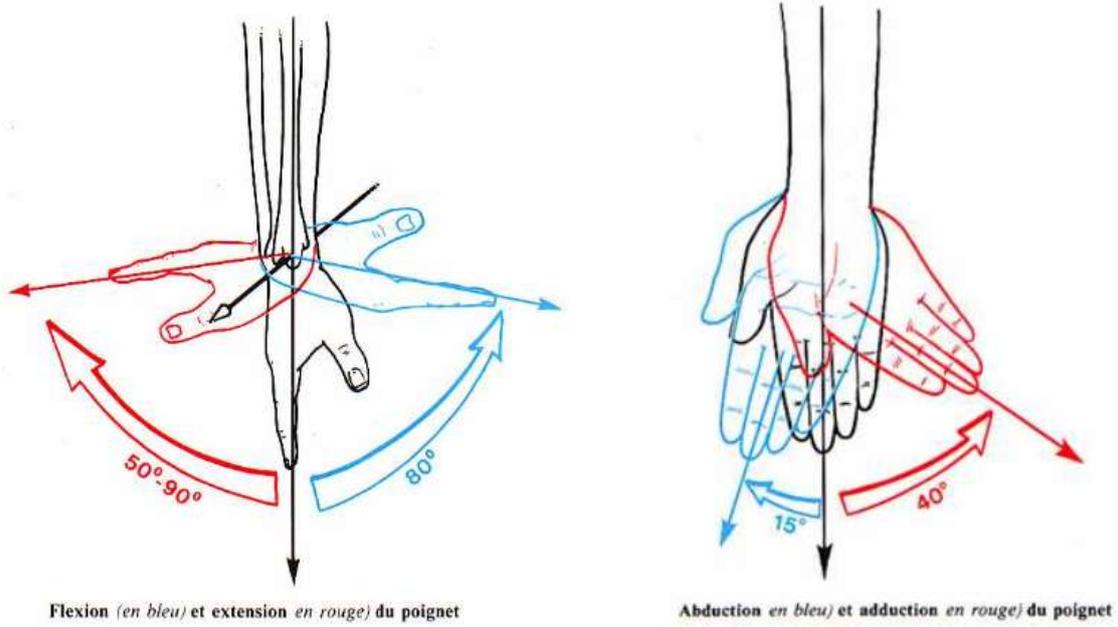
Coupe coronale : vue dorsale



Annexe II : Les ligaments du poignet (vues antérieure et postérieure)



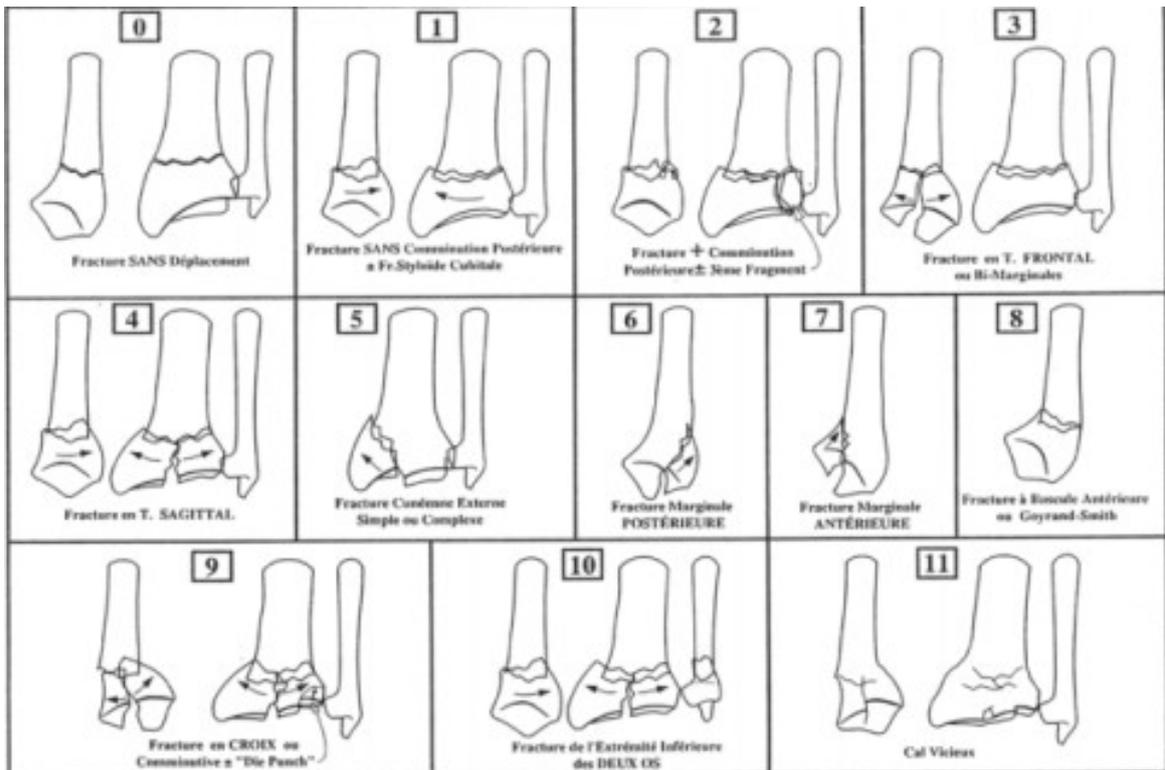
Annexe III : Les mouvements du poignet



Flexion (en bleu) et extension (en rouge) du poignet

Abduction (en bleu) et adduction (en rouge) du poignet

Annexe IV : Classification des lésions de l'extrémité inférieure du radius de A.I. Kapandji



Annexe V : Matrice du questionnaire de recherche

Modèle/concept/ théorie	Critères (dimensions)	Indicateurs (composantes)	Indices (objectifs)
Health Belief Model (HBM) modèle des croyances relatives à la santé	Perceptions individuelles	a. Vulnérabilité perçue (perte de la fonction) b. Gravité perçue	<u>Caractéristiques de la lésion</u> i. Degré de gravité perçue ii. Degré de handicap perçue iii. Douleur ressentie iv. Pronostic envisagé v. Influence psychosociale
	Facteurs affectant les perceptions	a. Facteurs démographiques et socio-psychologiques b. Perceptions des menaces c. Incitations/déclencheurs d'action	<u>Caractéristiques du patient</u> i. Sexe, âge, études, profession, situation familiale, fait religieux ii. Auto-efficacité : croyance de sa capacité en réaliser les exercices iii. Efficacité perçue du programme d'auto-rééducation : exercice à domicile iv. Dépendance au thérapeute – importance accordée au thérapeute v. Éducation du patient, symptômes (douleur/raideur), moyen d'e communication vi. Relation patient-thérapeute : capacités de communication du thérapeute / Satisfaction et participation active du patient
	Probabilité d'action	a. Bénéfices perçus b. Inconvénients perçus c. Probabilité d'adopter le comportement bénéfique	<u>Attitude du patient</u> i. Gênes: douleur, fatigue, difficultés rencontrées ii. Obstacles : temps, oublis, vie quotidienne, moyens
Adhésion thérapeutique	Facteur comportemental	a. Niveau d'adéquation entre le comportement et les recommandations (exercices)	<u>Degré d'observance</u> i. Fréquence ii. Degré variable selon les facteurs
Education du patient Théorie de l'apprentissage de l'adulte	Prise de décision Autonomie	a. Relation thérapeutique b. Moyens de communication c. Réponse adaptative	<u>Rapport au thérapeute</u> i. Consignes verbales ii. Consignes visuelles iii. Explications concises et adaptées iv. Temps accordé au patient v. Satisfaction des demandes/besoins du patient vi. Compréhension du patient
Motivation	Dimensions Intrinsic ou extrinsic	a. Communication au thérapeute b. Feedback/renforcement positif	<u>Rapport au thérapeute</u> Incitation à l'action i. intérêt des exercices ii. verbalisation

Annexe VI : Questionnaire-patient

Veillez cocher la case correspondante à votre réponse pour chaque question

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. **Etes-vous... ?** Une femme Un homme

2. **A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?**
 18-24 ans 25-34 ans 35-44 ans 45-54 ans 55-64 ans + 65 ans

3. **Quelle est votre latéralité ?** Droitier(ère) Gaucher(ère) Ambidextre

4. **Quel est votre niveau d'études ?**
 Sans diplôme Brevet des collèges CAP/BEP (autres diplomes techniques)
 Baccalauréat (général, professionnel et technologique) Bac +2 (DEUG, BTS ou autre) Bac +3
 Licence Bac +4 (Maîtrise) Bac +5 (Master, DESS, école d'ingénieur,...)
 Bac +7 (Doctorat, post-doc, thèse) Autres

5. **Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?**
 Sans emploi Étudiant(e) Artisan/Commerçant Ouvrier et main d'œuvre spécialisée
 Agriculteur/exploitant Employé(e) et personnel de service Profession intermédiaire/cadre moyen Cadre supérieur/chef d'entreprise
 Profession libérale Retraité(e) Autre

6. **A. Quelle est votre situation matrimoniale ?**
 Célibataire En couple Marié/PACsé(e) Séparé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve)

- B. Quelle est votre situation familiale ?**
 Sans enfant Avec enfant(s) non à charge Avec enfant(s) à charge

7. **A. Quelle est votre religion d'appartenance ou de référence ?**
 Sans religion Religion catholique Religion musulmane Religion juive
 Religion protestante Religion bouddhiste Autres religions Ne souhaite pas répondre

- B. Etes vous... ?**
 Praticquant Croyant Non-praticquant Rattaché à une communauté sans être croyant
 Rien de tout cela Ne souhaite pas répondre

FRACTURE DU POIGNET ET EXERCICES DE RÉÉDUCATION À DOMICILE

8. Comment considérez-vous la gravité de la fracture de votre poignet ?

Pas du tout grave Peu grave Plutôt grave Très grave

9. Quel niveau de handicap est causé par la fracture de votre poignet dans vos activités quotidiennes ?

Pas du tout handicapant Peu handicapant Plutôt handicapant Très handicapant

10. Ressentez-vous de la douleur due à la fracture de votre poignet ?

Pas du tout douloureux Peu douloureux Plutôt douloureux Très douloureux

11. Indépendant de votre traumatisme au poignet, avez-vous été récemment en proie à du stress, des inquiétudes ou des préoccupations dans votre vie ?

Pas du tout Pas plus que d'habitude Plutôt plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude

12. Considérez-vous que ce stress, ces inquiétudes ou ces préoccupations peuvent avoir un effet sur la rééducation de votre poignet ?

Aucun effet Peu d'effet Quelques effets Beaucoup d'effet

13. Dans les 6 prochains mois, comment envisagez-vous l'évolution concernant votre poignet ?

Très défavorable Plutôt défavorable Plutôt favorable Très favorable

14. Avez-vous réalisé régulièrement la semaine passée, les exercices de rééducation prescrits ?

Pas du tout Un peu Plutôt régulièrement Très régulièrement

Veillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse pour chaque question

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	1	2	3	4
15. J'éprouve de la fatigue en réalisant les exercices.	1	2	3	4
16. Les exercices sont difficiles à réaliser.	1	2	3	4
17. Les exercices sont douloureux à réaliser.	1	2	3	4
18. Je n'ai pas assez de temps pour réaliser les exercices.	1	2	3	4
19. Les exercices interfèrent avec ma routine quotidienne (travail, famille, vie sociale).	1	2	3	4
20. Je n'ai pas les moyens/le matériel pour réaliser les exercices.	1	2	3	4
21. Il m'arrive d'oublier de faire mes exercices.	1	2	3	4

22. Les gênes que je rencontre disparaîtront sans réaliser les exercices.	1	2	3	4
23. Je ne comprends pas l'intérêt des exercices fournis.	1	2	3	4
24. Je ne pense pas être capable réaliser les exercices correctement.	1	2	3	4
25. J'ai oublié les consignes fournies par l'ergothérapeute pour effectuer les exercices.	1	2	3	4
26. Je ne peux pas effectuer les exercices par moi-même et nécessite une aide.	1	2	3	4
27. La rééducation dépend du thérapeute.	1	2	3	4
28. Le thérapeute est bien plus important.	1	2	3	4
29. Les exercices n'aideront pas vraiment à récupérer.	1	2	3	4

ERGOTHÉRAPEUTE ET EXERCICES DE RÉÉDUCATION DU POIGNET À DOMICILE

<i>Veillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse pour chaque question</i>	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	1	2	3	4
30. Les explications fournies par l'ergothérapeute favorisent la réalisation de mes exercices à domicile.	1	2	3	4
31. Les informations verbales (consignes) fournies par l'ergothérapeute me sont utiles à la réalisation des exercices à domicile.	1	2	3	4
32. Les informations visuelles (démonstrations, programme) fournies par l'ergothérapeute me sont utiles à la réalisation des exercices à domicile.	1	2	3	4
33. L'ergothérapeute m'a expliqué la finalité des exercices dans le cadre de la rééducation du poignet.	1	2	3	4
34. Les explications sur l'intérêt de chaque exercice de rééducation du poignet m'incitent à les réaliser à domicile.	1	2	3	4
35. Le constat et la verbalisation par l'ergothérapeute des effets positifs de la réalisation des exercices à domicile m'incitent à persévérer.	1	2	3	4
36. L'ergothérapeute a fourni un feedback positif sur ma manière d'effectuer les exercices.	1	2	3	4
37. L'ergothérapeute s'est assuré de ma compréhension de la façon d'effectuer les exercices.	1	2	3	4
38. Le temps passé avec le thérapeute au cours de chaque séance est suffisant.	1	2	3	4

39. Au cours des séances, l'ergothérapeute a procédé à un réajustement/réévaluation des exercices fournis.	1	2	3	4
40. L'ergothérapeute a pris en compte mes demandes et mes attentes au cours des séances.	1	2	3	4

41. A. Rencontrez-vous certains obstacles dans la réalisation des exercices de rééducation prescrits pour le domicile par l'ergothérapeute ? Oui Non

B. Si oui, quels obstacles rencontrez-vous ?

Résumé

Les lésions traumatiques du membre supérieur constituent la cause première de fréquentation des services d'urgence, en France. La gravité potentielle, le retentissement fonctionnel et les conséquences socio-professionnelles font de ces traumatismes un véritable problème de santé publique.

La rééducation de la main, en tant que pratique spécialisée de l'ergothérapie, vise à maximiser la récupération fonctionnelle tout en facilitant la participation active du patient au traitement. Les exercices d'auto-rééducation préconisés par l'ergothérapeute assurent un prolongement de l'acte thérapeutique à domicile, à moindre coût. L'adhésion thérapeutique du patient, phénomène dynamique complexe, est alors déterminante pour le processus rééducatif.

Cette étude, s'appuyant sur une enquête menée auprès de patients suite à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, examine les facteurs pouvant influencer l'adhésion au programme d'exercices d'auto-rééducation à domicile.

Les résultats doivent permettre aux ergothérapeutes de prendre en compte les obstacles éventuels à l'adhésion thérapeutique afin d'aider le patient à adopter un comportement favorable à sa santé.

Mots clés : rééducation de la main, ergothérapie, adhésion thérapeutique, auto-rééducation, fracture du poignet.

Abstract

Upper extremity trauma is the primary cause of attendance at accident and emergency departments in France. Potential severity, functional impact and social and occupational consequences result in those injuries being considered a full-fledged public health concern.

Hand therapy, as a speciality practice area of occupational therapy aims at maximizing functional recovery while promoting patient active participation in treatment. Home exercise programs as recommended by the occupational therapist provide a continuity of therapeutic regimen in a cost-effective manner. Patient adherence is a dynamic and complex phenomenon, thus decisive to the rehabilitation process.

This study based upon a survey of patients with a distal radial fracture addresses factors affecting adherence to home-based self-care exercise program.

Findings should enable occupational therapists to address possible barriers to patient adherence in order to support patients in adopting health-promoting behaviours.

Keywords: hand therapy, occupational therapy, therapeutic adherence, wrist fracture, self-care.