

Faculté des sciences de la motricité

La communication triadique entre les adolescents âgés de 12 à 18 ans, les référents et les kinésithérapeutes dans le cadre de la prise en charge de patients scoliotiques

Création d'un questionnaire

Auteures : Anaïs Horlin et Clémentine Mathias
Promoteur et co-promotrice : Philippe Mahaudens et Eva Woodbury
Année académique 2024-2025
Master en kinésithérapie et réadaptation [60.0] – KINE2M

UCLouvain FSM : Déclaration d'utilisation des aides et outils Intelligence Artificielle (IA)

J'ai utilisé l'IA pour ce projet : ☒ Oui
☐ Non

Si vous avez utilisé l'IA dans ce travail, veuillez préciser comment ci-dessous :

Texte (par exemple, vérification orthographique, génération de texte, production d'idées, ...)

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

Trouver des synonymes : mots, connecteurs logiques.
Vérifier l'orthographe.
L'IA a été utilisée pour proposer une amélioration des tournures de phrases à partir de nos écrits, qui ont ensuite été reformulées par nos soins.

Images

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

Code, aide à la programmation, ou algorithmes

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

Apprentissage de l'utilisation de SPSS.
L'IA a été utilisée pour proposer des idées de codage des résultats que nous avons ensuite retravaillé à notre façon.

Autres utilisations

Le cas échéant, veuillez résumer (500 caractères maximum):

Trouver des idées pour structurer la présentation des résultats (graphiques, tableaux). Mais nous avons généré nous-même tous les tableaux, graphiques, annexes présents dans ce mémoire via Word et Excel.
Traduire des articles ou parties d'articles en français ainsi qu'expliquer des concepts abordés dans les articles qui n'étaient pas correctement compris à la lecture.

Je connais les règles de de la Faculté des sciences de la motricité de l'UCLouvain en matière d'intelligence artificielle. Je déclare que toute utilisation d'aides ou d'outils d'intelligence artificielle est explicitement mentionnée dans le présent formulaire de déclaration

Nom	HORLIN & MATHIAS	Prénom	Anaïs & Clémentine
-----	------------------	--------	--------------------

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Partie I : Revue narrative de la littérature : les déterminants de la communication triadique dans la prise en charge de la scoliose idiopathique

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. La scoliose.....	1
1.2. La communication.....	2
1.3. Place de l'enfant dans la communication médicale.....	3
1.4. Objectif.....	4
2. MÉTHODE.....	4
2.1. Bases de données.....	4
2.2. Critères d'éligibilité.....	6
2.3. Sélection des études.....	6
3. RÉSULTATS.....	7
3.1. Sélection des études.....	7
4. DÉVELOPPEMENT.....	8
4.1. Caractéristiques des études.....	9
4.2. Caractéristiques des participants.....	9
4.3. Communication triadique.....	10
4.4. Communication centrée sur le patient.....	12
5. CONCLUSION.....	16

Partie II : Création d'un outil de mesure

1. INTRODUCTION.....	17
2. MÉTHODE DE CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE.....	18
2.1. Création d'un instrument de mesure.....	18
3. RÉSULTATS.....	24
3.1. Pertinence des items.....	24
3.2. Compréhension des items.....	30
3.3. Analyse qualitative.....	33
4. DISCUSSION.....	43
4.1. Modifications apportées au questionnaire.....	46
4.2. Limites.....	47
4.3. Perspectives.....	49
5. CONCLUSION.....	49

BIBLIOGRAPHIE.....	51
---------------------------	-----------

ANNEXES.....	55
---------------------	-----------

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements à notre promoteur, Monsieur Philippe Mahaudens, ainsi qu'à notre co-promotrice, Madame Eva Woodbury, pour leurs conseils avisés, leur remarquable disponibilité et leur bienveillance, lesquels nous ont permis de mener à bien ce mémoire.

Merci à Madame Céline Bugli pour l'aide apportée lors de notre analyse statistique. Merci également à Monsieur Laurent Pitance pour sa recommandation de l'ouvrage qui a contribué à l'élaboration de ce questionnaire.

Nous remercions également les professionnels de la santé, les adolescents et les parents qui ont accepté de participer à cette étude, sans lesquels ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

Finalement, nous tenons à remercier nos familles et nos amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de la réalisation de ce travail.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AIS : Adolescent Idiopathic Scoliosis = Scoliose Idiopathique de l'Adolescent
- AYA : Adolescents and Young Adults = Adolescents et Jeunes Adultes
- CAT-FR : Communication Assessment Tool – version française
- C-CG : Calgary-Cambridge Guide
- PCC : Patient-Centred Communication = Communication Centrée sur le Patient
- PEC : Prise En Charge
- PICO(S) : Population, Intervention, Comparison (Comparaison), Outcome (Résultats), Study design (Type d'étude)
- PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- QNV : Question sur la communication Non-Verbale
- QO : Question Ouverte
- QVA : Question sur la communication Verbale Affective
- QVE : Question sur la communication Verbale liée à l'Écoute
- QVF : Question sur la communication Verbale concernant les Feedback
- QVI : Question sur la communication Verbale Instrumentale
- QVP : Question sur la communication Verbale concernant les facteurs Psychosociaux
- QVQ : Question sur la communication Verbale liée à la Qualité de l'information
- QVS : Question sur la communication Verbale Structurelle
- SOSORT : Society On Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment
- SURTETY : « Sit at an angle to the client », « Uncross legs and arms », « Relax », « Eye contact », « Touch », « Your intuition »

Partie I : Revue narrative de la littérature : les déterminants de la communication triadique dans la prise en charge de la scoliose idiopathique

Cette première partie du mémoire se base sur la question de recherche : « Quels sont les déterminants de la communication triadique et centrée sur le patient entre les enfants scoliotiques âgés de 12 à 18 ans, leur référent et le kinésithérapeute dans la prise en charge (PEC) kinésithérapique de la scoliose idiopathique de l'adolescent (AIS) en Wallonie et à Bruxelles ? »

1. INTRODUCTION

1.1. La scoliose

L'origine étymologique du mot « scoliose » provient du terme « skolios » en Grec Ancien qui signifie courbé, tordu (1). C'est donc une déformation structurelle de la colonne vertébrale. Elle doit présenter les trois caractéristiques suivantes : une déviation dans le plan frontal, une rotation vertébrale, ainsi qu'une angulation vertébrale d'au moins 10 degrés (2). Cette angulation est appelée angle de Cobb et est mesurée au moyen d'une radiographie (3). Elle est considérée comme idiopathique lorsque l'examen clinique ou les clichés radiologiques ne révèlent aucune cause spécifique à cette déformation (4).

L'AIS représente le type le plus courant des scolioses pédiatriques et touche une population âgée de 10 à 18 ans. Il est plus courant de diagnostiquer l'AIS chez les filles ainsi qu'une courbure convexe à droite (5). La prévalence est d'environ deux à trois pour cent de la population (6).

L'angle de courbure de l'AIS détermine le choix du traitement. Il sera soit conservateur, soit chirurgical (7). Selon les guidelines SOSORT 2016, le corset est efficace en prévention de la progression de la courbure de l'AIS au-dessus de 50 degrés. Au-delà d'un tel angle, le traitement chirurgical est recommandé (7). Le port d'un corset n'est pas indiqué pour les courbures inférieures à 15 degrés d'angle de Cobb, avec une marge de plus ou moins cinq degrés, sauf en cas de justification contraire d'un clinicien spécialisé dans le traitement conservateur des déformations de la colonne vertébrale (7). En revanche, le corset est recommandé chez les patients dont la courbure est supérieure à 20 degrés d'angle de Cobb, avec une

marge de plus ou moins cinq degrés, qui sont encore en croissance, c'est-à-dire avec un score de Risser compris entre zéro et trois, et qui présentent une progression de la déformation ou un risque élevé d'aggravation. Le traitement de l'AIS inclut une PEC kinésithérapique, sur laquelle se concentre ce mémoire (7).

Le diagnostic et le traitement de l'AIS peuvent avoir des conséquences psychologiques importantes sur les personnes concernées. L'adolescence est une période durant laquelle la relation parentale est plus sujette aux conflits familiaux (8). Cela peut rendre difficile la communication. Il est nécessaire de tenir compte de cette relation familiale dans la prise en charge du patient (9).

1.2. La communication

La communication correspond à « l'action de transmettre quelque chose à quelqu'un » (10). Elle est divisée en trois sous-compétences. La première est la compétence verbale, le deuxième élément est la compétence non verbale. Ensemble, elles permettent de produire un message. La capacité à le comprendre est le dernier élément fondamental de la communication, dans laquelle la compétence d'écoute, c'est-à-dire « la capacité d'écouter, de traiter et de comprendre les messages des autres » est importante (11).

Par conséquent, la communication est la transmission d'informations aux autres (11). Elle est composée, comme dit précédemment, de deux composantes : la communication verbale et non verbale. Le langage verbal repose sur des aspects affectifs et instrumentaux. Donner des informations et instructions, poser des questions, conseiller ainsi que discuter des résultats, des effets secondaires et des traitements se rapportent aux aspects instrumentaux de la communication (12). Tandis que l'aspect affectif se traduit par un comportement encourageant, détendu, amical, ouvert, honnête, rassurant tout en pouvant montrer son inquiétude. La communication émotionnelle est transmise verbalement ainsi que de façon non verbale (12). Le langage non verbal joue un rôle essentiel dans la manière dont les participants perçoivent un événement (13). Le non verbal se traduit par des mouvements de bras et de mains synchronisés avec la parole. Ce comportement est propre à l'être humain et facilite la communication verbale. En effet, il véhicule des informations sémantiques et visuelles. Il existe cinq types de gestes : picturaux, spatiaux, rythmiques, cinétiques et des gestes de pointage (14). De plus, les aspects

physiques tels que le ton de la voix, le regard, la posture, le rire, les expressions faciales, le toucher ou encore la distance physique transmettent le ton émotionnel de l'interaction (12).

En somme, la communication correspond à l'acte de donner, recevoir et échanger des informations en parlant, écrivant ou par d'autres moyens. Elle affecte chaque rencontre dans le domaine des soins de santé (15). Créer une première impression favorable ainsi que développer une relation continue patient-thérapeute est essentielle afin de garantir une expérience et un résultat positif (15). Le silence, l'écoute, l'empathie et le respect ressortent comme les valeurs fondamentales de l'alliance thérapeutique (16).

1.3. Place de l'enfant dans la communication médicale

La communication entre un professionnel de la santé et un enfant est bien différente de celle d'un adulte avec un soignant. Les enfants de moins de sept ans considèrent souvent la maladie comme une contagion, comme par magie, ou comme une punition pour un mauvais comportement (17). Entre sept et 11 ans, les enfants ont une meilleure connaissance et une meilleure compréhension, même si leurs points de vue ne sont pas ceux d'un adulte. Ils considèrent souvent la maladie comme causée par un seul facteur, souvent un « microbe » et donc contagieuse. Ils ne déduisent pas correctement les raisons du traitement (17). À partir de 11 ans, les enfants ont une compréhension plus détaillée et prennent conscience que la maladie peut être aggravée par des facteurs psychologiques. Ils comprennent la notion d'effets secondaires liés aux médicaments et la possibilité d'un retard avant de réagir au traitement (17).

La communication entre le médecin et l'enfant semble se limiter au domaine affectif, c'est-à-dire aux sentiments, aux préoccupations et à l'empathie. Tandis que les interventions entre les parents et le médecin sont instrumentales, autrement dit dans lesquelles des questions sont posées et des informations sont fournies (18). Bien que les médecins comptent sur l'enfant pour obtenir des renseignements, les informations diagnostiques et thérapeutiques sont principalement adressées aux parents (18). Le parent est essentiellement responsable de l'exclusion de l'enfant de la conversation médicale (19). L'accroissement de la contribution de l'enfant au cours du temps semble résulter à la fois d'une hausse de ses propres initiatives et

d'une augmentation de la place accordée par le médecin (20). Lorsque l'enfant prend part à la conversation, la contribution parentale diminue. Cependant, les interactions de l'enfant restent très faibles et son contrôle sur la conversation médicale est plutôt limité (18).

Du point de vue des soins centrés sur le patient, le rôle de l'enfant dans la consultation devrait être aussi important que celui des parents. L'enfant lui-même peut potentiellement exercer une influence sur les caractéristiques relationnelles et structurelles de la communication, ainsi que sur le contenu de l'interaction (18).

1.4. Objectif

Cette revue narrative de la littérature vise à mettre en évidence les déterminants de la communication dans la prise en charge de la scoliose idiopathique de l'adolescent (AIS). La communication centrée sur le patient (PCC) est un élément important dans la prise en charge médecin-patient. Toutefois, améliorer les soins centrés sur le patient peut être difficile. En effet, les médecins reçoivent très peu de critiques sur leurs performances en communication de la part de leurs patients (21). Il existe déjà dans la littérature différents outils permettant d'évaluer la communication (22). Cependant, ces outils évaluent davantage la communication entre le médecin et le patient mais ne mesurent ni la communication entre le kinésithérapeute et son patient ni la communication triadique. De plus, il existe un manque d'instruments fiables et valides pour mesurer les opinions des patients (16).

Par conséquent, l'objectif de cette revue narrative est d'identifier les déterminants de la communication entre le kinésithérapeute, le patient (adolescents scoliotiques âgés de 12 à 18 ans) et leur référent, dans la PEC kinésithérapique de la scoliose.

2. MÉTHODE

2.1. Bases de données

La recherche bibliographique portant sur la communication dans la prise en charge d'adolescents s'est effectuée à l'aide des bases de données suivantes : PubMed et Embase. Pour compléter théoriquement cette recherche, d'autres articles pertinents à notre question de recherche, ne provenant pas de ces bases de données,

ont été inclus. La période de recherche s’est étendue de juillet 2024 à mars 2025 inclus.

L’équation de recherche a été développée sur base de la méthode PICO(S) (**Tableau 1**).

Tableau 1. Critères PICO utilisés pour l’équation de recherche

Critères PICO(S)	Termes en français	MeSH en anglais	Termes en anglais
« Population » : Patient ou Problème	Kinésithérapeute, Adolescent, Parents, Scoliose idiopathique	Physical Therapists, Adolescent, Parents, Scoliosis	Triadic
« Intervention »	Communication		communication, Patient-centred communication
« Comparaison »			
« Outcome »			
« Study design »			

Selon les bases de données, une adaptation des mots définis dans les critères PICO(S) a dû être réalisée. Les opérateurs booléens ont été modifiés pour obtenir des résultats sur Embase.

Les trois équations de recherche introduites sur PubMed sont les suivantes :

((((((("physical therapists"[Title/Abstract]) OR ("physical therapists"[MeSH Terms])) AND ("adolescent"[Title/Abstract])) OR ("adolescent"[MeSH Terms])) AND (parents[Title/Abstract])) OR ("parents"[MeSH Terms])) AND ("scoliosis"[Title/Abstract])) OR ("scoliosis"[MeSH Terms])) AND ("triadic communication"[Title/Abstract]) OR ("patient centred communication"[Title/Abstract])

(triadic communication) AND (teenager).

((triadic communication) AND (teenager)) AND (parent)

L’équation de recherche utilisée sur Embase est la suivante :

('physiotherapist'/exp OR 'physical therapist' OR 'physical therapists' OR 'physiotherapist' OR 'physiotherapists' OR 'adolescent'/exp OR 'adolescent' OR 'teenager' OR 'parent'/exp OR 'biological parent' OR 'parent' OR 'parents' OR 'idiopathic scoliosis'/exp OR 'idiopathic scoliosis' OR 'scoliosis, idiopathic' OR 'adolescent idiopathic scoliosis'/de OR 'adolescent idiopathic scoliosis') AND ('triadic communication' OR 'patient centered communication'/exp)

2.2. Critères d'éligibilité

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin d'obtenir une sélection finale d'articles à la fois rigoureuse et cohérente par rapport à la question de recherche (**Tableau 2**).

Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion

<i>Critères d'inclusion</i>	<i>Critères d'exclusion</i>
• Porte sur la question de recherche • En anglais ou français	• Ne traite pas le sujet • Autre langue que l'anglais ou le français • Pas d'accès au texte intégral • Concerne des maladies psychologiques • Concerne la prise en charge de patients avec un trouble de la parole

2.3. Sélection des études

Les articles obtenus sur Embase et PubMed, provenant des équations de recherche ci-dessus, ont été exportés vers le logiciel Zotero 7. Ceux-ci ont été regroupés et les doublons ont été éliminés. Un premier tri a été réalisé séparément par les deux auteures à partir des titres et/ou résumés, en se basant sur les critères d'éligibilité prédéfinis. En vue de déterminer les études qui seraient incluses dans cette revue de la littérature, les deux auteures ont parcouru entièrement les articles retenus comme pertinents à la question de recherche. Des références supplémentaires permettant d'enrichir cet écrit ont également été ajoutées.

3. RÉSULTATS

Au départ, cette revue narrative avait pour objectif d'identifier les déterminants de la communication entre les kinésithérapeutes, les enfants scoliotiques âgés de 12 à 18 ans ainsi que leurs référents. Cependant, après de nombreuses recherches, les auteures ont été forcées de constater que la communication dans la kinésithérapie est peu étudiée de même que la communication dans la PEC d'enfants scoliotiques et dans le domaine pédiatrique. C'est pourquoi les différents articles inclus dans cette revue narrative détaillent des informations concernant la communication centrée sur le patient ainsi que la communication triadique entre les professionnels de la santé généralement autres que les kinésithérapeutes, les enfants/adolescents et leurs référents. La communication a été évaluée dans différents contextes pathologiques. Toutefois, le parcours des enfants scoliotiques présente des similitudes avec ces contextes. Les articles inclus dans cette revue traitent notamment de pathologies chroniques.

3.1. Sélection des études

Les équations de recherche utilisées dans PubMed et Embase ont généré respectivement 249 et 41 résultats, soit un total de 290 articles. Un filtre a été appliqué pour cibler les articles publiés entre 2015 et 2025 ainsi que les articles rédigés en anglais ou en français. Pour renforcer les résultats, quatre références supplémentaires, sans contrainte de date de publication, ont été ajoutées. Après suppression des 22 doublons identifiés par le logiciel Zotero, il restait 272 références. Une première sélection basée sur les titres et les résumés effectuée par les deux auteures a permis de conserver 52 articles. Parmi ceux-ci, 14 n'étaient pas disponibles en texte intégral. Finalement, les deux auteures ont lu entièrement 38 articles pour déterminer leur éligibilité. Après un accord mutuel, 15 articles ont été inclus dans cette revue de la littérature. Cela est détaillé sur le diagramme de flux PRISMA (**Fig. 1**).



PRISMA 2009 Flow Diagram

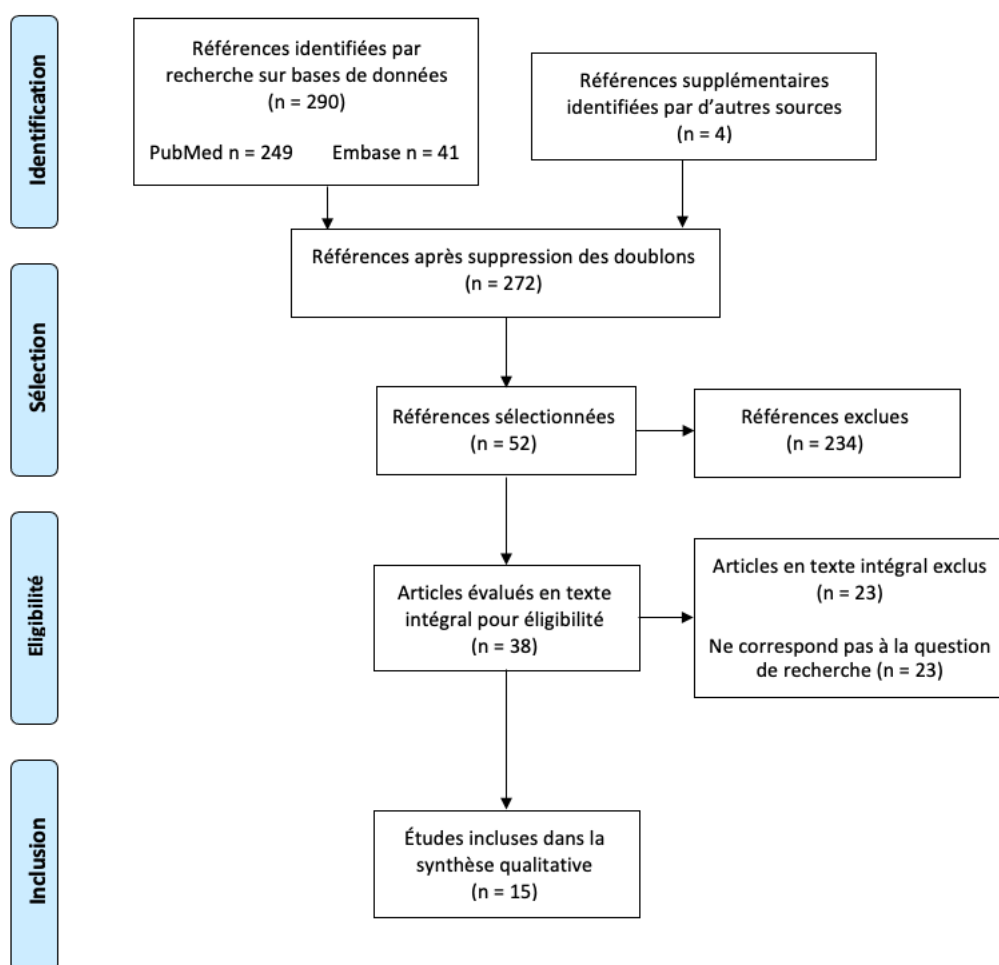


Fig. 1. Diagramme de flux PRISMA

4. DÉVELOPPEMENT

4.1. Caractéristiques des études

Au total, cinq articles concernant la communication triadique ont été inclus dans cette revue narrative de la littérature (18,20,23–25). La communication triadique fait référence à la présence d'une troisième personne, comme un parent, un aidant ou un accompagnant, lors des consultations cliniques (25).

La PCC était le sujet principal de huit études (26–33). La PCC implique des compétences générales en communication ainsi qu'un large éventail de comportements verbaux et non verbaux (28). Les informations fournies par le

clinicien doivent être personnalisées et adaptées aux besoins et préférences spécifiques du patient en matière d'information. En résumé, il y a un partage réciproque de connaissances et d'informations entre le patient et le clinicien (28).

Les articles de Ghosh et al. (34) et Chandra et al. (35) évaluaient les principes généraux de la communication entre les professionnels de santé et les patients (34,35).

A l'exception des études effectuées aux Pays-Bas (18,20), en Suède (27), en Irlande (29) et en France (33), le reste des études incluses dans cette revue de la littérature ont été menées hors Europe. Par conséquent, les différences culturelles doivent être prises en compte lors de l'interprétation et la généralisation des résultats.

4.1.1. Protocoles d'évaluation

Pour l'ensemble des études, la communication a été étudiée à l'aide de différents moyens tels que des entretiens ou des questionnaires. Ceux-ci sont détaillés dans l' **Annexe 1**.

4.1.2. Professionnels de la santé

Aucun des articles n'a étudié la communication auprès des kinésithérapeutes, à l'exception d'une étude dans laquelle les patients ont valorisé les instructions claires fournies par les thérapeutes (32).

4.2. Caractéristiques des participants

La taille de l'échantillon des professionnels de santé variait entre 18 et 38 participants âgés en moyenne de 54,2 ans dans la publication de Karni-Visel et al. (24). Tandis que l'échantillon des patients variait entre 18 et 1021 participants.

Quatre études portaient exclusivement sur les adolescents avec une moyenne d'âge fluctuant entre 10 et 39 ans (25,26,30,31). La revue systématique concernant les adolescents âgés de 13 à 39 ans comptait au total 12 études dont neuf portaient sur des patients âgés de moins de 25 ans (30). Trois études concernaient des patients âgés de zéro à 18 ans (18,20,23), quatre articles incluaient des participants adultes (27,28,32,35) et trois ne mentionnaient pas l'âge des participants (29,33,34).

Les études de cette revue ont examiné la communication dans des conditions médicales chroniques. L'ensemble des pathologies est détaillé en **Annexe 1**. La scoliose était mentionnée parmi les affections de longue durée dans la revue de Jordan et al. (31). Seule une étude a inclus les pathologies aiguës (18). En outre, cinq articles ne mentionnaient pas spécifiquement les affections des participants (24,27,33–35).

4.3. Communication triadique

La communication triadique est centrale dans les consultations pédiatriques (18). Or, elle fait l'objet de peu de recherches (25). En réalité, les interactions sont davantage dyadiques lors des consultations (18,20). En effet, la communication entre les trois intervenants se répartit sous forme de deux dyades : médecin-parent et médecin-enfant, oubliant alors la relation parent-enfant (18), avec une prédominance accordée à l'échange médecin-parent (24). Les relations triadiques sont essentielles mais complexes (23). Un déséquilibre peut survenir lorsque les adolescents sont dominés par les adultes, à savoir le professionnel de santé et le parent (25). Un partenariat de qualité doit inclure la collaboration de l'enfant, de ses parents et du professionnel de la santé (23) et reposer sur un équilibre entre la communication dyadique et triadique (33).

La scoliose implique une communication triadique entre le patient, le parent et le thérapeute dans laquelle chacun a un rôle à jouer.

4.3.1. Rôle des parents

Les parents interviennent parfois en tant que médiateurs, parfois en tant que décideurs (18,25). Dans le rôle de médiateur, les parents facilitent la communication entre le médecin et l'enfant. Notamment, en traduisant ou en reformulant les informations médicales à celui-ci (18). De plus, en l'absence de verbalisation des préoccupations ou des émotions par l'enfant, le parent joue le rôle de messenger émotionnel auprès du médecin. En tant que décideur, les parents prennent les décisions médicales au nom de leur enfant (18). Ces rôles varient selon l'âge de l'enfant, la nature de la maladie ou encore les préférences culturelles et familiales (18). Bien que les adolescents reconnaissent en leurs parents un soutien important, ils peuvent représenter un obstacle à l'autonomie et à la participation active de celui-ci (18,25,31), par exemple, en effaçant la voix de l'enfant,

notamment par leurs propres préoccupations (25). En somme, les parents jouent un rôle central mais peuvent influencer la dynamique de la discussion en prenant le dessus sur l'enfant, affectant ainsi l'efficacité de la communication triadique (25).

4.3.2. Rôle de l'enfant

Plusieurs études montrent que les enfants souhaitent être inclus activement dans la communication et dans la prise de décision (23,31). L'implication de l'enfant dans les interactions est déterminée en partie par son âge ; plus il vieillit, plus il participe activement (18,20). Par ailleurs, elle varie également selon sa maturité émotionnelle, son niveau de compréhension, son état de santé, son souhait d'intégration ainsi que la décision parentale de l'impliquer dans l'interaction (23,24). En effet, certains parents souhaitent protéger leur enfant en filtrant les informations reçues (23,24). Bien que le rôle de l'enfant soit minimisé par des interactions majoritaires entre le médecin et le parent, sa participation à la discussion est essentielle (18). L'implication progressive et individualisée de l'enfant dans les échanges favorise le développement de son autonomie et de ses compétences communicationnelles (18,20,31). La confiance des jeunes envers leur soignant et le sentiment d'être écoutés et pris au sérieux encouragent leur participation active dans les soins (31). Cependant, Barratt et al. (23) démontrent que le manque de formation des soignants, les attitudes parfois paternalistes, ainsi que les contraintes organisationnelles peuvent limiter cette participation active aux soins.

4.3.3. Rôle du professionnel de santé

Bien que le médecin soit d'accord avec la centralité de l'enfant (24), en pratique, il tend à diriger sa communication vers les parents, marginalisant ainsi l'enfant (25). Le rôle du médecin est complexe (24). Il consiste à faciliter la communication entre l'enfant et le parent, mais il arrive que le médecin l'entrave (18). Il doit s'adapter aux besoins de l'enfant et de sa famille (18) et ajuster sa communication à l'état émotionnel du parent (24). De plus, il lui revient de trouver l'équilibre entre l'autonomie de l'enfant et le rôle décisionnel du parent (24). Par conséquent, il est nécessaire pour le médecin de posséder des compétences en communication comme le rythme, l'attitude et le ton (24). Or, ces

études mettent en avant un manque de formation en communication du médecin et recommandent un enseignement spécifique (24,25).

4.4. La communication centrée sur le patient

La PCC est recommandée de manière générale dans toutes les PEC médicales, y compris dans les consultations pédiatriques (30,33). Le système de santé reconnaît le rôle important du parent en tant que décideur mais tarde à impliquer les adolescents et jeunes adultes (AYA) dans la prise de décision médicale (26). En conséquence, les jeunes atteints de maladies chroniques grandissent avec une implication majoritaire des parents décideurs (26).

Les soins centrés sur le patient dont fait partie la PCC se divisent en cinq dimensions (28):

- Patient en tant que personne unique : il faut prendre en compte les besoins, préférences, valeurs, sentiments, préoccupations, idées et attentes individuelles de chaque patient ainsi que l'impact de la maladie dans sa vie quotidienne. Cela implique de fournir des soins adaptés à chaque patient (28,35).
- Communication clinicien-patient : la PCC constitue un pilier fondamental dans le concept de centralisation sur le patient. Elle comprend des compétences générales en communication ainsi qu'un large éventail de comportements verbaux et non verbaux (28).
- Informations sur les patients : le partage des connaissances et des informations doit être réciproque entre le clinicien et le patient. Le clinicien doit fournir des informations personnalisées tout en respectant les besoins et les préférences du patient en matière de communication et l'encourager à partager des informations. Cette catégorie prend également en compte les outils d'information (28).
- Participation des patients aux soins : le professionnel de santé encourage le patient à participer activement à la consultation et à s'impliquer dans la prise de décision concernant sa propre santé. Cela inclut le respect des préférences du patient en matière d'implication et l'encourager à donner un retour sur les soins (28).

- Autonomisation des patients : c'est la capacité du patient à gérer lui-même des aspects importants de sa maladie. Le professionnel de la santé doit stimuler le patient à prendre des mesures pour améliorer sa santé et soutenir son autonomie (28).

4.4.1. Le patient en tant que personne unique

La revue de Nilan et al. (29) souligne l'importance de considérer la personne dans sa globalité. La PCC doit inclure les besoins, les valeurs et les souhaits des patients (29).

4.4.2. Communication centrée sur le patient

L'écoute, l'empathie et la prise au sérieux sont des caractéristiques de la PCC (29).

I. Souhait des patients

Smith et al. (30) rapportent dans leur étude différentes caractéristiques de communication attendues par les AYA telles que l'honnêteté, la transparence du clinicien ainsi qu'un langage adapté, non médicalisé. Le respect de l'autonomie, traduit par la participation aux décisions, et la confidentialité ressortent comme des éléments importants (30). De plus, les adolescents expriment le désir d'être considérés comme des adultes. En effet, les AYA sont dans une phase de transition identitaire qui influence la façon dont ils reçoivent et gèrent l'information. Le professionnel de santé doit donc adopter une posture de partenaire (26,30).

II. Communication du professionnel de santé

Une interaction efficace avec les parents nécessite d'abord l'établissement d'une relation solide avec l'enfant (33).

Une communication efficace du clinicien repose sur différents paramètres (33). Premièrement, une attitude respectueuse et empathique est perçue positivement par les patients (35). L'empathie se traduit par une écoute active et nécessite de porter attention aux signaux non verbaux. En effet, la communication non verbale représente 60% de la communication globale. Le contact visuel, les expressions faciales, la gestuelle, le débit de parole et le volume sonore véhiculent des émotions (33). Par conséquent, le médecin doit interpréter les réactions non

verbales du patient et contrôler l'image qu'il renvoie. Une posture dominante augmente les facteurs cliniques et biologiques du stress. S'asseoir face au patient, légèrement penché vers l'avant, sans croiser les bras ni les jambes et acquiescer font partie des caractéristiques d'une posture idéale (33). Le contact visuel favorise le sentiment de connexion. Un ton attentif et chaleureux ainsi qu'un rythme lent inspirent le calme et la compréhension. De surcroît, interrompre le patient renvoie un signal négatif. Le silence permet donc au patient de réfléchir et de traiter l'information (33). Ces informations doivent être adaptées en fonction de la culture, de la langue et du niveau de compréhension du patient et de sa famille (33). En somme, une communication efficace repose sur des explications claires et compréhensibles. De plus, le clinicien pose des questions à la famille et l'invite à reformuler ce qu'elle a assimilé afin d'évaluer sa compréhension (33). Pour finir, l'humour peut être un outil efficace dans la relation (30).

4.4.3. Informations aux patients

Premièrement, les AYA aspirent à contrôler les informations en termes de quantité mais également de temporalité (30). D'autre part, une bonne relation médecin-patient est une condition essentielle pour des soins optimaux (29). En effet, la confiance des patients envers les médecins leur permet d'exprimer leurs besoins plus ouvertement (29). D'après Braaf et al. (32), les patients préfèrent une PCC utilisant un langage clair et des supports variés, qu'ils soient verbaux, écrits ou visuels.

4.4.4. Autonomisation des patients

La gestion de maladies chroniques pendant l'adolescence implique des interactions continues entre les patients, leur famille et les prestataires de soins (26). Durant la transition vers l'âge adulte, la PCC joue un rôle important dans la réponse aux besoins spécifiques de ces jeunes (26). Elle est positivement associée à une augmentation de l'appartenance envers le professionnel de santé, essentielle au développement de l'autonomie (26). Chez les adolescents, le sexe féminin ainsi qu'une longue durée de PEC sont davantage corrélés à l'augmentation de l'appartenance (26). En définitive, l'étude de Johnson et al. (26) met en évidence un renforcement de l'autonomie du patient en matière d'autogestion de la santé grâce à la PCC. Cet article rapporte cependant un manque de connaissances chez

les prestataires de soins de santé, autres que les médecins, concernant l'établissement d'un lien respectueux et bienveillant envers les adolescents (26). Ce travail tente d'apporter des réponses supplémentaires quant à la communication triadique des adolescents scoliotiques, de leur référent et du kinésithérapeute. Il serait, néanmoins, judicieux d'effectuer des recherches complémentaires sur les besoins et attentes des patients vis-à-vis de la PCC chez le kinésithérapeute ainsi que sur les compétences en communication essentielles pour ces professionnels.

4.4.5. Changements cliniques suite à une amélioration de la prise en charge centrée sur le patient

La PCC permet une participation active aux décisions concernant la santé (26). Allouer un temps à la communication et prendre en compte les préoccupations sont associés à la satisfaction du patient (29,33). En effet, une communication efficace entraîne des effets positifs sur la satisfaction de l'enfant et de son parent, sur l'observance, sur le bien-être émotionnel du patient et sur le pronostic, à long terme, dans différentes maladies (30,33). De plus, considérer les problèmes émotionnels du patient entraîne une amélioration de sa qualité de vie (29). Des explications claires et compréhensibles sur les conditions médicales et sur les traitements renforcent la confiance et la collaboration tandis qu'une interaction ouverte et engageante favorise une meilleure compréhension (35).

4.4.6. Obstacles à la communication

Différents obstacles peuvent entraver la réalisation d'une communication efficace tels que le manque de formation des professionnels de santé, le manque d'outils et un temps réduit pour les échanges individualisés. Par ailleurs, l'utilisation d'un langage médical complexe entrave la compréhension des patients (32).

De potentielles tensions peuvent survenir en raison d'une discordance entre le souhait des AYA d'être traités comme des adultes et l'implication fréquente des parents (30). D'autres obstacles à la communication se manifestent lors d'une absence de coordination entre les professionnels de la santé. Cela conduit à une fragmentation des informations que le patient doit par la suite reconstituer (32). Il serait donc intéressant d'étudier le parcours des enfants scoliotiques entre les différents acteurs spécialisés dans la prise en charge de la scoliose.

La communication entre le médecin et le patient demande une attention constante et une formation continue dans le but de s'adapter aux attentes des patients et à l'évolution du système de santé (34). D'autant plus que l'étude de Fossum & Arborelius (27) rapporte un écart important entre les principes de la PCC et la pratique réelle.

4.4.7. Conséquences d'une mauvaise communication

Une mauvaise communication médecin-patient peut entraîner une diminution de l'observance des traitements ainsi qu'une insatisfaction des patients (34). Ne pas prendre en compte les préoccupations des patients augmente également la non-observance du traitement. Celle-ci est liée à la dépression et entraîne par conséquent des répercussions sur le plan de traitement. Or, l'absence de considération des préoccupations est régulière dans la PEC médicale (29). De plus, un manque d'autonomie engendre des résultats négatifs pour la santé (26).

5. CONCLUSION

Bien que les articles de cette revue narrative de la littérature ne portent pas directement sur l'AIS, les résultats présentés ci-dessus peuvent être transférés à ce contexte. En effet, la majorité des études relatent des maladies chroniques. Le parcours des participants est par conséquent applicable à celui des adolescents scoliotiques. De plus, sept études mentionnent des caractéristiques spécifiques à la pédiatrie substituables à des affections infantiles telles que la scoliose (18,23,25,26,30,31,33). Cependant, aucun article ne mentionne spécifiquement la communication triadique entre un adolescent, son parent et le kinésithérapeute. Cela pourrait faire l'objet de futures recherches. Cette approche offrirait une meilleure compréhension des obstacles communicationnels rencontrés chez le kinésithérapeute. Toutefois, ces articles permettent d'identifier les caractéristiques principales d'une PCC ainsi que le rôle attendu pour chacun des participants dans la communication triadique.

Partie II : Création d'un outil de mesure

Les résultats de la revue narrative ont mis en évidence un manque d'évaluation de la communication dans la kinésithérapie et dans le domaine de la scoliose. C'est pourquoi, dans cette deuxième partie, nous nous sommes penchées sur l'identification des déterminants d'une bonne communication triadique dans la PEC kinésithérapique de la scoliose en Wallonie et à Bruxelles. Nous avons pour cela réalisé un questionnaire adapté à la communication triadique dans la PEC kinésithérapique de la scoliose.

1. INTRODUCTION

Il existe déjà dans la littérature de nombreux questionnaires évaluant la communication entre les médecins et les patients. Ces données suggèrent donc que l'évaluation de la communication se réalise majoritairement à l'aide de questionnaires (36). La base théorique permettant l'établissement d'un questionnaire repose soit sur la collecte d'éléments publiés dans la littérature (37,38) soit sur des entretiens permettant de mieux comprendre les patients et de formuler ainsi des questions plus adaptées (29). Un questionnaire est une méthode populaire pour recueillir les préoccupations des patients. Il est pratique, facile à anonymiser et à analyser. De plus, il nécessite moins de temps qu'un entretien (29). Il peut inclure deux types de questions. Les questions fermées donnent des réponses moins approfondies tandis que les questions ouvertes apportent des informations plus détaillées mais sont plus difficiles à coder et à analyser (29). Pour être valide, un questionnaire doit cibler l'élément d'intérêt et être adapté à la population étudiée. C'est pourquoi, il doit être testé auprès de cette cohorte afin de s'assurer qu'il évalue bien l'information attendue (29). Le questionnaire n'est pas une fin en soi mais un outil d'amélioration de la PEC (29). De plus, il existe actuellement un manque d'instruments fiables et valides pour mesurer les opinions des patients (16).

2. MÉTHODE DE CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE

2.1. Création d'un instrument de mesure

Afin de réaliser cet outil, nous nous sommes appuyées sur le livre « *Measurement in Medicine* ». Ce dernier présente six étapes préalables à la création d'un questionnaire :

Étape 1 : Définition et élaboration du concept à mesurer

Étape 2 : Choix de la méthode de mesure

Étape 3 : Sélection et formulation des éléments

Étape 4 : Questions relatives à la notation

Étape 5 : Essais pilotes

Étape 6 : Essais sur le terrain

2.1.1. Étape 1 : Définition et élaboration du concept à mesurer

Cette première étape consiste à déterminer le concept à mesurer. Pour cela, nous avons réalisé une revue de la littérature afin de définir la communication triadique et centrée sur le patient, ainsi que d'identifier leurs caractéristiques principales. Un échange se compose de deux points essentiels, la communication verbale et la communication non-verbale (12). Elles se produisent simultanément et sont interprétées ensemble (39). C'est pourquoi, bien que de nombreux outils les évaluent séparément, nous avons choisi de développer un outil qui reprend ces deux aspects de la communication. Cela permet de cibler la multidimensionalité du concept (40).

La population ciblée se compose d'adolescents scoliotiques, de référents et de kinésithérapeutes. L'âge des adolescents a été défini entre 12 et 18 ans. D'une part, la scoliose est une pathologie pédiatrique dont la PEC kinésithérapeutique prend fin à 18 ans (5). D'autre part, la compétence décisionnelle est communément atteinte autour de 12 ans (41).

L'objectif du questionnaire est l'évaluation de la communication triadique et centrée sur le patient dans un contexte de soins triadiques. Il permet de comparer

les perceptions des trois répondants par rapport à la communication. De plus, il peut être utilisé pour évaluer l'effet d'une formation en communication si des lacunes sont mises en évidence chez le professionnel de santé. Par conséquent, cet outil de mesure est un instrument évaluatif. Il doit être capable de mesurer les changements dans le temps (40).

2.1.2. Étape 2 : Choix de la méthode de mesure

Le type d'instrument de mesure doit correspondre au construit à mesurer (40). Ici, l'information recherchée est la perception mais également l'auto-déclaration en fonction du type de répondant et de la question. La perception nécessite toujours une information directe du patient. Ces deux construits doivent être évalués par des questionnaires ou des entretiens (40).

Habituellement, le critère standard d'évaluation de la communication non verbale repose sur l'observation directe des interactions cliniques. Toutefois, cela est intrusif et nécessite beaucoup de moyens (39). Les facteurs contextuels, les caractéristiques ou les perceptions des participants, comme celles du thérapeute, peuvent également influencer les résultats cliniques (39). Tandis que l'utilisation d'un questionnaire permet non seulement une collecte de données rapide mais aussi d'atteindre un large échantillon de répondants à faible coût (42).

L'outil de mesure développé dans ce mémoire est un questionnaire à items multiples. Ces instruments permettent de distinguer plusieurs dimensions d'un même construit, ici la communication. Ils sont plus informatifs (40).

2.1.3. Étape 3 : Sélection et formulation des éléments

I. Littérature

La création du questionnaire évaluant la communication triadique et centrée sur le patient entre les enfants scoliotiques âgés de 12 à 18 ans, leur référent et le kinésithérapeute s'inspire de données préexistantes de la littérature.

Le premier est le « Communication Assessment Tool » (CAT). La grille CAT de Gregory Makoul et al. a été validée aux États-Unis. C'est un outil d'évaluation des compétences interpersonnelles et de communication des médecins (43). Il s'agit d'un instrument de 15 points, écrit au niveau de lecture de quatrième année

primaire, utilisant une échelle de réponse de cinq points dont cinq correspond à excellent. Il possède une fiabilité globale élevée (alpha de Cronbach = 0,96) (43). L'adaptation française et la validation de la grille CAT a été réalisée à l'Université Claude Bernard à Lyon par le professeur Guy Llorca (44) (**Annexe 2**).

L'acronyme « SURETY » développé par Stickley (45) a inspiré la création des questions portant sur la communication non verbale, bien que ce dernier ne soit pas un questionnaire scientifiquement validé.

Nous nous sommes inspirées du Calgary Cambridge Guide (C-CG) pour classer nos items (**Annexe 3**). En 2001, le C-CG est devenu une partie de la déclaration de consensus de Kalamazoo, une déclaration internationale pour l'enseignement des compétences en communication (46). Le guide présente des scores sans effet plafond ou plancher pour la plupart des éléments ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest et une validité de construit (46).

II. Création des items

Le questionnaire comporte 27 items évaluant au total huit sous-domaines de la communication verbale et non verbale. Ces catégories sont la communication verbale instrumentale, centrée sur l'écoute, liée à la qualité de l'information, affective, structurelle, relative aux déterminants psychosociaux, par feedback et la communication non verbale.

Toutes les questions ont été rédigées conformément aux recommandations du livre *Measurement in Medicine* (langage simple, éviter les termes à signification multiple, items spécifiques, une question par item et éviter les formulations négatives). En effet, une version unique de l'outil de mesure s'adresse aux trois intervenants de la triade. Il doit être compréhensible par l'ensemble de la population, quel que soit son niveau d'éducation (40).

2.1.4. Étape 4 : Questions relations à la notation

L'échelle de Likert a été retenue comme méthode d'évaluation. Elle est conçue pour mesurer « l'attitude » de façon scientifiquement acceptée et validée (47). Cette échelle permet de nuancer les réponses. Quatre facteurs ont été proposés : « Pas du tout d'accord – Peu d'accord – Plutôt d'accord – Tout à fait

d'accord » afin d'éviter la position neutre. Le but étant que le participant se positionne.

2.1.5. Étape 5 : Essais pilotes

Une analyse de la pertinence et de la compréhension des items sélectionnés a été réalisée afin d'évaluer la validité des items sélectionnés et d'assurer ainsi la validité de contenu.

I. Participants

Pour répondre au questionnaire, les participants devaient rentrer dans un des critères d'inclusion suivants : être kinésithérapeute en Wallonie et/ou à Bruxelles ; avoir entre 12 et 18 ans et avoir une scoliose idiopathique, ou être parent d'un enfant qui a ou a eu une scoliose.

II. Méthodes de recrutement

Le recrutement des participants a été effectué via différents canaux. Une affiche de participation ainsi que des flyers ont été déposés dans plusieurs hôpitaux, cabinets privés et maisons médicales situés dans chacune des provinces de Wallonie ainsi qu'en région Bruxelles-Capitale (**Annexe 4**). Ils ont également été recrutés via les réseaux sociaux, principalement Facebook et Instagram, par l'intermédiaire d'un message d'invitation à participer, accompagné de l'affiche illustrant nos propos. La période de recrutement s'est étendue du 12 mars au 30 avril 2025.

III. Protocole expérimental

Le questionnaire électronique a été réalisé sur la plateforme sécurisée LimeSurvey (**Annexe 5**). Il contient une première partie informative résumant l'étude ainsi que les modalités de participation, à savoir une réponse individuelle de la part de chacun des participants. A l'origine, le questionnaire se divisait en deux parties. La première concernait l'ensemble des questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques des patients. Un filtre a été mis en place pour que certaines questions ne s'adressent qu'à une catégorie de répondants. Cela a permis l'utilisation d'un questionnaire électronique unique pour l'ensemble des participants.

La seconde partie comportait les items soumis à l'évaluation de la pertinence et de la compréhension. Une alternance entre questions ouvertes, évaluant la compréhension, et questions fermées, relatives à la pertinence, a permis de garder les items groupés. Cependant, lors de la récolte des résultats, les auteures ont constaté un abandon important des participants face aux questions ouvertes. Dès lors, l'ordre a été modifié. Une séparation entre questions fermées, placées en premier, suivies des questions ouvertes a été organisée. Cette modification a permis d'obtenir davantage des réponses complètes aux questions fermées.

L'exhaustivité a été évaluée en demandant aux répondants de communiquer les informations manquantes selon eux.

2.1.6. Étape 6 : Essais sur le terrain

Par manque de temps, cette étape ne pourra pas être réalisée dans le cadre de ce mémoire. La validation de ce questionnaire pourrait faire l'objet de futures recherches.

2.2. Analyse statistique

Les données ont été analysées grâce au programme statistique SPSS « *IBM SPSS version 29.0* ». Pour toutes les analyses, le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$. La normalité a été vérifiée au moyen d'histogrammes, de boxplots, de QQplots et du test de Kolmogorov-Smirnov avant de réaliser les tests non paramétriques. Une description de la population a été effectuée via des statistiques descriptives sur les variables quantitatives (âge, ancienneté, nombre de patients scoliotiques) et catégorielles (sexe, province et durée de suivi chez le kinésithérapeute).

Pour étudier si la pertinence des items différait selon le type de répondant, une analyse de la variance par les rangs (Kruskal-Wallis) a été réalisée avec comme variable indépendante, le type de répondant (adolescent, référent, kinésithérapeute), et comme variable dépendante, le score de pertinence de l'ensemble des items.

Par ailleurs, une analyse des scores de pertinence a été menée en fonction des paramètres socio-démographiques, tels que la province et la structure de prise en charge et le sexe afin d'étudier d'éventuelles variations selon les caractéristiques

des participants. Pour cela, un second test de Kruskal-Wallis a été réalisé avec comme variable indépendante, les paramètres socio-démographiques (province, structure, sexe) et comme variable dépendante, le score de pertinence pour l'ensemble des items. Des comparaisons post-hoc pairées ont été effectuées.

Des tests de corrélation de Spearman (r_s) ont été menés dans le but d'observer si une corrélation significative existait entre les facteurs socio-démographiques (ancienneté du kiné, durée de suivi chez le kiné, nombre de patients scoliotiques par semaine) et les scores de pertinence de l'ensemble des items.

Concernant l'analyse de la compréhension des items, l'échantillon variait de 36 réponses valides (QO1) à 16 réponses valides (QO27). Les questions présentant un nombre important de données manquantes nécessitaient une attention particulière en raison du risque de biais potentiel qu'elles pouvaient introduire dans l'interprétation des résultats. Il existait une augmentation progressive du nombre de données manquantes au fil de l'avancée dans le questionnaire, en raison d'une potentielle lassitude chez le répondant. Cependant, une attrition progressive ne peut pas être objectivée avec certitude. En effet, le nombre de non-réponses n'augmente pas de façon strictement linéaire tout au long du questionnaire car l'ordre des questions a été modifié par les auteures après la diffusion de celui-ci afin de récolter davantage de réponses aux questions fermées. Le détail complet des effectifs par question et par répondant est disponible en annexe (**Annexe 6**).

Un troisième test de Kruskal-Wallis a été effectué pour déterminer si le score de compréhension différait selon le type de répondant. Des comparaisons post-hoc pairées ont été réalisés. Afin d'identifier les items présentant un faible niveau de compréhension, nécessitant une modification dans la version finale du questionnaire, le score moyen de compréhension a été calculé par type de répondant pour chacun des items.

Pour finir, une analyse qualitative a été réalisée sur les questions ouvertes.

3. RÉSULTATS

3.1. Pertinence des items

Sur les 130 réponses reçues, 31 ont été analysées pour évaluer la pertinence des items. Seuls les questionnaires dont les participants avaient répondu à l'entièreté des questions fermées ont été sélectionnés afin de garantir la cohérence statistique de nos résultats.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Tableau 3. Statistiques descriptives populationnelles des variables quantitatives

Variable	Population	N	Médiane [P25 ; P75]	*0 valeur manquante
Âge (années)	Adolescents	6	16 [13 ; 16]	
Ancienneté (mois)	Kinésithérapeutes	15	108 [24 ; 168]	
Nombre de patients scoliotiques par semaine	Kinésithérapeutes	15	2 [0 ; 2]	

La P-valeur des tests de Kolmogorov-Smirnov pour l'ensemble des variables quantitatives présentées dans le tableau 3 étant supérieure à 0,05, l'hypothèse de normalité ne peut pas être rejetée. Cependant, compte tenu de la petite taille de l'échantillon et de l'apparence de l'histogramme, du Q-Q plot et du boxplot indiquant que cet échantillon ne suit pas la loi normale, les analyses statistiques ont, par précaution, été réalisées à l'aide tests non paramétriques.

Tableau 4. Distribution des participants selon le sexe

Variable	Population	Modalité	Effectif	Pourcentage	*0 valeur manquante
Sexe	Adolescents	Homme	0	0%	
		Femme	6	100%	
		Total	6	100%	
	Référénts	Homme	2	20%	
		Femme	8	80%	
		Total	10	100%	
	Kinésithérapeutes	Homme	10	66,7%	
		Femme	5	33,3%	
		Total	15	100%	

Tableau 5. Distribution des participants selon la structure de prise en charge

Variable	Population	Modalité	Effectif	Pourcentage	*0 valeur manquante
Structure	Adolescents	Hôpital	2		
		Cabinet privé	4		
		Maison médicale	0		
	Référénts	Hôpital	7		
		Cabinet privé	5		
		Maison médicale	0		
	Kinésithérapeutes	Hôpital	5		
		Cabinet privé	14		
		Maison médicale	3		

Les pourcentages et totaux n'ont pas été indiqués dans le tableau 5 car la prise en charge s'est déroulée dans plusieurs lieux pour certains participants.

Tableau 6. Distribution des participants selon la province

Variable	Population	Modalité	Effectif	Pourcentage	*0 valeur manquante
Province	Adolescents	Hainaut	4	66,7%	
		Brabant			
		Wallon	0	0%	
		Namur	0	0%	
		Liège	0	0%	
		Luxembourg	0	0%	
		Bruxelles	2	33,3%	
		Total	6	100%	
	Référénts	Hainaut	0	0%	
		Brabant			
		Wallon	2	20%	
		Namur	2	20%	
		Liège	0	0%	
		Luxembourg	2	20%	
		Bruxelles	4	40%	
		Total	10	100%	
	Kinésithérapeutes	Hainaut	5	33,3%	
		Brabant			
		Wallon	2	13,3%	
		Namur	3	20%	
		Liège	0	0%	
		Luxembourg	3	20%	
		Bruxelles	2	13,3%	
		Total	15	100%	

Tableau 7. Distribution des participants selon la durée de suivi chez le kinésithérapeute

Variable	Population	Modalité	Effectif	Pourcentage	Valeurs manquantes
Durée de suivi	Adolescents	≤ 6 mois	1	16,7%	1
		>6 mois à ≤1 an	0	0%	
		> 1 an à ≤ 3 ans	4	66,7%	
		> 3 ans	0	0%	
		Total	5	83,3%	
	Référénts	≤ 6 mois	0	0%	2
		>6 mois à ≤1 an	1	10%	
		> 1 an à ≤ 3 ans	4	40%	
		> 3 ans	3	30%	
		Total	8	80%	

L'analyse visuelle du tracé de répartition gaussien sur les histogrammes ne présente pas la forme d'une courbe en cloche inhérente à une distribution normale. Par conséquent, des tests non paramétriques seront utilisés pour l'ensemble des analyses statistiques.

3.1.2. Évaluation de la pertinence des items entre les groupes de participants

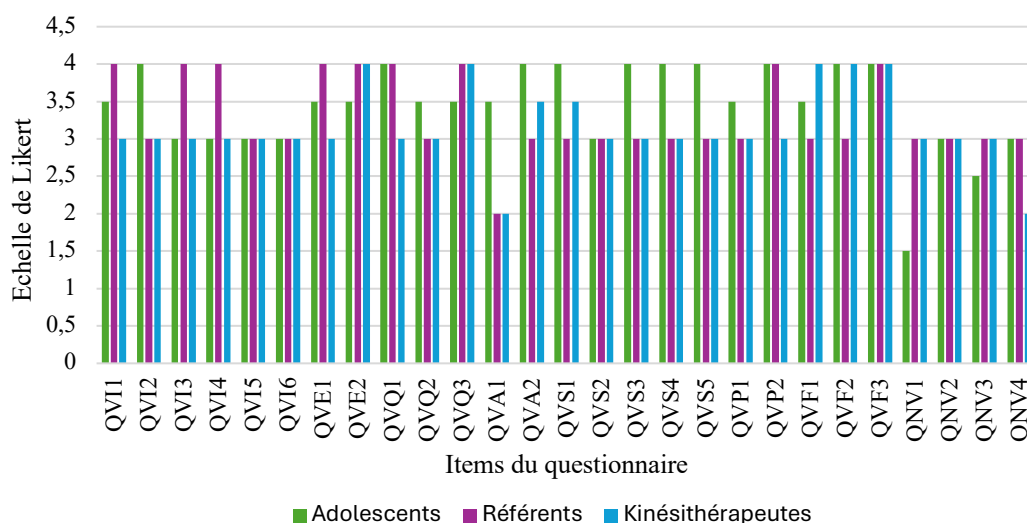


Fig. 2. Médianes des scores de l'échelle de Likert (1 = pas du tout d'accord, 2 = peu d'accord, 3 = plutôt d'accord, 4 = tout à fait d'accord) pour chacun des items du questionnaire par type de répondant. QV1 : question sur la communication verbale instrumentale ; QVE : question sur la communication verbale liée à l'écoute ; QVQ : question sur la communication verbale liée à la qualité de l'information ; QVA : question sur la communication verbale affective ; QVS : question sur la communication verbale structurelle ; QVP : question sur la communication verbale concernant les facteurs psychosociaux ; QVF : question sur la communication verbale concernant les feedback ; QNV : question sur la communication non verbale.

Note : Les questions correspondants aux différentes classes de communication sont expliquées dans les annexes (Annexe 7).

Suite à la réalisation du test de Kruskal-Wallis, aucune différence significative entre les trois groupes n'a été relevée ($p > 0,05$). Malgré l'absence de différences significatives entre les trois groupes, des tendances descriptives peuvent être mises en évidence suite à l'observation des médianes (**Fig. 2**). Bien que les adolescents attribuent globalement des scores plus élevés de pertinence sur l'échelle de Likert que les autres groupes pour l'ensemble des items, cet écart est particulièrement marqué pour les items relatifs à la communication affective (QVA1, QVA2) et structurelle (QVS1, QVS2, QVS3, QVS4, QVS5). En revanche, les items portant sur la communication non verbale (QNV1, QNV2, QNV3, QNV4) reçoivent pour l'ensemble des participants un score inférieur sur l'échelle de Likert. En raison d'une absence significative de résultats lors de l'évaluation individuelle des 27 items, un regroupement en catégories de communication a d'abord été réalisé, suivi d'un second regroupement en communication verbale et non verbale afin de réduire le nombre d'analyse et d'augmenter la puissance statistique. Cependant, les résultats restent similaires quant à l'évaluation de la pertinence des items sur l'échelle de Likert entre les groupes de participants.

3.1.3. Évaluation de la pertinence des items entre les groupes de participants selon des caractéristiques socio-démographiques.

I. Provinces

Des différences statistiquement significatives ont été mises en évidence pour l'item QVQ3 ($H(1) = 4,821$; $p = 0,028$, KRUSKAL-WALLIS) et QNV4 ($H(1) = 4,702$; $p = 0,030$, KRUSKAL-WALLIS) entre les kinésithérapeutes et les adolescents dans la province du Hainaut. Aucune comparaison post-hoc multiple n'a été effectuée, le nombre de groupes étant inférieur à trois.

D'autres différences statistiquement significatives ont été révélées entre les référents et les kinésithérapeutes pour les items QVI1 ($H(1) = 4,000$; $p = 0,046$, KRUSKAL-WALLIS) et QVI3 ($H(1) = 4,000$; $p = 0,046$, KRUSKAL-WALLIS) dans la province de Namur ainsi que pour l'item QVI6 ($H(1) = 4,000$; $p = 0,046$, KRUSKAL-WALLIS) dans la province du Luxembourg. Aucune comparaison post-hoc multiple n'a été effectuée, le nombre de groupes étant inférieur à trois.

II. Structure

Une différence statistiquement significative a été révélée pour le score de pertinence de l'item QNV4 à l'hôpital entre les types de répondants ($H(2) = 6,266$; $p = 0,044$, KRUSKAL-WALLIS). Des comparaisons post-hoc montrent une différence statistiquement significative dans le score de pertinence de l'item QNV4 à l'hôpital entre les référents et les kinésithérapeutes ($U = 5,443$; $p = 0,039$; $n_2 = 7$; $n_3 = 5$, MANN-WHITNEY) (**Fig. 3**). La P-valeur a été ajustée avec la correction de Bonferroni.

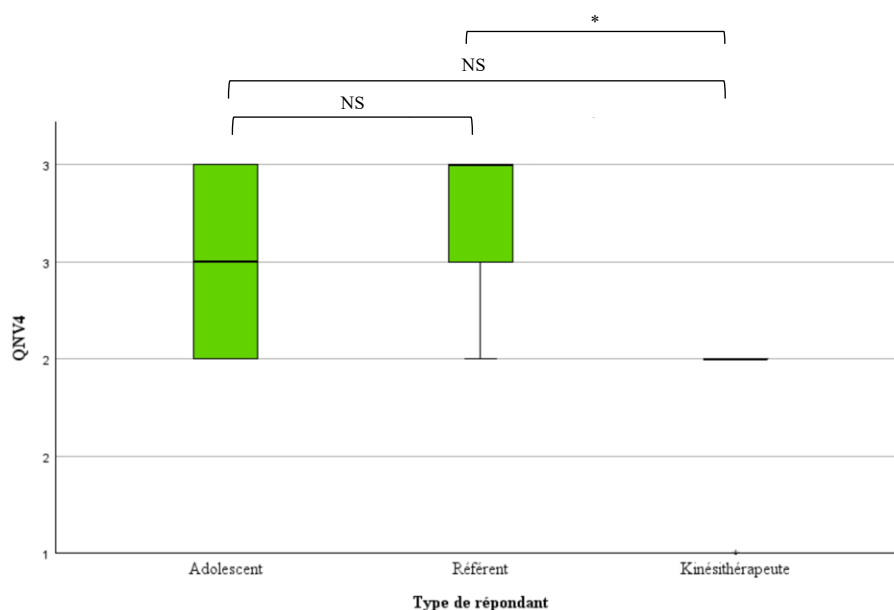


Fig. 3. Boxplot du score de pertinence de l'item QNV4 à l'hôpital selon le type de répondant.

* $p < 0,05$: différence significative entre les résultats médians.

NS non significatif : pas de différence significative entre les résultats médians.

III. Sexe

En raison de la taille réduite de l'échantillon, les valeurs de significativité exacte ont été retenues car elles sont plus appropriées dans ce contexte. Aucune différence significative n'a été observée.

3.1.1. Analyse corrélative

Il existe une corrélation positive significative entre l'ancienneté des kinésithérapeutes et les scores de pertinence sur l'échelle de Likert accordés aux

items concernant la communication non verbale (QNVn° 1-4) ($r_s = 0,613$; $p = 0,015$). Cette corrélation est visible sur la figure ci-dessous (**Fig. 4**).

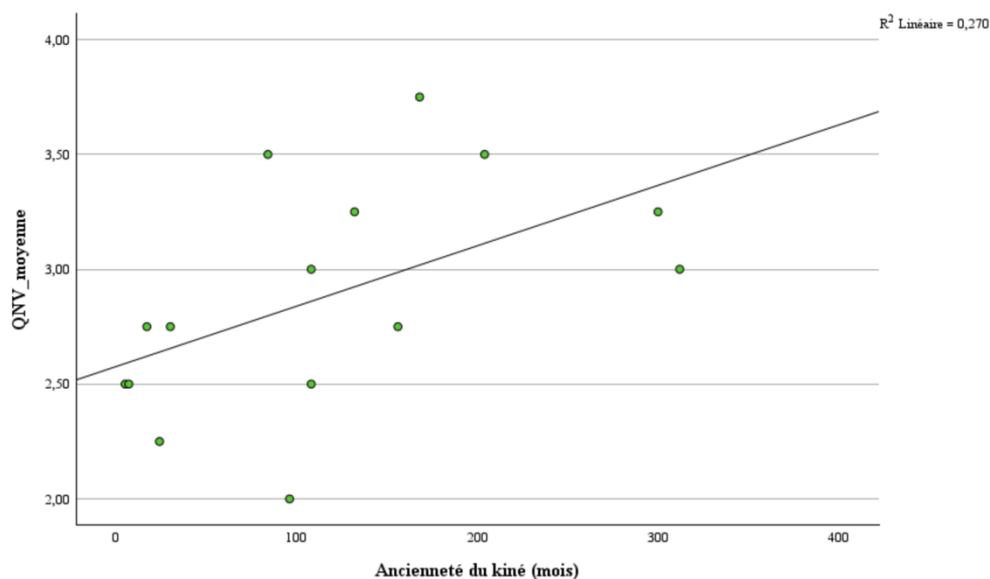


Fig. 4. Graphique en nuage de points illustrant la corrélation positive obtenue entre l'ancienneté du kinésithérapeute et les scores de pertinence sur l'échelle de Likert (1 = pas du tout d'accord, 2 = peu d'accord, 3 = plutôt d'accord, 4 = tout à fait d'accord).

Cependant, aucune corrélation statistiquement significative n'a été révélée pour la durée du suivi en kinésithérapie et pour le nombre de patients scoliotiques suivis.

3.1.2. Distribution des scores de pertinence par domaine de communication

Afin de simplifier la lecture des résultats, les 27 items du questionnaire ont été regroupés en différents domaines de communication. Une analyse descriptive de ces domaines a été réalisée sur l'ensemble des répondants, mettant en évidence leur niveau de pertinence perçue pour les classes de communication dans la prise en charge de la scoliose (**Tableau 8**).

Tableau 8. Distribution des scores de pertinence par domaine de communication pour l'ensemble des répondants

Items	N	Médiane [P25 ; P75]	Valeurs manquantes
<i>QVI</i>	25	3,3333 [3,0000 ; 3,5000]	6
<i>QVE</i>	25	3,5000 [3,0000 ; 4,0000]	6
<i>QVQ</i>	25	3,3333 [3,1667 ; 4,0000]	6
<i>QVA</i>	25	3,0000 [2,5000 ; 3,5000]	6
<i>QVS</i>	25	3,6000 [3,0000 ; 3,8000]	6
<i>QVP</i>	25	3,5000 [3,0000 ; 4,0000]	6
<i>QVF</i>	25	3,6667 [3,3333 ; 4,0000]	6
<i>QNV</i>	25	3,0000 [2,5000 ; 3,2500]	6

QVI = question sur la communication verbale instrumentale, *QVE* = question sur la communication verbale liée à l'écoute, *QVQ* = question sur la communication verbale liée à la qualité de l'information, *QVA* = question sur la communication verbale affective, *QVS* = question sur la communication verbale structurelle, *QVP* = question sur la communication verbale concernant les facteurs psychosociaux, *QVF* = question sur la communication verbale par feedback, *QNV* = question sur la communication non verbale.

L'analyse des médianes pour l'ensemble des répondants met en évidence des variations dans les scores de pertinence sur l'échelle de Likert concernant les différents domaines de communication. La QVF présentant une médiane de 3,67 et la QVS avec une médiane de 3,6 démontrent des scores plus élevés. Les résultats indiquent que les répondants perçoivent ces domaines comme important dans la prise en charge de la scoliose. En revanche, la QNV et la QVA avec des médianes de 3, indiquent une pertinence plus modérée.

3.2. Compréhension des items

Les questions ouvertes présentes en seconde partie du questionnaire ont permis d'évaluer la compréhension des différents items par l'ensemble des répondants. La totalité des réponses aux questions ouvertes ont été prises en considération afin de ne pas biaiser les scores de compréhension.

3.2.1. Nature des réponses recueillies

Dans le but d'évaluer la compréhension des répondants aux différents items sélectionnés pour la création d'un questionnaire évaluant la communication dans la prise en charge de la scoliose, il a été demandé à chacun des participants comment il comprenait la phrase présentée ainsi que de la reformuler avec ses mots. Lors de l'analyse qualitative de ces questions ouvertes, il a été observé que tous les répondants n'avaient pas strictement réalisé une reformulation de l'item. C'est pourquoi les réponses obtenues pour les questions ouvertes ont été classifiées en trois catégories : réponse, interprétation et reformulation. Au total, 15,4% des résultats sont des réponses à l'item. La majorité de ces données ne peut pas être utilisée pour l'évaluation de la compréhension des items. En effet, les réponses de type « *Oui parfaitement (Q6-R.n°112)* », « *Oui (Q17-R.n°109)* », n'apportent pas d'information quant à la compréhension. Le reste des réponses représentent 19,9% d'interprétations et 64,7% de reformulations.

3.2.2. Évaluation de la compréhension des items entre les groupes de participants

Dans le but de vérifier si chacun des participants comprenait les items de la façon attendue par les auteures, une analyse cognitive a été réalisée. La compréhension des items a été codée selon trois catégories : 0 = mauvaise compréhension, 1 = compréhension partielle, 2 = bonne compréhension. Des comparaisons des scores de compréhension entre les répondants ont été réalisées. Aucune différence significative entre les trois groupes n'a été révélée pour l'ensemble des items à l'exception de l'item 6 (« les consignes des exercices à réaliser sont compréhensibles ») (**Fig.5**) pour lequel une différence dans les scores de compréhension a été mise en évidence selon le groupe de répondant ($H(2) = 13,235$; $p = 0,001$, KRUSKAL-WALLIS). Des comparaisons post-hoc montrent une différence statistiquement significative de la compréhension entre le kinésithérapeute et le référent ($U = -7,857$; $p = 0,024$; $n_2 = 7$; $n_3 = 11$, MANN-WHITNEY) et entre le référent et l'adolescent ($U = 7,857$; $p = 0,002$; $n_1 = 4$; $n_2 = 7$, MANN-WHITNEY).

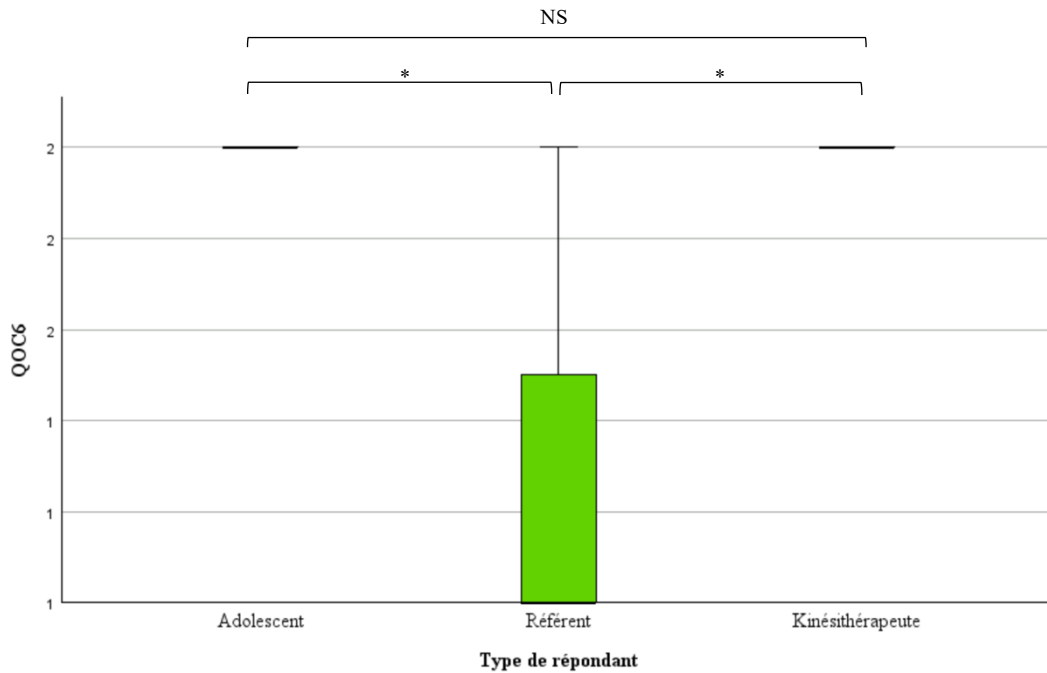


Fig. 5. Boxplot du score de compréhension de l'item QOC6 selon le type de répondant.

** $p < 0,05$: différence significative entre les résultats médians.*

NS non significatif : pas de différence significative entre les résultats médians.

Aucune analyse comparative selon les données socio-démographiques n'a été menée. En effet, l'objectif étant d'évaluer la compréhension globale des items en vue de créer une version finale de questionnaire accessible à tous les répondants quelles que soient leurs caractéristiques. Bien que la compréhension verbale puisse différer selon l'âge des enfants, une analyse de la compréhension selon l'âge des adolescentes n'a pas pu être réalisée en raison d'une taille réduite de l'échantillon ($N = 5$) et d'une distribution non normale de l'âge.

3.2.3. Comparaison des scores de compréhension par item et par groupe de répondants

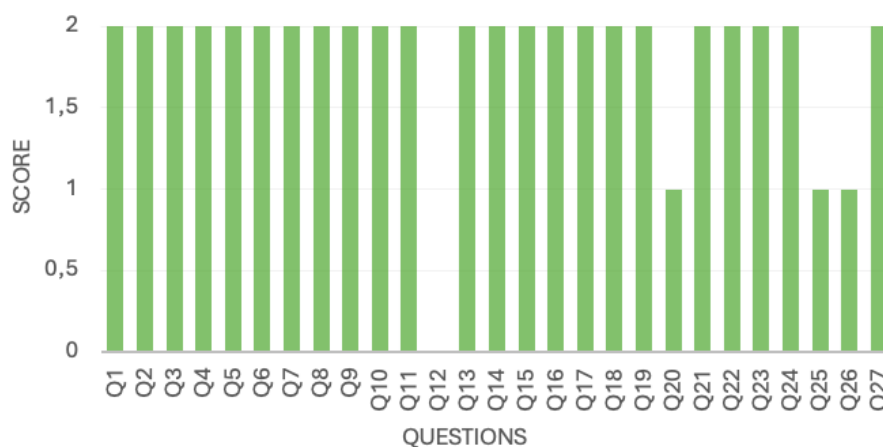


Fig. 6. Scores médians de compréhension des items pour l'ensemble des répondants

La figure 6 illustre les scores médians de compréhension des items pour l'ensemble des répondants. L'item 12 présente un score médian de zéro, indiquant par conséquent une mauvaise compréhension. Les items 20, 25 et 26 affichent des scores modérés, traduisant une compréhension partielle. Ces résultats suggèrent que ces items présentant un score plus faible nécessitent une modification afin d'améliorer la validité de contenu du questionnaire.

3.3. Analyse qualitative¹

Le détail de l'analyse qualitative pour l'ensemble des questions ouvertes se trouve en annexe (**Annexe 8**). Tout comme la version d'une réponse complète au questionnaire par un des participants (**Annexe 9**).

3.3.1. Question ouverte n°1 (QO1) : "Au début de la prise en charge en kinésithérapie, suffisamment d'informations sont données sur la scoliose"

L'item est associé au besoin de recevoir, dès le début du traitement, suffisamment d'informations claires sur la scoliose et les objectifs kinésithérapeutiques : « (...) explique ce qu'est une scoliose, comment va se

¹ Pour garder une certaine harmonie dans le travail, les auteures ont corrigé les fautes d'orthographe présentes dans les extraits de réponses des participants.

dérouler le traitement, quel impact ça a sur la vie. » (Q1-A.n°122) ; « Je reçois assez d'informations (...) » (Q1-K.n° 5). Car en début de PEC, les informations sont souvent dispersées « Au début de la prise en charge, les informations n'étaient pas toujours claires et fortement dispersées. Pas assez synthétisées » (QO1-R.n° 112). La notion d'éducation pour rendre le patient actif dans sa PEC est ressortie chez les kinésithérapeutes « (...) afin que ce dernier devienne acteur de sa pathologie » (QO1-K.n°54). Les adolescents ont exprimés le souhait d'avoir des explications claires sur la scoliose, son traitement et ses impacts tandis que les kinésithérapeutes ont jugé nécessaire d'expliquer les différents types de scoliose, les symptômes, la durée de suivi de la PEC (longue et régulière) et d'encourager l'autonomie du patient.

3.3.2. Question ouverte n°2 (QO2) : "Une explication sur l'évolution de la scoliose est donnée"

Tous les participants ont compris que cet item mentionne des explications sur l'évolution future et sur les modifications potentielles de la scoliose. Pour les kinésithérapeutes, la compréhension et l'information permettent au patient d'adhérer au traitement et de garder la motivation : « Il est nécessaire que le patient comprenne le traitement pour y adhérer » (Q2-K.n°93) ; « (...) et garder sa motivation. » (Q1-K.n°59) ; « (...) pour qu'il ne se décourage pas. » (Q2-K.n°125). Aborder les différents aspects de la scoliose tels que la différence avec et sans traitement, son évolution et comment vivre avec une scoliose semble également être important pour les kinésithérapeutes. De plus, dans certains cas, il est mis en évidence qu'il existe des erreurs dans les mesures d'évolution données aux référents.

3.3.3. Question ouverte n°3 (QO3) : "La durée de la prise en charge de la scoliose en kinésithérapie est expliquée"

Les participants ont compris que la durée de la PEC kinésithérapeutique de la scoliose doit être indiquée. Généralement, il est précisé que la PEC est de longue durée : « (...) La scoliose nécessite un suivi sur le long terme (...) » (Q3-K.n°54) et qu'elle doit être régulière : « (...) l'importance dans le temps, la régularité... » (Q3-R.n°109). Une des kinésithérapeutes a expliqué qu'elle ne donnait pas de délais car cela pouvait engendrer des attentes qui pourraient ne pas être atteintes.

3.3.4. Question ouverte n°4 (QO4) : "Les différentes étapes de la prise en charge de la scoliose en kinésithérapie sont expliquées"

Pour les répondants, des explications sur les étapes du traitement de la scoliose doivent être fournies. Le kinésithérapeute doit informer les parents sur ce à quoi ils doivent prêter attention : « (...) *une séance avec les parents pour leur montrer à quoi ils doivent s'attendre et à quoi faire attention Les parents assistent aux bilans réalisés* » (QO4-K.n°11). Les informations sont également expliquées aux parents.

3.3.5. Question ouverte n°5 (QO5) : "Le dialogue est compréhensible par tous les intervenants grâce à l'utilisation de mots simples"

Il est utile que des explications compréhensibles via l'utilisation de mots simples soient transmises : « *Mon kinésithérapeute utilise des mots que je peux comprendre sans avoir fait médecine pour que je comprenne quand il me parle* » (QO5-A.n°123). S'il subsiste des incompréhensions, les référents ont indiqué qu'ils pouvaient poser toutes les questions qu'ils souhaitent. Les kinésithérapeutes ont exprimé que les explications données doivent être adaptées au patient et que les termes techniques utilisés doivent être définis : « (...) *l'utilisation de terme technique doit être expliquée et montrée avec des exemples. Il faut vulgariser le langage pour s'adapter à la personne concernée* » (QO5-K.n°54).

3.3.6. Question ouverte n°6 (QO6) : "Les consignes des exercices à réaliser sont compréhensibles"

Comprendre les exercices est possible grâce à l'utilisation de consignes claires et simples ou grâce à la démonstration des propos utilisés : « *On donne l'ensemble des consignes, on ne noie pas le patient avec des détails mais on corrige au fur et à mesure les différents paramètres pour une meilleure intégration de ces derniers. Donner les explications dans un ordre logique et simple.* » (QO6-K.n°54) ; « *Parfois un exemple est plus simple que des mots* » (QO6-K.n°125). Cela engendre une bonne réalisation de l'exercice par le patient : « (...) *permettent de bien le réaliser* » (QO6-K.n°40).

3.3.7. Question ouverte n°7 (QO7) : "L'exercice est montré avant d'être réalisé"

Une démonstration de l'exercice doit être effectuée avant qu'il ne soit réalisé : « *Je vous montre avant, ensuite c'est à vous* » (QO7-R.n°60). « *Oui l'exercice est montré avant.* » (QO7-R.n°109). Pour les kinésithérapeutes, il est plus important de montrer que d'expliquer verbalement un exercice : « *(...) exemple est plus simple que des mots* » (QO7-K.n°125) et de pointer les corrections éventuelles à réaliser : « *Je montre correctement l'exercice et je le réalise avec une correction* » (QO7-K.n°5).

3.3.8. Question ouverte n°8 (QO8) : "Je peux m'exprimer sans être interrompu"

Chaque intervenant doit pouvoir parler sans être interrompu et tout le monde doit s'écouter. Selon le référent, le kinésithérapeute doit inciter les différents participants à poser des questions : « *Merci de poser vos questions si nécessaire* » (QO8-R.n°60). En effet, pouvoir s'exprimer sans être interrompu est un signe de respect qui facilite la participation et la compréhension de chacun : « *le respect et la compréhension sont fondamentaux pour la participation active du patient et la bonne compréhension des difficultés rencontrées pour le thérapeute. (...)* » (QO8-K.n°54).

3.3.9. Question ouverte n°9 (QO9) : "La prise de décision concernant la prise en charge en kinésithérapie se fait d'un commun accord entre tous les participants"

Les décisions doivent être prises en tenant compte de l'avis de tous les intervenants : « *Le spécialiste, le kiné, les parents, l'école et surtout le patient... doivent être partie prenante. (...)* » (QO9-K.n°62). De plus, le patient doit être au centre de la rééducation et être acteur de sa PEC : « *(...) prise en charge centrée sur le patient (...)* » (QO9-K.n°29) ; « *(...) le patient est aussi acteur de sa rééducation* » (QO9-K.n°8). Un référent a indiqué que la prise de décision se faisait d'un commun accord : « *Oui et la décision fut d'un accord (...)* » (QO9-R.n°109).

3.3.10. Question ouverte n°10 (QO10) : "La conversation est principalement centrée sur le patient"

Le fait que l'enfant doit être placé au centre de la conversation est correctement compris par les répondants. De plus, la discussion doit tourner autour du patient : « *On parle de la personne atteinte de scoliose et on ne compare pas avec d'autres patients. (...)* » (QO10-R.n°83). Toutefois, il est nécessaire d'aborder la pathologie en elle-même et l'entourage de l'enfant : « (...) *Il faut aussi aborder la pathologie en tant que telle et l'aide de l'entourage dans le traitement* » (QO10-K.n°125).

3.3.11. Question ouverte n°11 (QO11) : "Lors des séances, du temps est consacré aux questions éventuelles"

Le kinésithérapeute doit laisser du temps pour que les questions éventuelles soient posées. Il doit même inciter les intervenants à poser leurs questions : « *N'hésitez pas à poser des questions* » (QO11-R.n°75). En effet, poser des questions permet au patient de s'investir pleinement et de comprendre tous les aspects de la pathologie. Par ailleurs, il convient aux thérapeutes d'être à l'écoute de ces questions : « *Le kiné est là pour écouter; c'est très important.* » (QO11-K.n°62). Certaines réponses ont indiqué qu'un nombre important de patients pouvait limiter le temps que le kinésithérapeute consacre aux questions : « *Oui, mais pas toujours possible à cause du nombre important de patients* » (QO11-R.n°112).

3.3.12. Question ouverte n°12 (QO12) : "Les questions posées permettent une réponse argumentée"

Les questions ouvertes permettent au thérapeute de récolter un maximum d'informations sur le patient : « (...) *il faut de la place aux questions ouvertes pour bien comprendre la problématique vécue par la personne, son ressenti vis-à-vis de sa pathologie. Il faut comprendre pour personnaliser le traitement* » (QO12-K.n°54).

Cependant, de nombreux répondants n'ont pas compris le sens de cet item : « *Questions posées par qui ?* » (QO12-K-n°50).

3.3.13. Question ouverte n°13 (QO13) : "Le dialogue est adapté en fonction de l'âge de chacun pendant la séance de kinésithérapie"

Pour l'ensemble des répondants, il est nécessaire d'avoir une conversation adaptée à l'âge de la personne en face en ajustant son vocabulaire. De plus, adapter le dialogue permet au patient d'accepter la PEC : « (...) *pour accepter de se faire suivre par le kiné et réaliser les exercices* » (QO13-R.n°57).

3.3.14. Question ouverte n°14 (QO14) : "La compréhension des consignes est vérifiée"

Le kinésithérapeute doit s'assurer que les exercices sont compris, surtout avant le retour à la maison : « (...) *refaire l'exercice devant lui afin de s'assurer qu'il ait bien compris les exercices et qu'il les fasse convenablement* » (QO14-R.n°83). Pour rendre cela possible, les informations données doivent être claires et précises. Le kinésithérapeute doit également corriger en permanence : « *Je corrige en permanence* » (QO14-K.n°5).

3.3.15. Question ouverte n°15 (QO15) : "La compréhension des nouvelles informations est vérifiée"

Les kinésithérapeutes doivent vérifier si les nouvelles informations sont comprises : « (...) *Pouvez-vous m'expliquer avec vos mots ce que je viens de dire* » (Q15-R.n°60). En effet, cette vérification permet aux patients et aux référents de faire des liens avec les informations reçues ultérieurement : « (...) *c'est important pour la suite de s'assurer que tout a un sens. On fait le lien avec les consignes précédentes.* » (QO15-K.n°54).

3.3.16. Question ouverte n°16 (QO16) : "Une correction est donnée lors de la réalisation des exercices"

Tous les sujets se sont accordés sur le fait que le kinésithérapeute doit corriger un exercice s'il est mal exécuté. Ce feedback permet à l'exercice d'être en phase avec son objectif et donc d'avoir un effet optimal : « *Pour avoir un impact max sur les symptômes il faut avoir un geste précis* » (QO16-K.n°125).

Un des kinésithérapeutes a souligné le fait que, pour lui, le mot « correction » est trop dur. Selon lui, cela fait référence à une punition, il serait donc plus judicieux d'utiliser le mot « feedback ».

3.3.17. Question ouverte n°17 (QO17) : "La discussion favorise une compréhension réciproque des attentes de chacun"

Les répondants ont expliqué que parler permet à chacun de se comprendre. La compréhension permet d'adhérer au traitement. Pour cela une discussion efficace via un climat serein et de confiance est indispensable : « *Un climat serein et une confiance mutuelle sont essentiels.* » (QO17-R.n°48). De plus, il faut adapter son discours à la personne visée par les informations : « *Le kiné, ainsi que le patient s'adaptent l'un à l'autre.* » (QO17-K.n°133).

3.3.18. Question ouverte n°18 (QO18) : "Il y a une écoute mutuelle tout au long de la conversation"

Tout le monde doit s'écouter. Cela permet de se comprendre et d'avancer ensemble : « *comprendre l'autre pour adapter son discours nécessite de l'écouter pleinement. Écoutons nous vraiment pour avancer ensemble* » (QO18-K.n°54). De plus, d'après l'un des kinésithérapeutes, lorsqu'une question est posée, sa réponse doit être écoutée : « *Ne pas poser une question et écouter à moitié la réponse du patient et inversement* » (QO18-K.n°133).

3.3.19. Question ouverte n°19 (QO19) : "Les aspects psycho-sociaux (stress, anxiété, dépression, environnement, éducation,...) sont abordés lors du dialogue"

D'après certains kinésithérapeutes, la PEC va au-delà du corps : « (...) *et ne se limite pas au corps* » (QO19-K.n°99). Car toutes les informations sont utiles à la PEC de la scoliose : « (...) *tout est utile au traitement* » (QO19-R.n°60). En effet, il est pertinent de s'intéresser au patient dans son ensemble lors de la discussion : « *Pouvoir parler de tout avec son kinésithérapeute permet qu'il sache qui vous êtes et parfois pourquoi on est plus tendu* » (QO19-A.n°123). D'autant plus lorsque les participants reconnaissent que les facteurs extérieurs peuvent influencer la PEC et ses résultats : « *les facteurs tiers peuvent influencer le traitement. Comprendre la réalité de l'autre et ne pas négliger les facteurs extérieurs au traitement* » (QO19-K.n°54). Pour rendre cela possible, il est important qu'il y ait de la confiance entre les intervenants.

Cependant, un référent a indiqué que selon lui, cet aspect n'est pas du ressort du kinésithérapeute : « *Pas vraiment, ce sont des problèmes que les parents doivent gérer* » (QO19-R.n°112).

3.3.20. Question ouverte n°20 (QO20) : "Lorsqu'un conflit est présent, une discussion permet de s'assurer de la bonne continuité du traitement"

Aucun adolescent n'a répondu à cette question ouverte. Dès lors, les observations décrites ci-dessous ne les concernent pas.

La discussion permet de régler un désaccord. Dès lors, il est indispensable de se remettre en question pour avancer ensemble dans un intérêt commun : « (...) *comprendre le pourquoi et de se remettre en question. Le but est d'avancer ensemble, pas de savoir qui a raison.* » (QO20-K.n°54). En effet, un conflit peut diminuer l'efficacité du traitement : « (...) *car cela risquerait fortement de fausser une bonne prise en charge tant du côté du patient que du kiné* » (QO20-K.n°134).

Cependant, les conflits sont considérés comme peu fréquents de manière générale par les kinésithérapeutes et les référents. De plus, un kinésithérapeute a indiqué que le mot « conflit » ne représentait pas la réalité. Selon lui, le mot « lassitude » serait plus approprié : « (...) *Je parlerais plutôt de la lassitude et de convaincre le patient que c'est nécessaire de passer par là pour le futur* » (QO20-K.n°62).

3.3.21. Question ouverte n°21 (QO21) : "Le contact visuel est maintenu tout au long de la conversation"

Il est important de regarder son interlocuteur lors de la discussion. Cela signifie que le regard ne doit pas être fuyant : « *Pas de regard fuyant ou déconcentré* » (QO21-R.n°48). En effet, le contact visuel est un signe d'écoute et d'attention : « (...) *permet de montrer l'attention à la conversation. (...)* » (QO21-K.n°54). Le kinésithérapeute ne doit donc pas réaliser une autre tâche en même temps : « (...) *ne pas faire plusieurs choses en même temps* » (QO21-K.n°54). Toutefois, certaines positions adoptées chez le kinésithérapeute ne permettent pas de garder le contact visuel : « *Quand je suis sur le ventre, je ne sais pas voir mon kinésithérapeute* » (QO21-A.n°123).

3.3.22. Question ouverte n°22 (QO22) : "L'intonation utilisée favorise les échanges"

Le ton utilisé dans la discussion favorise les échanges et la compréhension : *« La voix de la personne et la façon dont elle s'adresse à l'enfant ou aux parents a beaucoup d'importance pour qu'il puisse bien comprendre ce qu'on lui demande ou ce que l'on explique (...) l'intonation de la voix est très importante » (QO22-R.n°83).* De plus, par manque de contact visuel, le ton de la voix améliore la compréhension : *« lorsque je ne vois pas mon kinésithérapeute, l'intonation aide à la compréhension mutuelle » (QO22-A.n°123).*

Une voix douce, calme et posée permet de rassurer le patient et son entourage : *« Une voix calme et posée, rassure le patient sur la capacité du kiné à prendre en charge cette pathologie » (QO22-R.n°60).* Toutefois, il faut être vigilant quant au ton employé dans les discussions, car cela pourrait blesser l'interlocuteur à qui l'information est adressée : *« (...) il faut être en accord avec les paroles prononcées sans blesser les gens » (QO22-K.n°54).*

3.3.23. Question ouverte n°23 (QO23) : "J'utilise des hochements de la tête, des expressions faciales pour montrer ma compréhension/incompréhension"

Les hochements de tête, les mimiques, les expressions faciales et le langage corporel permettent la compréhension : *« lorsque je ne sais pas communiquer correctement avec mon kinésithérapeute le langage corporel aide. » (QO23-A.n°123).* Toutes les formes de communication améliorent la compréhension : *« Le non verbal est important dans la communication. » (QO23-K.n°42) ; « Toutes les façons de communiquer augmentent la compréhension. (QO23-K.n°125) ».*

3.3.24. Question ouverte n°24 (QO24) : "Durant la conversation, les intervenants ont les bras et les jambes décroisés"

Une posture ouverte est plus favorable à la communication. Par ailleurs, avoir les bras et les jambes croisées est considéré comme un manque de respect : *« Ça peut montrer un manque de respect d'avoir les bras ou jambes croisés ». (QO24-A.n°133).* Cette posture traduit le stress et les tensions de celui qui s'exprime : *« (...) Signe de stress ou de tension. » (QO25-R.N°48) ; « Ceci trahit le stress (...) » (QO24-R.n°60).*

3.3.25. Question ouverte n°25 (QO25) : "La communication pendant la séance permet d'améliorer le traitement en kinésithérapie"

Les répondants n'ont pas saisi que nous cherchions à comprendre par cet item que la communication augmentait la satisfaction ou l'adhérence au traitement.

Selon les kinésithérapeutes, la communication doit être considérée comme un outil de collaboration dont le but est de créer un climat motivant et positif : « *il est important de communiquer et de garder la séance ludique. Passer un bon moment d'échange et de travail.* » (QO25-K.n°54). Elle permet de créer une relation dans laquelle il est aisé d'exprimer ses attentes : « *Le patient peut nous parler de ses attentes plus facilement.* » (QO25-K.n°133). De plus, la communication permet d'avoir une relation de confiance et une bonne ambiance dans la relation : « *Une pleine confiance des uns et des autres, motive pour la suite du traitement.* » (QO25-R.n°60). Pour finir, la communication est aussi importante que les exercices : « *il n'y a pas que les exercices qui sont importants.* » (QO25-R.n°75)

3.3.26. Question ouverte n°26 (QO26) : "Je parle autant que tout le monde"

Plusieurs sujets n'ont pas compris cet item : « *Je n'ai pas compris cette question.* » (QO26-K.n°50), « *(...) Formule bizarre pour moi. Je ne la comprends pas (...)* » (QO26-K.n°62), « *Je ne comprends pas cette phrase.* » (QO26-R.n°83).

Seuls quelques répondants ont évoqué le fait que tout le monde doit avoir le même temps de parole et par conséquent, ne pas monopoliser la conversation : « *je ne monopolise pas la conversation* » (QO26-A.n°123).

3.3.27. Question ouverte n°27 (QO27) : « Je me sens en confiance lors des séances de kinésithérapie »

Une relation de confiance doit exister entre les trois membres de la triade. Cela rend possible une conversation dans laquelle le patient se sent libre de s'exprimer : « *Je sais que je peux parler des douleurs au kinésithérapeute et mon enfant aussi et je sais qu'il va me soutenir durant le traitement.* » (QO27-R.n°83). En outre, avoir confiance en son thérapeute augmente l'adhérence au traitement : « *Si le patient n'a pas confiance, il n'évoluera pas et ne suivra pas le plan de traitement.* » (QO27-K.n°125).

4. DISCUSSION

L'analyse des réponses du test-pilote examinant la pertinence et la compréhension des répondants, nous a apporté différentes informations permettant de répondre partiellement à notre question de recherche sur la mise en évidence des déterminants de la communication dans la PEC des AIS.

En effet, des similitudes entre d'une part la communication triadique et centrée sur le patient dans la PEC kinésithérapeutique de la scoliose et d'autre part cette même communication chez d'autres professionnels de la santé ont été révélées.

Les principales caractéristiques émergentes sont la centralité de l'enfant scoliotique dans la rééducation, une approche globale du patient, l'écoute et l'utilisation d'un langage simple, adapté, compréhensible et personnalisé. Ces résultats coïncident avec les propos de Smith et al. (30). De plus, le tandem patient-parent souhaite recevoir des informations concernant la scoliose (48). L'élément dominant est l'utilisation d'outils ou la réalisation de démonstrations pour étayer les propos. Braaf et al. (32) rapportent que les patients souhaitent l'utilisation de supports variés chez le médecin. Cela est similaire en kinésithérapie bien que, dans ce cas-ci, l'utilisation de supports ou de démonstrations se manifeste principalement pour l'explication des exercices à réaliser. Pour finir, bien que le contact visuel ne soit pas toujours possible en kinésithérapie, la communication non verbale améliore la compréhension, ce qui a également été relevé par Wijma et al. (49).

Les travaux de Fossum & Arborelius (27) et Smith et al. (37) rapportent une divergence entre les principes théoriques de la PCC et la pratique réelle chez le médecin. Cette constatation est également relevée dans le domaine de la kinésithérapie (50). En effet, bien que la littérature sur les kinésithérapeutes promeuvent des soins centrés sur le patient comme référence en matière de bonne pratique pour atteindre les objectifs thérapeutiques, les données probantes limitées suggèrent que la communication en kinésithérapie s'aligne plus étroitement sur un modèle centré sur le praticien (50). A l'inverse, notre étude révèle que les thérapeutes cherchent à rendre le patient acteur de sa rééducation.

L'ensemble des items de communication non verbale a été jugé moins pertinent pour la PEC de la scoliose. Cependant, les répondants rapportent une amélioration

de la compréhension grâce au langage corporel, ce qui est similaire aux données de la littérature (51). Selon les réponses au questionnaire électronique, montrer les exercices semble important. Par conséquent, les aspects essentiels de la communication non verbale en kinésithérapie pourraient davantage se traduire par la réalisation de démonstrations. Pendant l'enseignement des exercices, le kinésithérapeute ajuste son toucher ainsi que la difficulté des mouvements en fonction de la réponse observée dans la respiration du patient. Les patients ont déclaré que ces ajustements augmentaient leur conscience et leur compréhension de leurs propres réactions corporelles et contribuaient à la connaissance de leur problème. Cette forme de « dialogue corporel » entre le patient et le thérapeute a été évoquée dans différentes études (51).

Dans la communication médecin-patient, il apparaît que la communication entre ces deux interlocuteurs est principalement affective bien que les jeunes souhaitent également recevoir des informations quant à leur pathologie (30). En effet, les AYA souhaitent contrôler les informations qu'ils reçoivent en termes de quantité et de temporalité (30). Dans notre étude, la communication affective obtient un score de pertinence inférieur pour l'ensemble des intervenants de la triade. Or, l'analyse par type de répondant montre une tendance des adolescents à trouver plus pertinente cette modalité de communication. Cela peut dévoiler un manque de considération des besoins en communication des jeunes adultes.

L'observation des scores de pertinence révèle une importance majeure accordée à la communication par feedback et structurelle dans la PEC kinésithérapeutique de la scoliose. La communication verbale structurelle fait référence à l'échange égalitaire. En effet, un partenariat de qualité dans la communication triadique repose sur un équilibre entre dyade et triade (33).

Le score de pertinence de la communication par feedback relative à la compréhension et à la vérification des consignes présente des similitudes avec les informations relevées quant à la communication non verbale. En effet, l'utilisation d'outils, d'exemples, de démonstrations pour expliquer les termes techniques ainsi que les exercices est couramment soulignée par les répondants.

Une différence de pertinence entre les référents et les kinésithérapeutes a été observée pour les items concernant la communication instrumentale selon la

province. Cette dernière évoque la transmission d'informations afférentes à la pathologie. Or, une absence de coordination entre les professionnels de la santé conduit à une fragmentation des informations, que le patient doit par la suite reconstituer (32). Par ailleurs, un kinésithérapeute rapporte qu'en début de PEC, trop peu d'informations sont données par le médecin. Le thérapeute doit donc compléter les informations pour une meilleure compréhension. De plus, selon un référent, les informations ne sont pas toujours claires et synthétisées mais plutôt dispersées. Toutefois, afin de vérifier cette hypothèse, de futures recherches sur le sujet seront nécessaires.

Les résultats de ce travail montrent une corrélation positive entre l'ancienneté du kinésithérapeute et la pertinence de la communication non verbale dans la PEC de la scoliose. Ces résultats sont similaires avec ceux de la littérature. En effet, les kinésithérapeutes expérimentés sont particulièrement doués pour témoigner de l'attention tout en gérant les demandes simultanées tandis que les thérapeutes moins expérimentés sont plus engagés dans des activités telles que les tâches administratives et l'examen physique (51).

Toutefois, notre étude a révélé une différence dans les scores de pertinence à l'hôpital entre le référent et le kinésithérapeute pour l'item QNV4 (Durant la conversation, les intervenants ont les bras et les jambes décroisés). La communication non verbale semble davantage pertinente pour le référent. Après une analyse de l'ancienneté des kinésithérapeutes qui ont répondu à notre enquête, nous avons observé que ceux-ci exerçaient généralement depuis moins de temps qu'en cabinet privé. Par conséquent, cela pourrait expliquer que la communication non verbale soit jugée moins pertinente par les kinésithérapeutes de l'hôpital.

Une remarque quant à la difficulté des adolescents à comprendre ce questionnaire en raison de l'utilisation des termes trop spécifiques a été rapportée par une des kinésithérapeutes. Néanmoins, le score de compréhension des items a été mesuré et ne présente pas de différence entre les trois intervenants à l'exception de la question 6. Toutefois, une analyse de la compréhension selon l'âge n'a pas été possible en raison du manque de réponses à l'ensemble des questions ouvertes par l'unique répondant de 13 ans. Il n'est pas possible de tenir pour acquis que les jeunes

comprendront et interpréteront les questions comme prévu. Cela est vrai même avec des mesures validées, développées et utilisées pour la tranche d'âge appropriée (52).

4.1. Modifications apportées au questionnaire

L'item n°6 « Les consignes des exercices à réaliser sont compréhensibles » présente des différences de compréhension entre le kinésithérapeute et le référent et entre le référent et l'adolescent. Les référents ont rapporté davantage d'éléments quant à la réalisation de l'exercice plutôt qu'à la clarté des consignes apportées par le thérapeute. Le duo kinésithérapeute-patient, quant à lui, présente une compréhension similaire. Cet item présente néanmoins une bonne compréhension générale (**Fig. 6**) et n'a donc pas été modifié dans la version finale du questionnaire.

L'item n°16 « *Une correction est donnée lors de la réalisation des exercices* » ne pose aucune difficulté de compréhension. Toutefois, l'un des répondant a souligné que le terme « correction » pouvait avoir une connotation négative. Il a donc été remplacé par « feedback ».

Les résultats mettent en lumière un manque de compréhension de quatre items.

L'item n°12 « *Les questions posées permettent une réponse argumentée* » présente une mauvaise compréhension de la part de tous les répondants. L'objectif de cet item était de vérifier si les questions étaient formulées de manière ouverte et permettaient une réponse développée, autre que « oui » ou « non ». Cet item a donc été modifié par « *Pendant l'échange, les questions sont ouvertes et permettent une réponse complète autre que oui ou non* ».

L'item n°20 « *Lorsqu'un conflit est présent, une discussion permet de s'assurer de la bonne continuité du traitement* » révèle une compréhension partielle. En effet, les répondants ont principalement identifié le « conflit » comme étant celui entre le kinésithérapeute et le patient ou sa famille. Or, comme souligné dans la littérature (48), des conflits peuvent survenir entre les adolescents et leurs parents durant cette période de transition. L'item a été reformulé par « *Lorsqu'un conflit est présent entre un des membres de la triade (entre le kinésithérapeute et le patient et/ou sa famille ou entre l'adolescent et ses parents), une discussion permet de s'assurer de la bonne continuité du traitement* ».

L'item n°25 « *La communication pendant la séance permet d'améliorer le traitement en kinésithérapie* » a révélé, à travers l'analyse des questions ouvertes, que les participants évoquaient davantage l'impact de la communication sur l'ambiance des séances et son effet sur le traitement en tant que tel. Or, notre objectif était d'identifier si la communication pouvait améliorer la satisfaction ou l'observance, comme mis en évidence par Nilan et al. (29) et Pinto et al. (53). Pour correspondre à cet objectif, l'item a subi une modification partielle : « *La communication pendant la séance influence positivement la satisfaction et le suivi du traitement en kinésithérapie* ».

Pour l'item n°26 « *Je parle autant que tout le monde* », plusieurs répondants ont évoqué une incompréhension. Cet item cherche à évaluer la place de chaque intervenant de la triade. Dans la littérature, des informations quant au manque d'équilibre de la triade ainsi que la place du médecin, du patient et du référent sont évoquées (54). L'objectif est d'identifier la possibilité de chacun d'exprimer librement ses opinions et si tout le monde dispose d'un temps de parole similaire. Pour cibler cela, nous avons modifié l'item par « *Lors de la discussion, pendant les séances de kinésithérapie, les pensées de chacun (adolescent, référent, kinésithérapeute) sont prises en compte de la même façon* ».

À l'origine, dans la première version du questionnaire, les questions n'étaient pas organisées par catégories de communication. Cette modification a été apportée afin de faciliter l'analyse lors de la future utilisation du questionnaire.

Tous les changements décrits ci-dessus ont été apportés au questionnaire afin d'en créer une version finale (**Annexe 10**).

4.2. Limites

La principale limite de cette étude réside dans la taille réduite de l'échantillon et dans la distribution non normale des répondants. En effet, un nombre limité de participants a pu impacter la puissance statistique, empêcher la réalisation de certaines statistiques et augmenter le nombre d'erreurs. Une taille d'échantillon supérieure pourrait potentiellement mettre en évidence une divergence dans les résultats. De plus, l'absence de distribution normale entraîne la réalisation de tests non paramétriques uniquement.

Une seconde limite potentielle de cette étude se situe dans la représentativité de l'échantillon. En effet, les répondants recrutés ne représentent pas de manière exhaustive la totalité des catégories de participants possibles. Les kinésithérapeutes sont en majorité des hommes. L'âge de ces répondants n'a pas été récolté. Il paraissait plus intéressant pour les auteurs de demander l'ancienneté des kinésithérapeutes étant donné que leur âge n'est pas nécessairement lié à leur nombre d'années de pratique. En effet, un kinésithérapeute âgé n'a pas nécessairement plus d'expérience en communication qu'un kinésithérapeute plus jeune (51). En ce qui concerne les adolescents, tous les répondants sont des filles âgées soit de 13 ans, soit de 16 ans. Bien que le sexe des adolescents coïncide avec l'épidémiologie de la pathologie, l'âge, lui, n'est pas représentatif car il se limite à ces deux tranches uniquement. Certains kinésithérapeutes ne prenaient pas de patients scoliotiques en charge. Par conséquent, leurs réponses peuvent donc représenter un biais potentiel en raison de leur manque d'expérience envers cette population. De plus, toutes les provinces ne sont pas représentées et la majorité des PEC sont réalisées en cabinet privé. Cela limite la généralisation des résultats.

Il n'a pas été demandé aux référents de préciser s'ils assistaient de façon systématique aux séances de kinésithérapie. Leur absence peut supprimer le paramètre triadique de la communication. Cependant, une communication efficace en kinésithérapie, même en dehors d'un contexte triadique, repose sur une PCC (49). En effet, l'approche centrée sur le patient est décrite comme une philosophie morale des professionnels de santé visant à promouvoir des soins de santé de haute qualité. Ceux-ci pourraient combler certaines lacunes du système de santé (49). De plus, le questionnaire réalisé est compatible avec une PEC triadique mais nécessite une réponse individuelle de chacun des participants. Par conséquent, son utilité dans l'évaluation de la communication persiste même en l'absence du référent.

La méthode de diffusion du questionnaire représente une limite en elle-même. Un questionnaire auto-administré présente un risque plus élevé d'abandon qu'un entretien. Les questions jugées superflues ou embarrassantes peuvent être ignorées (42). D'autre part, l'accessibilité au questionnaire est réduite en raison du jeune âge d'une partie de la population. Tous les individus n'ont pas accès à un smartphone

ou aux réseaux sociaux. Pour contrer cela, une méthode double de diffusion a été mise en place (42).

4.3. Perspectives

Une future recherche pourrait être consacrée à la validation du questionnaire développé dans ce travail. De surcroît, une étude complémentaire menée sur un échantillon plus vaste permettrait d'observer la présence éventuelle de similitudes avec les résultats obtenus. En effet, il constitue un point de départ pour d'autres études sur la communication triadique en kinésithérapie.

Cette étude a été réalisée sur une population adolescente. Or, il arrive que la PEC kinésithérapique de la scoliose débute avant l'âge de 12 ans (2). Il serait intéressant d'investiguer le domaine de la communication avec une population plus jeune. Un questionnaire auto-administré en version écrite n'étant pas adapté au jeune âge (40), une adaptation de celui-ci en un outil utilisable chez de jeunes enfants pourrait être conçue.

5. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif l'identification des déterminants de la communication entre les enfants scoliotiques âgés de 12 à 18 ans, leur référent et le kinésithérapeute. En raison d'un manque d'informations concernant la communication dans la prise en charge de la scoliose ainsi qu'un manque d'outils disponibles pour l'évaluer dans le domaine de la kinésithérapie, nous avons décidé de créer un questionnaire. L'AIS étant une pathologie pédiatrique, la présence d'une tierce personne est régulière, rendant par conséquent la communication triadique.

Bien que ce questionnaire puisse ne pas cibler l'ensemble des difficultés inhérentes à l'évaluation de la communication non verbale, il reste un moyen rapide et pertinent permettant d'évaluer l'efficacité de la communication du kinésithérapeute dans un contexte triadique. Il offre la possibilité d'identifier si les caractéristiques essentielles de la PCC qu'il tente de mettre en place sont perçues de façon similaire par l'adolescent scoliotique et son référent. Cela permettrait de repérer un potentiel manque de compétences en communication du kinésithérapeute et de développer par la suite davantage de formations en communication. Ce travail s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la PEC des patients scoliotiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Konieczny MR, Senyurt H, Krauspe R. Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis. *J Child Orthop*. 11 déc 2012;7(1):3.
2. Janicki JA, Alman B. Scoliosis: Review of diagnosis and treatment. *Paediatr Child Health*. 1 nov 2007;12(9):771-6.
3. Bettany-Saltikov J, Weiss HR, Chockalingam N, Taranu R, Srinivas S, Hogg J, et al. Surgical versus non-surgical interventions in people with adolescent idiopathic scoliosis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 30 oct 2024];(4). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010663.pub2/full?highlightAbstract=idiopath%7Cscoliosi%7Cidiopathic%7Cscoliosis>
4. Trobisch P, Suess O, Schwab F. Idiopathic Scoliosis. *Dtsch Ärztebl Int*. 10 déc 2010;107(49):875.
5. Menger RP, Sin AH. Adolescent Idiopathic Scoliosis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 30 oct 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499908/>
6. Weinstein SL. The Natural History of Adolescent Idiopathic Scoliosis. *J Pediatr Orthop*. juill 2019;39:S44.
7. Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG, Czaprowski D, Schreiber S, de Mauroy JC, et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis Spinal Disord*. 10 janv 2018;13:3.
8. Reichel D, Schanz J. Developmental psychological aspects of scoliosis treatment. *Pediatr Rehabil*. juill 2003;6(3-4):221-5.
9. Yan LI, Wong AY, Cheung JP, Zhu B, Lee KC, Liang SR, et al. Psychosocial interventions for teenagers with adolescent idiopathic scoliosis: A systematic literature review. *J Pediatr Nurs*. nov 2023;73:e586-93.
10. Jeuge-Maynard I. Communication. In: *Le petit Larousse illustré*. Larousse. Paris; 2020. p. p.276.
11. Jensen A, Trenholm S. INTERPERSONAL COMMUNICATION.
12. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1982. avr 1995;40(7):903-18.
13. Gabbott M, Hogg G. An empirical investigation of the impact of non-verbal communication on service evaluation. *Eur J Mark*. 1 avr 2000;34(3/4):384-98.
14. Kong APH, Law SP, Kwan CCY, Lai C, Lam V. A Coding System with Independent Annotations of Gesture Forms and Functions During Verbal Communication: Development of a Database of Speech and GEsture (DoSaGE). *J Nonverbal Behav*. mars 2015;39(1):93-111.
15. Roberts LC, Whittle CT, Cleland J, Wald M. Measuring Verbal Communication in Initial Physical Therapy Encounters. *Phys Ther*. 1 avr 2013;93(4):479-91.

16. Bensing JM, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, Van Vliet L, Van Bogaert M, et al. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Educ Couns.* sept 2011;84(3):287-93.
17. Žaloudíková I. CHILDREN'S CONCEPTIONS OF HEALTH, ILLNESS, DEATH AND THE ANATOMY OF THE HUMAN BODY.
18. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med.* mars 2001;52(6):839-51.
19. Aronsson K, Rundström B. Child discourse and parental control in pediatric consultations. *Text - Interdiscip J Study Discourse* [Internet]. 1988 [cité 3 nov 2024];8(3). Disponible sur: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/text.1.1988.8.3.159/html>
20. Meeuwesen L, Kaptein M. Changing interactions in doctorparent-child communication. *Psychol Health.* sept 1996;11(6):787-95.
21. Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A, Blanch-Hartigan D. Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Educ Couns.* mai 2013;91(2):180-5.
22. Brouwers M, Rasenberg E, Van Weel C, Laan R, Van Weel-Baumgarten E. Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments. *Med Educ.* nov 2017;51(11):1103-17.
23. Barratt M, Bail K, Paterson C. Children living with long-term conditions and their experiences of partnership in nursing care: An integrative systematic review. *J Clin Nurs.* juill 2023;32(13-14):3185-204.
24. Karni-Visel Y, Dekel R, Sadeh Y, Sherman L, Katz U. "You Have to Find a Way for This Child to Be at the Center": Pediatric Cardiologists' Views on Triadic Communication in Consultations on Congenital Heart Defects. *Health Commun.* 2 janv 2025;40(1):15-26.
25. Critoph DJ, Taylor RM, Spathis A, Duschinsky R, Hatcher H, Clyne E, et al. Triadic communication with teenagers and young adults with cancer: a systematic literature review - «make me feel like I'm not the third person». *BMJ Open.* 17 févr 2024;14(2):e080024.
26. Johnson KR, McMorris BJ, MapelLentz S, Scal P. Improving Self-Management Skills Through Patient-Centered Communication. *J Adolesc Health.* déc 2015;57(6):666-72.
27. Fossum B, Arborelius E. Patient-centred communication: videotaped consultations. *Patient Educ Couns.* août 2004;54(2):163-9.
28. Babione J, Panjwani D, Murphy S, Kelly J, Van Dyke J, Santana M, et al. Alignment of patient-centredness definitions with real-life patient and clinician experiences: A qualitative study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* févr 2023;26(1):419-28.
29. Nilan J, Doltani D, Harmon D. Assessment of patient concerns: a review. *Ir J Med Sci.* août 2018;187(3):545-51.

30. Smith LAM, Critoph DJ, Hatcher HM. How Can Health Care Professionals Communicate Effectively with Adolescent and Young Adults Who Have Completed Cancer Treatment? A Systematic Review. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 1 juin 2020;9(3):328-40.
31. Jordan A, Wood F, Edwards A, Shepherd V, Joseph-Williams N. What adolescents living with long-term conditions say about being involved in decision-making about their healthcare: A systematic review and narrative synthesis of preferences and experiences. *Patient Educ Couns*. oct 2018;101(10):1725-35.
32. Braaf S, Ameratunga S, Nunn A, Christie N, Teague W, Judson R, et al. Patient-identified information and communication needs in the context of major trauma. *BMC Health Serv Res*. 7 mars 2018;18(1):163.
33. Martin-Champetier A, Dabadie A. How to talk to parents. *Pediatr Radiol*. 6 janv 2025;55(2):242-51.
34. Ghosh AK, Joshi S, Ghosh A. Effective Patient-Physician Communication – A Concise Review. *J Assoc Physicians India*. 2020;68.
35. Chandra S, Mohammadnezhad M. Doctor-Patient Communication in Primary Health Care: A Mixed-Method Study in Fiji. *Int J Environ Res Public Health*. 15 juill 2021;18(14):7548.
36. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments:: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns*. 1 nov 1998;35(3):161-76.
37. Smith LA, Taylor RM, Hatcher HM, Critoph DJ. Understanding communication experiences of teenagers and young adults with cancer: Analysis of a structured questionnaire. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 26 mars 2025;76:102883.
38. Farin E, Gramm L, Kosiol D. Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness. *Patient Educ Couns*. 1 janv 2011;82(1):81-8.
39. Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MAM, Eggly S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. mars 2012;86(3):297-315.
40. De Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in Medicine : A Practical Guide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. (Practical Guides to Biostatistics and Epidemiology).
41. Mårtensson EK, Fägerskiöld AM. A review of children's decision-making competence in health care. *J Clin Nurs*. déc 2008;17(23):3131-41.
42. Fenneteau H. *Enquête : entretien et questionnaire*. 3ème édition. Paris: Dunod; 2015. (Les Topos).
43. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. août 2007;67(3):333-42.
44. Llorca G. Validation d'une grille d'évaluation des compétences non techniques des soignants en santé (Etude CAT-FR) [Internet]. Université Claude Bernard Lyon 1;

2020. Disponible sur: <https://pl3s.univ-lyon1.fr/files/2020/06/Etude-CAT-FR-2020-1.pdf>

45. Stickley T. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Educ Pract.* nov 2011;11(6):395-8.
46. Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Nolte C, Fischer T, Himmel W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *Int J Med Educ.* 6 déc 2014;5:212-8.
47. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal D. Likert Scale: Explored and Explained. *Br J Appl Sci Technol.* 10 janv 2015;7(4):396-403.
48. Willson LR, Rogers LG, Gingrich N, Shearer K, Hryniuk SS. Meeting the Needs of Parents of Children With Scoliosis: A Qualitative Descriptive Study. *Glob Qual Nurs Res.* 14 nov 2021;8:23333936211045058.
49. Wijma AJ, Bletterman AN, Clark JR, Vervoort SCJM, Beetsma A, Keizer D, et al. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiother Theory Pract.* 2 nov 2017;33(11):825-40.
50. Hiller A, Guillemin M, Delany C. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Educ Couns.* oct 2015;98(10):1222-8.
51. Good CH, Bright FAS, Mooney S. The role and function of body communication in physiotherapy practice: A qualitative thematic synthesis. *N Z J Physiother.* 28 mars 2024;52(1):35-51.
52. Maguire L, Aventin A, Lohan M, Clarke M. What do young people really understand when completing questionnaires? Lessons learnt from developing a questionnaire to measure behavioural outcomes in a sexual health trial. *Trials.* déc 2015;16(S2):P79, 1745-6215-16-S2-P79.
53. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother.* 1 juin 2012;58(2):77-87.
54. Martin LR, DiMatteo MR. *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence.* OUP USA; 2014. 536 p.

ANNEXES

Annexe 1. Caractéristiques des études et de la population

<i>Auteurs + date</i>	<i>Pays</i>	<i>Etude</i>	<i>Méthodologie</i>	<i>Caractéristiques</i>		<i>Communication</i>
Barratt et al., 2022	Australie	Revue systématique intégrative	Entretiens, activités de jeu, observation, groupe de discussion, dessins, questionnaire et échelle, carte de tri de la méthodologie Q-Sort	Nombre	NP = 5 à 60	Triadique
				Âge	3-18 ans	
				Pathologie	Affections de longue durée de plus de six mois (maladie hématologique/oncologique, soins psychiatriques, psychose, leucémie, HSCT, cancer, troubles respiratoires ou d'assistance)	
Jordan et al., 2018	Royaume-Uni	Revue systématique et synthèse narrative	Entretiens, groupes de discussion, observations, dossiers médicaux, questionnaires avec QO et QF, quantitatif (pré-post test), journaux audio enregistrés, questionnaire web, entretien Q méthodologie, vignettes	Nombre	NP = de 3 à 1021	Triadique
				Âge	10-19 ans	
				Pathologie	Affections de longue durée (fibrose kystique, scoliose, thrombocytopénie immunitaire, allergies environnementales, cancer, diabète de type 1, paralysie cérébrale, maladie de Crohn, arthrite idiopathique juvénile et divers soins de longue durée)	
Tates & Meeuwesen, 2001	Pays-Bas	Revue de la littérature	Audio, transcriptions, entretiens	Nombre	NP = 1 à 800 NR = 1 à 800 NM = 1 à 64 (pédiatres)	Triadique
				Âge	P : 0 à 15 ans	
				Pathologie	Maladies chronique ou aigue	
Meeuwesen & Kaptein, 1996	Pays-Bas	Etude observationnelle	Entretiens enregistrés en vidéo et transcrits	Nombre	NP = 95	Triadique
				Âge	4 à 12 ans → âge modal 8 ans	
				Pathologie	NC	

<i>Karni-visel et al., 2024</i>	Israël	Etude qualitative	Entretiens	Nombre	<i>NM = 17 (cardiologues pédiatriques)</i>	Triadique
				Âge	<i>45 à 71 ans</i>	
				Pathologie	<i>NC</i>	
<i>Critoph et al., 2024</i>	Royaume-Uni	Revue systématique avec synthèse narrative	Entretiens semi-structurés	Nombre	<i>NR = 657 NP : NC</i>	Triadique
				Âge	<i>13-24 ans</i>	
				Pathologie	<i>Cancer</i>	
Johnson et al., 2015	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Enquête en ligne ou en papier, par téléphone	Nombre	<i>NP = 534 participants</i>	PCC
				Âge	<i>16 à 24 ans</i>	
				Pathologie	<i>Limitations de mobilité</i>	
Fossum & Arborelius, 2004	Suède	Etude qualitative observationnelle exploratoire	Enregistrement vidéo de consultations	Nombre	<i>NP = 18 NM = 18</i>	PCC
				Âge	<i>P = 27 à 74 ans M = 33 à 63 ans</i>	
				Pathologie	<i>NC</i>	
Babione et al., 2022	Canada	Étude qualitative	Entretiens individuels semi-structurés (patients) et groupes de discussion (cliniciens)	Nombre	<i>NP = 18 NM = 38</i>	PCC
				Âge	<i>Moyenne : 60,94 ans</i>	
				Pathologie	<i>Affections chroniques (cancer, diabète, insuffisance hépatique, leucémie, greffe de moëlle osseuse, problèmes cardiaques, obstruction pulmonaire chronique, thyroïde de Hashimoto, arthrite, dépression, troubles bipolaires, anxiété)</i>	
Nilan et al., 2018	Irlande	Revue narrative	Entretiens téléphoniques, questionnaires, observations	Nombre	<i>NC</i>	PCC
				Âge	<i>NC</i>	

				Pathologie	Différentes conditions médicales chroniques (médecine générale, interne, cardiologie, oncologie, pédiatrie, chirurgie (orthopédique, maxillo-faciale), orthodontie, d+)	
Smtih et al., 2020	Royaume-Uni	Revue systématique	Entretiens semi-structurés, groupes de discussion, consultations	Nombre	NP = 7 à 66	PCC
				Âge	13-39 ans	
				Pathologie	Cancer	
Martin-Champetier & Dabadie, 2025	France	Analyse qualitative	NC	Nombre	NC	PCC
				Âge	NC	
				Pathologie	NC	
Braaf et al., 2018	Australie	Etude qualitative	Entretiens téléphoniques semi-structurés	Nombre	NP : 65	PCC
				Âge	≥ 17 ans	
				Pathologie	Traumatisme majeur	
Ghosh et al., 2020	Inde	Revue concise	NC	Nombre	NC	Doctor-patient communication
				Âge	NC	
				Pathologie	NC	
Chandra et al., 2021	Fidji	Etude à méthode mixte	Questionnaire structuré (analyse quantitative) et entretiens semi-structurés (analyse qualitative)	Nombre	NP = 375	Doctor-patient communication
				Âge	≥ 18 ans	
				Pathologie	NC	

HSCT = Greffe de cellules souches hématopoïétiques; NP = Nombre de patients; QO = Question ouverte; QF = Question fermée; NR = Nombre de référents; NM = Nombre de médecins; P = Patient; M = Médecins; NC = Non communiqué; D+ = Douleur.

Annexe 2. Communication Assessment Tool (CAT)

Grille 'CAT-FR' © :

La communication avec un patient représente une part très importante de la qualité des soins médicaux. Nous aimerions savoir comment vous avez ressenti la façon qu'a utilisé votre médecin pour communiquer avec vous. Vos réponses seront totalement confidentielles, sentez-vous donc totalement libre et le plus honnête possible dans vos réponses. Avec nos remerciements.

Merci d'entourer le chiffre correspondant à votre réponse pour chacune des 14 questions suivantes :

Ce médecin :		Très mal	Mal	Moyen	Bien	Très bien
1	A su me mettre à l'aise	1	2	3	4	5
2	M'a traité.e avec respect	1	2	3	4	5
3	A montré de l'intérêt pour mes idées concernant ma santé	1	2	3	4	5
4	A compris mes principales préoccupations concernant ma santé	1	2	3	4	5
5	M'a montré de l'attention (m'a regardé.e, m'a écouté.e attentivement)	1	2	3	4	5
6	M'a laissé.e parler sans m'interrompre	1	2	3	4	5
7	M'a donné toute l'information que je souhaitais	1	2	3	4	5
8	M'a parlé avec des mots clairs et compréhensibles	1	2	3	4	5
9	S'est assuré.e que j'avais tout compris	1	2	3	4	5
10	M'a encouragé.e à poser des questions	1	2	3	4	5
11	M'a impliqué.e dans les décisions autant que je le désirais	1	2	3	4	5
12	M'a décrit chaque étape, en précisant les conditions de suivi	1	2	3	4	5
13	M'a montré que je comptais et qu'il.elle était concerné.e	1	2	3	4	5
14	A passé avec moi le temps nécessaire	1	2	3	4	5

Communication Assessment Tool (CAT) : Copyright © 2004 - Gregory Makoul, PhD - All rights reserved
Traduction et adaptation (CAT-fr) : Guy Llorca - Copyright © 2019

Adaptation française et validation par Guy Llorca.

Annexe 3. Calgary-Cambridge Guide (C-CG)

I - DÉBUTER L'ENTREVUE A - Préparer l'entrevue B - Établir le premier contact (l'accueil) 1. Le médecin salue le patient et obtient son nom 2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire 3. Montre du respect et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) C - Identifier la (les) raison(s) de consultation 1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?</i> » ou « <i>Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui?</i> ») 2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse 3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui?</i> ») 4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques	
II - RECUEILLIR L'INFORMATION A - Exploration des problèmes du patient 1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) 2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)	

3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause 4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) 5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...); offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord 6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « <i>Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?</i> ») 7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires 8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé 9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début <u>B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</u> 1. Détermine activement et explore adéquatement : • Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème • Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie 2. Encourage le patient à exprimer ses émotions	
III - STRUCTURER L'ENTREVUE <u>A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</u> 1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape	

2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section <u>B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue</u> 1. Structure l'entrevue selon une séquence logique 2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir	
<u>IV - CONSTRUIRE LA RELATION</u> <u>A - Utiliser un comportement non-verbal approprié</u> 1. Affiche un comportement non verbal approprié • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité 2. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation 3. Affiche une confiance appropriée <u>B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</u> 1. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge 2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile 3. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat 4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique <u>C - Associer le patient à la démarche clinique</u> 1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « <i>ce que je pense maintenant, c'est...</i> »)	

2. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes 3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission	
V - EXPLIQUER ET PLANIFIER ** <u>A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information</u> 1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications 2. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir 3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic) 4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer <u>B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations</u> 1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées 2. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : <i>« Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement... ». « Maintenant, abordons... »</i>) 3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information 4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique 5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants) 6. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire	

C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

1. **Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises :**
Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient
2. **Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer :** l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement
3. **Relève les indices verbaux et non verbaux:** Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort
4. **Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions** en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin

D - Planifier : une prise de décision partagée

1. **Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié :** idées, processus de pensée, dilemmes
2. **Implique le patient :**
 - Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives
 - Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions
3. **Explore les différentes options d'action**
4. **S'assure du niveau d'implication souhaité** par le patient dans les décisions à prendre
5. **Discute d'un plan mutuellement acceptable**
 - signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles
 - détermine les préférences du patient
6. **Vérifie avec le patient**
 - s'il est d'accord avec le plan
 - si l'on a répondu à ses préoccupations

VI - TERMINER L'ENTREVUE <u>A - Planifier les prochaines étapes</u> 1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin 2. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide <u>B - Préparer la fin de l'entrevue</u> 1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins 2. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter	
** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION : <i>OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU</i> <u>A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</u> 1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes 2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées 3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes 4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises <u>B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action</u> 1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)	

2. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts : • noms • étapes des traitements; comment ils fonctionnent; • bénéfices et avantages; • possibles effets indésirables 3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation 4. Reconnait le point de vue du patient; plaide des points de vue alternatifs, au besoin 5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité 6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient 7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome 8. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles <u>C - Si discussion d'investigations et de procédures</u> 1. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats 2. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : importance, raisons 3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles	
---	--

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

Annexe 4. Affiche de diffusion

Mémoire de fin d'étude en kinésithérapie QUESTIONNAIRE

- Vous êtes **kinésithérapeute** et exercez en **Wallonie** et/ou à **Bruxelles** ?*
- Vous avez entre **12 et 18 ans** et une **scoliose idiopathique** ?*
- Votre **enfant** a ou a eu une **scoliose** ?*

*Le but est de s'assurer que les items sont clairs pour tout le monde;
chaque participant remplit donc le questionnaire seul.



En répondant à ce questionnaire vous nous aidez à développer un outil permettant d'évaluer la communication dans la prise en charge de la scoliose

Merci de partager autour de vous !

Contact : clementine.mathias@student.uclouvain.be
anais.horlin@student.uclouvain.be



UCLouvain

JE PARTICIPE



Annexe 5. Questionnaire LimeSurvey

Lien : <https://sites.google.com/view/horlin-mathias-memoire-2024-25/annexe-5>



Annexe 6. Effectifs par question ouverte et par type de répondant

<i>Questions</i>	<i>A</i> (N=5)	<i>R</i> (N=10)	<i>K</i> (N=22)	<i>Total</i> (N=37)	<i>Valeurs</i> <i>manquantes</i>
<i>Q1</i>	5	10	21	36	1
<i>Q2</i>	5	10	16	31	6
<i>Q3</i>	5	9	15	29	8
<i>Q4</i>	5	8	14	27	10
<i>Q5</i>	4	9	14	27	10
<i>Q6</i>	4	9	12	25	12
<i>Q7</i>	4	8	13	25	12
<i>Q8</i>	3	7	12	22	15
<i>Q9</i>	2	9	12	23	14
<i>Q10</i>	3	8	11	22	15
<i>Q11</i>	2	9	11	22	15
<i>Q12</i>	3	8	10	21	17
<i>Q13</i>	3	7	10	20	17
<i>Q14</i>	3	7	10	20	17
<i>Q15</i>	2	7	9	18	19
<i>Q16</i>	3	7	11	21	16
<i>Q17</i>	1	7	10	18	19
<i>Q18</i>	2	7	9	18	19
<i>Q19</i>	1	7	8	16	21
<i>Q20</i>	0	7	10	17	20
<i>Q21</i>	2	6	9	17	20
<i>Q22</i>	2	7	9	18	19
<i>Q23</i>	1	7	8	16	21
<i>Q24</i>	1	7	9	17	20
<i>Q25</i>	1	7	9	17	20
<i>Q26</i>	2	7	10	19	18
<i>Q27</i>	2	6	8	16	21

A : Adolescent, R : Référent, K : Kinésithérapeute

Annexe 7. Mise en parallèle des questions fermées et des questions ouvertes

Code questions fermées	Code questions ouvertes	Items
QVI1	QO1	"Au début de la prise en charge en kinésithérapie, suffisamment d'informations sont données sur la scoliose"
QVI2	QO2	"Une explication sur l'évolution de la scoliose est donnée"
QVI3	QO3	"La durée de la prise en charge de la scoliose en kinésithérapie est expliquée"
QVI4	QO4	"Les différentes étapes de la prise en charge de la scoliose en kinésithérapie sont expliquées"
QVI5	QO11	"Lors des séances, du temps est consacré aux questions éventuelles"
QVI6	QO12	"Les questions posées permettent une réponse argumentée"
QVE1	QO8	"Je peux m'exprimer sans être interrompu"
QVE2	QO18	"Il y a une écoute mutuelle tout au long de la conversation"
QVQ1	QO5	"Le dialogue est compréhensible par tous les intervenants grâce à l'utilisation de mots simples"
QVQ2	QO6	"Les consignes des exercices à réaliser sont compréhensibles"
QVQ3	QO7	"L'exercice est montré avant d'être réalisé"
QVA1	QO26	"Je parle autant que tout le monde"
QVA2	QO27	"Je me sens en confiance lors des séances de kinésithérapie"
QVS1	QO9	"La prise de décision concernant la prise en charge en kinésithérapie se fait d'un commun accord entre tous les participants"
QVS2	QO10	"La conversation est principalement centrée sur le patient"
QVS3	QO13	"Le dialogue est adapté en fonction de l'âge de chacun pendant la séance de kinésithérapie"
QVS4	QO17	"La discussion favorise une compréhension réciproque des attentes de chacun"

QVS5	QO25	"La communication pendant la séance permet d'améliorer le traitement en kinésithérapie"
QVP1	QO19	"Les aspects psycho-sociaux (stress, anxiété, dépression, environnement, éducation,...) sont abordés lors du dialogue"
QVP2	QO20	"Lorsqu'un conflit est présent, une discussion permet de s'assurer de la bonne continuité du traitement"
QVF1	QO14	"La compréhension des consignes est vérifiée"
QVF2	QO15	"La compréhension des nouvelles informations est vérifiée"
QVF3	QO16	"Une correction est donnée lors de la réalisation des exercices"
QNV1	QO21	"Le contact visuel est maintenu tout au long de la conversation"
QNV2	QO22	"L'intonation utilisée favorise les échanges"
QNV3	QO23	"J'utilise des hochements de la tête, des expressions faciales pour montrer ma compréhension/incompréhension"
QNV4	QO24	"Durant la conversation, les intervenants ont les bras et les jambes décroisés"

QVI = Question sur la communication Verbale Instrumentale ; QVQ = Question sur la communication Verbale liée à la Qualité de l'information ; QVE = Question sur la communication Verbale liée à l'Écoute ; QVS = Question sur la communication Verbale Structurale ; QVF = Question sur la communication Verbale concernant les Feedback ; QVP = Question sur la communication Verbale concernant les facteurs Psychosociaux ; QNV = Question sur la communication Non Verbale ; QVA = Question sur la communication Verbale Affective ; QO = Question Ouverte.

Annexe 8². Tableau récapitulatif de l'analyse qualitative des questions ouvertes

Lien : <https://sites.google.com/view/horlin-mathias-memoire-2024-25/annexe-8>



Annexe 9³. Réponse type au questionnaire en ligne – Référent ID83

Lien : <https://sites.google.com/view/horlin-mathias-memoire-2024-25/annexe-9>



² Pour garder une certaine harmonie dans le travail, les auteures ont corrigé les fautes d'orthographe présentes dans les extraits de réponses des participants.

³ Pour garder une certaine harmonie dans le travail, les auteures ont corrigé les fautes d'orthographe présentes dans les extraits de réponses des participants.

Annexe 10. Questionnaire final adapté selon les résultats de notre essai pilote

<i>Questions</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Peu d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
<i>1. Au début de la prise en charge, suffisamment d'informations sont données sur la scoliose</i>				
<i>2. Une explication sur l'évolution de la scoliose est donnée</i>				
<i>3. La durée de la prise en charge est expliquée</i>				
<i>4. Les différentes étapes de la prise en charge de la scoliose sont expliquées</i>				
<i>5. Lors des séances, du temps est consacré aux questions éventuelles</i>				
<i>6. Pendant l'échange, les questions sont ouvertes et permettent une réponse complète autre que oui ou non</i>				
<i>7. Je peux m'exprimer sans être interrompu</i>				
<i>8. Il y a une écoute mutuelle tout au long de la conversation</i>				
<i>9. Le dialogue est compréhensible par tous les intervenants grâce à l'utilisation de mots simples</i>				
<i>10. Les consignes des exercices à réaliser sont compréhensibles</i>				
<i>11. L'exercice est montré avant d'être réalisé</i>				
<i>12. Lors de la discussion, pendant les séances de kinésithérapie, les pensées de chacun (adolescent, référent, kinésithérapeute) sont prises en compte de la même façon</i>				
<i>13. Je me sens en confiance lors des séances de kinésithérapie</i>				
<i>14. La prise de décision concernant la prise en charge se fait d'un commun accord entre tous les participants</i>				

15. La conversation est principalement centrée sur le patient				
16. Le dialogue est adapté en fonction de l'âge de chacun pendant la séance				
17. La discussion favorise une compréhension réciproque des attentes de chacun				
18. La communication pendant la séance influence positivement la satisfaction et le suivi du traitement en kinésithérapie				
19. Les aspects psycho-sociaux (stress, anxiété, dépression, environnement, éducation,...) sont abordés lors du dialogue				
20. Lorsqu'un conflit est présent entre un des membres de la triade (entre le kinésithérapeute et le patient et/ou sa famille ou entre l'adolescent et ses parents), une discussion permet de s'assurer de la bonne continuité du traitement				
21. La compréhension des consignes est vérifiée				
22. La compréhension des nouvelles informations est vérifiée				
23. Un feedback est donné lors de la réalisation des exercices				
24. Le contact visuel est maintenu tout au long de la conversation				
25. L'intonation utilisée favorise les échanges				
26. J'utilise des hochements de la tête, des expressions faciales pour montrer ma compréhension/incompréhension				
27. Durant la conversation, les intervenants ont les bras et les jambes décroisés				

Résumé

Cette étude présente la création d'un questionnaire évaluant la communication triadique dans la prise en charge kinésithérapeutique de la scoliose. Nos recherches montrent un manque de références sur la communication triadique et centrée sur le patient dans la kinésithérapie malgré son importance avérée lors de la prise en charge. Un questionnaire électronique diffusé auprès de la population cible a permis d'évaluer la pertinence et la compréhension des items sélectionnés pour la création de cet instrument de mesure. Les principaux résultats indiquent que l'ensemble des répondants ont jugé de façon identique la pertinence des items. De plus, les quelques items ayant présenté une incompréhension ont été modifiés afin d'en garantir la clarté. En conclusion, ce travail propose un outil permettant aux kinésithérapeutes d'évaluer l'efficacité de leur communication dans la prise en charge spécifique de la scoliose. Il serait judicieux, dans le futur, d'effectuer davantage de recherches sur la communication kinésithérapeute-patient, d'autant plus dans les triades ainsi que de continuer le processus de validation de cet outil.