



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire.

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT-SÉBASTIEN SUR LOIRE

Identification et optimisation des facteurs motivationnels chez le
sportif dans un cadre de retour au sport.
Enquête qualitative par entretiens semi-directifs.

Emma ROUSSELOT

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2021 - 2022

RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE



AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie mon directeur de mémoire pour son investissement, son temps et ses nombreux conseils qui m'ont fortement aidée. Je remercie également les masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté de participer aux entretiens de l'étude.

Je remercie ensuite ma famille, mes parents et ma sœur, qui m'ont toujours soutenue et aidée depuis le début de mes études. Pour les lectures et relectures de mes travaux, pour leurs encouragements, pour leur patience et pour leur bienveillance. Merci à vous de toujours avoir été là.

Maintenant, pour ces 4 superbes années, je tiens sincèrement à remercier les personnes incroyables que j'ai pu rencontrer. Merci à mes ami(es) pour ces soirées, ces week-ends et ces moments inoubliables. Particulièrement, je remercie M, J, L et mon meilleur ami, pour leur écoute, leur soutien et leur bonne humeur. Enfin, un grand merci à mon copain. Merci de ta patience, merci de l'apaisement et de la confiance que tu m'apportes.

Simplement, merci de votre présence au quotidien.

Résumé

Introduction : La blessure dans la population sportive présente des conséquences négatives au niveau cognitif, affectif et comportemental, qui peuvent affecter l'expérience de rééducation du patient. Il est ainsi recommandé aux masseurs-kinésithérapeutes (MK) d'être dans une approche biopsychosociale afin d'optimiser la rééducation et le retour au sport. Ces notions insistent sur l'importance de l'adhésion du patient, dont la motivation apparaît comme un déterminant clé. L'objectif de cette étude est d'explorer et comprendre les pratiques des MK concernant l'identification et la prise en compte des facteurs motivationnels de patients sportifs, étant donné l'absence de consensus à ce sujet.

Matériel et méthodes : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 3 MK a été menée afin de récolter des données supplémentaires sur la manière d'identifier et d'optimiser les facteurs motivationnels en pratique.

Résultats : Les MK utilisent principalement des outils subjectifs et se basent sur le discours et le comportement des patients afin de repérer leur motivation. Ils l'optimisent ensuite par des techniques de communication ayant plusieurs objectifs tel que l'implication, la responsabilisation et l'éducation du patient. Les stratégies utilisées reposent sur leurs connaissances, leur expérience et sont adaptées au patient.

Discussion : Les données scientifiques apportent des outils théoriques aux résultats. Elles procurent des pistes d'amélioration pour la pratique des MK et des perspectives pour de futures recherches. La présence de limites méthodologiques est à prendre en compte concernant ces résultats. De nouvelles études expérimentales devraient éclairer les modalités d'application des interventions, ainsi que leur efficacité, notamment en termes de communication.

Mots clés

- Population sportive
- Adhésion thérapeutique
- Motivation
- Retour au sport

Abstract

Introduction : Sports injury presents negative cognitive, affective, and behavioral consequences that can affect the patient's rehabilitation experience. Therefore, it is recommended that physiotherapists take a biopsychosocial approach to optimize rehabilitation and return to play. These notions insist on the importance of patient's adherence, whose motivation appears to be a key determinant, that must be aroused and maintained. The objective of this study was to explore and understand physiotherapists' practices regarding the identification and consideration of motivational factors of athletes' patients, given the lack of consensus on this subject.

Material and methods : A qualitative survey using semi-structured interview with 3 physiotherapists was conducted to gather additional data on identification and optimization motivational factors in practice.

Results : Physiotherapists used mainly subjective tools rest on patients' speech and behavior to identify their motivation. Then, they maximize it through communication techniques with several objectives such as involvement, empowerment and education of the patient. The strategies used are based on their knowledge and experience and are adapted to the patient.

Discussion : The scientific data provide theoretical tools for the results. They provide area for improvement in the practice and perspective for future research. The presence of methodological limitations must be taken into account regarding these results. New experimental studies should shed light on the modalities of application of the interventions as well as their effectiveness, particularly in terms of communication.

Key words

- Sports Injury
- Therapeutic Adherence
- Motivation
- Return to play

Sommaire

1	INTRODUCTION	1
2	CADRE CONCEPTUEL.....	2
2.1	POPULATION SPORTIVE.....	2
2.2	RETOUR AU SPORT.....	4
2.3	ADHESION A LA REEDUCATION	7
2.4	MOTIVATION.....	9
2.5	ROLES DU MK	13
3	PROBLEMATIQUE	16
4	MATERIEL ET METHODES	17
4.1	CHOIX DE LA METHODOLOGIE D'ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	17
4.2	CHOIX DE LA POPULATION INTERVIEWEE.....	18
4.3	STRATEGIES DE CONTACT DES PERSONNES INTERROGEEES	19
4.4	ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN ET HYPOTHESES	20
4.5	PARAMETRES DE L'ENTRETIEN.....	21
4.6	CADRE METHODOLOGIQUE DU RECUEIL DES DONNEES ET DE L'ANALYSE.....	22
5	RESULTATS.....	23
5.1	REPRESENTATIONS DES MK SUR LA MOTIVATION ET L'ADHESION DE PATIENTS SPORTIFS	24
5.2	IDENTIFICATION DES FACTEURS DE MOTIVATION DANS LA PRATIQUE.....	25
5.3	OPTIMISATION DES FACTEURS DE MOTIVATION DANS LA PRATIQUE	27
5.4	CONNAISSANCES DES MK CONCERNANT LES FACTEURS MOTIVATIONNELS.....	29
6	DISCUSSION	31
6.1	INTERPRETATION DES RESULTATS, CONFRONTATION AUX HYPOTHESES ET APPORTS DE LA LITTERATURE.....	31
6.2	SYNTHESE DES DONNEES ET REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE	43
6.3	LIMITES METHODOLOGIQUES.....	45
6.4	PERSPECTIVES DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET PISTES DE RECHERCHE	48
7	CONCLUSION.....	49

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

I à XVII

1 Introduction

Durant leurs parcours professionnels, les masseurs-kinésithérapeutes (MK) prennent souvent en charge des patients sportifs. D'après le Ministère des Sports en 2010, les blessures sportives représentaient 9% des plus de 15 ans (1). Elles nécessitent l'arrêt du sport et l'intégration d'un programme de rééducation dans le quotidien des patients (2). L'objectif principal de ces patients est un retour au sport le plus rapidement possible avec une récupération de leurs capacités antérieures à la blessure (3). Cependant, malgré une rééducation optimale sur le plan physique, environ 37% des personnes (4) reprennent leur sport à un niveau inférieur ou ne le reprennent pas du tout (5–7). Au-delà des conséquences physiques, la blessure, ainsi que les contraintes induites par la rééducation, peuvent avoir des répercussions au niveau psychologique et social (5,8–10). Les domaines de la cognition, de l'affect et du comportement peuvent influencer la rééducation (5,11) et pourraient être la variable clé, d'un retour au sport réussi, défini préalablement par le patient et le MK (3,5,7,12,13). Parmi ces facteurs, l'adhésion du patient au programme de rééducation s'avère nécessaire à son succès (13–17). Cependant, encore un certain nombre de patients rencontre des difficultés d'engagement dans leur prise en charge (18), dont le manque de motivation en est souvent l'origine (13,16,18–21).

Ainsi, de faibles niveaux de motivation et d'adhésion non détectés, et non pris en charge, pourraient entraver le bon déroulement de la rééducation (10). Les données de littérature recommandent d'intégrer les facteurs psychologiques, sociaux et contextuels à travers toutes les étapes de la rééducation des affections musculo-squelettiques (13,14,22). Cependant, les données sont limitées concernant la manière d'identifier les facteurs de motivation des patients et de les intégrer dans la prise en charge. Des échelles objectives, ainsi que des interventions psychosociales existent, mais des études scientifiques supplémentaires doivent être réalisées afin d'en conclure des recommandations (7,23). Par conséquent, ces données ont permis d'élaborer une question de recherche portée sur l'exploration et la compréhension des pratiques des MK. La question est la suivante : **Comment les MK évaluent la motivation des patients sportifs et que mettent-ils en place pour l'augmenter, afin d'optimiser l'adhésion thérapeutique, dans un objectif de retour au sport ?**

Afin d'apporter des réponses aux deux axes de cette question, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée, auprès de MK prenant en charge des patients sportifs et ayant des connaissances dans le domaine des facteurs motivationnels. Les résultats concernant la description et la compréhension de leurs pratiques sur ce sujet sont exposés dans les prochaines parties et complétés par des apports théoriques.

2 Cadre conceptuel

2.1 Population sportive

2.1.1 Epidémiologie et détails des pratiques sportives

Les résultats de l'édition 2020 du baromètre national des pratiques sportives, menée par l'INJEP, indiquent que 65% des français de 15 ans et plus ont pratiqué au moins une activité physique et sportive au cours de l'année (24). Avant la crise sanitaire, parmi ces 65%, 43% des personnes pratiquaient une activité intensive (plus d'une fois par semaine) à domicile ou dans une structure, mais cela n'incluait pas systématiquement des compétitions sportives. En effet, seulement 8% de la population des 15 ans et plus participe à des compétitions (2). La pratique sportive regroupe ainsi la pratique réalisée de manière autonome, dans une structure, au sein d'un club ou d'une association (25). De plus, le taux de licences sportives délivrées ne cesse d'augmenter depuis les années 2000, dépassant la croissance de la population française (25). Ces études mettent donc en avant la place importante des pratiques sportives dans la population, qu'elles soient pratiquées en club ou réalisées de manière autonome.

2.1.2 Blessures sportives

D'après le Ministère des Sports, en 2010, les blessures concernaient 9% des pratiquants de plus de 15 ans en France (1). La définition d'une blessure sportive comporte des différences selon le type de sport et le niveau de participation des sportifs. La plupart des études s'accordent sur le fait qu'une blessure nécessite l'arrêt de plusieurs jours, généralement 1 semaine ou une absence de participation à une compétition (2). Cependant, comme vu précédemment, le taux de personnes participant à une compétition ne représente qu'une faible partie de la population sportive. Il conviendrait donc d'établir une définition plus précise de la blessure.

Ainsi, dans la pratique courante, les blessures peuvent être classées en 3 niveaux (26) :

- Atteinte physique n'entraînant pas de consultation médicale ou un arrêt du sport

- Blessure ayant nécessité une prise en charge médicale
- Blessure ayant entraîné un arrêt des activités physiques et sportives

Le risque lésionnel en fonction du sexe et de la pratique a été évalué dans l'étude de Hootman *et coll.* Ainsi, 80% des accidents déclarés (qui concernent $\frac{1}{4}$ des sujets) sont en lien avec une pratique sportive au cours de l'année. De plus, la prévalence des blessures était plus importante chez les personnes âgées de 20 à 40 ans et concernait davantage les hommes (2).

2.1.3 Impacts de la blessure sur la population sportive

Au-delà des bienfaits de l'activité physique pour la santé, le sport constitue un moment d'épanouissement, de dépassement de soi et de bien-être. Dans le cas d'une blessure, les conséquences n'affectent pas seulement la santé physique d'un sportif. En effet, les blessures peuvent être une source d'anxiété, de stress ou encore de dépression, car les personnes ne peuvent plus s'épanouir dans leur loisir et se retrouvent limitées dans leur vie quotidienne (8). Les patients peuvent également avoir une perception modifiée de leur corps, ce qui fragilise leur estime de soi et impacte leur expérience de rééducation. La peur de se reblesser est au centre de la rééducation des blessures sportives, ce qui provoque des sentiments de tension et d'anxiété. De plus, la blessure entraîne un isolement social pour les patients qui se sentent éloignés de leur sport et de leur équipe (8). La rééducation est souvent longue et les sportifs peuvent avoir du mal à garder leur motivation et à s'investir dans la prise en charge (8,9). Tous ces éléments peuvent ainsi entraîner une baisse de motivation et d'adhésion qui entravent le bon déroulement de la rééducation.

Les conséquences négatives des blessures sont retrouvées chez beaucoup de sportifs. Cependant, un certain nombre de facteurs psychosociaux, qui leur sont propres, influencent leur réaction quant à la rééducation (9). Par conséquent, l'évaluation de la réponse psychologique aux blessures est importante à prendre en compte et a été développée par un ensemble de concepts (8). Le modèle conceptuel adapté a été proposé par Coronado *et al* en se basant sur 3 autres modèles (5) (figure 1). Il permet d'expliquer le rôle de la cognition, de l'affect et du comportement, dans la réponse aux blessures, et comment ils interagissent dans la détermination des résultats de la rééducation (11).

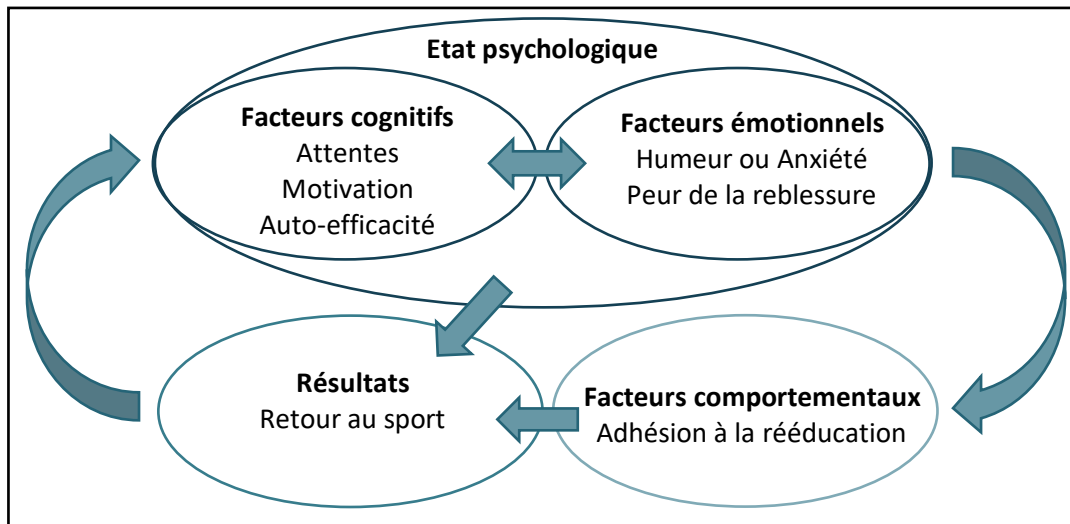


Figure 1 : Modèle conceptuel adapté, proposé par Coronado *et al* (traduit de l'anglais).

Ces données soulignent l'importance d'inclure les composantes psychosociales du patient dans la prise en charge, afin de favoriser l'adhésion au traitement et d'améliorer les résultats tels que la prévention d'autres blessures et le retour au sport (27).

2.2 Retour au sport

2.2.1 Définition

L'objectif principal des patients blessés, ainsi que des MK, est la reprise du sport le plus rapidement possible, avec un retour aux capacités antérieures à la blessure (3). La déclaration du consensus sur le retour au sport de 2016 a fait émerger une définition reposant sur 3 éléments : le retour à la participation, le retour au sport et le retour à la performance (3). Ce continuum est adapté au sport, au niveau, et aux objectifs du sportif. Tout d'abord, le retour à la participation correspond à la participation du sportif dans la rééducation ou dans son sport. Cependant, des facteurs physiques ou psychologiques limitent son retour à un état antérieur d'avant blessure. Ensuite, le retour au sport indique que le sportif a repris son sport mais qu'il n'a pas retrouvé son niveau de performance. Enfin, lors du retour à la performance, le sportif a repris le sport et ses objectifs sont atteints. Il réalise des performances égales ou supérieures à celles d'avant la blessure (3).

Cependant, malgré une définition générique, tous les acteurs de la rééducation ne considèrent pas la réussite de la même manière. En effet, elle dépend du contexte et des objectifs prédéfinis. Certains patients peuvent considérer qu'un retour au sport sans avoir retrouvé ses performances initiales, constitue le succès de la rééducation. Alors que pour les

MK, la réussite se traduirait par une prévention de nouvelles blessures et un retour à des capacités fonctionnelles antérieures (3). Ces résultats indiquent la nécessité de mettre en place une alliance thérapeutique afin de négocier les objectifs et d'optimiser la rééducation.

2.2.2 Recommandations dans la prise en charge

La rééducation d'un sportif et son retour à l'activité, de par son caractère multifactoriel, constitue un réel défi pour les MK (12). En effet, dans la plupart des cas, l'objectif de rééducation pour les sportifs correspond à un retour au sport et à leurs performances initiales avant la blessure. Cependant, malgré une récupération physique optimale, un certain nombre de sportifs reprennent le sport à un niveau inférieur ou ne le reprennent pas du tout (5–7). Selon une revue systématique avec méta-analyse réalisée par Ardern *et al*, sur un ensemble de 5770 participants, après une reconstruction du ligament croisé antérieur, 82% avaient repris une activité mais seulement 63% ont retrouvé leur niveau de participation d'avant la blessure (4). Ces résultats indiquent que de nombreux facteurs interviennent dans la rééducation limitant le bon déroulement de celle-ci et impactant les résultats. L'influence des facteurs psychosociaux dans le retour au sport a été démontrée par de nombreuses études, cela pourrait expliquer l'écart entre les résultats physiques et fonctionnels, et la décision de retour au sport (3,5,7,12,13). Cette décision devrait ainsi comprendre des facteurs physiques et psychologiques et devrait être élaborée de manière collective (3). Ainsi, le modèle biopsychosocial mettant en évidence les interactions entre les domaines biologique, psychologique et contextuel a largement été recommandé dans la pratique (14,22). En effet, il présente de nombreux bénéfices tels qu'une diminution de la douleur, une amélioration des capacités fonctionnelles, de meilleurs résultats et une adhésion accrue à la rééducation (22). Une rééducation basée sur le modèle biopsychosocial et sur les dernières recommandations de la recherche, comprenant l'expérience du praticien et impliquant le sportif, permettrait d'accroître sa motivation et de favoriser un retour au sport réussi (3).

2.2.3 Place des facteurs biopsychosociaux

L'utilisation d'approches psychosociales a été proposée comme cadre afin de comprendre et prendre en compte les caractéristiques personnelles et contextuelles qui peuvent influencer le retour au sport (3,13,28). Tout d'abord, la Classification Internationale du Fonctionnement et du handicap (CIF) (29) permet d'évaluer les éléments facilitateurs et les obstacles, du

fonctionnement de l'individu et de ses facteurs contextuels (14). L'inclusion des activités, des participations ainsi que des facteurs environnementaux et personnels permet d'augmenter l'implication du patient. Cette approche met en évidence l'importance d'une vision plus globale de la prise en charge afin de tendre vers une rééducation centrée sur le patient (14).

Des études se sont ainsi concentrées sur les facteurs psychologiques prédictifs d'un retour au sport optimal (5,30). Pour cela, le modèle intégré de Wiese-Bjornstal ([Annexe 1](#)) des réponses psychosociales après une blessure sportive a été utilisé comme support. Il se définit selon 3 grands domaines qui interagissent entre eux et retiennent sur les résultats (11).

- **Le domaine de la cognition** regroupe notamment les attentes, la motivation et l'auto-efficacité. Ces éléments seraient prédictifs de meilleurs résultats et d'une augmentation de l'adhésion à la rééducation (5,12,31). Cette évaluation cognitive du sportif sera dépendante de facteurs personnels comprenant les différences psychologiques, physiques et démographiques et les caractéristiques de la blessure. Les facteurs situationnels sont également présentés, tels que le sport, le contexte social et environnemental qu'il sera important de prendre en compte lors de l'élaboration des objectifs de rééducation (3,32).
- **La sphère émotionnelle** est constituée de facteurs positifs tels que l'optimisme, et de facteurs limitants telles que l'anxiété, l'humeur négative ou la peur de se reblesser (5). Ces éléments peuvent ainsi influencer la décision de retour au sport et la rééducation.
- Enfin, **le versant comportemental** est relatif à l'adhésion à la rééducation et est fortement influencé par la motivation intrinsèque et les facteurs contextuels et psychologiques du sportif (5).

La connaissance de ce processus dynamique de réponse psychosociale à la blessure permet d'établir des objectifs appropriés de retour au sport et de mettre en place une rééducation optimale, basée sur les composantes psychosociales du patient (3,8). Ces différents modèles ont ainsi participé à la prise de conscience de l'importance des soins centrés sur le patient, sur l'adhésion au traitement et l'amélioration des résultats (14).

2.3 Adhésion à la rééducation

2.3.1 Définition et évaluation

L'adhésion a été définie par l'OMS comme étant « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne, à prendre des médicaments, suivre un régime, et/ou effectuer des changements de style de vie, correspond aux recommandations convenues d'un prestataire de soins de santé » (15). Cette définition peut être précisée dans le domaine de la kinésithérapie et peut correspondre « à la présence aux rendez-vous, au suivi des conseils ou à la réalisation des exercices prescrits » (33). Le terme d'engagement ou d'implication peut également être utilisé et met en avant la responsabilité du patient et celle des praticiens dans la co-construction d'un plan de rééducation optimal (16,34).

En ce qui concerne l'évaluation de l'adhésion, plusieurs outils ont été référencés pour aider les praticiens à la mesurer de manière objective et subjective. Les échelles SIRAS (*Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale*) rapportée par le praticien ou le RAQ-M (*Rehabilitation Adherence Questionnaire*) complété par les patients, sont utilisés dans des études (17). Elles reposent sur l'effort du patient, sa motivation, son soutien ainsi que le suivi des instructions et l'adaptation aux changements du programme de rééducation. L'évaluation de la présence aux séances constitue un moyen d'évaluation plus subjectif (17). Cependant, aucune mesure de l'adhésion ne peut être recommandée, du fait de la diversité des définitions de l'adhésion et des faibles qualités méthodologiques des tests. Enfin, bien que l'évaluation de l'adhésion reste à étudier, elle demeure un véritable enjeu en kinésithérapie (16,17).

2.3.2 Impact de l'adhésion dans le processus de rééducation

De nombreuses recherches pointent l'adhésion à la rééducation comme étant un déterminant clé dans la réussite de la prise en charge (13–17). L'implication du patient comporte à la fois la relation qu'il entretient avec le MK et son investissement dans l'élaboration des objectifs et dans les exercices proposés. L'adhésion au traitement apporterait de nombreux bénéfices sur les résultats de la rééducation, avec une récupération des capacités physiques d'avant la blessure, et un retour au sport réussi de manière plus rapide (35). Une meilleure expérience en matière de santé est également constatée, en diminuant la frustration et en augmentant la résilience des patients (13). Cela permettrait aussi une diminution du temps de récupération et du coût des soins (14,16). Les patients présenteraient une plus grande motivation, ce qui constitue un cercle vertueux vers l'augmentation de l'adhésion elle-même. Ils toléreraient

également mieux la douleur et seraient plus souples quant aux possibles contraintes environnementales des séances de rééducation (tels que les horaires) (19). Pour le praticien, il serait plus intéressant, du point de vue des résultats, de chercher à augmenter l'adhésion du patient à un exercice avant d'accroître la difficulté de celui-ci (17). Ces données peuvent s'expliquer par le fait que l'efficacité d'une intervention est façonnée par l'intérêt que le patient lui porte et par l'investissement éprouvé pour cet exercice (12). Cependant, des difficultés d'engagement dans la rééducation restent présentes (16), et peuvent être délétères pour la mise en place d'une relation thérapeutique et pour l'efficacité de la prise en charge (17,33). Ainsi, l'adhésion s'avère multifactorielle. L'identification et la prise en compte des facteurs pouvant l'influencer, sont nécessaires pour garantir la réussite de la rééducation (16).

2.3.3 Facteurs prédictifs de l'adhésion

Au vu de son influence, de nombreuses études ont cherché à mettre en évidence les facteurs limitants, et favorisant l'adhésion des patients à un programme de rééducation. Un certain nombre de facteurs personnels et situationnels ont été identifiés comme prédictifs d'un comportement d'adhésion d'un sportif blessé (13,20).

Tout d'abord, parmi les facteurs personnels, la motivation apparaît comme étant un déterminant clé de l'adhésion à la rééducation (13,16,18–21). Cela peut s'expliquer à travers plusieurs modèles telles que la théorie de l'autodétermination (TAD) ou encore la théorie de l'investissement personnel. En effet, la TAD repose sur la satisfaction des besoins en termes d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale (36). Elle indique que la motivation intrinsèque est plus propice à l'adhésion d'un comportement, puisqu'elle émane du patient lui-même, de ses intérêts et de ses valeurs (16). De plus, la théorie de l'investissement personnel indique que les « incitations personnelles, le sentiment de soi et les options perçues » d'un patient, déterminent sa motivation et son comportement d'adhésion (18,19). Ainsi, plusieurs facteurs influençant l'adhésion sont identifiés, tels que la compréhension des caractéristiques de la blessure et de la rééducation, le contrôle perçu par les sportifs sur les résultats ou encore la croyance en l'efficacité de la thérapie (5,13,19,21,37).

Ensuite, une plus grande intention de s'engager dans le processus de réadaptation a été associée à une augmentation de l'adhésion (16). En effet, « les intentions sont l'antécédent le plus important du comportement et concernent les plans conscients de réaliser ou de ne pas réaliser un comportement futur » (38). L'intention est influencée par « la perception de la

gravité perçue », « la maîtrise de la tâche » et « des attitudes favorables à la rééducation » (21). L'auto-efficacité correspondant « à la confiance des individus dans leur capacité d'accomplir une tâche donnée » (16) s'est également révélée prédictive de l'adhésion (21). En effet, un sportif qui pense avoir les compétences pour réaliser un exercice sera davantage motivé et impliqué dans sa réalisation. Cela peut être augmenté si le patient a déjà adopté des comportements similaires d'adhésion, il sera ainsi plus à même de les réitérer. Enfin, des facteurs cognitifs et émotionnels négatifs comme le stress ou des difficultés d'adaptation peuvent être des obstacles à l'adhésion (13,16).

De plus, les facteurs situationnels, liés à l'environnement de la rééducation, aux facteurs spécifiques au sport ou au soutien social, peuvent influencer sur l'adhésion. En effet, une rééducation longue peut entraîner une baisse de motivation et d'adhésion, qui peut être accentuée si elle n'est pas stimulante pour le sportif (5). De plus, il est important que les exercices et les objectifs soient spécifiques et réalistes et que la rééducation puisse s'intégrer au quotidien du patient (18,39). Enfin, le soutien social dont dispose le sportif, favorise des états émotionnels et cognitifs positifs et prédit une augmentation du comportement d'adhésion (16,21). Cela peut regrouper les conseils, la communication et la relation avec le MK, le soutien familial et amical ainsi que les coéquipiers, l'entraîneur et le staff.

Pour conclure, l'adhésion repose sur un certain nombre de facteurs psychosociaux et situationnels qui peuvent être des obstacles ou des facilitateurs aux résultats de la rééducation. Parmi ceux-ci, les nombreuses théories et études présentes dans la littérature, démontrent le rôle clé de la motivation dans le comportement d'adhésion et l'influence réciproque qu'elles peuvent avoir l'une sur l'autre.

2.4 Motivation

2.4.1 Définition et contexte

La motivation peut être divisée en 2 types, qui sont la motivation intrinsèque et extrinsèque. **La motivation intrinsèque** se définit comme « l'inclination naturelle vers l'assimilation, la maîtrise, l'intérêt spontané et l'exploration qui est essentielle au développement cognitif et social et qui représente une source principale de plaisir et de vitalité tout au long de la vie » (36). Ce type de motivation est retrouvé uniquement dans le cadre d'un intérêt intrinsèque pour l'activité et peut être perturbé par des conditions défavorables à son développement.

Quant à elle, **la motivation extrinsèque** « fait référence à l'accomplissement d'une activité dans le but d'obtenir un avantage » (36). Elle regroupe différentes formes de motivation qui sont classées en fonction de l'importance que l'individu porte à l'activité ou au comportement suivant ses propres valeurs. La motivation face à une action va ainsi émaner de ce processus et peut aboutir à une amotivation, une introjection, une identification ou une intégration (36). L'amotivation s'exprime lorsqu'une personne ne porte pas d'intérêt à l'activité, ne se sent pas compétente ou estime que cela ne produira pas le résultat voulu. Ensuite, une personne peut adopter un comportement par introjection qui « consiste à accepter une régulation sans pour autant l'accepter pleinement comme la sienne ». Un individu peut également procéder à une régulation par l'identification qui correspond à « une valorisation consciente d'un objectif comportemental, de sorte que l'action est acceptée comme étant personnellement importante ». Enfin, la régulation par intégration représente la forme la plus autonome. Elle correspond à l'assimilation des régulations par la personne, « ce qui signifie qu'elles ont été évaluées et mises en conformité avec ses autres valeurs et besoins » (36).

De plus, selon le modèle trans-contextuel, la motivation est transférable au niveau spécifique, contextuel et global. Elle se retrouve donc très présente dans le domaine du sport et de la rééducation lors de blessures. En effet, le contexte spécifique explique que la motivation que possède l'athlète à réaliser son sport peut se retrouver dans la rééducation, car elle conduit à la reprise de son activité. En ce qui concerne le niveau contextuel, l'athlète perçoit un soutien social dans sa pratique sportive lui permettant de maintenir une grande motivation, ce qui peut se retrouver à travers le soutien du kinésithérapeute lors de la rééducation. Enfin, un locus de contrôle interne permettrait une plus grande motivation autonome, au niveau global (32). Ainsi, chaque personne possède une motivation intrinsèque à un certain nombre d'activités, mais le maintien et la consolidation de celle-ci peuvent être perturbés par des conditions défavorables. Des théories ont ainsi été établies afin de développer les formes les plus évoluées de motivation extrinsèque se rapprochant des caractéristiques de celle intrinsèque, et pouvant être appliquées à la rééducation de patients sportifs.

2.4.2 Importance de la motivation et les théories associées

Une prise en charge proposant un soutien à la motivation autonome permettrait d'engager le patient et d'améliorer ses performances dans un but de retour au sport (5,6,9,12,13,40,41). Les patients faisant preuve d'une grande motivation seront plus à même de respecter et de

s'investir dans leur plan de rééducation. Ainsi, la motivation intrinsèque d'une personne peut provenir de nombreux facteurs qu'il est nécessaire d'identifier en début de prise en charge. L'utilisation d'outils adaptés permettrait d'améliorer le ressenti du patient et les résultats de la rééducation (9,35). En effet, de nombreux patients se retrouvent démotivés à la suite d'une blessure notamment dans le cadre d'une rééducation longue pour un sportif se retrouvant loin du terrain et du contexte social qui lui est rattaché. Cela peut engendrer des réponses psychosociales négatives et venir entraver la motivation et la réussite de la rééducation (9,40). Au vu de l'enjeu, les théories suivantes ont permis de comprendre l'interaction entre les facteurs cognitifs, contextuels et émotionnels, et le processus de rééducation.

2.4.2.1 La théorie de l'autodétermination (TAD)

La théorie de l'autodétermination est une approche théorique de la motivation humaine et de la personnalité, qui met en évidence l'importance des ressources intérieures dans le développement de la personnalité et dans l'explication des comportements (14,36). La motivation intrinsèque est décrite comme la motivation la plus autonome. Plusieurs auteurs ont ainsi cherché à définir les facteurs permettant de la développer, afin d'être plus pertinent lorsque l'on cherche à motiver une personne (14,42). La TAD peut ainsi être utilisée comme cadre afin de comprendre et de s'adapter aux réactions des patients après une blessure, dans un contexte de retour au sport (12). Cette théorie se base sur la satisfaction de 3 besoins qui permettrait d'augmenter l'engagement et de susciter une plus grande motivation face à un effort ou une performance (13,36). Ces besoins sont : l'autonomie, la compétence et les relations sociales. Il a été démontré qu'un environnement favorisant la satisfaction de ces besoins facilitait une motivation extrinsèque plus autodéterminée et proche des caractéristiques de la motivation intrinsèque (6,14,42,43). Ainsi, un contexte permettant une intériorisation et une intégration favoriserait un retour au sport réussi, en ce qui concerne les performances et les ressentis du patient (12,36).

Tout d'abord, **l'autonomie** fait référence à la liberté de s'engager dans une activité, de participer aux prises de décisions et « d'expérimenter la responsabilité » (14,36,42). Cette définition est ici en opposition à celle de l'indépendance qui est « l'état de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral, intellectuel » (44). Le patient doit se sentir

à l'origine du changement et responsable des résultats de la rééducation, ce qui est en corrélation avec le besoin suivant.

En effet, la **compétence** est « le sentiment d'efficacité dans l'accomplissement de quelque chose » (36) et « permet une maîtrise de l'environnement » (14). Un manque d'efficacité perçu de la part de l'athlète peut entraîner des conséquences négatives telles que de la démotivation, de la frustration ou des craintes (12).

Enfin, la **relation ou parenté** est caractérisée par « le degré d'intégration avec l'environnement social » (36) et le « sentiment d'être proche des autres » (42). La blessure entraîne l'isolement social du sportif et peut influencer ses réactions cognitives, émotionnelles et comportementales (27). Ainsi, la connaissance de ces besoins peut permettre de prévenir et de s'adapter aux obstacles liés à la blessure, chez un sportif.

Pour conclure, selon cette théorie, un environnement de rééducation propice à la satisfaction et la prise en compte des besoins d'autonomie, de compétence et de relation permettrait un retour au sport réussi, selon les objectifs prédéfinis (6,12,13,36,45). Cela consisterait à inclure le patient aux prises de décision, à le responsabiliser, ainsi qu'à valoriser son efficacité sur les résultats de la rééducation (14,36). Elle est par conséquent présentée comme étant l'intervention motivationnelle la plus efficace, afin d'augmenter l'adhésion à la rééducation (46). En effet, l'adhésion à long terme est plus probable car le comportement aura été motivé par des valeurs internes et répondant à un besoin (43).

2.4.2.2 La théorie de l'investissement personnel

La théorie de l'investissement personnel propose que la motivation soit basée sur l'environnement socio-culturel, le sentiment de soi et les comportements. Le sentiment de soi regroupe les valeurs, les objectifs personnels et les capacités. Les modèles de comportements sont initialement décrits comme l'engagement, la participation et la performance. Cette théorie repose sur la capacité des individus à faire des choix, en fonction du sens et de la signification que l'action, ou la situation peut représenter pour eux (47). Elle insiste sur le lien entre l'engagement et le comportement et peut être appliquée au domaine de la rééducation. L'interaction des croyances et des valeurs des individus avec des facteurs situationnels et environnementaux déterminerait différents niveaux d'investissement (48). Cela permet de rappeler l'importance d'une prise en charge personnalisée et adaptée au contexte social, à

l'environnement et aux domaines cognitifs et comportementaux du patient, dans le but d'améliorer sa motivation et son adhésion (18).

Ces théories permettent de comprendre pourquoi, dans certains cas, une motivation ne s'exprime pas et proposent des clés pour l'améliorer.

2.5 Rôles du MK

La littérature a fortement influencé les MK à inscrire leur pratique dans une approche biopsychosociale afin de mettre en évidence les freins et les facilitateurs à la rééducation (14,22). Afin de proposer les soins les plus adaptés au patient, de susciter sa motivation et son adhésion, il est nécessaire de prendre connaissance de son état ainsi que d'identifier les facteurs personnels et environnementaux qui peuvent influencer la prise en charge (14). En effet, une meilleure compréhension du contexte dans lequel se trouve le patient permet d'avoir accès à ses objectifs personnels, ses valeurs et ses ressources. Autant de facteurs qui influencent les attentes en matière de rééducation et conditionnent les comportements d'adhésion et de motivation (13,16). Les MK doivent être en mesure d'identifier des niveaux de motivation faibles et des facteurs psychosociaux défavorables à l'adhésion et au bon déroulement de la rééducation au vu de leur importance sur le retour au sport (18). Cependant, les données concernant la manière d'évaluer la motivation sont limitées dans la littérature et cela ne facilite donc pas son application.

De plus, de par leurs rôles et leurs compétences, les MK occupent une place centrale dans la prise en compte des facteurs biopsychosociaux. En effet, d'après le décret relatif à l'exercice de la profession, « le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. » (49) Les MK possèdent également des compétences indispensables à la satisfaction des besoins en matière d'autonomie, de compétence et de relation sociale des patients, influençant la motivation (12,42). Les compétences n°2 (« concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation »), n°3 (« concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage ») et n°5 (« établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ») de l'arrêté du 2 septembre 2015 peuvent être mise en avant (50). Le comportement des praticiens peut ainsi permettre de favoriser la motivation, l'adhésion et l'expérience de rééducation du patient, à

l'aide d'un certain nombre d'interventions psychosociales. Il n'existe cependant pas de guide de bonnes pratiques en ce qui concerne les meilleures stratégies psychosociales à adopter, mais beaucoup d'entre elles ont prouvé leur efficacité (17). Il est recommandé de se focaliser sur l'auto-motivation et l'auto-efficacité en se basant sur les facteurs personnels et contextuels des patients, en prenant en compte leur personnalité, leurs valeurs et leur mode de vie (21,39).

Les interventions psychosociales regroupent plusieurs techniques telles que la communication comprenant l'éducation, la fixation d'objectifs, le discours intérieur positif, l'imagerie ou encore la relaxation. Elles possèdent globalement toutes comme objectifs, le développement ou le maintien d'un état cognitif et émotionnel positif et la limitation des effets néfastes de la blessure (6,8,21).

- **Une bonne communication** dans le domaine de la rééducation peut reposer sur le modèle éducatif de Bayer qui met en avant le fait de s'engager dans la discussion, d'avoir de l'empathie, d'éduquer et d'impliquer le patient (8). La communication doit permettre de valoriser le sentiment d'auto-efficacité du patient en développant sa capacité de maîtrise et l'influence qu'il peut avoir sur la rééducation (16,21,51). L'implication du patient a également pour but de le rendre acteur de sa prise en charge et d'ainsi augmenter sa motivation et son adhésion (8,13,14,52,53).
- **La fixation d'objectifs** est reconnue comme l'une des principales interventions psychosociales permettant de pallier les conséquences négatives d'une blessure et d'augmenter la motivation et l'adhésion à la rééducation (6,8,14,32). Elle est définie comme « la sélection et l'accord sur un objectif comportemental que le patient et l'équipe s'efforcent d'atteindre sur une période donnée » (53). Cette stratégie est connue dans le milieu sportif et permettrait un meilleur retour à la compétition.
- **Le discours interne** peut être positif, négatif ou instructif. Il est conseillé de favoriser le discours interne positif ainsi qu'instructif tout au long de la rééducation pour conserver un effort constant et développer de nouvelles compétences (6,8).
- **L'imagerie** est aussi utilisée et constitue « une technique de préparation mentale utilisée pour créer ou recréer des expériences dans l'esprit afin d'augmenter la performance » (8). Des **techniques de relaxation** et de **soutien social** sont également préconisées et décrites dans la littérature (6,8,21).

Enfin, les **interventions motivationnelles spécifiques** ont montré un réel intérêt sur l'adhésion à court terme à la rééducation et sur l'adoption de comportements sains. Elles regroupent des interventions comme la thérapie cognitivo-comportementale, la théorie de l'autodétermination, l'entretien motivationnel, la théorie sociale cognitive ou encore la théorie de l'apprentissage social. Parmi celles-ci, la théorie de l'autodétermination ainsi que l'entretien motivationnel seraient les plus efficaces (46).

L'entretien motivationnel (EM) est une approche centrée sur le patient qui vise à modifier son comportement à travers l'augmentation de sa motivation et de son engagement, en l'écoutant avec empathie (14,41,54). Il repose sur 4 principes clés qui sont (14,41,55) :

- L'expression d'une empathie de la part du thérapeute
- Le développement de la divergence
- L'évitement de l'argumentation et de la résistance
- Le soutien de l'auto-efficacité

L'environnement empathique permet de proposer un cadre sécurisé à l'expression des arguments en faveur du changement par le patient. En effet, la relation thérapeutique influence le résultat de la rééducation et la formulation d'un discours lié au changement est propice à l'adoption et au maintien de ce comportement. L'EM a pour but de permettre au patient de trouver ses propres raisons et ressources en ce qui concerne un changement, et d'ainsi susciter sa motivation interne à l'adopter. Il doit se sentir à l'origine du changement de par les compétences, les valeurs et les facultés qu'il possède déjà. Le thérapeute met également en place une communication adaptée afin de souligner les discours favorables, d'accompagner ce changement et de renforcer sa motivation (41,54,55).

Cette intervention psychosociale a démontré ses preuves en termes d'augmentation de l'activité physique et de la santé générale principalement, chez des patients atteints de diverses pathologies (14,46). La motivation suscitée va également permettre d'initier un comportement, de l'adopter et d'en augmenter son intensité, ce qui va influencer la douleur et les performances fonctionnelles (41).

Ainsi, l'émergence de ces notions autour des facteurs psychosociaux place l'identification des facteurs motivationnels comme un enjeu dans la prise en charge. La mise en place de stratégies visant à augmenter la motivation d'un patient apparaît nécessaire à l'adhésion et à un retour au sport accéléré et réussi (5,12,13,35,46).

3 Problématique

La population sportive représente une grande partie de la population totale. Elle est davantage soumise à des blessures nécessitant des jours d'arrêt et un programme de rééducation. Les conséquences négatives de ces blessures sont non seulement physiques mais aussi psychologiques. En effet, les facteurs personnels, contextuels et sociaux jouent un rôle important dans l'expérience de rééducation des patients et influencent les résultats concernant le retour au sport (13). Ainsi, la pratique a de plus en plus évolué vers des soins centrés sur le patient et les directives actuelles recommandent de gérer les affections musculo-squelettiques dans cette perspective biopsychosociale (14,56). De plus, de nombreuses études ont souligné l'intérêt d'impliquer le patient dans sa prise en charge en vue d'une meilleure adhésion à la rééducation et de l'amélioration des résultats (52). La motivation constitue un déterminant clé à l'adhésion et apparaît comme étant nécessaire à prendre en compte, de par ses bénéfices. Pour cela, les théories de l'autodétermination et de l'investissement personnel ont été proposées comme cadre afin de comprendre l'influence des facteurs psychologiques et environnementaux sur la motivation. Les interventions psychosociales constituent donc des outils de choix pour la prévention et la détection des conséquences négatives liées à la blessure, mais également, pour l'identification et l'exploitation des ressources du patient dans la prise en charge. Cependant, les données concernant les facteurs personnels et contextuels favorables au développement et au maintien de la motivation, à travers toutes les étapes de la rééducation, sont limitées. En effet, la littérature manque d'indications sur la manière d'identifier et d'encourager les facteurs suscitant la motivation en pratique. De nombreuses questions se posent- alors :

- Quelles sont les représentations des MK concernant la motivation et l'adhésion dans la prise en charge de patients sportifs ?
- Quels sont les niveaux de connaissances des MK sur les théories motivationnelles ?
- Quels moyens les MK utilisent-ils pour reconnaître les patients motivés ?
- Comment les MK optimisent la motivation ?
- Quels sont les facteurs stimulants ou limitants l'utilisation d'une intervention psychosociale par rapport à une autre ?
- Comment évaluent-ils les effets de leurs interventions ?

La problématique de cette étude réside dans la description et la compréhension de ce que les MK réalisent en pratique afin de susciter et de maintenir la motivation de leurs patients

sportifs. Cet objectif nécessite donc de procéder à des entretiens semi-directifs auprès de MK qui prennent en charge cette population de patients, dans une démarche biopsychosociale et possédant des connaissances dans le domaine. Leurs ressentis et leur expérience sont nécessaires pour comprendre les limites et les facilitateurs à l'utilisation des notions théoriques de la motivation en pratique.

La question de recherche en lien avec la problématique est donc la suivante :

Comment les MK évaluent la motivation des patients sportifs et que mettent-ils en place pour l'augmenter, afin d'optimiser l'adhésion thérapeutique, dans un objectif de retour au sport ?

4 Matériel et méthodes

4.1 Choix de la méthodologie d'enquête qualitative par entretiens semi-directifs

Le choix de la méthode est orienté selon le thème et la question de recherche. L'objectif de ce mémoire est de comprendre comment les MK évaluent et optimisent les facteurs de motivation des patients sportifs, en vue d'un retour au sport. Des données sur le sujet sont parues afin de proposer un cadre et des outils aux MK pour susciter la motivation de leurs patients. Cependant, la difficulté se trouve dans la diversité des facteurs psychosociaux et leur prise en compte en pratique. L'enjeu d'interroger des MK réside donc dans la connaissance de leurs représentations sur la motivation et de leurs expériences. Les freins et facilitateurs à l'évaluation des facteurs motivationnels et à l'utilisation de stratégies adéquates seront également recherchés. En effet, il est intéressant de comprendre comment les notions de motivation sont appliquées dans le contexte de la rééducation et adaptées aux exigences de la réalité. Pour cela, le choix de la méthode qualitative de recherche nous semble le plus pertinent. Elle se définit comme « une stratégie de recherche combinant diverses techniques de recueil et d'analyse qualitatives dans le but d'explicitier, en compréhension, un phénomène » (57). Elle est également dite qualitative de par sa mise en place qui suit une « logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages » (58), elle est « centrée sur le sens en situation, dans une optique interprétative » (58). En effet, l'un de ses intérêts est « qu'elle étudie les gens dans leur milieu naturel plutôt que dans des situations artificielles ou expérimentales » (59). Cette méthode permet de « regarder la réalité sociale » et « plutôt que de chercher les bonnes réponses », elle « se préoccupe également de la

formulation des bonnes questions » (59). Ceci est propice à l'expression de l'expérience des MK en pratique et à la formulation de nouvelles hypothèses telle que l'utilisation des ressources des patients dans la rééducation.

Ensuite, la principale technique de collecte des données qualitatives est l'entretien et c'est aussi celle qui nous paraît la plus adaptée à notre objet d'étude. En effet, l'entretien permet de recenser le raisonnement, les points de vue, les représentations et la description des pratiques (59,60), ce qui est l'objectif recherché auprès des MK. Cette richesse des données n'aurait pas été possible dans le cas d'un questionnaire, et la compréhension de la situation aurait été moindre à l'aide d'une observation. Ainsi, l'entretien semi-directif a été choisi afin de permettre aux MK de structurer eux-mêmes leurs pensées autour d'un objet d'étude préalablement défini, comme ici, la motivation. Cette démarche permet de faire appel à la théorie afin de guider l'observation du réel (58), ainsi que d'approfondir le sujet abordé.

Enfin, l'entretien est structuré par un guide d'entretien qui va permettre de répondre aux hypothèses à l'aide de questions ouvertes. Les questions sont posées en respectant l'ordre des thématiques souhaitées. Un travail préparatoire est nécessaire afin d'être dans une démarche d'explication plutôt que de justification et de veiller à ne pas influencer les réponses des MK (60).

4.2 Choix de la population interviewée

Dans le cadre d'une enquête basée sur un entretien, le choix de la population est une étape importante afin de recueillir les informations les plus pertinentes, en fonction de notre question de recherche. Pour cela, les MK ont été sélectionnés selon des conditions précises respectant le thème de notre objet d'étude. En effet, afin de comprendre la manière dont les MK identifient et prennent en charge la motivation chez les sportifs, les critères d'inclusion suivants ont été établis :

- Etre masseur-kinésithérapeute diplômé d'état,
- Prendre en charge des patients sportifs (selon le cadre conceptuel),
- Attester prendre en considération les facteurs psychosociaux d'un patient durant sa rééducation,
- Posséder des connaissances dans le domaine des facteurs psychosociaux et de la motivation.

Ces critères ont été définis afin de cibler précisément les MK confrontés à la population recherchée et étudiée. La prise en charge exclusive de patients sportifs n'est pas un critère d'inclusion car la comparaison aux autres types de patients pourrait fournir des données supplémentaires. De plus, le thème de notre objet d'étude étant centré sur les facteurs psychosociaux et la motivation, leur prise en compte par les MK est donc indispensable. Des connaissances théoriques sur le sujet sont également requises car nous nous intéressons ici aux modalités d'identification et de prise en charge de la motivation dans la pratique, afin de pouvoir les comparer avec les données de la littérature. Cela nous permet aussi d'avoir des données sur l'origine de leurs savoirs et d'ainsi répondre à nos hypothèses. Aucun autre critère spécifique n'est requis afin de bénéficier d'une diversité de profil exerçant autour d'un même thème, mais possédant des facteurs personnels et contextuels différents. Cette notion est appelée la triangulation complexe et « entend faire varier les informateurs en fonction de leur rapport au problème traité. Elle veut croiser des points de vue dont elle pense que la différence fait sens » (61). La comparaison des expériences, des points de vue et des pratiques de chacun construira la richesse des informations recueillies et permettra de répondre à nos questionnements et de soulever de nouvelles problématiques.

Le nombre de sujets à interroger afin de mener une recherche pertinente et méthodologiquement intéressante sur un thème donné constitue un défi. En théorie, cette notion est reliée à celle de la saturation des données qui correspond à l'arrêt des entretiens sur un thème, lorsqu'ils n'apportent plus de nouvelles informations utiles à la recherche (61,62). Ainsi, un nombre trop important de personnes entraînerait des données superflues tandis qu'un nombre restreint, lui, ne permettrait pas une saturation acceptable (62). Dans le cadre de ce mémoire, nous avons interrogé 3 MK. Ce nombre correspond aux données préconisées se situant entre 3 et 10 entretiens semi-dirigés (63), afin d'obtenir une quantité suffisante de données sur notre sujet et de procéder à une analyse qualitative de celles-ci.

4.3 Stratégies de contact des personnes interrogées

Nous avons fait le choix d'interroger notre cercle personnel afin de trouver des MK pouvant répondre à nos critères de recherche. L'approche biopsychosociale dans la prise en charge de patients sportifs étant largement recommandée (13,14,22) et nos critères de sélection assez communs, il nous a paru pertinent de procéder aux recherches de MK exerçant aux alentours de Nantes.

La stratégie de contact des personnes interrogées s'est ainsi déroulée en 3 étapes :

1. **Interrogation de notre sphère privée** : Prise de contact auprès d'étudiants en masso-kinésithérapie et de nos tuteurs de stage. Cette première étape nous a ainsi permis d'avoir les contacts de 3 MK.
2. **Sélection des MK en fonction des critères d'inclusion** : Appels téléphoniques réalisés auprès des 3 MK qui consistaient en un questionnaire basé sur les critères d'inclusion de l'étude. Cette deuxième étape nous a permis de valider le profil des MK présélectionnés selon nos critères.
3. **Convenir des paramètres de l'entretien** : Appels téléphoniques réalisés auprès des 3 MK pour convenir des modalités spatiotemporelles de l'entretien en fonction de nos emplois du temps respectifs.

4.4 Elaboration du guide d'entretien et hypothèses

L'entretien doit être structuré à l'aide d'un guide d'entretien (59) afin d'être le plus efficace possible et de faciliter son déroulement. Il permet d'ordonner les thèmes de recherche et d'anticiper, tout en laissant la liberté de s'exprimer aux personnes interviewées. Le guide d'entretien s'appuie sur la définition d'une problématique à partir du cadre théorique et sur la genèse d'hypothèses. En effet, les questions ouvertes posées à la population choisie sont reformulées à partir de la question de recherche et doivent permettre d'une part, d'accéder aux données sur les thèmes recherchés, et d'autre part, d'être confrontées aux hypothèses (64). Ces hypothèses ont ainsi été élaborées à partir de la question de recherche précédemment citée dans la partie « [Problématique](#) » et sont les suivantes :

- **Hypothèse 1** : Les MK évaluent davantage les facteurs psychosociaux ayant un impact négatif sur l'adhésion (stress, peur, anxiété...), que les facteurs motivationnels.
- **Hypothèse 2** : Les MK évaluent de manière subjective les facteurs motivationnels des patients à partir de leurs paroles et de leur langage corporel.
- **Hypothèse 3** : Les MK réévaluent régulièrement les facteurs de motivation de leurs patients.
- **Hypothèse 4** : Les MK adaptent la recherche de facteurs motivationnels au patient et à la situation singulière.
- **Hypothèse 5** : Les MK ont recours à des stratégies, visant à augmenter la motivation et l'adhésion, faciles d'utilisation et relatives à leurs connaissances et à la littérature.

- **Hypothèse 6** : Les MK prennent en compte les facteurs motivationnels de façon différente en fonction de la singularité de chaque patient et de leurs expériences.
- **Hypothèse 7** : Les MK évaluent les effets de leurs interventions sur la motivation de manière subjective.
- **Hypothèse 8** : Les connaissances des MK sur les interventions motivationnelles proviennent de la littérature et de leurs expériences et moins de leur formation professionnelle initiale.
- **Hypothèse 9** : Les MK ont constaté un réel apport de ces connaissances dans la prise en charge.

Le guide d'entretien a ensuite été réalisé selon 4 grandes étapes ([Annexe 2](#)) :

La première comprend **l'introduction et la présentation du contexte et de l'étude**. Cela doit permettre d'expliquer les objectifs de la démarche et la méthodologie de l'entretien, afin que la personne interviewée comprenne la situation et se sente en confiance. Cette partie se termine par la présentation de notre profil et du raisonnement qui nous a amené à la définition des objectifs de l'étude.

La deuxième partie concerne **les informations personnelles des MK** qui nous permettra de relier leurs pratiques à ces données et de les comparer entre eux.

La troisième partie regroupe **l'ensemble des questions ouvertes** principales et complémentaires ainsi que les relances et les exemples qui pourraient être utiles d'aborder. Elles suivent un ordre défini par 4 thèmes afin de recenser les données sur les représentations et les pratiques des MK.

Enfin, la **dernière partie** est plus succincte et permet de **remercier les personnes interviewées**. Ce temps est également dédié à l'expression des MK sur des données non abordées ou sur leur ressenti par rapport à l'entretien, qui peuvent nous être utiles pour les prochains, ou pour soulever de nouvelles problématiques sur notre sujet.

4.5 Paramètres de l'entretien

Les paramètres spatio-temporels de l'entretien ont été décidés en accord avec les personnes interrogées. En effet, afin de maintenir leur motivation à participer, il a été convenu de réaliser les entretiens selon des conditions temporelles et spatiales adaptées à leur planning. L'environnement et les dernières activités réalisées par les MK peuvent avoir un impact sur leurs représentations (64) et c'est pourquoi il nous paraît pertinent d'intégrer nos questions à

leur quotidien. Les entretiens ont ainsi été réalisés selon les modalités définies par les MK, ce qui a donné lieu à 2 entretiens en présentiel et un en visioconférence. Ils ont été réalisés de manière individuelle, dans un cadre silencieux avec la distance physique d'une table pour ceux en présentiel et à travers un ordinateur pour celui en visioconférence. L'ensemble des modalités de l'entretien est détaillé dans le tableau suivant (tableau I) :

Tableau I - Présentation des modalités des entretiens.

<i>MK</i>	<i>Date de l'entretien</i>	<i>Emplacement de l'entretien</i>	<i>Durée de l'entretien</i>
<i>MK 1</i>	27.01.2022	Cabinet de kinésithérapie	35 minutes
<i>MK 2</i>	08.02.2022	Cabinet de kinésithérapie	23 minutes
<i>MK 3</i>	01.03.2022	Visioconférence	36 minutes

Puis, afin de poser un cadre juridique et professionnel, deux formulaires réalisés par l'IFM3R ont été distribués aux MK. Le premier concerne l'information et le recueil du consentement éclairé et le second correspond à la demande d'autorisation de réalisation et d'utilisation d'enregistrements audio.

Enfin, plusieurs stratégies d'intervention ont été utilisées durant les entretiens. Le choix des questions initiales est primordial, elles doivent être claires, compréhensibles et basées selon les thèmes prédéfinis. Cela doit permettre d'obtenir un discours à la fois modal des MK afin de traduire leurs représentations et également référentiel en décrivant leur pratique (64). Afin de récolter toutes les données d'un thème et d'approfondir la compréhension de la situation, l'utilisation de relances et de reformulation a été nécessaire. Notre rôle était celui de guide durant l'entretien en veillant à ce que chaque thème soit abordé, en communiquant notre compréhension sans influence ni jugement. La mise en place d'une relation respectueuse, d'un climat de sécurité et d'un environnement empathique a permis de favoriser l'expression des MK (65).

4.6 Cadre méthodologique du recueil des données et de l'analyse

Les données ont été recueillies à l'aide d'un dictaphone pour chacun des 3 entretiens, puis un travail d'écriture basé sur 3 niveaux a été réalisé. Selon Paillé et Muchielli (58) ces étapes correspondent à la transcription, la transposition et la reconstitution.

Tout d'abord, la **transcription-traduction** permet le passage d'un témoignage à son inscription sous forme écrite (58). Elle a été réalisée de façon manuelle à travers l'écoute de l'enregistrement et la retranscription mot à mot sur un logiciel de traitement de texte. L'ensemble des 3 corpus de texte codés par tour de parole peuvent être retrouvés par un lien transmis via la plateforme informatique de l'IFM3R.

L'étape de **transposition-réarrangement** consiste ensuite en une lecture approfondie de chaque corpus afin de catégoriser les données à l'aide d'une grille d'analyse ([Annexe 3](#)). L'analyse thématique est le type d'analyse retenu et correspond à « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche » (58). Elle permet ainsi une « fonction de repérage » des thèmes pertinents en lien avec la recherche menée et une fonction « de documentation » en mettant en avant la manière dont les thèmes « se rejoignent, se contredisent, se complémentent... » (58). Les techniques utilisées pour mener à bien ce processus sont l'utilisation d'un logiciel de traitement de texte en tant que support matériel afin de réaliser un mode d'inscription sur fichier ce qui permet de laisser le texte intact. La démarche de thématisation effectuée est celle en continue, ce qui signifie que « les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte puis regroupés et fusionnés au besoin » (58). Ainsi, les différents thèmes présents dans cette grille proviennent des objectifs et des hypothèses du projet d'étude. Les sous-thèmes sont également complétés par une démarche inductive à partir des données recueillies.

Enfin, la dernière étape est celle de la **reconstitution-narration** « qui prend le plus souvent la forme d'un récit argumenté autour des principales catégories d'analyse, [...] pistes d'interprétation » (58). Elle sera réalisée dans la partie suivante afin de présenter les MK interviewés, ainsi que les données issues de leurs représentations et leurs pratiques.

5 Résultats

Les résultats des entretiens sont traités à partir de la grille d'analyse préalablement classés par MK et par thème. Cette partie a pour but de présenter les différents thèmes retrouvés à l'issue de la transposition des corpus et de décrire leurs relations même si « l'interprétation est toujours en partie déjà là » (58). Tout d'abord, le tableau suivant (tableau II), permet de faire un descriptif des MK interviewés en ce qui concerne leurs caractéristiques démographiques, leurs années et villes de diplôme ainsi que leurs formations

complémentaires. Puis, les résultats seront présentés en fonction de chaque thème et aura pour but d'énoncer et comparer les MK pour un même thème.

Tableau II - Présentation des MK interviewés

<i>MK</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Année et ville de diplôme</i>	<i>Formations complémentaires</i>
<i>MK 1</i>	Homme	27 ans	2016 – Liège	Entretien motivationnel – McKenzie – E-learning sur la douleur avec agence EBP – Trigger point – Neuro-dynamique
<i>MK 2</i>	Femme	32 ans	2012 – Saint Maurice	Master VHMA – Formation kiné du sport – Clinique du coureur – McKenzie
<i>MK 3</i>	Femme	27 ans	2019 – Nantes	Licence de psychologie

5.1 Représentations des MK sur la motivation et l'adhésion de patients sportifs

Tout d'abord, cette première partie est plutôt descriptive et concerne les représentations des MK sur la motivation et l'adhésion dans la prise en charge de patients sportifs. Dans une dimension plus générale, les MK s'accordent tous sur le fait que la recherche d'informations personnelles sur le patient a pour but de le connaître et de pouvoir ainsi adapter son discours et son plan de traitement. En effet, le MK1 cherche à « *cerner sa motivation* » (TP16), la MK2 à créer une « *alliance thérapeutique efficace* » (TP10) en repérant les « *leviers qu'on va pouvoir utiliser pour potentialiser la rééducation* » (TP10) et la MK3 à « *voir dans quel état ils sont* » (TP6). Selon le MK1, ces informations peuvent aider à faire émerger la motivation des patients (TP16). Elles sont également utiles à la proposition d'objectifs et de traitement, adaptés au mode de vie du patient (TP8, MK2). La MK3 crée avec leurs discours et leur état d'esprit, une séance qui ait du sens pour eux (TP8). Un second objectif s'ajoute pour les MK2 et MK3, qui est celui d'identifier les freins à la rééducation et de pouvoir ainsi réorienter les patients vers d'autres professionnels. Le MK1 repère les patients qui ne sont pas motivés et leur soumet le fait que « *ce n'est peut-être pas le bon moment pour faire la rééducation* » (TP46), il leur explique la situation et précise que « *la porte reste ouverte* » (TP24).

De plus, en ce qui concerne la motivation, toutes les personnes interviewées lui consacrent une place prédominante dans la prise en charge, en lui accordant respectivement 10/10 (TP8, MK1), 9/10 (TP14, MK2) et 7/10 (TP10, MK3). Le MK1 explique qu'elle est nécessaire à l'implication du patient et que ce manque d'adhésion au programme d'exercice est à l'origine de sa volonté de se former à l'entretien motivationnel. La MK2 justifie son choix par le fait

que, selon elle, l'efficacité du traitement réside dans la motivation que le patient possède pour réaliser la rééducation, ainsi que dans l'énergie qu'il va mettre pour atteindre ses objectifs. Elle précise que « *la clé de la réussite du traitement c'est de cerner les motivations et les attentes du patient* » (TP60, MK2). La MK3 explique que la mise en place du traitement est plus simple avec des patients motivés, notamment pour des exercices d'auto rééducation, et que cet aspect est nécessaire car « *c'est un travail d'équipe* » (TP12).

Ensuite, selon les MK1 et MK3, la motivation d'un patient est déterminée par ses ressources internes. La MK3 précise par « *son contexte social* », « *son contexte familial* » et son « *état psychologique global* » (TP14). Par ailleurs, la MK2 indique que la compréhension et la prise en compte des attentes du patient va permettre de le motiver. De surcroît, pour le MK1, la compréhension de la pathologie et de la situation du patient représente une source de motivation. La visualisation d'une progression, ainsi que la nouveauté induite par le thérapeute, ou la rééducation en elle-même, constituent également selon lui des facteurs de motivation (TP20). Les MK1 et MK3 relèvent peu souvent de baisses de motivation, mais lorsqu'elles sont présentes, elles peuvent être dues à l'échec d'un exercice ou à une rééducation trop redondante pour le MK1. Tandis que pour la MK3, elles proviennent souvent de patients ayant des « *syndromes dépressifs* » (TP18), ne trouvant pas de sens à la rééducation ou possédant des « *bénéfices secondaires de sa pathologie* » (TP18). Enfin, la MK2 retrouve des cas de démotivation lors de prises en charge longues de patients sportifs, de douleurs chroniques et après de multiples essais de praticiens et thérapies (TP20).

5.2 Identification des facteurs de motivation dans la pratique

Cette seconde partie traite de la compréhension de la manière dont les MK identifient les facteurs de motivation de leurs patients. Elle comporte les outils ainsi que les marqueurs d'identification et leurs modalités d'application.

Les **outils** utiles à la détection ne sont pas spécifiques à la motivation et apparaissent comme étant principalement subjectifs. En effet, tous les MK se basent sur des techniques de communication tels que l'entretien semi-dirigé ou les questions ouvertes afin de laisser parler le patient et de récolter les informations nécessaires « *pour pouvoir déceler justement quelle source de motivation on va pouvoir utiliser* » (TP44, MK2). Les MK2 et 3 utilisent principalement la définition des objectifs comme moyen d'en déduire la motivation des

patients. Les questions posées par les MK ainsi que les thèmes abordés sont répertoriés dans un tableau présenté en annexe ([Annexe 4](#)).

Les MK procèdent également à une observation des comportements des patients dans la réalisation des exercices pour le MK1 et 2, à laquelle s'ajoute une observation de la posture pour la MK3 (TP22). En effet, le MK1 a pour habitude de proposer un « *open bar entre la première et la deuxième séance* » (TP12) en laissant le choix au patient de réaliser les exercices qu'il souhaite et selon ses modalités. Cette technique lui permet de détecter les patients possédant les ressources internes nécessaires à la rééducation et ceux qui auront besoin de plus d'accompagnement. De plus, il est le seul à venir compléter parfois ses évaluations par une échelle numérique de 0 à 10 en demandant au patient « *à combien pour vous c'est important d'aller mieux ?* » (TP22, MK1). En fonction des réponses obtenues, il cherche à comprendre les raisons à l'origine de ce chiffre « *pourquoi pas N-2 et pourquoi pas N+2 ?* » (TP22). Ensuite, à partir de ces outils, les **marqueurs de repérage** de la motivation apparaissent comme étant subjectifs et principalement basés sur les paroles et les comportements des patients. Tous les MK expliquent que « *ça se voit* » (TP46, MK1), (TP22, MK2), (TP22, MK3) en fonction des réponses aux questions posées précédemment, à leur attitude et leur posture face aux objectifs et à la rééducation. Les patients motivés se retrouvent avoir « *des paroles plus positives et optimistes* » (TP26, MK2). La MK3 donne un exemple de parole de patients motivés : « *c'est bon pour moi !* » (TP22, MK3). Elle indique que ce n'est pas la « *même catégorie de vocabulaire* » (TP22, MK3) que les patients démotivés. C'est également ce que constatent les MK1 et 2 en rapportant les paroles de leurs patients telles que : « *je ne vois plus d'évolution* » (TP26, MK2) ou encore « *non non je n'aurai pas le temps* » (TP24, MK1). Les patients motivés sont plus impliqués dans les exercices, malgré les difficultés rencontrées selon la MK2. Ils « *sont déjà dans la projection des prochaines actions qu'ils vont mener* » (TP22, MK3). La posture en enroulement d'épaules et en flexion de tête peut aussi laisser penser au MK3 que le patient n'est pas motivé dans la prise en charge.

En ce qui concerne l'évaluation de la motivation, tous les MK sont unanimes sur le fait qu'elle s'effectue principalement dès la première séance. La MK3 précise que c'est au moment des objectifs, et le MK1, que ça a pour but « *de renforcer l'alliance thérapeutique* » (TP28). Ils s'accordent également tous sur le fait de refaire un point avec le patient en fonction de ses

besoins, de manière régulière. La MK2 précise que « *c'est important d'avoir un temps pour échanger avec son patient à chaque séance* » (TP16) et les MK1 et 3 indiquent que « *c'est tout le temps* » (TP26, MK3). Enfin, seulement les MK2 et 3 indiquent qu'elles retrouvent une différence entre les patients sportifs et ceux qui ne le sont pas. Le MK1 pense « *qu'intuitivement il va y avoir moins de sportifs qui ne vont pas avoir la motivation* » mais il ne s'est cependant « *pas concentré là-dessus* » (TP36). Tandis que la MK2 stipule que les patients sportifs « *veulent revenir vite à leur niveau, revenir vite à leur sport donc ils vont tout mettre en œuvre pour que le traitement fonctionne* » (TP34). Par ailleurs, la MK3 souligne le fait qu'il faut cependant les freiner et que « *le problème c'est de faire adhérer ton patient à la restriction quand il se sent mieux* » (TP30).

5.3 Optimisation des facteurs de motivation dans la pratique

Cette troisième partie concerne la prise en compte de la motivation des patients dans la prise en charge. Tout d'abord, les MK utilisent tous des **techniques de communication** comme outils, d'autant plus que le MK1 précise que « *s'il n'y a pas la communication pour faire émerger les ressources de l'individu je ne vois pas autre chose pour la motivation* » (TP50). Le principal but est de **responsabiliser le patient** face à la prise en charge et qu'il se sente acteur d'un plan de rééducation co-construit avec le thérapeute. Chacun des MK implique le patient dans sa prise en charge. Ainsi, le MK1 responsabilise le patient « *en lui faisant comprendre très rapidement que ça va être à lui de faire et que nous on va plus avoir un rôle de guide, de mettre de la progression, d'écoute* » (TP38). La MK2 indique « *dès la 1^{ère} séance que ce qu'on va faire ensemble ça va être une première étape mais, par contre, il y a tout le travail qu'il va devoir faire à côté et s'il n'est pas fait, soit les résultats ne seront pas là, soit ils seront très longs* » (TP12). Elle ajoute également la mise en place d'un programme d'auto-rééducation pour responsabiliser le patient. La MK3 explique que « *50% du travail c'est moi, 50% du travail, c'est vous, si vous ne faites pas vos 50%, moi mes 50% ils ne servent à rien* » (TP32). De plus, tous les MK se rejoignent sur la mise en place d'une **progression** en séance afin de mettre en avant l'évolution du patient. Une réévaluation constante des ressentis et des attentes du patient, par le biais de discussions régulières, est également réalisée par l'ensemble des MK. En effet, le MK1 spécifie qu'il a un « *rôle de [...] mettre de la progression* » (TP38) et que c'est important pour lui de demander au patient « *son ressenti par rapport à ce qu'on avait prévu de faire ensemble* » (TP44). Selon la MK2, « *il faut prendre le temps d'échanger, de refaire le*

point, l'importance aussi de faire des bilans intermédiaires pour lui montrer le chemin qui a été parcouru » (TP20). Ainsi que « refaire un point sur sa motivation et voir si on est toujours en phase entre ce que lui attend et ce que moi je propose » (TP16). La MK3 détermine « un moment, un point, pour se poser et parler » (TP26) et indique au patient « on va mettre ça en place, comment vous vous sentez ? Ça va bien, tu remets quelque chose en place » (TP30).

Les MK2 et 3 se servent principalement de la **définition et du partage des objectifs** afin de faire adhérer le patient au projet de soins et d'entretenir sa motivation. La MK2 fixe avec le patient des objectifs réalistes, spécifiques et mesurables « *en termes de temps [...] et un niveau d'attente* » (TP18). Ces objectifs définis à court et long terme, ainsi que des bilans intermédiaires, lui permettent de « *fixer des projections* » (TP36) et « *qu'il voit l'avancée de la rééducation* » (TP36). La MK3 définit des objectifs en se basant sur les mots des patients et en reformulant leur discours. Elle utilise cette démarche « *pour les emmener là où je veux qu'ils aillent mais pour qu'ils comprennent qu'en fait c'est eux qui y sont allés tous seuls* » (TP38). Cette approche est également partagée par le MK1 qui cherche à faire réfléchir le patient sur sa situation en discutant avec lui du « *pourquoi c'est assez et pourquoi ce n'est pas assez* » (TP12) en ce qui concerne les exercices à réaliser et les efforts à fournir. Ces questions constituent une manière pour lui de « *faire émerger les vraies sources de motivation avec leurs ressources* » (TP22) en utilisant un certain nombre d'outils. En effet, les MK1 et 3 attestent de l'utilisation des **techniques d'entretien motivationnel** tels que les « *questions ouvertes, le reflet* », « *le résumé, la valorisation* », « *tout ce qui va augmenter l'alliance thérapeutique* » et également « *l'attitude du praticien* » (TP38) précise le MK1. La MK3 ajoute également la reformulation et l'application du « *cercle avec le projet de changement* » (TP38 et TP36). La MK3 a également recouru à la compétition et à la récompense pour motiver le patient. Enfin, toutes ces techniques ont un ultime but, partagé par l'ensemble des MK, qui est celui de susciter la motivation des patients, mais également de développer une relation de confiance et une alliance thérapeutique efficace.

Ces interventions sont déterminées par les MK1 et 3 en fonction du patient et de ce que les MK ont identifié « *le patient je pense, selon ses expériences, ses ressources, ce qu'on arrive à cerner* » (TP42, MK1). La MK3 indique « *j'ai des phrases toutes faites comme tous les kinés [...]* mais avec ce qu'eux me donne en face » (TP36) et précise « *niveau motivation avec les jeunes*

plutôt j'utilise la compet, c'est plus ludique » (TP40). Le MK1 ajoute que les stratégies sont également choisies en fonction du MK, de ses envies, de ses expériences « selon comment on le sent, selon notre humeur du jour » (TP42) et de l'alliance thérapeutique mise en place « c'est plus en fonction du ressenti qu'on a avec le patient » (TP44). Parallèlement, la MK2 emploie systématiquement la définition et le partage d'objectifs pour mener une séance adaptée au patient. De plus, si elle constate une moindre évolution du traitement, elle va « se tourner vers d'autres éléments, psychosociaux donc, qui vont freiner la rééducation par exemple et du coup adapter pour compléter la prise en charge s'il y a besoin » (TP8).

Par la suite, l'évaluation de ces interventions n'est pas réalisée de manière objective et spécifique à la motivation. A l'instar de l'identification de celle-ci, elle repose principalement sur le discours et le comportement des patients. En effet, l'ensemble des MK évaluent et comparent leurs plans de traitement aux attentes et ressentis du patient. Le MK1 pose les mêmes questions que précédemment qui sont : « *Qu'est-ce que vous en pensez de la séance ? Est-ce qu'on a répondu à vos attentes ?* » (TP28). La MK2 s'assure d'être « *toujours en phase entre ce que lui attend et ce que moi je propose* » (TP16). La MK3 indique aux patients « *on va mettre ça en place, comment vous vous sentez ? Ça va bien, tu remets quelque chose en place* » (TP30). Elle prête davantage attention aux paroles du patient en précisant « *quand ils reviennent et qu'ils me disent « oh ça va mieux, ON a fait du bon travail », je considère que j'ai gagné* » (TP32). De surcroît, les MK1 et 2 ont une évaluation portée sur les résultats, de par l'observation de la progression du patient, afin d'en déduire sa participation aux exercices réalisés à domicile. Le MK1 indique « *par rapport à des exercices à faire à la maison, on va voir rapidement s'il les a faits ou pas à la 2^{ème} séance, s'il les a faits ça va être mieux* » (TP46). Tandis que la MK3 préconise l'utilisation de « *marqueurs déterminés lors de la première séance* » (TP46), « *de douleur ou de gêne, et du coup on va réévaluer ça* » ou encore « *par des échelles assez pragmatiques [...] de douleur par exemple* » (TP46).

5.4 Connaissances des MK concernant les facteurs motivationnels

Cette dernière partie rapporte également de manière descriptive et compréhensive la manière dont les MK ont acquis des connaissances sur la motivation et leurs intérêts. Tout d'abord, les origines des connaissances des MK sont multiples et variées. En outre, aucun des MK n'a mentionné la recherche autodidacte de littérature, et uniquement la MK3 a rappelé

les cours précédemment vus en formation initiale. Ils ont ainsi tous bénéficié de formations utiles à cet apprentissage. Précisément, le MK1 a suivi la formation sur l'entretien motivationnel et souligne que *« c'est vraiment cette formation-là et la formation sur la douleur qui a vraiment changé des trucs dans la manière d'exercer ma profession et même au niveau personnel »* (TP54). Les connaissances de la MK2 s'appuient sur la formation McKenzie *« parce que c'est une technique qui repose essentiellement sur l'auto traitement et s'il n'y a pas d'adhésion du patient ça ne fonctionne pas du tout »* (TP54). La MK3 se réfère aux cours de formation initiale et a effectué une licence de psychologie avec comme motivation *« le besoin indispensable d'arrêter de séparer la tête et les jambes »* (TP42). Ils n'ont cependant pas connaissance d'autres stratégies psychosociales visant à améliorer la motivation, hormis l'entretien motivationnel pour la MK2, sur lequel elle aimerait se former. La MK3 mentionne l'utilisation de la récompense, du *« côté festif et la compé »* (TP40), pour motiver ses patients.

A partir de ces connaissances, les MK ont relaté des bénéfices à la fois pour les patients et pour le praticien *« c'est souvent plus plaisant pour les 2 camps »* (TP48) car *« rien qu'avec ça tu soignes des maux »* (TP60) affirme le MK1. En effet, grâce à ces *« pistes de travail et de réflexion »* (TP54), ils se sont perfectionnés en termes de communication en laissant *« beaucoup plus parler les patients »* et en verbalisant *« beaucoup plus aussi leurs objectifs et leurs attentes »* (TP56) pour la MK2. La MK3 a acquis une *« vision de la construction de soi et de soi en tant qu'unité »* (TP44) et cela l'a aidé à enrichir son discours auprès des patients. Le MK1 décrit posséder de meilleures capacités d'écoute mais surtout *« plus d'outils d'écoute »* (TP58), qui peuvent l'aider dans sa pratique. La MK3 insiste également sur l'aide que cela lui a apporté concernant le dépistage et l'orientation de comportements pathologiques. La MK2 a bénéficié de clés pour s'assurer que le projet thérapeutique soit en accord avec les attentes des patients. Elle identifie les leviers et les freins en début de rééducation pour qu'elle *« puisse se faire sereinement »* (TP56) et dans un climat de confiance, propice à l'adhésion du patient. Le MK1 souligne des bénéfices, au niveau professionnel comme personnel, dans la réussite de la mise en place d'une alliance thérapeutique mais également dans la libération personnelle du sentiment de culpabilité *« sentiment d'échec où c'est moi qui n'ai pas réussi à améliorer le patient »* (TP56). De plus, le patient verrait une progression plus rapide et *« devrait normalement vite voir les résultats »* (TP48) selon le MK1, en bénéficiant d'une rééducation adaptée et en étant acteur de sa prise en charge. Les patients se sentent également plus

écoutés et considérés. Ils peuvent avoir des discours positifs tels que « *vous avez pris le temps de m'écouter, vous vous êtes intéressés à moi* », « *les gens ont globalement apprécié* » (TP58, MK1). C'est en effet ce que remarque aussi la MK2 sur l'attitude des patients « *ils se sentent plus en confiance et ils adhèrent plus au traitement, [...] ils sont plus motivés dans la réalisation de leurs exercices et du coup ça facilite les choses* » (TP58).

Enfin, nous observons des disparités en ce qui concerne les données sur la motivation et les facteurs psychosociaux dans la formation initiale. En effet, la MK2 souligne le fait, qu'il y a 10 ans, ces données étaient présentes mais qu'elles étaient « *assez floues* » (TP54). La MK3 considère « *qu'on en avait déjà pas mal finalement* » (TP46). Cependant, ils ont tous le même souhait qui aurait été de bénéficier de connaissances supplémentaires sur le sujet, car selon la MK2 « *la clé de la réussite du traitement c'est de cerner les motivations et les attentes du patient* » (TP60). Le MK1 précise sur le thème de la communication et sur l'éducation à la douleur car « *rien qu'avec ça tu soignes des maux* » (TP60). Parallèlement, la MK3 constate que malgré l'importance donnée aux facteurs psychosociaux, la manière d'aborder cette notion avec les patients reste une étape compliquée. Elle explique, « *savoir comment l'amener ouais je trouve que c'est ce qui manque le plus, réussir à amener dans tes questions, quelque chose qui ne soit pas intrusif. Qui fasse comprendre au patient que ça fait partie du bilan parce que tu le prends comme une personne entière* » (TP46). Elle précise que les « *jeux de rôle et mises en situation* » sont intéressants pendant la formation initiale mais qu'ils pourraient être axés « *sur la motivation, sur l'état psychosocial* » (TP56). Un autre domaine complexe reste celui de la réorientation et de la communication avec les autres professionnels de santé. Elle explique : « *savoir communiquer avec les autres professionnels à ce sujet-là je trouve qu'on l'a pas assez* » (TP46). En corrélation, elle insiste sur une de ses frustrations qui se produit lorsqu'un patient énonce « *je sais que je n'irai pas mieux dans mon corps, tant que je n'irai pas mieux dans ma tête, et qu'il te dit en même temps qu'il ne veut pas en parler à son médecin et pas en parler à son psy* » (TP56).

6 Discussion

6.1 Interprétation des résultats, confrontation aux hypothèses et apports de la littérature

Cette partie est dédiée à la confrontation des données des entretiens aux hypothèses de départ afin de construire une réponse à la question de recherche. Cette démarche dynamique

constitue une « théorie en construction » en se basant sur les découvertes faites en situation réelle et en faisant « appel à des outils théoriques » (64).

Hypothèse 1 :

Les MK évaluent davantage les facteurs psychosociaux ayant un impact négatif sur l'adhésion (stress, peur, anxiété...) que les facteurs motivationnels.

La première hypothèse concerne les facteurs psychosociaux dans leur ensemble, étant donné leur importance dans la prise en charge (3,5,7,12,13). Notre intérêt s'est porté sur la place occupée par la recherche de facteurs de motivation dans la pratique, par rapport à celle des facteurs psychosociaux négatifs. Une place prédominante est donnée à la détection des facteurs ayant un impact négatif sur la rééducation et à la nécessité de les identifier (7,8,23). Les recommandations préconisent aux praticiens de se placer dans une démarche biopsychosociale et de récolter des informations personnelles sur le patient (14). En pratique, dans quels buts vont-ils chercher ces informations utiles à prendre en considération ?

Les MK ont attesté récolter des données psychosociales du patient dans deux buts :

- Connaître le patient et pouvoir s'y adapter
- Identifier les freins à la rééducation et pouvoir réorienter les patients

Ainsi, l'intérêt de connaître le patient est de lui permettre de bénéficier d'une rééducation adaptée à ses besoins physiques mais également à ses envies et ses motivations. La MK2 précise que ces informations sont importantes à prendre en compte notamment dans la fixation des objectifs et que cela permet de créer une alliance thérapeutique efficace. Cela permet également de s'adapter au mode de vie du patient afin de lui proposer des exercices qu'il sera en mesure de réaliser (MK2). En effet, dans la littérature, des études décrivent l'importance de s'adapter au mode de vie du patient, d'inclure le processus de rééducation dans son quotidien pour susciter sa motivation et améliorer les résultats (13,21,39). La MK3 souligne également l'importance de donner du sens à ce que les patients réalisent en séance. Ils doivent se retrouver dans le programme et comprendre les bénéfices apportés dans leur quotidien (36,66). L'éducation du patient concernant les avantages du programme de rééducation peut avoir un effet bénéfique sur son adhésion et sa motivation (10).

Le second objectif est partagé par tous les MK et consiste en l'identification des freins à la rééducation. Cette étape permet de réorienter le patient et est dépendante des informations

recueillies ainsi que des connaissances des MK. Ainsi, cela permet de commencer une rééducation dans des conditions optimales et de prévenir une augmentation du temps de rééducation ou un échec de celle-ci, qui pourrait entraîner davantage de conséquences négatives, sur les facteurs psychosociaux (5,6,27). En effet, des difficultés rencontrées sur un exercice, des prises en charges longues ainsi que des états cognitifs et émotionnels négatifs sont rapportés respectivement par les MK1, 2 et 3 comme étant de possibles causes de démotivation. Ces éléments sont corrélés aux études présentes dans la littérature (8–10,27).

Par conséquent, les MK procèdent à une recherche d'informations personnelles sur le patient d'une part pour lui proposer un programme de rééducation adapté à ses envies, sa motivation et son environnement de manière concrète. D'autre part, ils identifient les facteurs limitants le bon déroulement de la rééducation pour pouvoir réorienter les patients à risquant de ne pas adhérer. De ce fait, l'hypothèse n°1 apparaît donc comme étant infirmée.

Hypothèse 2 :

Les MK évaluent de manière subjective les facteurs motivationnels des patients à partir de leurs paroles et de leur langage corporel.

Les échelles de motivation étant peu décrites dans la littérature, leur utilisation se retrouve limitée. De cette façon, la manière la plus naturelle et facile d'identifier les facteurs de motivation semble résider dans le discours des patients sur ses ressentis et dans son comportement face à la rééducation. Cette hypothèse met ainsi l'accent sur les outils et les marqueurs utilisés afin de détecter la motivation des patients.

L'identification des facteurs motivationnels est basée sur **plusieurs outils** qui apparaissent comme étant complémentaires. Ces outils prennent la forme de techniques de communication, d'intervention psychosociale, d'analyse de comportement ainsi que d'une mesure objective pour l'un des MK.

Tout d'abord, les **techniques de communication** tels que l'entretien semi-dirigé et les questions ouvertes forment des outils de choix pour les MK et sont assez bien décrits dans la littérature (35,51,55,67). Cependant, les informations à rechercher ainsi que les questions concrètes à poser, afin d'être le plus pertinent dans la prise en compte des facteurs

apparaissent limitées. Les MK ont proposé plusieurs thèmes de questions à aborder, accompagnés d'exemples, dans la plupart des cas ([Annexe 4](#)).

- Le thème qui ressort et qui est partagé par l'ensemble des MK est celui du **contexte socioprofessionnel**, avec les notions de travail et de loisirs. Les MK1 et 3 insistent sur le vécu du patient concernant ses activités et non uniquement sur la nature de celles-ci. L'intérêt d'approfondir le sujet peut leur permettre d'en déduire si cela constitue un élément freinateur ou facilitateur à la rééducation (5,6,8,13,23).
- **L'implication du patient** est abordée par les MK1 et 2 en questionnant les patients sur les modalités d'application des exercices qui leur conviendraient. Plutôt que de les imposer, cette technique apparaît comme étant intéressante dans le but de faire participer le patient au projet de soin en renforçant son sentiment d'autonomie (6,8,14,43,52,53).
- **Les attentes** du patient sont également questionnées afin de pouvoir les identifier et y répondre au mieux. Ces questions permettent à la fois de cerner le patient à travers ces attentes et sa façon de les exprimer, mais également d'évaluer la concordance entre celles-ci et la séance proposée. Ce questionnement est décrit dans la littérature comme étant important afin de lutter contre les attentes irréalistes et le possible sentiment de frustration de ne pas les atteindre (5,12,13,27).
- **Les objectifs** sont interrogés dans le même but que les attentes, afin de fixer une projection et de pouvoir réévaluer la progression. Cette intervention psychosociale de fixation d'objectifs est décrite comme la plus utilisée dans le milieu sportif afin de susciter et d'augmenter la motivation (6,8,13,14,32). En pratique, elle s'avère également être un outil utilisé afin de distinguer la motivation des patients à travers leur façon de s'exprimer et de valider leur compréhension du projet de rééducation.
- De manière plus générale, la MK3 questionne ses patients sur leur **qualité de sommeil** et sur leur **sensation globale** au niveau physique et émotionnel. Ces éléments sont rattachés au second objectif de la recherche d'informations qui est de pouvoir identifier les facteurs psychosociaux négatifs et ainsi pouvoir, soit les réorienter, soit les aider, dans la limite des compétences des MK. En effet, cet objectif concorde avec les compétences 1 et 3 des MK, présentes dans l'arrêté du 2 septembre 2015 (50).

Ces questions sont complétées par **l'observation et l'interprétation du comportement** des patients face au discours des MK et aux exercices proposés. Le MK1 laisse le choix au patient

de réaliser les exercices qu'il souhaite selon ceux préalablement proposés. En fonction des modalités réalisées par le patient il en déduit son investissement. Enfin, il est le seul à réaliser une **évaluation objective** de l'importance que le patient porte au fait d'aller mieux, à l'aide d'une échelle numérique de 0 à 10. Cette échelle ne constitue cependant pas une évaluation spécifique de la motivation mais participe à la récolte d'informations sur le patient en cherchant à comprendre les raisons qui l'ont conduit à ce chiffre.

De ce fait, en pratique, l'évaluation spécifique des facteurs motivationnels s'effectue de manière subjective à l'aide des outils précédemment décrits et reposant sur des critères également subjectifs. Cependant, il existe des échelles traduites en français, basées sur la théorie de l'autodétermination, et permettant d'évaluer les différentes formes de motivation des patients à réaliser des exercices. Le BREQ-2 (*Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire*) (68) évalue une partie des régulations comportementales concernant les activités physiques. Tandis que l'EMAPS (Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de santé) (69) évalue les 6 régulations présentes dans la théorie de l'autodétermination et est adaptée au domaine de la santé. Ces deux échelles peuvent être utilisées à des fins complémentaires dans un contexte de prévention ou de rééducation. Cependant, leur non utilisation peut être expliquée par le fait qu'elles se retrouvent peu décrites dans les études ou que les MK ne ressentent pas le besoin d'une évaluation objective de la motivation et préfèrent se référer au discours et aux comportements des patients.

Les MK ont identifié des catégories de vocabulaire ainsi que des attitudes différentes en fonction de la motivation des patients. Les paroles peuvent être de nature positive et engagées face à la rééducation. Les patients motivés questionnent les modalités de la prise en charge, tels que les prochains rendez-vous, les nouveaux exercices... Tandis que la démotivation des patients peut se traduire par des paroles négatives et possédant une contrainte de temps ou témoignant d'une moindre évolution. La posture est également importante à considérer, une posture redressée et en ouverture d'épaule traduirait une envie de s'investir de la part du patient. À la manière des outils, les marqueurs d'identification apparaissent comme étant subjectifs et valident cette hypothèse. Cependant, tous les MK s'accordent à dire que cette étape est limpide et évidente à réaliser. Cette affirmation peut être due à leur expérience ou à leurs diverses formations.

Hypothèse 3 :

Les MK réévaluent régulièrement les facteurs de motivation de leurs patients.

La motivation est un élément changeant et influençable par de nombreux facteurs (8,32,35,36), une réévaluation constante de celle-ci apparaît donc indispensable au maintien d'une relation thérapeutique et d'un programme de soins adapté.

En pratique, une première évaluation s'effectue de manière systématique lors du bilan, à l'aide des questions précédentes et plus spécifiquement lors de la fixation d'objectifs pour une des MK (MK3). En effet, c'est un moment propice à l'expression du patient et à l'étude de son engagement dans la rééducation (8,53,67). Cependant, ce temps est rarement suffisant à l'obtention de l'ensemble des informations, un temps d'échange supplémentaire s'avère nécessaire. Il peut avoir lieu à chaque séance, lorsque le patient en ressent le besoin ou lorsque le praticien le détecte. Ils insistent tous sur le fait que prendre le temps de parler ne peut être que bénéfique pour la suite de la rééducation et que ce moment doit être adapté aux besoins des patients. Une communication continue peut ainsi permettre d'identifier les changements psychosociaux du patient et d'adapter les interventions à mettre en place (10). Cette communication fait partie des compétences du MK (50) et doit être considérée au même titre que celles qui abordent le domaine physique, en vue d'une rééducation optimale et profitable pour le patient et le praticien (8,13,67). L'hypothèse 3 peut ainsi être validée.

Hypothèse 4 :

Les MK adaptent la recherche de facteurs motivationnels au patient et à sa situation singulière.

Chaque individu possède ses propres caractéristiques et des besoins différents (14), c'est pourquoi l'évaluation de la motivation peut se réaliser de manière différente en fonction des patients. Même s'ils sont peut décrits dans la littérature, des outils existent afin d'identifier les facteurs de motivation. Après avoir vu lesquels étaient utilisés en pratique, l'intérêt se porte sur leur choix par les MK, en fonction des patients auxquels ils sont confrontés.

Globalement, les MK utilisent les mêmes outils pour tous leurs patients mais adaptent leur discours. Le MK1 adapte l'utilisation de l'échelle de 0 à 10 au patient lorsqu'il ressent le besoin

d'approfondir ses ressentis. Les questions posées sont adaptées au contexte socioprofessionnel du patient et leur ordre dépend de son discours. A l'instar d'un entretien semi-dirigé, l'objectif est de laisser s'exprimer le patient et de rebondir sur ses paroles pour récolter les informations nécessaires à prendre en compte. Les paroles et le comportement des patients étant tous différents, il convient aux MK de les classer et de les rapporter à leurs expériences et connaissances, afin d'en déduire la motivation. De plus, comme décrit précédemment, le moment propice à l'évaluation de la motivation est adapté aux besoins du patient et dépendant du ressenti et de l'expérience du praticien. Ces données valident l'hypothèse.

En ce qui concerne la population sportive, plusieurs singularités ont été mises en évidence. Certains MK indiquent que les patients peuvent être plus investis dans la rééducation en ayant comme objectif un retour au sport le plus rapidement possible. L'adhésion à la rééducation se voit donc facilitée. Cependant, la MK3 insiste sur le fait que cette population nécessite parfois d'être temporisée afin de respecter les différentes étapes du protocole de rééducation. Les patients auraient tendance à vouloir reprendre trop rapidement leurs activités, du fait de l'amélioration de leurs conditions physiques. Cette adhésion excessive au programme de rééducation est décrite dans des études comme pouvant être délétère pour les patients (70). Cela peut augmenter la durée de la prise en charge, provoquer un épuisement mental, une baisse de motivation et être à l'origine d'une nouvelle blessure (71). Son identification se révèle être un enjeu pour les MK afin d'adopter les stratégies psychosociales adéquates, d'informer le personnel sportif ou d'orienter le patient vers d'autres professionnels (70).

Hypothèse 5 :

Les MK ont recours à des stratégies visant à augmenter la motivation et l'adhésion, faciles d'utilisation et relatives à leurs connaissances et à la littérature.

Les interventions psychosociales sont de plus en plus étudiées dans la littérature et sont de réelles ressources pour les MK qui cherchent à motiver leurs patients (6,8,46). Il en existe un certain nombre et leur réussite dépend, comme toutes techniques, des connaissances et de l'expérience des MK ainsi que des patients et de leurs besoins (10).

Les premières stratégies visant à améliorer la motivation du patient, sont constituées des techniques de communication ayant plusieurs objectifs.

L'ensemble des MK mentionne la responsabilité du patient et l'importance de l'impliquer dans sa prise en charge. Cette notion est largement décrite dans les études, et la manière la plus efficace de rendre un patient acteur de sa rééducation reste un enjeu en kinésithérapie (14,52). En pratique les MK ont recours à un discours favorisant l'autonomie du patient en procédant de différentes manières. Une liste des rôles du MK est expliquée au patient comprenant le rôle de guide, de conseiller et d'écoute. Une autre MK aborde les conséquences négatives d'un manque d'implication tels qu'une augmentation du temps de rééducation ou l'échec du traitement (MK2). La dernière MK utilise la visualisation en pourcentage du niveau d'investissement de chacun, elle indique que 50% du travail est réalisé par le praticien et les 50 autres par le patient et qu'ainsi la réussite de la rééducation dépend des 2 parties. Cette éducation du patient se retrouve dans l'ensemble des discours des MK en transmettant des informations concernant l'engagement requis dans le programme de rééducation et les modalités d'exercices à réaliser. Ces éléments corroborent les données de la littérature et peuvent être complétés par des notions sur les bénéfices du traitement afin d'augmenter l'adhésion du patient (10). De plus, une des MK précise aborder cette thématique systématiquement lors de la première séance et qu'elle s'accompagne d'un programme d'auto-rééducation. Ce premier temps de bilan apparaît comme étant le plus propice à l'éducation des patients (10).

Le second élément mis en avant est la prise de conscience de la progression de la part du patient. Les MK valorisent son sentiment de compétence (36,72) par le biais de discussion sur le « *chemin qui a été parcouru* » (TP20, MK2). Ces temps de parole permettent également de vérifier la concordance entre les attentes du patient et la rééducation proposée par les MK et de recenser les ressentis du patient. L'objectif étant de créer un climat motivationnel basé sur le sentiment de maîtrise qui consiste à axer les résultats sur l'apprentissage et l'effort personnel, avec une comparaison auto-référencée (9,72). Une rééducation basée sur ce climat de maîtrise permettrait de favoriser le sentiment de compétence, de renforcer le sentiment d'auto-efficacité du patient, de maintenir sa motivation et qu'il se sente mis en confiance et écouté (13,14,36). En effet, le renforcement du sentiment d'auto-efficacité du patient apparaît être un élément déterminant sa motivation et son adhésion à la rééducation (6,21).

Les MK (2 et 3) se servent également de la définition et du partage d'objectifs pour faire adhérer le patient à la rééducation et développer ou conserver sa motivation. Cette intervention est largement décrite dans le domaine sportif comme ayant un effet sur l'augmentation de la motivation et de l'adhésion thérapeutique (8,10,53). Elle rejoint le principe de l'instauration d'une progression en visant à augmenter le sentiment d'efficacité du patient. Ces objectifs se basent sur l'acronyme SMART (73), ce qui signifie qu'ils sont spécifiques, mesurables, adaptés, réalistes et incluant une temporalité. Le réalisme et la spécificité se caractérisent par l'utilisation du discours des patients lors de la formulation des objectifs, afin que cela ait du sens pour eux. La temporalité se définit par des objectifs à court et long terme et sont adaptés par une réévaluation constante des progrès et des attentes du patient. Cette création d'objectifs réalisée de manière conjointe entre praticien et patient permet également de le responsabiliser et de lui faire verbaliser ses besoins ainsi que les efforts qu'il devra mettre en place pour les satisfaire (53). Dans le but d'améliorer le retour au sport, la fixation d'objectifs peut être précédée d'une séance d'éducation du patient comprenant des informations sur son état et sur le déroulé de la prise en charge. À cela s'ajoute l'utilisation d'outils tels que « les cahiers d'exercices » permettant, non seulement de favoriser l'implication du patient, mais également de récolter des informations supplémentaires pour les MK (53). Ce processus de partage d'informations donne lieu à l'émergence des ressources du patient, aidée et soutenue par les MK.

Cette notion se retrouve notamment dans l'entretien motivationnel (41,54,55) qui est adopté par 2 des MK. Ils utilisent ainsi des techniques de communication décrites comme le reflet, les questions ouvertes, le résumé, la valorisation, la reformulation. L'objectif est de permettre au praticien de « reconnaître et de susciter le discours-changement » ainsi que de le développer et le renforcer grâce à ces stratégies (54,55). Cette intervention motivationnelle est exposée comme étant l'une des plus efficace, avec la théorie de l'autodétermination (46) et sont toutes deux mises en pratique par les MK. La MK3 utilise également ses connaissances sur le cercle de Prochaska (74) pour situer le patient face à son envie de changement et ainsi adopter le comportement et le discours permettant de l'aider à passer aux étapes suivantes. De plus, l'instauration de la compétition ou de la récompense dans la prise en charge est également décrite par un MK comme une technique permettant de motiver les patients (MK3).

Enfin, un des MK témoigne de sa régulière remise en question lors de l'échec d'un patient à un exercice ou d'une difficulté d'adhésion au programme de rééducation. Cette analyse peut constituer une source de motivation chez le patient qui peut se sentir plus écouté et compris. Cette prise de recul permet également au praticien d'adapter sa rééducation en permanence et de proposer un plan de traitement nouveau et en collaboration avec le patient. En effet, ces notions sont retrouvées dans le modèle de *Evidence Based Practice* (EBP) qui est largement recommandé dans la pratique (73). Par conséquent, nous pouvons affirmer que les MK utilisent des stratégies motivationnelles qui dépendent de leurs connaissances et de leurs expériences et peuvent être reliées aux données de la littérature.

Hypothèse 6 :

Les MK prennent en compte les facteurs motivationnels de façon différente en fonction de la singularité de chaque patient et de leurs expériences.

Les MK se servent des informations qu'ils ont recueillies au préalable lors du bilan afin de proposer les interventions motivationnelles les plus adaptées. De par leurs connaissances et leurs expériences, les MK choisissent globalement les mêmes interventions auprès des patients, mais adaptent de façon spécifique leur communication et la fixation d'objectifs aux discours et aux ressources du patient. Comme précisé précédemment, un programme qui fait sens au patient, qui correspond à son mode de vie et ses attentes, permet de l'impliquer et de favoriser une expérience de rééducation positive (13,14,21,39,53). Une MK précise qu'en fonction du type de population, les techniques ne seront pas les mêmes, notamment chez les jeunes qui bénéficient davantage d'une rééducation ludique, orientée vers la compétition. Le choix des interventions s'éloigne donc d'un domaine objectif pour se baser principalement sur le ressenti de la situation avec le patient et sur les expériences du praticien ; l'hypothèse 6 est validée.

Hypothèse 7 :

Les MK évaluent les effets de leurs interventions sur la motivation de manière subjective.

Comme évoqué précédemment, les échelles de motivation sont peu décrites dans la littérature et rarement utilisées dans la rééducation. L'évaluation des effets des interventions psychosociales semble donc reposer sur des marqueurs subjectifs.

En effet, les outils utilisés pour la phase d'évaluation sont les mêmes que ceux de la phase d'identification de la motivation. Il s'agit de comparer le discours et l'attitude du patient entre deux évaluations. Les marqueurs d'un discours positif sont identifiés et témoignent d'une amélioration des facteurs psychosociaux des patients, de son envie et de son implication dans la prise en charge. Ces évaluations sont constituées de temps de parole avec le patient et ne suivent donc pas une temporalité régulière. Elles se réfèrent au ressenti que le MK perçoit de la situation. Nous pouvons ainsi affirmer que les MK évaluent les effets de leurs interventions sur la motivation de manière subjective.

De plus, les MK ont également exposé leur évaluation de l'adhésion à la rééducation, qui est une donnée importante à prendre en considération. Elle n'est donc pas spécifique à la motivation mais plutôt aux résultats de la rééducation. En effet, une amélioration des résultats témoignerait de l'engagement du patient face aux exercices réalisés à domicile. Elle est évaluée par des échelles de douleur ou de gêne.

Hypothèse 8 :

Les connaissances des MK sur les interventions motivationnelles proviennent de la littérature et de leurs expériences et moins de leur formation professionnelle initiale.

Les connaissances des praticiens peuvent avoir une influence sur les résultats de la rééducation en se basant sur des soins, fondés sur des données probantes (27). L'utilisation d'interventions psychosociales ne nécessite pas forcément de formations, mais repose sur un niveau de compétence et de pratique (75). Il paraît donc intéressant de se questionner sur la provenance des connaissances des MK en termes d'interventions motivationnelles.

Les origines de la connaissance des 3 MK sur la motivation sont diverses et proviennent principalement de formations réalisées à la suite du diplôme. En outre, la recherche autodidacte de données dans la littérature n'a pas été recensée par les MK. Cependant, le contenu des formations réalisées tel que l'entretien motivationnel ou la licence en psychologie sont reconnues afin d'apporter des connaissances supplémentaires et utiles à la prise en charge. De plus, des formations non spécifiques à la motivation tel que le concept McKenzie met en évidence l'importance de l'adhésion au traitement et donne des clés pour faire émerger les ressources des patients et les motiver. Une des MK se réfère à la formation initiale (MK3) pour ses connaissances sur la communication ainsi que sur le modèle

transthéorique du changement de Prochaska (74). En effet, la formation initiale aborde un certain nombre de notions sur le domaine psychosocial et insiste sur l'importance de prendre en compte les facteurs psychosociaux du patient. Elle apporte notamment des connaissances sur la communication (Unité d'Enseignement (UE) n°6 de 2^{ème} année), l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique (UE 24 de 3^{ème} année et 4^{ème} année). Ces données ont d'ailleurs beaucoup évolué depuis 10 ans car une MK précise qu'elles étaient « *assez floues* » avant (TP54, MK2). Cependant, les MK s'accordent à dire que certaines notions devraient être approfondies, particulièrement dans le domaine de la communication et de l'éducation à la douleur. Effectivement, la place des facteurs psychosociaux augmente mais la difficulté réside dans la manière de les aborder avec le patient et de poser des questions pertinentes. La MK3 propose qu'il serait intéressant de conserver les jeux de rôle en communication lors de l'apprentissage mais en axant sur l'état psychosocial du patient et sur sa motivation. Enfin, au-delà de l'entretien motivationnel connu par tous, aucune autre stratégie motivationnelle n'est connue par les MK, bien que certaines soient probablement utilisées de manière inconsciente, telle que les interventions faisant référence à la théorie de l'autodétermination (12–14).

Par conséquent, les MK ne se sont pas renseignés dans la littérature mais utilisent les connaissances des formations dont ils ont bénéficié, incluant la formation initiale, ce qui confirme partiellement l'hypothèse.

Hypothèse 9 :

Les MK ont constaté un réel apport de ces connaissances dans la prise en charge.

Les données concernant la motivation et l'adhésion du patient à la rééducation, en vue de l'amélioration des résultats et d'un retour au sport optimal, prend de plus en plus de place dans la littérature (7,8,13,14). La question est de savoir en quoi l'apport de ces connaissances influence la pratique des MK ?

Ainsi, les MK ont constaté des bénéfices telles qu'une meilleure communication et capacité d'écoute. Ces connaissances ont permis aux MK d' étoffer leur communication, de l'adapter et de la rendre plus pertinente dans la fixation et le partage d'objectifs, ainsi que dans la recherche de leurs attentes. Cela les a aidé à construire une relation de confiance avec le patient, à le motiver et le rendre acteur de sa prise en charge. Une MK s'est également

perfectionné dans le dépistage des facteurs psychosociaux négatifs et se sent plus à même de réorienter les patients vers les professionnels adéquats (MK3). En effet, elle exprime que ce domaine reste un enjeu au quotidien, auquel nous ne sommes pas forcément préparés. Ce processus très complexe constitue un défi en kinésithérapie et regroupe l'étape du dépistage d'un comportement pouvant freiner la rééducation, de la discussion avec le patient et de la communication avec des professionnels de santé (50,51).

Un des MK s'est également confié sur des bénéfices au niveau personnel telles que l'acceptation de l'échec d'une rééducation et la libération du sentiment de culpabilité. De plus, les patients ont exprimé aux MK leur sentiment d'être écoutés et compris et c'est une approche qu'ils ont appréciée. Les MK relèvent également une augmentation de leur adhésion et de leur motivation, ce qui est profitable au praticien, comme au patient. Nous pouvons ainsi affirmer que les MK rapportent de nombreux bénéfices, qui coïncident avec les données de la littérature (5).

6.2 Synthèse des données et réponse à la question de recherche

L'objectif principal de cette étude était de connaître et de comprendre la manière dont les MK identifient et prennent en compte les facteurs de motivation de leurs patients en pratique. De cet objectif ont émané des notions sous-jacentes telles que leurs perceptions de la motivation et l'origine de leurs connaissances, afin d'avoir une vision globale de la situation. Cette partie est consacrée à la synthèse des résultats mis en évidence par les entretiens avec les MK et consolidés par l'apport théorique de la littérature.

Tout d'abord, les facteurs de motivation sont identifiés par le MK afin de proposer une rééducation adaptée aux attentes, objectifs et mode de vie du patient. Le recueil de ces informations permet également la création d'une alliance thérapeutique efficace et ne peut se dissocier de l'identification des possibles freins à la rééducation et à la motivation. Le cas échéant, ces éléments leur permettent de réorienter le patient et de commencer la rééducation dans des conditions optimales. Ainsi, pour mener à bien cette mission, les MK ont recours à des outils subjectifs complémentaires. Les techniques de communication détiennent la place centrale dans le recueil d'informations, à l'aide d'entretiens semi-dirigés et de questions ouvertes. Ces questions sont un moyen d'identifier le degré de motivation des patients à travers leurs paroles. Elles permettent d'avoir une vision globale du patient à travers les freins et les facilitateurs de sa motivation. La liste de thèmes suivante a été évoquée

par les MK et peut être utile aux praticiens : le contexte socioprofessionnel, l'implication du patient, ses attentes, ses objectifs, sa sensation globale au niveau physique et émotionnel, dont la qualité de sommeil. À cela s'ajoutent une observation et une interprétation du comportement des patients face aux paroles des MK et aux exercices proposés. Ces techniques peuvent être complétées par une échelle numérique autoévaluant l'importance d'aller mieux pour le patient. Les MK se réfèrent ainsi aux paroles et aux comportements des patients pour identifier leur motivation. De ce fait, les patients motivés présenteraient un discours positif, optimiste et de nature engagée face aux modalités de la rééducation. Ils adopteraient aussi une posture redressée témoignant d'une plus grande motivation. Ces outils sont utilisés de manière systématique dès la première séance et des réévaluations régulières ont lieu à partir de temps d'échange. L'ensemble de ces stratégies est basé sur les connaissances des MK, rapporté à leur expérience et à la situation singulière du patient. Elles sont utilisées de manière adaptée aux ressentis du patient et du praticien.

Ensuite, les MK prennent en compte les facteurs de motivation en combinant différentes interventions psychosociales. Ces stratégies sont sélectionnées en fonction des informations précédemment recueillies sur le patient et orientées par les formations, les connaissances et l'expérience des MK. Leurs connaissances ne se basent pas sur une recherche en autodidacte dans la littérature. Cependant, inconsciemment, ils se réfèrent à des notions de la théorie de l'autodétermination. La principale technique utilisée est la communication. Elle présente plusieurs objectifs. L'accent est mis sur l'éducation du patient quant à sa responsabilité et son implication dans le programme de rééducation. Les MK insistent aussi sur la nécessité d'une rééducation construite et réalisée de façon collaborative entre le patient et le praticien. En effet, le discours du MK a pour visée d'impliquer le patient dans la mise en place d'objectifs et dans les modalités d'exercices. L'entretien motivationnel est également utilisé pour faire émerger les ressources du patient et développer sa motivation. De surcroît, la fixation et le partage d'objectifs SMART sont utilisés dans le but de faire verbaliser les besoins du patient et d'inclure son propre discours dans les objectifs, pour lui faire sens. Une visualisation de la progression ainsi qu'une réévaluation constante des attentes et des objectifs du patient permettent de le maintenir dans le programme de rééducation et qu'il trouve un bénéfice à réaliser les exercices. Par la suite, les MK évaluent les effets de leurs interventions en se rapportant à d'éventuelles modifications dans le discours ou l'attitude des patients et en

suivant une temporalité qui leur est propre. Certains MK se basent sur les résultats à l'aide d'une échelle de douleur ou de gêne et en déduisent une adhésion ou non aux exercices. Pour finir, les connaissances des MK dans le domaine des facteurs motivationnels leur a permis d'être plus pertinents dans leur communication et dans leur écoute. La mise en place d'une relation de confiance a été facilitée et est propice à la motivation et l'amélioration du vécu de rééducation du patient. Un MK relate aussi des bénéfices au niveau personnel en se libérant du sentiment de culpabilité lors d'un échec de rééducation. Des tableaux récapitulatifs des pratiques des MK et de l'apport de la littérature sont présentés ([Annexe 5](#)).

6.3 Limites méthodologiques

La méthode utilisée afin de répondre à notre question de recherche est la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. Elle présente de nombreux avantages telle qu'une « richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié » (59). Cependant, elle est également soumise à la subjectivité, dès la collecte des données, jusqu'à l'analyse et l'interprétation (59). Ainsi, les résultats sont à pondérer par la présence de biais et de limites méthodologiques. Ces limites peuvent se retrouver à chaque étape de l'étude. Elles sont réparties en 3 biais : les biais liés au dispositif de l'enquête, ceux associés à la situation sociale et ceux rattachés au contexte de l'enquête (76).

6.3.1 Biais liés au dispositif de l'enquête

Tout d'abord, les résultats nous ont montré que certains MK appliquaient des stratégies motivationnelles sans avoir la connaissance de ce terme, ce qui a pu impacter et limiter leur expression. Ainsi, les entretiens auraient pu être complétés par une observation visant la description et l'interprétation des faits et des interactions entre les acteurs (77).

De plus, des limites se retrouvent à l'échelle de la population et du corpus sélectionné. Les critères d'inclusion étaient volontairement assez larges pour favoriser la diversité des réponses et bénéficier d'une compréhension approfondie des pratiques des MK. Cependant, cette décision a pu nuire à l'évocation de certains thèmes, comme l'objectif de retour au sport, qui a été un sujet peu abordé par les MK. Il aurait pu être préférable, d'ajouter comme critère d'inclusion, la participation à des formations sur la kinésithérapie sportive ou une prise en charge prépondérante de patients sportifs, correspondant à plus de la moitié de la patientèle. Cette problématique se retrouve également dans le domaine psychosocial. La volonté de ne

pas inclure exclusivement des connaissances provenant de formations a eu un impact sur la compréhension des MK. En effet, le terme « intervention motivationnelle » a rencontré des difficultés de compréhension qui peuvent être dues à l'usage d'un terme trop spécifique. Il aurait ainsi été plus judicieux d'orienter la diversité du corpus sur des variables descriptives comme l'âge ou l'année de formation plutôt que sur des variables liées au thème.

En ce qui concerne la constitution du corpus de l'enquête, le nombre de 3 entretiens, peut être discuté. Bien que compris entre 3 et 10 comme le précise Gatto et Ravestein (63), la saturation des données recommandée n'est pas atteinte (62). Cet échantillon n'est donc pas représentatif de la population et n'autorise pas la « généralisation des résultats » de cette étude (64).

Ensuite, le guide d'entretien constitue un support primordial à l'étude. L'ordre des questions doit permettre de faciliter la compréhension des personnes interrogées. Une modification du guide d'entretien a ainsi été réalisée à la suite du premier entretien. Afin de suivre une certaine logique, la question concernant les facteurs psychosociaux a été posée en premier pour les derniers entretiens. Le guide modifié est présent en annexe ([Annexe 2](#)). De plus, l'élaboration des questions d'enquête se réalise à partir de notre question de recherche et des hypothèses. Elles peuvent ainsi être influencées par l'intervieweur, ne permettant pas l'accès direct à l'information. A titre d'illustration, la première question, orientée sur l'objectif des MK derrière la récolte de données personnelles sur le patient, a été traduite de l'hypothèse 1. D'une part, la question principale était trop globale, nécessitant le recours à la relance de manière systématique. D'autre part, cette relance constituait une question fermée, orientée vers une réponse positive envers les deux objectifs. Cet élément s'est avéré confirmé par l'ensemble des réponses des MK et peut avoir nuit à leur libre expression. Cette démarche est considérée comme hypothético-déductive (58) et consiste à élaborer des hypothèses à partir d'un cadre théorique. Elle peut constituer un biais afin que les données corroborent la théorie. C'est pourquoi, une démarche inductive reposant sur l'émergence d'hypothèses à partir des données des entretiens aurait été plus judicieuse pour limiter l'influence de nos représentations et se concentrer sur la pratique des MK.

Enfin, un entretien préliminaire aurait pu être réalisé dans le but de limiter les biais liés au guide d'entretien. Cette étape aurait permis de diminuer les problèmes de compréhension, de pouvoir s'y adapter, d'estimer la durée des entretiens et de développer une aisance favorable à l'échange d'informations.

6.3.2 Biais liés à la situation sociale

Comme décrit précédemment, le guide d'entretien doit permettre de structurer l'interrogation sans diriger le discours (64), ce qui apparaît comme un travail nécessitant de l'entraînement. L'entretien doit donner lieu à une récolte de données permettant de répondre à nos hypothèses et à la question de recherche. Des difficultés persistent dans le fait de concilier cet objectif et la fluidité de la discussion avec les MK. De plus, l'enquêteur peut influencer de manière inconsciente la personne interrogée, à travers la formulation des questions, ce qui constitue un biais (59). Enfin, les environnements des entretiens n'ayant pas été les mêmes, il se peut que la visio-conférence ait pu limiter l'expression et l'exploitation du langage non verbal d'une des MK.

6.3.3 Biais liés au contexte de l'enquête

Comme décrit précédemment, certaines questions auraient pu être reformulées afin de faciliter la compréhension des MK et autoriser davantage leur expression. La question 1 ("Concernant les facteurs psychosociaux, dans quel but recherchez-vous des informations personnelles sur le patient ? ») constitue une question générale et fait suite à notre introduction sur la motivation. Elle a eu tendance à perturber la compréhension des MK et à possiblement les influencer en abordant systématiquement les facteurs motivationnels. Il aurait ainsi été préférable d'orienter le sujet d'étude, dans un premier temps, sur les facteurs psychosociaux dans la prise en charge de patients sportifs. Puis, dans un second temps, d'aborder la motivation, à la suite de cette question. La question 10 (« Qu'est ce qui influence pour vous la mise en place d'une intervention par rapport à une autre ? ») a également donné lieu à des difficultés concernant le terme « intervention ». Ce terme aurait pu être explicité par des exemples donnés par les MK eux-mêmes, au travers de leurs réponses aux questions précédentes, afin que cela ait du sens pour eux. De plus, des hypothèses auraient pu être plus spécifiques et orientées notamment sur la théorie de l'autodétermination, de par la présence de nombreuses données dans la littérature. Il aurait été intéressant d'accéder aux informations concernant le soutien accordé au patient et la prise en charge pluridisciplinaire avec le domaine médical et sportif. Enfin, l'analyse des données peut laisser la place à une interprétation de la part de l'enquêteur en fonction de ses représentations et de ses connaissances. Il peut influencer la sélection des éléments de façon à confirmer ses hypothèses (59). Des méthodes peuvent être mises en place afin de limiter ces biais de

confirmation et d'objectiver les résultats, tels que le « double codage par deux chercheurs indépendants » ou « la vérification par l'interviewé » (59).

6.4 Perspectives de pratiques professionnelles et pistes de recherche

Cette enquête qualitative nous a permis de recueillir des données au plus proche de la situation, de la pratique réelle et d'en comprendre le sens. Elle nous a permis de développer des compétences en termes de communication et d'organisation afin de mener à bien les entretiens. Ce travail peut s'apparenter à la relation de soins et peut nous fournir les clés pour le recueil d'informations et pour l'implication du patient. Il constitue également un moyen d'analyser et de questionner sa pratique pour les MK interviewés, en comportant une prise de recul. Cette démarche implique une remise en question permanente de notre pratique, en intégrant les représentations, les points de vue des autres professionnels et les données de la littérature. Cela souligne l'importance d'un partage d'expériences et de savoirs, à travers le développement de relations interprofessionnelles, pour l'enrichissement de chacun et l'intérêt des patients. Parallèlement, les recommandations sont orientées sur la mise en place de techniques basées sur des preuves, afin de favoriser le changement de comportement en santé (46). Cette pratique fondée sur les données probantes (73) tend à se développer. Elle repose également sur l'expérience du praticien et les caractéristiques du patient, mis en avant par ce travail. Ces notions ne doivent pas être négligées afin d'optimiser la qualité des soins.

Cette étude se place dans la continuité de l'approche biopsychosociale qui ne cesse de se développer. Elle met en évidence les facteurs limitants et ceux favorisant l'application des connaissances théoriques des MK en pratique. Bien que cette étude ne permette pas de conclure sur des résultats généralisables, de nombreuses perspectives professionnelles émergent. Tout d'abord, les MK seraient plus à même de rechercher et repérer les paroles et le comportement des patients motivés, à des moments clés de la prise en charge. Les questions posées pourront servir des objectifs concrets à travers la recherche d'informations sur le mode de vie du patient ou ses attentes. Cette étude soulève également le fait que des MK peuvent être confrontés à des excès d'adhésion à un programme de rééducation de la part des patients. Cette notion est importante à prendre en compte et peut être le sujet de futures recherches. Ensuite, l'accent est donné au développement de la motivation intrinsèque du patient pour la rééducation. Les clés pour son optimisation décrites dans cette étude pourront être exploitées et peuvent être une approche supplémentaire à l'initiative

d'études de niveau de preuve supérieure (78). Des exemples concrets, basés sur la théorie de l'autodétermination, ont été mis en évidence par les MK, concernant l'autonomie et le sentiment de compétence des patients. Le soutien social n'a cependant pas été abordé par les MK, peut-être car il s'agit d'une thématique moins connue dans la pratique, et ce, malgré l'abondance des données dans la littérature. Ce soutien social est constitué de l'entourage du patient et peut également être apporté par les professionnels qui le prennent en charge. Le développement de la relation qui les unit et l'utilisation appropriée de la communication, constitue un point clé qui reste à explorer pour assurer la qualité des soins (50,51).

Par conséquent, cette communication pourrait se retrouver au cœur de prochaines recherches. Elle s'avère indispensable à l'identification des facteurs psychosociaux négatifs et des facteurs de motivation, l'éducation du patient, le développement d'une relation de confiance et la réorientation des patients (8,51). Ainsi, quelle serait la meilleure manière d'aborder le sujet des facteurs psychosociaux avec un patient, sans être intrusif ? Comment l'adapter aux caractéristiques du patient et aux différentes étapes de la rééducation ? Comment orienter un patient vers des professionnels adaptés à ses besoins ? Comment coordonner les soins entre le patient et les acteurs sociaux qui gravitent autour de lui ? L'approche pluridisciplinaire est un processus complexe, mettant en relation une triade constituée du patient, du MK et des autres professionnels. De ce fait, la communication reste et restera un outil complexe, indispensable à développer et explorer.

7 Conclusion

L'émergence des soins centrés sur le patient et la prise en compte des facteurs psychosociaux dans la rééducation ont fait naître plusieurs enjeux en kinésithérapie. En s'appuyant sur les compétences des MK, ils doivent être en mesure de dépister les facteurs psychosociaux défavorables à la rééducation et de repérer ceux qui pourraient la potentialiser. De nombreuses études sont consacrées à l'aspect négatif des facteurs psychosociaux. Nous nous sommes alors questionnés sur la place accordée à ceux favorables au développement et au maintien de la motivation dans la prise en charge. L'objectif de cette étude était d'explorer les pratiques des MK concernant l'identification et l'optimisation des facteurs motivationnels.

Les MK se positionnent dans une démarche biopsychosociale et démontrent la considération de la motivation en pratique. Conformément aux données de la littérature, l'évaluation de la

motivation s'effectue dès la première séance, puis de façon régulière, adaptée à la situation singulière du patient et aux ressentis du MK. Elle se réalise de manière subjective grâce à des techniques de communication et d'observation qui peuvent être complétées par des échelles numériques. Cette étude propose une liste de questions pertinentes à poser afin d'identifier le profil psychosocial des patients. Une attention particulière doit être donnée au discours et à l'attitude du patient, en vue d'une détection optimale des facteurs motivationnels. Par la suite, cette motivation est maximisée à l'aide d'une communication permettant de favoriser la progression, l'éducation et l'implication du patient dans sa rééducation. Des techniques tels que l'entretien motivationnel ou la fixation d'objectifs sont tous deux utilisés en pratique. Les modalités d'application sont dépendantes de chaque situation et nécessitent des études supplémentaires pour déterminer les plus efficaces. Ces pratiques s'inscrivent dans la démarche d'*Evidence Based Practice*. Cela signifie qu'elles sont adaptées aux données de la littérature, à l'expérience du MK et aux caractéristiques du patient. Ainsi, une importance particulière doit être donnée aux dernières recommandations. De plus, l'approfondissement des connaissances en communication pourrait être profitable à la pratique future.

Cette étude apporte ainsi des notions supplémentaires dans le domaine de la motivation en kinésithérapie et témoigne de l'intérêt porté à l'expérience de rééducation du patient. De nouvelles recherches sont cependant nécessaires concernant l'excès d'adhésion à la rééducation, souligné par ce travail. L'application de la théorie de l'autodétermination en pratique, particulièrement le soutien social, mérite également d'être approfondie. Le développement d'une communication efficace est indispensable à l'établissement d'une relation de confiance avec le patient et de relations professionnelles en santé. De plus, de nombreux acteurs sont présents autour du patient, détiennent des informations, et peuvent avoir une influence positive sur le processus de rééducation. Ainsi, quelle serait la manière la plus efficace de coordonner les soins entre le patient, le MK et les acteurs sociaux, afin de maintenir sa motivation et que la rééducation ne constitue pas un obstacle à son bien-être ? Pour conclure, chaque individu présent au sein d'une relation, possède un vécu au niveau physique, psychologique et social. La complexité de l'interaction entre le patient et le MK réside dans les représentations personnelles de chacun. Elle constitue un véritable défi dans la relation thérapeutique.

Bibliographie

1. Les accidents liés à la pratique des activités physiques et sportives en 2010. Stat-Info12-05, Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la vie associative. [Internet]. [Consulté le 11 avr 2022] : https://www.sports.gouv.fr/IMG/archives/pdf/STAT-Info_no12-05_de_decembre_2012.pdf
2. INSERM. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. [Consulté le 31 oct2021]:https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/Chapitre_20.html?sequence=753
3. Ardern CL, Glasgow P, Schneiders A, Witvrouw E, Clarsen B, Cools A, et al. 2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy, Bern. *Br J Sports Med.* juill 2016;50(14):853-64.
4. Ardern CL, Webster KE, Taylor NF, Feller JA. Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review and meta-analysis of the state of play. *British Journal of Sports Medicine.* 1 juin 2011;45(7):596-606.
5. Coronado RA, Herzberg S, Archer KR. Identification and Management of Psychosocial Issues in the Athlete for Return to Sport. In: Noyes FR, Barber-Westin S, éditeurs. *Return to Sport after ACL Reconstruction and Other Knee Operations.* Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 563-73.
6. Gennarelli SM, Brown SM, Mulcahey MK. Psychosocial interventions help facilitate recovery following musculoskeletal sports injuries: a systematic review. *The Physician and Sportsmedicine.* 1 oct 2020;48(4):370-7.
7. Noyes FR, Barber-Westin S. *Return to Sport after ACL Reconstruction and Other Knee Operations: Limiting the Risk of Reinjury and Maximizing Athletic Performance.* Springer International Publishing; 2019. 709 p.
8. Covassin T, Beidler E, Ostrowski J, Wallace J. Psychosocial Aspects of Rehabilitation in Sports. *Clinics in Sports Medicine.* avr 2015;34(2):199-212.
9. Brinkman-Majewski RE, Weiss WM. The Motivational Climate and Intrinsic Motivation in the Rehabilitation Setting. *Journal of Sport Rehabilitation.* 1 sept 2018;27(5):460-8.
10. Conley CEW, Olson AD, Howard JS, Dressler EV, Lattermann C, Mattacola CG. Use of an Adaption to the Health Belief Model to Influence Rehabilitation Adherence in Athletic Training. *Athletic Training & Sports Health Care.* janv 2018;10(1):10-9.
11. Wiese-bjornstal DM, Smith AM, Shaffer SM, Morrey MA. An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology.* mars 1998;10(1):46-69.
12. Podlog L, Eklund RC. The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: A review of the literature from a self-determination perspective. *Psychology of Sport and Exercise.* juill 2007;8(4):535-66.

13. Truong LK, Mosewich AD, Holt CJ, Le CY, Miciak M, Whittaker JL. Psychological, social and contextual factors across recovery stages following a sport-related knee injury: a scoping review. *Br J Sports Med*. oct 2020;54(19):1149-56.
14. Miller KL. Patient centered care: A path to better health outcomes through engagement and activation. *NeuroRehabilitation*. 14 oct 2016;39(4):465-70.
15. Sabaté E, World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
16. Essery R, Geraghty AWA, Kirby S, Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 13 mars 2017;39(6):519-34.
17. McLean S, Holden MA, Potia T, Gee M, Mallett R, Bhanbhro S, et al. Quality and acceptability of measures of exercise adherence in musculoskeletal settings: a systematic review. *Rheumatology*. mars 2017;56(3):426-38.
18. Marshall A, Donovan-Hall M, Ryall S. An Exploration of Athletes' Views on Their Adherence to Physiotherapy Rehabilitation After Sport Injury. *Journal of Sport Rehabilitation*. févr 2012;21(1):18-25.
19. Taylor AH, May S. Threat and coping appraisal as determinants of compliance with sports injury rehabilitation: An application of protection motivation theory. *Journal of Sports Sciences*. déc 1996;14(6):471-82.
20. Brewer BW. Adherence to sport injury rehabilitation programs. *Journal of Applied Sport Psychology*. mars 1998;10(1):70-82.
21. Levy AR, Polman RCJ, Clough PJ. Adherence to sport injury rehabilitation programs: an integrated psycho-social approach: Rehabilitation adherence in sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 14 janv 2008;18(6):798-809.
22. Driver C, Lovell GP, Oprescu F. Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2 janv 2021;37(1):135-48.
23. Ashton ML, Kraeutler MJ, Brown SM, Mulcahey MK. Psychological Readiness to Return to Sport Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *JBJS Rev*. mars 2020;8(3):e0110-e0110.
24. Croutte P, Müller J, Hoibian S. Baromètre national des pratiques sportives 2020 [Internet]. INJEP. 2021 [Consulté le 29 oct 2021] : <https://injep.fr/publication/barometre-national-des-pratiques-sportives-2020/>
25. INJEP, Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire. Les chiffres clés du sport 2020 [Internet]. [Consulté le 16 mars 2022] : <https://injep.fr/wp-content/uploads/2020/11/Chiffres-cles-sport-2020.pdf>
26. Fuller CW, Ekstrand J, Junge A, Andersen TE, Bahr R, Dvorak J, et al. Consensus

statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries. Clin J Sport Med. mars 2006;16(2):97-106.

27. Walker A, Hing W, Lorimer A. The Influence, Barriers to and Facilitators of Anterior Cruciate Ligament Rehabilitation Adherence and Participation: a Scoping Review. Sports Med - Open. déc 2020;6(1):32.

28. Ardern C, Kvist J. What is the evidence to support a psychological component to rehabilitation programs after anterior cruciate ligament reconstruction? Current Orthopaedic Practice. 2016;27(3):263-8.

29. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. 2001 [Consulté le 4 nov 2021] : <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

30. Everhart JS, Best TM, Flanigan DC. Psychological predictors of anterior cruciate ligament reconstruction outcomes: a systematic review. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. mars 2015;23(3):752-62.

31. Hildingsson M, Fitzgerald UT, Alricsson M. Perceived motivational factors for female football players during rehabilitation after sports injury – a qualitative interview study. J Exerc Rehabil. 26 avr 2018;14(2):199-206.

32. Santi G, Pietrantonio L. Psychology of sport injury rehabilitation: a review of models and interventions. JHSE. 2013;8(4):1029-44.

33. McLean SM, Burton M, Bradley L, Littlewood C. Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: A systematic review. Manual Therapy. déc 2010;15(6):514-21.

34. NCBI, National Center for Biotechnology Information. Treatment Adherence and Compliance - MeSH [Internet]. 2018 [Consulté le 6 nov 2021] : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/2023381>

35. Vutescu ES, Orman S, Garcia-Lopez E, Lau J, Gage A, Cruz AI. Psychological and Social Components of Recovery Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction in Young Athletes: A Narrative Review. IJERPH. 2 sept 2021;18(17):9267.

36. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist. 2000;55(1):68-78.

37. Laubach WJ, Brewer BW, Van Raalte JL, Petitpas AJ. Attributions for recovery and adherence to sport injury rehabilitation. Aust J Sci Med Sport. mars 1996;28(1):30-4.

38. Levy AR, Polman RCJ, Clough PJ, McNaughton LR. Adherence to Sport Injury Rehabilitation Programmes: A Conceptual Review. Research in Sports Medicine. juill 2006;14(2):149-62.

39. Spetch LA, Kolt GS. Adherence to sport injury rehabilitation: implications for sports medicine providers and researchers. Physical Therapy in Sport. mai 2001;2(2):80-90.

40. Sonesson S, Kvist J, Ardern C, Österberg A, Silbernagel KG. Psychological factors are important to return to pre-injury sport activity after anterior cruciate ligament reconstruction: expect and motivate to satisfy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* mai 2017;25(5):1375-84.
41. Vong SK, Cheing GL, Chan F, So EM, Chan CC. Motivational Enhancement Therapy in Addition to Physical Therapy Improves Motivational Factors and Treatment Outcomes in People With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* févr 2011;92(2):176-83.
42. Gillison FB, Rouse P, Standage M, Sebire SJ, Ryan RM. A meta-analysis of techniques to promote motivation for health behaviour change from a self-determination theory perspective. *Health Psychology Review.* 2 janv 2019;13(1):110-30.
43. Ng JYY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, Deci EL, Ryan RM, Duda JL, et al. Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspect Psychol Sci.* juill 2012;7(4):325-40.
44. Larousse É. Définitions : indépendance. [Internet]. [Consulté le 24 janv 2022] : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ind%C3%A9pendance/42534>
45. Podlog L, Eklund RC. A Longitudinal Investigation of Competitive Athletes' Return to Sport Following Serious Injury. *Journal of Applied Sport Psychology.* mars 2006;18(1):44-68.
46. McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional Physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy.* mars 2015;101(1):1-12.
47. Maehr M, Braskamp L. The motivation factor: A theory of personal investment. 1 janv 1986;21-37.
48. Seeberg SA. A qualitative investigation of sport injury rehabilitation motivation from the perspective of the ATC-athlete dyad. Dissertation. The University of North Carolina at Greensboro (UNCG);2016,156p. [Internet]. [Consulté le 4 janv 2022] : <https://libres.uncg.edu/ir/uncg/listing.aspx?id=21379>
49. Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
50. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [Internet] [Consulté le 8 janv 2022] : <https://legislation.ordremk.fr/2015/09/02/arrete-du-2-septembre-2015-2/>
51. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. 2^e éd. Montréal: Editions du Renouveau pédagogique; 2016. 824 p. (Paramedical).
52. Gledhill A, Forsdyke D, Goom T, Podlog LW. Educate, involve and collaborate: three strategies for clinicians to empower athletes during return to sport. *Br J Sports Med.* 7 sept 2021;56:241-2.
53. Rose A, Rosewilliam S, Soundy A. Shared decision making within goal setting in

rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. janv 2017;100(1):65-75.

54. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2^e éd. Paris: Interéditions; 2019. 448 p. (Soins et psy).

55. Fortini C, Daeppen JB. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies*. 2011;31(3):159-65.

56. Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, et al. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain*. juin 2020;161(6):1150-68.

57. Mucchielli A, Auziol E, Bianquis-Gasser I, Bonnet J, Carbonnel C.O, Colletterie P, et al. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris: Masson & Armand Colin; 1996. 275 p.

58. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3^e éd. Paris: A. Colin; 2012. 424 p. (Collection U).

59. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;LIII(4):67-82.

60. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*. déc 2016;16(180):32-7.

61. Olivier de Sardan JP. La politique du terrain : Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*. 1 oct 1995;(1):71-109.

62. Boutin G. L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique. 2^e édition. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2018. 196 p.

63. Gatto F, Ravestein J. Le mémoire : penser, écrire, soutenir, réussir. Montpellier: Sauramps médical; 2008. 117 p.

64. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^e éd. Paris: A. Colin; 2010. 128 p.

65. Rogers CR, Land Henderson V, Kirschenbaum H. L'approche centrée sur la personne : anthologie de textes. Genève: Ambre; 2013. 544 p.

66. McGrath M. Effects of a formal goal setting program on recovery after athletic injury. undefined. Thesis. Master of Science. The University of North Carolina at Greensboro; 2005;109.

67. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2010;11(4):255-72.

68. Markland D, Tobin V. A Modification to the Behavioural Regulation in Exercise

Questionnaire to Include an Assessment of Amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. juin 2004;26(2):191-6.

69. Boiché J, Gourlan M, Trouilloud D, Sarrazin P. Development and validation of the 'Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de Santé': A motivation scale towards health-oriented physical activity in French. *J Health Psychol*. mars 2019;24(3):386-96.

70. Podlog L, Gao Z, Kenow L, Kleinert J, Granquist M, Newton M, et al. Injury Rehabilitation Overadherence: Preliminary Scale Validation and Relationships With Athletic Identity and Self-Presentation Concerns. *Journal of Athletic Training*. 1 mai 2013;48(3):372-81.

71. Frey M. The Other Side of Adherence : Injured Athletes Who Are Too Motivated. *Athletic Therapy Today*. mai 2008;13(3):13-4.

72. D'Astous E, Podlog L, Burns R, Newton M, Fawver B. Perceived Competence, Achievement Goals, and Return-To-Sport Outcomes: A Mediation Analysis. *IJERPH*. 25 avr 2020;17(9):2980.

73. Pallot A. Evidence based practice en rééducation : démarche pour une pratique raisonnée. Elsevier Masson. 2019. 424 p.

74. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot*. sept 1997;12(1):38-48.

75. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. Moitra E, éditeur. *PLOS ONE*. 18 oct 2018;13(10):e0204890.

76. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;102(3):23-34.

77. Martineau S. L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives*. 2005;(2):5-17.

78. Chiplock A. USF Health Libraries, University of South Florida Libraries. Physical Therapy Library Guide : Levels of Evidence [Internet]. [Consulté le 1 avr 2022] : <https://guides.lib.usf.edu/c.php?g=237761&p=1597935>

Annexes

Annexe 1 : Modèle intégré des réponses psychosociales après une blessure sportive de Wiese-Bjornstal I

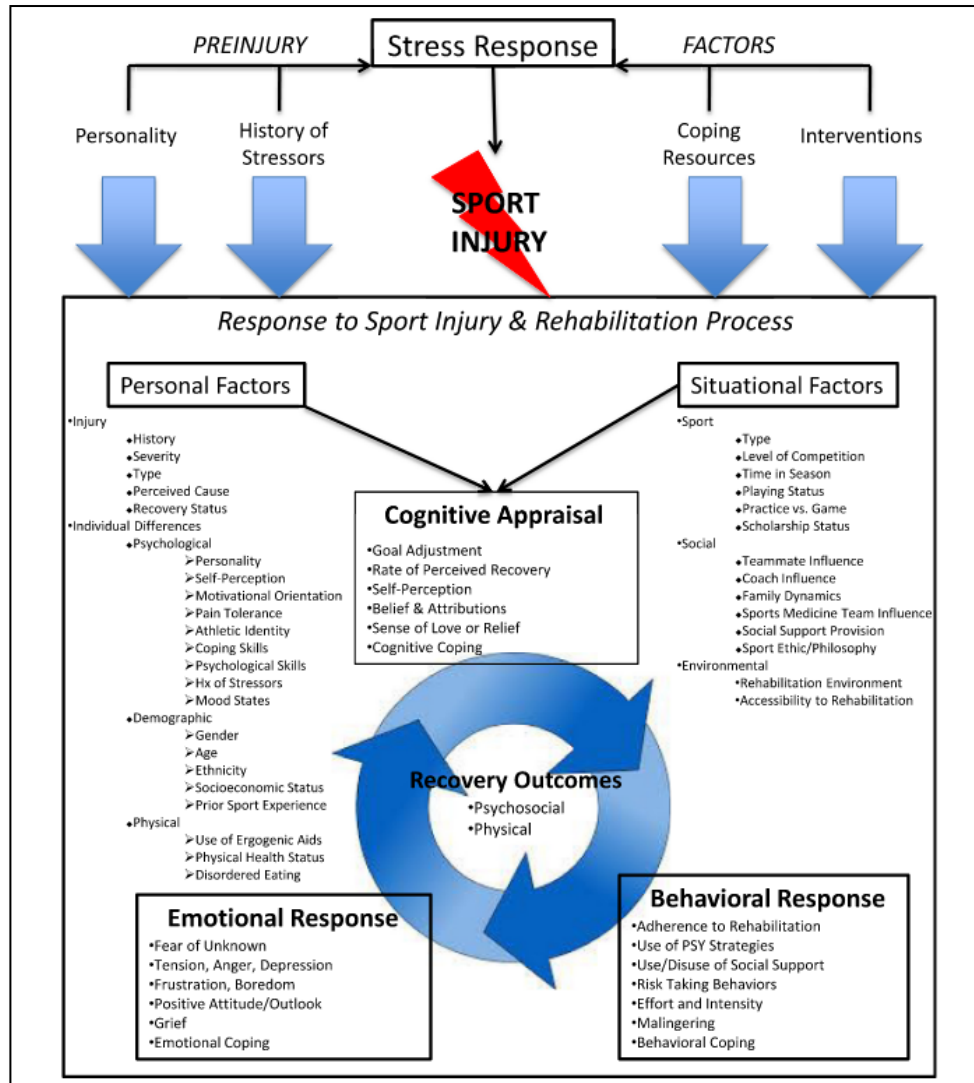
Annexe 2 : Guide d'entretien II

Annexe 3 : Guide d'analyse par thèmes et par masseur-kinésithérapeutes V

Annexe 4 : Tableau présentant les questions posées par les MK aux patients, en fonction de divers thèmes XVI

Annexe 5 : Tableaux de synthèse de l'identification et de l'optimisation des facteurs motivationnels XVII

Annexe 1 : Modèle intégré des réponses psychosociales après une blessure sportive de Wiese-Bjornstal.



Annexe 2 : Guide d'entretien

I. Introduction et présentation du contexte, de l'étude et des objectifs de l'entretien

- **Titre :** Identification et optimisation des facteurs motivationnels chez le sportif, dans un objectif de retour au sport. Enquête qualitative par entretiens semi-directifs.
- **Objectifs :**
 - Recueillir les représentations des MK sur la place de la motivation dans la prise en charge de patients sportifs.
 - Comprendre comment les MK, qui prennent en compte facteurs motivationnels, identifient ceux favorables et défavorables à l'adhésion à la rééducation.
 - Comprendre comment les MK optimisent les facteurs de motivation.
 - Recueillir des données sur les connaissances des MK.

Remarques préliminaires et explication de la méthodologie de l'entretien :

- Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien
- Durée d'environ ... temps
- L'entretien sera enregistré avec votre accord
- Anonymisation de l'entretien
- Enoncer le thème de l'étude et les objectifs
- Je vais vous poser plusieurs questions dans un ordre prédéfini, mon but sera de vous laisser vous exprimer au maximum tout en vous guidant à partir de la trame que j'ai réalisée.
- Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à m'interrompre. Si vous souhaitez rajouter quelque chose que je n'ai pas mentionné n'hésitez pas non plus.

Ma présentation :

- Emma ROUSSELOT, 22 ans, étudiante en 5^{ème} et dernière année de kiné.
- Je me suis toujours intéressée à l'influence des facteurs psychosociaux sur l'expérience de rééducation d'un patient. Que ce soit au niveau de l'adhésion et du bon déroulement de la prise en charge ou au niveau du retour au sport.
- C'est pourquoi j'ai voulu axer mon mémoire sur ces facteurs psychosociaux et plus particulièrement la motivation.
- De nombreuses études se sont focalisées sur le dépistage des facteurs psychosociaux défavorables à la rééducation. Mon projet serait de pouvoir identifier et exploiter ceux qui sont, au contraire, favorables à l'adhésion et à la motivation durant la prise en charge kinésithérapique.

II. Informations personnelles des MK

Pourriez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

- Age
- Années d'expérience
- Année et ville du diplôme
- Formations

Question de recherche : Comment les MK **évaluent** la motivation des patients sportifs et que **mettent-ils** en place pour l'augmenter, afin d'optimiser l'adhésion, dans un objectif de retour au sport ?

III. Entretien

Objectifs / Thèmes	Questions principales - Complémentaires	Relances / Exemples
Thème 1 : Représentations des MK sur la place de l'adhésion et de la motivation dans la prise en charge de patients sportifs.	- Concernant les facteurs psychosociaux, dans quel but recherchez-vous des informations personnelles sur le patient ? - Quelle place accordez-vous à la motivation d'un patient dans la rééducation ? - Quels sont selon vous les facteurs de motivation utiles à la rééducation ? Qu'est-ce qui peut influencer la motivation d'un patient ? - Est-ce que les patients sont souvent confrontés à des périodes de démotivation ? → Si oui, dans quels cas ?	1 : Est-ce que vous le faites dans un but de dépistage des drapeaux jaunes (patient à risque de chronicisation / facteurs psychosociaux négatifs) ou afin de recueillir des informations pour motiver le patient ? 2 : de 0 à 10 ou de manière subjective 3 : Qu'est-ce qui va faire qu'un patient va être motivé ? 4 : Exemples : sexe, âge des patients, type de blessure, type de sport, moment de la rééducation...
Thème 2 : Compréhension de la manière dont les MK identifient les facteurs de motivation.	Comment faites-vous pour identifier les patients motivés et ceux démotivés ? Complémentaires : 5.1 Est-ce que vous utilisez des échelles ? 5.2 Vous servez-vous du discours ou de l'attitude des patients pour identifier les facteurs de motivation ? Pouvez-vous me citer des exemples de paroles ou de langage corporel qui témoigneraient d'une motivation ou d'une démotivation ? - Quelles sont pour vous les informations nécessaires à rechercher afin de motiver le patient ? → Est-ce que vous pouvez me citer quelques questions que vous posez aux patients ? A quel moment de la prise en charge est-ce que vous recherchez des informations sur le patient, utiles afin de susciter sa motivation ?	5. 1 : ➤ Si oui, pourquoi ? Et dans quels cas ? ➤ Si non, pourquoi n'en utilisez-vous pas ? 6 : Que recherchez-vous lors de l'anamnèse du bilan ? Exemples : Au niveau personnel ou environnemental 7 : Est-ce que vous le faites systématiquement lors du bilan ou plutôt lorsque vous constatez des moments de démotivation et d'amélioration lente ?

	8. Observer vous des différences entre les patients sportifs ou non ?	8 : Dans la manière de recueillir les informations ou dans le type d'informations
Thème 3 : Compréhension de la manière dont les MK prennent en compte les facteurs motivationnels. Sous thème : Recueil des connaissances des MK sur les interventions motivationnelles.	9. Comment impliquer vous le patient dans la rééducation ? Complémentaires : 9.1 Utilisez-vous des interventions motivationnelles spécifiques ? 9.2 Selon quelles modalités ? 10. Qu'est ce qui influence pour vous la mise en place d'une intervention par rapport à une autre ? Complémentaire : 10.1 Lesquelles mettez-vous le plus en place et pourquoi ? 11. Comment évaluer vous les effets de vos interventions ? 12. Que constatez-vous comme effets sur le patient et sur les résultats de la rééducation à plus longs termes ? 13. Connaissez-vous d'autres stratégies visant à améliorer la motivation et l'adhésion ? 14. Comment avez-vous acquis les connaissances sur le sujet ? Complémentaire : 14.1 Qu'est-ce que ces connaissances vous ont apportés d'un point de vue professionnel et personnel ? 15. Est-ce que vous auriez aimé avoir davantage de connaissances sur le sujet dans votre formation professionnelle initiale ?	9 : Comment vous servez-vous des informations recueillies pour motiver les patients ? Que faites-vous ou dites-vous ? 9.2 Exemples : Quelles stratégies motivationnelles, quelle périodicité, combien de temps, quelle intensité ... ? 10 : Que ce soit en fonction de vous ou de vos patients ? 14 : Si réponse en autodidacte : Est-ce que vous ressentez le besoin de vous former là-dessus ?

Question complémentaire : Est-ce que vous souhaitez me parler d'autre chose sur le sujet ? Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Annexe 3 : Guide d'analyse par thèmes et par masseur-kinésithérapeutes.

Thèmes	Sous-thèmes	Entretien MK1	Entretien MK2	Entretien MK3
Thème 1 : Représentations des MK sur la place de l'adhésion et de la motivation dans la prise en charge de patients sportifs.	1. Importance de la motivation	« Elle est très importante parce que si le patient comprend pas pourquoi il est motivé à s'impliquer dans sa rééducation il ne s'impliquera pas donc c'est important que nous en séance on fasse émerger ça » (TP6) « De 0 à 10 je mettrais 10 car justement c'est pour ça que j'avais fait la formation entretien motivationnel » (TP8)	« Bah c'est la place principale en fait, si un patient n'est pas motivé, je ne pense pas que le traitement soit efficace » (TP12) « c'est pas que le travail du kiné qui va permettre d'atteindre ses objectifs mais c'est aussi bah l'énergie que le patient va mettre dans son traitement » (TP12) « je dirais allez 9/10 car si le patient n'y met pas du sien, c'est sûr que ça avancera pas. » (TP14) « Je pense vraiment que la clé de la réussite du traitement c'est de cerner les motivations et les attentes du patient. » (TP60)	« De 0 à 10 j'accorde à la motivation ouais un bon 7 » (TP10) « Parce qu'un patient qui vient à reculons parce qu'on lui a dit de le faire et à qui j'arrive pas à rentrer en communication parce qu'il trouve pas de sens à sa prise en charge. Bah j'ai un moment faut prendre en compte qu'on peut pas faire le travail à la place des gens, c'est un travail d'équipe. Et puis au contraire quand les gens sont motivés tu te dis que dans la rééducation tu vas pouvoir leur faire mettre des choses en place à la maison, ça va être vachement plus simple dans le dialogue et tu vas pouvoir mettre en place plus d'exigence de ce qu'ils vont faire en autonomie. » (TP12)
	2. But de la recherche d'informations	« sinon la prise en charge n'est pas globale », « si on l'identifie mieux tu vas pouvoir mieux cerner sa motivation et pouvoir l'aider à la faire émerger ou pas » (TP16) « Et puis il y a des patients que j'ai eu dès la première séance, quand je leur ai dit ce qu'il allait falloir faire pour aller mieux j'ai compris qu'ils n'allaient pas être motivés toute suite à le faire et je leur ai dit qu'actuellement c'était peut-être pas le bon moment pour faire la rééducation et du coup je les ai pas revus. » (TP22) « c'est là où il faut dire, bah écoutez je peux rien faire pour vous, actuellement et quand	« Le 1^{er} but c'est de connaître son patient [...] pour lui proposer des objectifs de traitement qui soient adaptés à ce qu'il recherche » (TP8) « si son mode de vie ne lui permet pas de venir en séance plusieurs fois on va adapter en lui donnant des exercices à faire à la maison tout ça, ça va être des choses à prendre en compte et dans la mise en place des objectifs et dans la mise en place du traitement lui-même » (TP8) « il faut avoir en tête les drapeaux jaunes qui vont freiner et il faut avoir en tête les leviers qu'on va pouvoir utiliser pour potentialiser la rééducation et faire une	« Bah déjà de voir dans quel état ils sont » (TP6) « Donc forcément tu vas pas avoir le même discours derrière, le même accompagnement, il y en a qui vont devoir être freiner [...] Puis à l'inverse il y en a le sport c'est un objectif très lointain » (TP6) « s'il y a des yellow flags qui sont vraiment hyper clairs ça va être aussi l'occasion de réorienter, moi je considère que c'est mon rôle de soignante. Et puis au contraire j'essaie vraiment de créer avec ce qu'ils me disent, de leur état d'esprit, une séance qui est adaptée à eux » « [...] il va falloir que j'adapte ça pour que ce que tu fais en séance ça ait un sens pour elle. » (TP8)

3. Facteurs de motivation utiles à la rééducation

vous serez prête, la porte reste ouverte. » (TP24)

« Les ressources du patient [...] surtout ça car la motivation c'est lui qui l'a nous on peut la faire émerger mais on ne pourra pas la lui donner », « ce qu'il comprend de sa pathologie et de ce qu'il va falloir faire pour traiter sa pathologie » (TP18) « le fait de changer, de proposer pas mal de nouveaux exercices, de nouvelles manières de faire, [...] ça motive peut-être un peu plus le patient » (TP20) « si dès la 1^{ère} séance il voit que ça marche, [...] là voilà il va trouver la motiv. » (TP50)

4. Cas de démotivation

« il y a toujours des périodes de démotivation car ils voient qu'ils y arrivent moins sur un exercice » (TP20)
« il a pas le temps de rentrer dans une routine » (TP20)

alliance thérapeutique efficace pour les traitements. » (TP10)

« ce qui va être utile à sa motivation c'est déjà mettre des mots sur ses attentes, c'est-à-dire qu'est-ce qu'il attend des séances de rééducation » (TP18)

« les patients sportifs ont a pas mal de ligamentoplasties, c'est des prises en charge qui sont longues [...] le patient est pressé en général de reprendre le sport et on est parfois un peu freiner soit par des douleurs, soit par un œdème, soit par un manque de force ou du coup on limite un petit peu le patient dans ce qu'il voudrait refaire » (TP20) « des patients qui sont douloureux depuis longtemps, qui voient beaucoup de praticiens, qui entendent plein de chose, qui essaient plein de choses sans aller vraiment au bout » (TP20)

« Son contexte social, s'il travaille, s'il travaille pas, son contexte familial » « Son état psychologique global » « Voilà, donc c'est facteurs là me paraissent indispensables. » (TP14)

« Pas beaucoup » (TP16)
« S'ils le sont très souvent c'est des syndromes dépressifs ou alors c'est celui qui a trop de bénéfices secondaires de sa pathologie pour avoir envie de faire quelque chose et c'est hyper criant. [...] effectivement lui il voit pas de sens et en fait à côté de ça il te raconte pendant la séance que bah quand même familialement ça va beaucoup mieux depuis qu'il a eu son accident et que blablabla donc bah y a un moment tu peux pas. » (TP18)

**Thème 2 :
Compréhension
de la manière
dont les MK
identifient les
facteurs de
motivation.**

**1. Outils utiles à la
détection**

« en m’assurant qu’il a bien compris pourquoi il est là » (TP12)
« le fait de dire open bar entre la 1^{ère} et la 2^{ème} séance ça me permet de dire, ok, lui il a les ressources tout seul ou non je vais devoir l’aider un peu plus » (TP22) « les gens chez qui j’ai des doutes un peu plus je peux leur faire l’échelle de 0 à 10, sur une échelle de 0 à 10 à combien c’est important pour vous d’aller mieux ? » (TP22) « Et puis il y a des patients que j’ai eu dès la première séance, quand je leur ai dit ce qu’il allait falloir faire pour aller mieux j’ai compris qu’ils n’allaient pas être motivés toute suite à le faire et je leur ai dit qu’actuellement c’était peut-être pas le bon moment pour faire la rééducation et du coup je les ai pas revus. » (TP22) « On essaye de laisser parler, de pas couper la personne qui parle et après on essaye de rebondir » (TP34)

**2. Marqueurs
d’identification**

« beaucoup sur le discours ouais » (TP22)
« ils disent bah non non j’aurai pas le temps » (TP24)
« Je me souviens avoir dit aux stagiaires 2/3 fois : elle on la reverra pas et puis bah souvent c’était le cas. » (TP28)
« Y a des patients où juste à la réponse « qu’est-ce que vous en pensez ? oui bah j’ai compris qu’il fallait faire les exercices » mais que tu sens que c’est pas honnête y a peu de chance » (TP28)

« d’ici combien de temps il a cette attente et un niveau d’attente. Est-ce que c’est juste pouvoir marcher, est-ce que c’est juste pouvoir faire un triple saut. C’est des outils pour évaluer ses objectifs mais du coup c’est évaluer aussi la motivation » (TP18)
« On n’utilise pas d’échelle de motivation par exemple mais par contre ça fait un peu comme des entretiens semi-dirigés, c’est-à-dire qu’on va poser des questions sur ce qu’il s’est passé avant et en fonction de ça, ça va nous donner des informations sur sa motivation. » (TP24)
« c’est important d’avoir un temps pour échanger avec son patient à chaque séance et refaire le point justement sur ce qu’il s’est passé dans les jours précédents. Est-ce que les objectifs qu’on s’est fixés sont toujours bien accordés » (TP16)

« ça se voit assez vite hein dans le comportement lors des séances, des patients qui posent clairement leurs objectifs, qui vont poser des questions sur la rééducation, qui vont faire leurs exercices de manière régulière. » (TP22)
« Pour les patients démotivés ça peut par exemple être bah là je vois plus d’évolution donc du coup ça ne me donne pas envie de faire mes exercices » (TP26)

« Globalement je suis très orientée sur les facteurs psychosociaux, je prends énormément de temps de conversation avec mes patients à chaque bilan pour savoir où ils en sont émotionnellement, quels sont leurs objectifs ? » (TP4)
« Et tu vois toute suite si eux ils comprennent le sens de ce que tu leur proposes ou est-ce qu’au contraire non pas du tout » (TP20)
« dans la définition des objectifs tu sens bien si ça va être facile ou s’il va falloir un peu rentrer dans le lard pour que ça avance. » (TP20)

« Bah quand tu leur demande les objectifs et qu’ils te répondent « c’est bon pour moi ! » [...] bah le mot qui est choisi c’est « c’est bon », alors certes il me répète mais quand ils le font pas c’est « ouais ouais on va essayer » déjà on va essayer t’es pas sur la même catégorie de vocabulaire et quand tu vois qu’ils adhèrent et quand ils ressortent ils te demandent « Et du coup pour les rendez-vous ce sera une ou deux fois par semaines ? En fait ils sont déjà dans la projection de ces prochaines actions qu’ils vont mener alors que quand ils sortent ils ont l’air

**3. Questions posées
aux patients et
informations
nécessaires à
rechercher**

« sur une échelle de 0 à 10 à combien pour vous c'est important d'aller mieux et puis ils disent un chiffre et là tu fais ok pourquoi pas N-2 et pourquoi pas N+2. » « qu'est-ce que vous pourriez envisager de faire ? » (TP22)
« ok dans ces exercices-là, comment vous pourriez envisager de faire ça à la maison, combien de temps ? combien de fois ? » (TP26) « qu'est-ce que vous en pensez de cette fréquence-là par rapport à votre problème » (TP26) « Le travail je commence à m'y intéresser beaucoup plus [...] je commence à plus poser de questions sur comment ça se passe au taff, quand vous y êtes-vous vous y plaisez ? [...] C'est pas un facteur qui va forcément influencer sur la motivation mais qui va pouvoir renforcer l'alliance thérapeutique pour que le patient est plus l'envie de te suivre quoi. » (TP28)

« Pour ceux motivés, bah déjà ils sont plus enthousiastes dans leur discours et après c'est des paroles plus positives et optimistes comme « c'est dur mais j'ai envie que ça progresse donc du coup je le fais, je sens que j'ai mal mais j'arrive à gérer avec les exercices. » En fait, la façon de voir les choses va être beaucoup plus optimiste et positive. » (TP26)

« quand on fait le bilan d'entrée forcément on pose des questions sur sa vie, sa profession, son entourage et assez tôt on va essayer de palper des petits éléments qui peuvent être dit lors du bilan » (TP8)

« Bah quels sont tes objectifs ? Dans combien de temps t'aimerais bien atteindre ses objectifs là, qu'est-ce qui pour toi, à ton avis pourrait t'aider pour atteindre ces objectifs ? Je vais te proposer des exercices mais il va falloir que tu en réalises à la maison pour que ça vienne compléter ta prise en charge, est-ce que t'es d'accord ? Combien de fois t'es prêt à le faire par semaine pour que ça marche ? » (TP30)

« Est-ce que les objectifs qu'on s'est fixés sont toujours bien accordés ? » (TP16)

tout perdus [...] et que tu dois leur dire « bon bah on va prendre les rendez-vous », t'as pas la même envie d'avancer, je trouve que ça peut se sentir. » (TP22) « [...] je trouve que ça se voit et puis au niveau de la posture aussi, des fois tu vois qu'ils étaient arrivés ils étaient comme ça [elle montre une posture en enroulement d'épaules et en flexion de tête] et puis après ils sont comme ça [elle montre une posture redressée], bah ouais, là on y va. » (TP22)

« Tu leur dit bah moi pour moi avec ce qu'on a vu aujourd'hui, l'objectif court terme ça va être ça, votre objectif à long terme j'ai compris que ça va être ça, où vous en êtes-vous ? Est-ce que ça vous convient ? » (TP20)

« souvent je pose des questions relatives au sommeil pour arriver à ce sujet-là parce que je trouve que c'est une porte d'entrée qui fait très bien le lien entre le corps et l'esprit. » (TP6)

« La qualité de sommeil [...] la sensation globale, comment ils se sentent, je leur demande souvent de mettre un mot » (TP24)

« comment ils se positionnent par rapport à la reprise « est-ce que vous avez envie de retourner au travail ? ou est-ce que vous êtes plutôt content d'avoir un peu de recul ? » (TP24)

« pourquoi ils dorment pas bien, est-ce que c'est habituel chez eux, par exemple est-ce qu'ils ont un sommeil léger ou est-ce qu'ils gambagent toute la nuit ou est-ce qu'ils se réveillent le matin et il ne se sentent pas

4. Temporalité de la recherche d'informations

« globalement, plus t'intéresser sur le patient, pas juste demander c'est quoi tes loisirs mais, ça vous plaît ? Vous faites ça depuis longtemps ? » (TP28)

« Et pour aussi chez les sportifs qui peuvent se blesser, leurs faire comprendre que ça c'est super important pour eux [...] si ce patient-là fait pas le nécessaire bah je vais essayer de lui faire dire « bah à la 1^{ère} séance vous m'aviez dit que le foot ça vous plaisait énormément, là avec ce que vous avez fait ça va mettre un peu plus de temps. » (TP28) « qu'est-ce que vous en pensez de la séance ? Est-ce qu'on a répondu à vos attentes ? Est-ce qu'on est hors sujet ? On évite de poser des questions fermées après on reste sur le qu'est-ce que vous en pensez ? Et là aussi ça te permet de vérifier déjà si le patient il a compris, et s'il est motivé à faire des trucs.» (TP28)

«Ça pour le coup, ceux que j'ai identifié comme ça c'était dès la 1^{ère} séance. » (TP22)

« Une question qu'on pose souvent à la fin de la 1^{ère} séance » (TP26)

« Nous peu importe, le bilan il est dans un certain sens et après on reremplit quand on veut » (TP34)

« Sur la première séance, pour augmenter l'alliance thérapeutique c'est plutôt tout le temps et puis au fur et à mesure des

« de faire parler le patient pour justement trouver les leviers nécessaires à son adhésion au traitement donc effectivement, poser des questions ouvertes, poser des questions sur ses objectifs, sur les moyens qu'il est prêt à mettre en place pour réaliser ses objectifs pour pouvoir déceler justement quelle source de motivation on va pouvoir utiliser. » (TP44)

« on le fait dès la première séance après c'est difficile d'être exhaustif et d'avoir toutes les informations dès la première séance parfois on peut sentir des choses et creuser un petit peu plus aux séances d'après » (TP16)

« c'est important d'avoir un temps pour échanger avec son patient à chaque séance [...] refaire un point sur sa

reposés ? Est-ce que ça leur arrive d'avoir des sensations un peu de tensions sur la poitrine, sur les problèmes de dos souvent tu finis par retomber sur un diaphragme qui bouge pas d'un pouce, est-ce que vous faites du travail de respiration, des choses comme ça. » (TP24)

« Dans l'entretien, à la fin je dirais, quand tu établies avec ton patient tes objectifs. » (TP20)

« C'est vraiment je trouve au moment des objectifs parce que souvent pendant le bilan ils sont un peu timides » (TP20)

« C'est tout le temps, c'est du début à la fin, le vrai moment sur lequel je fais un point sur dans quel état ils sont à l'instant t c'est le bilan initial. Après ça dépend si la prise en charge traîne en

	séances aussi mais globalement le but c'est qu'à la première séance l'alliance thérapeutique soit déjà assez forte. Et ensuite, en fonction de ce que va nous dire le patient on va être amené à utiliser tous ces outils dans toutes les séances globalement. » (TP40) « il commençait à poser beaucoup de questions [...] surtout à ce moment-là clarifier le truc et après essayé de lui demander son ressenti par rapport à ce qu'on avait prévu ensemble de faire et puis effectivement il avait peut-être pas assez bien compris ce qu'on avait dit la semaine d'avant. » (TP44)	motivation et voir si on est toujours en phase entre ce que lui attend et ce que moi je propose. » (TP16) « Disons que la première séance ça pose un peu les bases après c'est des réévaluations qui sont plus courtes mais qui sont faites régulièrement. » (TP32)	longueur [...] je vais prendre un moment, un point, pour se poser et parler. S'il faut prendre toute une séance juste où on fait un point sur là où ils en sont et bah on passe une séance à faire un point sur là où ils en sont ça va vraiment être au cas par cas en fait. » (TP26)
5. Identification en fonction du type de population	« intuitivement il va y avoir moins de sportif qui ne vont pas avoir la motivation, mais ça reste qu'une impression parce que je me suis pas concentré là-dessus » (TP36)	« Bah c'est vrai que les patients sportifs en général ils ont quand même le goût de l'effort du coup c'est beaucoup plus facile d'adhérer au traitement. Parce qu'en général c'est des gens qui veulent revenir vite à leur niveau, revenir vite à leur sport donc ils vont tout mettre en œuvre pour que le traitement fonctionne. » (TP34)	« Bah tous les patients mêmes avec 2 pathos pareilles vont pas du tout être pareil sur la prise en charge. » (TP28) « je suis confrontée à un problème chez les sportifs que je n'ai pas avec les autres, c'est-à-dire qu'il faut que je les freine, ça m'agace. » (TP30) « Et en fait le problème c'est de faire adhérer ton patient à la restriction quand il se sent mieux [...] c'est vraiment le moment où il va mieux, lui faire comprendre qu'il va mieux mais que c'est pas fini et que du coup il faut réussir à se tenir à ces objectifs-là. » (TP30)
1. Modalités d'implication du patient	« souvent la phrase que je vais dire c'est plus vous en ferai plus vous verrez des bénéfices rapidement et après c'est open bar, c'est-à-dire qu'entre la 1^{ère} et la 2^{ème} séance, je lui laisse carte blanche, c'est lui qui décide la quantité d'exercices qu'il a à	« c'est hyper important de dire les choses clairement dès la 1^{ère} séance pour savoir quels sont ses objectifs et donc du coup le responsabiliser face à ces objectifs-là » (TP12)	« Et tu vois toute suite si eux ils comprennent le sens de ce que tu leur proposes ou est-ce qu'au contraire non pas du tout et dans ce cas-là faut réexpliquer et faut essayer de remettre de leur projet à eux dans ton projet thérapeutique mais voilà. » (TP20) « Et en fait là je trouve que c'est

**Thème 3 :
Compréhension
de la manière
dont les MK
prennent en
compte les
facteurs
motivationnels.**

faire et après la 2^{ème} séance on en rediscute et là à ce moment-là on voit si c'est assez si c'est pas assez, pourquoi c'est assez et pourquoi c'est pas assez. » (TP12)

« Et le but de ces questions-là c'est qu'il soit dos au mur, de foutre les patients dos au mur pour qu'ils arrivent à faire émerger les vraies sources de motivation avec leurs ressources. » (TP22)

« Le but c'est pas de lui donner les réponses c'est de faire émerger les réponses en fonction des ressources » (TP26)

« qu'est-ce que vous en pensez de la séance ? Est-ce qu'on a répondu à vos attentes ? Est-ce qu'on est hors sujet ? On évite de poser des questions fermées après on reste sur le qu'est-ce que vous en pensez ? » (TP28) « Est-ce que j'aurai pu changer des choses ? Je sais pas mais bon je crois que ça j'arrive à le voir maintenant. » (TP28)

« en lui faisant comprendre très rapidement que ça va être à lui de faire et que nous on va plus avoir un rôle de guide, de mettre de la progression, d'écoute mais ça va plus être à la personne de faire pour aller mieux » (TP38) « Tout ça c'est grâce aux outils justement de faire émerger les ressources du patient : questions ouvertes, reflet, tout ce qui va augmenter l'alliance thérapeutique, l'attitude du praticien. Un autre outil concret : le résumé, reflet,

« Moi en général je le dis dès la 1^{ère} séance que ce qu'on va faire ensemble ça va être une première étape mais par contre il y a tout le travail qu'il va devoir faire à côté et s'il n'est pas fait, soit les résultats ne seront pas là, soit ils seront très longs. » (TP12)

« On va mettre en place des objectifs qui sont quantifiables en termes de temps, d'ici combien de temps il a cette attente et un niveau d'attente » (TP18)

« il faut prendre le temps d'échanger, de refaire le point, l'importance aussi de faire des bilans intermédiaires pour lui montrer le chemin qui a été parcouru jusque-là et lui dire bah ok on a encore du chemin à parcourir mais par contre ça progresse quand même » (TP20)

« Bah déjà en partageant ses objectifs et puis tous les patients ont systématiquement un programme d'auto-rééducation à faire à la maison donc ça je pense que ça entretient aussi la motivation pour pas qu'il se repose essentiellement sur ce qu'on va faire pendant la séance ensemble. » (TP36)

« Et après fixer des projections, c'est-à-dire bah là les objectifs à court terme ça va être ça, quand ça ce sera atteint, on pourra se tourner vers d'autres objectifs, donc lui donner des objectifs réalisables sur du court terme pour entretenir sa

ta place dans ta relation thérapeutique est indispensable parce qu'en fait il faut qu'ils te fassent confiance » (TP30) « Moi je leur explique, je suis pas votre maman, je suis pas votre maitresse d'école, je vais pas vous gronder, c'est votre corps, après soit vous me faites confiance, soit vous me faites pas confiance mais on peut pas avancer si vous vous ne suivez pas le protocole qu'on a construit ensemble. Et en fait c'est les maintenir dans ce projet thérapeutique qu'ils sont censés avoir co-construit avec toi. » (TP30) « Je crois que dès le premier jour je leur donne des devoirs à faire à la maison et je leur dit : 50% du travail c'est moi, 50% du travail, c'est vous, si vous ne faites pas vos 50%, moi mes 50% ils ne servent à rien. [...] je l'utilise tout le temps dans ma relation avec les patients, quand ils reviennent et qu'ils me disent « oh ça va mieux, ON a fait du bon travail », je considère que j'ai gagné tu vois, je me dis là on avance ensemble, ils ont compris que c'était une équipe et que tu travailles pour eux mais que si eux ne travaillent pas pour eux bah en fait tu travailles pour rien et voilà j'utilise ça beaucoup et je mets des rappels réguliers. » (TP32)

« c'est qu'ils comprennent bien que c'est leur responsabilité aussi, je trouve que dans cette démarche, de plus en plus, les patients comprennent qu'il faut se responsabiliser, beaucoup moins ce côté qu'ils pouvaient avoir de « je vous laisse mon corps pendant 30 minutes et je le récupère à la fin », je leur

2. Choix des interventions

valorisation. » (TP38) « Beaucoup de communication et si à la fin il a pas compris que c'était à lui de faire c'est que j'ai merdé quelque part » (TP38) « c'est-à-dire que je me suis pas fait comprendre sur toute la durée de l'entretien et là bah c'est à moi de revoir à la 2^{ème} séance d'autres moyens parce que visiblement avec lui ça a pas dû marcher, enfin pour le moment ça ne m'est pas arrivé. » (TP38)

« c'est à ce moment-là qu'il faut clarifier les choses et puis soit la motivation se retrouve soit il y a encore « c'est peut-être pas le bon moment pour faire la rééduc » ou le patient n'avait pas tout compris la 1^{ère} fois et là il comprend à ce moment-là et il s'implique complètement dans le truc. » (TP46)

« Je pense que s'il n'y a pas la communication pour faire émerger les ressources de l'individu je vois pas autre chose pour la motivation. » (TP50)

« Le patient je pense, selon ses expériences, ses ressources, ce qu'on arrive à cerner, selon comment on le sent, selon notre humeur du jour, je sais pas, plein de trucs, c'est pas des trucs très objectifs du coup. » (TP42)

« C'est plus en fonction du ressenti qu'on a avec le patient. » (TP44)

motivation et qu'il voit l'avancée de la rééducation. » (TP36)

« si c'est quelque chose d'imposer en général c'est plutôt subit et donc ça entretien par trop la motivation je trouve, du coup le fait de partager ses objectifs, c'est une technique de communication en tout cas et je trouve ça beaucoup plus efficace pour que le patient adhère à la rééducation et donc ça entretient sa motivation. » (TP40)

« [...] si le traitement qu'on met en place n'avance pas, est-ce qu'il faut peut-être se tourner vers d'autres éléments, psychosociaux donc qui vont freiner la rééducation par exemple et donc du coup adapter pour compléter la prise en charge s'il y a besoin. » (TP8)

explique, je ne fais rien sans eux. » (TP32) « Bah j'utilise des trucs de l'entretien motivationnel à peu près tout le temps je crois » (TP34) « On avait tu sais le cercle avec le projet de changement. Très clairement des patients qui sont avant le changement, t'en a plein, si l'échange avec toi n'arrive pas à les motiver à changer, tu peux pas le faire à leur place en fait donc ça je pense que ça sert pas mal. Après en termes de motivation bah trouver leurs mots à eux en fait » (TP36) « déjà en prenant des exemples de ce qu'eux ont dans leurs objectifs. Je reformule énormément ce qu'ils me disent en prenant leurs mots pour les emmener là où je veux qu'ils aillent mais pour qu'ils comprennent qu'en fait c'est eux qui y sont allés tous seuls. » (TP38) « Donc du coup, on va dire bon bah ok on va mettre ça en place, comment vous vous sentez ? ça va bien, tu remets quelque chose en place. » (TP30) « Faire des paris s'ils réussissent quelque chose [...] Mais je pense qu'on le fait tous on l'a tous fait, et je me sers de ça, la carotte, le côté festif et la compét ». (TP40)

« j'essaie vraiment de créer avec ce qu'ils me disent, de leur état d'esprit, une séance qui est adaptée à eux. » (TP8) « j'ai des phrases toutes faites comme tous les kinés [...] je redis tout le temps les mêmes choses toute la journée mais avec ce qu'eux me donne en face. » (TP36) « Niveau motivation avec les jeunes plutôt j'utilise la compét, c'est plus ludique » (TP40)

	3. Evaluation des interventions	« qu'est-ce que vous en pensez de la séance ? Est-ce qu'on a répondu à vos attentes ? Est-ce qu'on est hors sujet ? » (TP28) « Je les évalue pas, enfin pas objectivement par contre ça se voit dans son discours » (TP46) « par rapport à des exercices à faire à la maison, on va voir rapidement s'il les faits ou pas à la 2^{ème} séance s'il les a faits ça va être mieux et s'il les a pas fait ça va pas être mieux » (TP46)	« refaire un point sur sa motivation et voir si on est toujours en phase entre ce que lui attend et ce que moi je propose. » (TP16) « par des échelles assez pragmatiques donc soit une échelle de douleur par exemple soit on va utiliser des marqueurs généralement lors du bilan, des marqueurs de douleur ou de gêne et du coup on va réévaluer ça » « c'est des réévaluations progressives sur des marqueurs qu'on a déterminé lors de la première séance. » (TP46)	« On va dire bon bah ok on va mettre ça en place, comment vous vous sentez ? ça va bien, tu remets quelque chose en place. » (TP30) « je mets des rappels réguliers » (TP32) « quand ils reviennent et qu'ils me disent « oh ça va mieux, ON a fait du bon travail », je considère que j'ai gagné tu vois » (TP32)
Thème 4 : Compréhension de la manière dont les MK ont acquis les connaissances et les enjeux associés.	1. Apports des connaissances dans la pratique sur patients	« C'est souvent plus plaisant pour les 2 camps. Pour le kiné parce que tu vois que le mec s'implique et ça veut dire que t'as réussi ton alliance thérapeutique et que tu peux lui demander tout ce que tu veux. » (TP48) « Et puis c'est plus plaisant après pour le patient parce qu'il devrait normalement vite voir les résultats » (TP48) « si ça marche forcément je serai content pour lui, mais si ça marche pas j'ai pas ce sentiment d'échec où c'est moi qui n'ai pas réussi à améliorer le patient et ça ça change beaucoup de choses niveau pro et ça influx forcément aussi niveau personnel » (TP56) « Ça a apporté plus d'écoute, plus d'outils d'écoute, il y a beaucoup plus de patients qui à la fin de la séance peuvent dire je suis surpris, vous avez pris le temps pour m'écouter, vous vous êtes intéressés à moi ou la manière	« Je laisse beaucoup plus parler les patients et je verbalise beaucoup plus aussi leurs objectifs et leurs attentes. Et j'essaye de mettre le doigt sur des leviers ou des freins assez vite pour que la rééducation puisse se faire sereinement et que ça colle bien avec les attentes du patient. » (TP56) « ils se sentent plus en confiance je trouve et ils adhèrent plus au traitement et du coup ils sont plus motivés dans la réalisation de leurs exercices et du coup ça facilite les choses. » (TP58)	« Un des trucs fondamentaux que ça m'a apporté c'est dans la vision de la construction de soi et de soi en tant qu'unité en fait. » (TP44) « Et voilà ça m'aide énormément dans mon discours à ces patients, leur faire prendre conscience de cette unité de soi. » (TP44) « Même sur des orientations pour des personnes qui souffrent d'anxiété, de dépression, mais des fois même dans le discours de ce qu'ils te racontent sur leur famille où tu vois en fait des comportements de leurs enfants qui sont pathologiques. Et tu te dis ouais là je n'aurai sûrement pas tiquer comme ça avant si je l'avais pas vu en psycho. » (TP44)

		d'approche, les gens ont globalement apprécié. » (TP58) « Par rapport à avant où même si j'écoutais bah j'avais pas ces outils là et ça a dû changer les choses. » (TP58)		
	2. Connaissances d'autres stratégies	« Euh non je pense pas, il doit y avoir plein d'autres courants psychologiques puisque l'entretien motivationnel moi c'est la formation que j'ai faite, [...] après globalement ça devait être quand même toujours les mêmes outils de communication. » (TP50)	« Ouais bah je voulais me former mais ils n'ont jamais de place, ouais c'est très demandé. » (TP52)	« la carotte, le côté festif et la compé » (TP40) « Bah on a eu des cours à l'école et puis bah les cours de psycho tout simplement. » (TP36)
	3. Provenance des connaissances	« C'est vraiment cette formation-là, plus la formation sur la douleur qui a vraiment changé des trucs dans la manière d'exercer ma profession et même au niveau perso » (TP54)	« c'est la formation Mc Kenzie parce que c'est une technique qui repose essentiellement sur l'auto traitement et s'il n'y a pas d'adhésion du patient ça ne fonctionne pas du tout [...] il y a pas mal de pistes de travail et de réflexion et du coup ça a pas mal changé ma pratique » (TP54)	« Le besoin indispensable d'arrêter de séparer la tête et les jambes, [...] dans les douleurs chroniques je trouve ça insupportable d'entendre « je suis sous antidépresseur depuis 10 ans » « ah bon, bah vous avez un suivi avec un psychologue ? non » « vous avez un suivi avec un psychiatre ? non » « d'accord bah peut être qu'on peut avancer là-dessus tu vois ». (TP42)
	4. Motivation à acquérir les connaissances	« c'est pour ça que j'avais fait la formation entretien motivationnel [...] Je disais bah tu vois c'est ça qu'il faut faire et la deuxième séance je lui demandait « comment ça va ? » « Bah pas mieux ». « T'as fait les exos ? » « Bah non », « Bah pourquoi ? » Voilà. » » (TP8)		« je trouve qu'on en avait déjà pas mal finalement [...] ce qu'il manquait c'était le côté terre à terre [...] je vois ça avec tous les stagiaires [...] ils savent que c'est important mais ils savent pas poser la question, ils savent pas comment l'amener, ils savent pas comment pas se sentir intrusifs » » (TP46) « Je trouve que c'est ça qui manque à l'école, une fois que t'as
	5. Rapport à la formation initiale	« Sur l'éducation à la douleur beaucoup et sur la communication parce que rien qu'avec ça tu soignes des maux. » (TP60)	« [...] je suis diplômée depuis 10 ans on en parlait un petit peu mais c'était assez flou » (TP54)	

		« Donc ça voilà, c'est communication et douleur que j'aurai aimé beaucoup plus par rapport à beaucoup de cours dont je ne me sers plus actuellement. » (TP60)	« Ah bah oui ça c'est sûr. Enfin pour moi je pense que clairement 80% du traitement c'est juste de cerner le patient, de cerner ses attentes et de lui proposer des choses qui vont coller à ses objectifs et si ça marche pas c'est qu'on est à côté de la plaque quoi. » (TP60) « Je pense vraiment que la clé de la réussite du traitement c'est de cerner les motivations et les attentes du patient. » (TP60)	une personne en face de toi qui arrive, qui vient d'avoir un diagnostic lourd, qui s'assoie, qui se met à pleurer [...] tu fais quoi en fait ? » (TP46) « Savoir communiquer avec les autres professionnels à ce sujet-là je trouve qu'on l'a pas assez, même moi tu vois je trouve que c'est un truc qui me manque dans mon quotidien » «[...] réussir à amener dans tes questions, quelque chose qui ne soit pas intrusif et qui fasse comprendre au patient que ça fait partie du bilan parce que tu le prends comme une personne entière » (TP46) « Et tu te dis, bah si toi déjà en tant que soignant, dans ton bilan, ton patient il sent que c'est la question tuchy bah il va être vachement moins à l'aise de se livrer » (TP48) « On a une place énorme pour ça et je trouve que plus il y a de mémoire fait l'a dessus [...] qui ouvrent et plus on est sensibilisé dès la sortie de l'école, plus t'es à l'aise derrière. » (TP56) « l'idée de faire des jeux de rôle et des mises en situation je trouve ça trop bien mais sur des questions comme ça, sur la motivation, sur l'état psychosocial [...] ça te permet aussi de prendre du recul, de ne pas te dire c'est la phrase bonus à la fin de ton bilan » (TP56)« Grande frustration c'est quand t'as un patient qui te dit je sais que j'irai pas mieux dans mon corps tant que j'irai pas mieux dans ma tête et qu'il te dit en même temps qu'il veut pas en parler à son médecin et pas en parler à son psy et qu'il veut pas aller voir un psy parce qu'il est pas fou » (TP56)
	Autres	« Bah formez-vous en vrai, peu importe ce que c'est mais faites des trucs en communication et en douleur. » (TP62)		

Annexe 4 : Tableau présentant les questions posées par les MK aux patients, en fonction de divers thèmes.

<i>Thèmes</i>	<i>MK</i>	<i>Questions</i>
<i>Contexte socioprofessionnel</i>	MK 1	- « Comment ça se passe au travail ? » - « Quand vous y êtes-vous, vous vous y plaisez ? » - Sur les loisirs : « Ça vous plait ? Vous faites ça depuis longtemps ? »
	MK 2	- Questions sur « sa vie, sa profession, son entourage »
	MK 3	- « Comment ils se positionnent par rapport à la reprise : Est-ce que vous avez envie de retourner au travail ? Ou est-ce que vous êtes plutôt content d'avoir un peu de recul ? »
<i>Implication du patient</i>	MK 1	- « Qu'est-ce que vous pourriez envisager de faire ? » - « Comment vous pourriez envisager de faire ça à la maison, combien de temps ? Combien de fois ? » - « Qu'est-ce que vous en pensez de cette fréquence-là par rapport à votre problème ? »
	MK 2	- « Je vais te proposer des exercices mais il va falloir que tu en réalise à la maison pour que ça vienne compléter ta prise en charge, est-ce que tu es d'accord ? Combien de fois tu es prêt à le faire par semaine pour que ça marche ? »
<i>Attentes</i>	MK1	- « Qu'est-ce que vous en pensez de la séance ? Est-ce qu'on a répondu à vos attentes ? Est-ce qu'on est hors sujet ? »
	MK2	- D'ici combien de temps il a cette attente ? Et un niveau d'attente.
<i>Objectifs</i>	MK2	- « Quels sont tes objectifs ? Dans combien de temps tu aimerais atteindre ces objectifs-là ? » - « Est-ce que les objectifs qu'on s'est fixés sont toujours bien accordés ? »
	MK3	- « Pour moi avec ce qu'on a vu aujourd'hui, l'objectif à court terme ça va être ça, votre objectif à long terme j'ai compris que ça va être ça, où vous en êtes, vous ? Est-ce que ça vous convient ? » - « C'est bon pour vous ? »
	MK3	- « Est-ce que ça vous arrive d'avoir des sensations un peu de tensions sur la poitrine ? » - « Situation émotionnelle »
<i>Sommeil</i>	MK3	- La qualité du sommeil : Pourquoi ils ne dorment pas bien ?

Annexe 5 : Tableaux de synthèse de l'identification et de l'optimisation des facteurs motivationnels.

Tableau III : Identification des facteurs de motivation en pratique et apports de la littérature.

Réalisés par les MK en pratique	Apports de la littérature
- Communication : entretien semi-dirigé et questions ouvertes	
<i>Proposition de thèmes de questions ouvertes</i> : contexte socioprofessionnel, implication du patient, attentes, objectifs, sensation globale au niveau physique et émotionnel	
- Observation et interprétation des paroles et des comportements	- Entretien motivationnel
- Echelle objectivant l'envie de guérir de 0 à 10	- Tests objectifs BREQ-2 / EMAPS
1 ^{ère} séance et réévaluation constante par une communication continue.	
Adaptation en fonction de l'expérience, des connaissances des MK et des caractéristiques du patient.	

Tableau IV : Optimisation des facteurs de motivation en pratique et apports de la littérature.

Réalisés par les MK en pratique	Apports de la littérature
Communication : - Education du patient : responsabilité, modalités d'exercices - Implication du patient - Entretien motivationnel - Fixation et partage d'objectif SMART - Visualisation de la progression	- Education sur l'efficacité du traitement - Climat de maîtrise - Théorie de l'autodétermination : soutien social Plus efficace si précédés d'une éducation
Evaluation par le changement de discours ou comportement du patient	Tests objectifs BREQ-2 / EMAPS
Adaptation en fonction de l'expérience, des connaissances des MK et des informations recueillies sur le patient.	

Perspectives émergentes de l'étude
➤ Gérer la sur-adhésion de patients sportifs ➤ Apporter davantage de pratique sur les facteurs psychosociaux lors de la formation initiale ➤ Développer la communication pour faciliter la réorientation de patient entre professionnels