

Faculté des sciences de la motricité

La kinésithérapie en service hospitalier gériatrique : qu'est-ce qui (dé)motive les patient·es ?

Une étude qualitative en lien avec la théorie
de l'autodétermination

Auteure : Lucie Vancraeynest
Promoteur : Didier Schoevaerds
Année académique 2022 – 2023
Master en kinésithérapie et réadaptation [60.0] – KINE2M1

La kinésithérapie en service hospitalier gériatrique : qu'est-ce qui (dé)motive les patient·es ?

Une étude qualitative en lien avec la théorie de l'autodétermination

Auteure : Lucie Vancraeynest

Promoteur : Didier Schoevaerds

Année académique 2022 – 2023

Université Catholique de Louvain

Faculté des sciences de la motricité

Master en kinésithérapie et réadaptation [60.0] – KINE2M1

Résumé de l'étude

Introduction : Alors que les bienfaits de la kinésithérapie pour les personnes âgées hospitalisées (PAH) ne sont plus à démontrer, ces patient·es sont souvent considéré·es comme démotivé·es, ce qui est perçu comme un frein important à leur rééducation. La théorie de l'autodétermination (TAD) a largement fait ses preuves dans la compréhension des mécanismes de motivation. Plusieurs études qualitatives se sont intéressées aux freins et aux facilitateurs d'activité physique des PAH au cours de leur séjour mais aucune ne concerne la participation à la kinésithérapie de manière spécifique. Les objectifs de ce travail sont de quantifier pour la première fois la motivation des PAH, ainsi que de s'appuyer sur la TAD pour explorer au moyen d'une étude qualitative leurs facteurs de motivation en ce qui concerne leur participation à la kinésithérapie.

Méthodes : La motivation de 60 PAH en service de gériatrie fut quantifiée à l'aide de l'Échelle d'Appréciation de la Démotivation (EAD). Parmi ces 60 personnes, 14 furent interrogées au moyen d'entretiens individuels semi-directifs en face à face. Après retranscription, chaque extrait fut codifié, classé et analysé selon la TAD.

Résultats : Dans notre étude, la prévalence de démotivation était de 34 à 60 % pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et de 23 à 48 % pour la kinésithérapie. Parmi les données démographiques collectées, seul le niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements était significativement corrélé au score de démotivation. Les entretiens qualitatifs ont montré que les principaux facteurs de démotivation étaient le sentiment important de contrôle (manque d'autonomie) et de dépendance vécu par les participant·es, ainsi que la faible disponibilité du personnel au cours de l'hospitalisation. À l'inverse, les sentiments de compétence, de sécurité, de respect des limites et d'investissement humain de la part des membres du personnel soignant (MPS) étaient des facteurs de motivation importants.

Conclusion : Pour favoriser la motivation des PAH à participer à la kinésithérapie au cours de leur séjour, il est essentiel de mettre en place des solutions pour satisfaire leurs trois besoins psychologiques de base : le besoin d'autonomie et d'indépendance, le besoin de compétence (auto-efficacité) et le besoin d'affiliation (environnement social sécurisant). L'aménagement adéquat des espaces et la mise à disposition de matériel adapté associés à une attitude bienveillante des MPS pourraient considérablement favoriser l'expression de motivation intrinsèque, et donc l'engagement des PAH dans leur programme de soins.

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mon promoteur, le Pr Didier Schoevaerds, d'abord pour m'avoir donné l'opportunité de faire un travail sur un sujet m'intéressant réellement et ensuite pour m'avoir toujours poussée à revoir mes ambitions à la hausse. Son investissement remarquable et ses retours judicieux m'ont encouragée à donner le meilleur de moi-même tout au long de la réalisation de cette étude.

Mes remerciements vont également à Marie Vermeer, ergothérapeute dans le service de gériatrie du CHU UCL Namur (site Godinne) ainsi qu'à ses collègues kinésithérapeutes pour avoir collecté malgré leur emploi du temps chargé une grande partie des données quantitatives.

Je tiens également à remercier Olivier Schmitz pour son accompagnement concernant la méthodologie qualitative. N'étant été que très peu formée à cette discipline au cours de mes études, j'ai particulièrement apprécié la découvrir sur le terrain dans un domaine me portant autant à cœur.

Mes remerciements vont tout particulièrement à celle qui m'a soutenue, conseillée et rassurée tout au long de cette année, ma maman, Anne Berquin. Les longues heures passées à converser à propos du système de soins actuel ont sans cesse alimenté ma réflexion et mon esprit critique. Son empathie, son ouverture d'esprit et sa grande qualité d'écoute ont déteint sur moi, m'incitant à toujours approfondir ma compréhension de l'autre. Pour leur soutien constant, leur intérêt porté à mon travail et leurs relectures infaillibles, je tiens également à remercier mon papa et ma sœur, Bernard et Cécile Vancraeynest. Mes remerciements vont aussi à mes grands-parents, Nanette Ladam et René Berquin, qui, en plus d'avoir largement contribué à l'intérêt que je porte aux enjeux du vieillissement, m'ont donné de leur temps pour perfectionner mon utilisation des différents outils d'évaluation nécessaires à ce travail.

Enfin, je souhaite remercier une dernière fois tous·tes les participant·es à mon étude, et plus particulièrement les quatorze personnes qui m'ont livré leur témoignage lors des entretiens qualitatifs. J'ai été extrêmement honorée de leur confiance, et profondément touchée d'avoir été l'espace de quelques heures leur confidente. Pour m'avoir transmis une partie de leur histoire, je leur porte une gratitude infinie.

Définition des abréviations

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

EAD : Échelle d'Appréciation de la Démotivation

EMPA : Échelle de Motivation pour les Personnes Âgées

GDS : Geriatric Depression Scale (échelle de dépression gériatrique)

ME : Motivation Extrinsèque

MI : Motivation Intrinsèque

MMSE : Mini-Mental State Examination (évaluation des fonctions cognitives)

MPS : Membre(s) du Personnel Soignant

MR : Maison de Repos

MRS : Maison de Repos et de Soins

PAH : Personne(s) Âgée(s) Hospitalisée(s)

SEGA : Short Emergency Geriatric Assesment (dépistage de la fragilité)

TAD : Théorie de l'Autodétermination

TDF : Theoretical Domains Framework (cadre des domaines théoriques)

Table des matières

Résumé de l'étude	1
Remerciements	2
Définition des abréviations	3
1. Introduction	6
1.1. Vignette clinique.....	6
1.2. La kinésithérapie dans la prise en charge de la personne âgée hospitalisée	7
1.3. Les barrières et facilitateurs d'activité physique chez les personnes âgées hospitalisées ..	9
1.4. Comprendre les mécanismes généraux de la motivation.....	12
1.5. La théorie de l'autodétermination mise au point par Ryan et Deci.....	13
1.6. La démotivation de la personne âgée selon Hazif-Thomas et Thomas	15
1.7. Objectifs de ce mémoire.....	16
2. Méthodes.....	17
2.1. Paradigme de recherche et contexte de l'étude.....	17
2.2. Approbation du comité d'éthique	18
2.3. Étude quantitative : méthodologie	18
2.3.1. Critères de sélection des participant-es et méthode de recrutement	18
2.3.2. Description des données récoltées et des outils utilisés.....	18
2.3.3. Personnes impliquées dans la collecte de données et risque de biais.....	19
2.3.4. Description des méthodes statistiques utilisées.....	19
2.4. Étude qualitative : méthodologie	20
2.4.1. Critères de sélection des participant-es et d'arrêt de la collecte de données.....	20
2.4.2. Méthode de protection des données.....	21
2.4.3. Méthode de collecte des donnée qualitatives et évolution du guide d'entretien	21
2.4.4. Description des autres données collectées et des outils utilisés	21
2.4.5. Description des méthodes de traitement des données	23
2.4.6. Description des méthodes d'analyse des données	23

3.	Résultats	24
3.1.	Résultats principaux de l'étude quantitative	24
3.1.1.	<i>Description de l'échantillon</i>	<i>24</i>
3.1.2.	<i>Gestion des données quantitatives manquantes</i>	<i>25</i>
3.1.3.	<i>Résultats quantitatifs principaux.....</i>	<i>25</i>
3.1.4.	<i>Résultats généraux de l'étude quantitative</i>	<i>30</i>
3.2.	Résultats principaux de l'étude qualitative	31
3.2.1.	<i>Description de l'échantillon</i>	<i>31</i>
3.2.2.	<i>Résultats qualitatifs principaux.....</i>	<i>32</i>
3.2.3.	<i>Interprétations générales de l'étude qualitative.....</i>	<i>44</i>
3.2.4.	<i>Comparaison des résultats qualitatifs et des résultats à l'EMPA</i>	<i>45</i>
3.3.	Conclusion générale	46
4.	Discussion	47
4.1.	Comparaison avec la littérature existante	47
4.2.	Forces et limites de l'étude	49
4.3.	Perspectives et proposition de solutions	51
4.3.1.	<i>La base de l'autodétermination : redonner de la valeur</i>	<i>51</i>
4.3.2.	<i>Favoriser la compréhension de l'utilité de la kinésithérapie : informer</i>	<i>52</i>
4.3.3.	<i>Favoriser la motivation intrinsèque : satisfaire les besoins psychologiques de base.....</i>	<i>52</i>
5.	Conclusion.....	55
	Annexes.....	56
	Bibliographie	114

1. Introduction

1.1. Vignette clinique

« Monsieur F., 89 ans, souffre de la maladie de Parkinson et est hospitalisé depuis peu dans un service de gériatrie. Durant son hospitalisation, il bénéficie de kinésithérapie quotidienne et est capable d'effectuer ses transferts ainsi que de marcher quelques allers-retours en chambre moyennant l'aide d'une personne et l'utilisation d'une tribune. Cependant, ses troubles du langage rendent sa communication avec le personnel soignant assez complexe : monsieur F. articule très difficilement et les soignant·es le comprennent rarement quand il parle. De plus, pendant ses séances de kinésithérapie, monsieur F. présente régulièrement des épisodes d'hyperventilation : soudainement, il se met à respirer vite et fort, son visage rougit fortement et des gouttes de sueur se forment sur son front. Monsieur F. refuse alors tout exercice de kinésithérapie supplémentaire. Ces crises sont très impressionnantes et alertent rapidement le personnel. Pourtant, les paramètres vitaux restent normaux et la crise passe d'elle-même en quelques minutes. Vu les troubles du langage de monsieur F., il est très difficile de comprendre les raisons de ses hyperventilations soudaines. Les kinésithérapeutes du service, face aux refus de leur patient de poursuivre les exercices, préfèrent alors le laisser tranquille et renoncent souvent aux séances. Dans le dossier de monsieur F., il sera noté qu'il est « peu volontaire ».

Au fil des jours, l'on se rend compte que les crises d'hyperventilation ont tendance à survenir à mi-séance, lorsque l'on propose à monsieur F. de sortir de la chambre pour marcher dans le couloir. Puisque celui-ci n'est pas capable d'exprimer lui-même ce qu'il ressent, il est nécessaire de lui poser les bonnes questions pour comprendre son mal-être. Après de longues minutes de questionnement, l'on se rend compte que les crises d'hyperventilation sont le signe d'une grande angoisse liée à la marche dans le couloir. On essaye alors de rassurer le patient quant aux faibles dangers, on lui explique que les kinésithérapeutes sont là pour l'aider, qu'il y a possibilité de faire des pauses, etc., mais cela ne suffit pas. Monsieur F. montre du doigt sa blouse d'hôpital, son dos nu, et sa protection urinaire. On lui demande s'il souhaite une deuxième blouse pour couvrir son dos et sa protection, il acquiesce.

Une fois habillé correctement, monsieur F. accepte enfin de sortir de sa chambre, sans difficulté. Alors qu'il était naturel pour le personnel soignant de croiser dans les couloirs des patient·es aux jambes et au dos nus, dévoilés par une blouse attachée à la va-vite et une

protection pendante, il semblerait que pour monsieur F., l'idée de sortir ainsi de sa chambre représentait un frein majeur à sa kinésithérapie, et une raison suffisante de refuser les séances. »

Lors de la construction de ce projet de recherche, mon observation de terrain était que les personnes hospitalisées en gériatrie étaient souvent décrites par les kinésithérapeutes, étudiant·es ou non, comme peu volontaires et peu motivées en ce qui concerne leurs séances de kinésithérapie. Plusieurs événements vécus au cours de ma formation académique m'ont servi de point de départ à une réflexion sur la motivation de ces personnes : sont-elles réellement démotivées ? En admettant que certaines le soient effectivement, qu'est-ce qui expliquerait cela ? Et surtout, comment les motiver davantage ? De ces questions découle le projet ce mémoire, qui en a amené de nouvelles tout au long du processus de recherche et d'analyse. Mon hypothèse de départ était que, derrière les justifications habituelles des patient·es qui refusaient certains exercices ou même une séance complète (fatigue, douleur, etc.), se cachaient souvent des éléments qu'on n'imaginait pas : peur liée à de fausses croyances, facteurs liés à l'estime de soi, etc. Le rôle de thérapeute est fréquemment celui de détective, et cela demande parfois du temps ainsi qu'une grande capacité d'écoute pour arriver à comprendre les causes d'un comportement déconcertant.

1.2. La kinésithérapie dans la prise en charge de la personne âgée hospitalisée

On sait que la population mondiale ne cesse de vieillir (Figure 1, page 56). L'allongement de l'espérance de vie ainsi que la baisse des taux de fécondité ont pour conséquence une augmentation de la moyenne d'âge mondiale ¹. En Belgique, en 2002, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus était de 17 %. Cette proportion est passée à 20 % en 2022 (Figure 2, page 56) ². Avec le vieillissement de la population s'est développé le domaine de recherche portant sur la santé de la personne âgée. Thibaud De Blauwe, gériatre belge, a proposé une réflexion sur l'origine de cette discipline ³. La notion de « gériatrie », du grec *geros* « homme âgé » et *iatros* « guérisseur », voit le jour au début du 20^e siècle aux États-Unis, mais il faudra attendre 1950 pour que naisse la société belge de gériatrie et de gérontologie (SBGG), et ce ne sera qu'en 1984 qu'apparaîtront les normes de reconnaissance des « services G » dans les hôpitaux. Enfin, en 2007 apparaît en Belgique le programme de soins pour les patient·es gériatriques (PSG) avec ses 5 piliers : les unités d'hospitalisation, l'hôpital de jour gériatrique, les consultations, la liaison interne et la liaison externe ³. Les patient·es gériatriques sont alors défini·es comme âgé·es de 75 ans ou plus et présentant une certaine fragilité, une polypathologie active, un tableau clinique atypique, une

pharmacocinétique perturbée, un risque de déclin fonctionnel et/ou de malnutrition, et une tendance à rester inactif·ve et alité·e. Notons cependant que le seuil des 75 ans a été fixé par le PSG, l'espérance de vie approchant les 85 ans en Belgique. Pour l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), en revanche, une personne est considérée comme « âgée » à partir de 65 ans ³.

Alors que la population gériatrique explose, on constate que très peu d'étudiant·es dans le domaine des soins se destinent à cette spécialité ³. La gériatrie est d'ailleurs classée parmi les disciplines médicales considérées les moins prestigieuses, à l'inverse des spécialités concernant les organes nobles (cœur et cerveau) chez des patient·es plus jeunes ⁴. Une revue systématique néerlandaise publiée en 2015 a montré que des propos désobligeants à propos de la gériatrie, notamment de la part des médecins assistant·es, pouvaient influencer négativement le choix de carrière des étudiant·es en médecine. Bien souvent, les patient·es gériatriques sont considéré·es comme « frustrant·es » et « sans intérêt » ³.

Comprendre les enjeux de la gériatrie passe par la connaissance des différents « syndromes gériatriques », ensembles de symptômes liés à l'âge et causés par plusieurs facteurs sous-jacents simultanés (Figure 3, page 56). Ces syndromes peuvent être aigus (délire, syncope) ou chroniques (déclin fonctionnel, malnutrition, déficit cognitif, chutes) ⁵. Il est possible de limiter les complications liées à ces syndromes grâce à une prise en charge interdisciplinaire prenant en compte tous les aspects de la personne. Cette interdisciplinarité est un constituant majeur de la prise en charge gériatrique, et dans ce contexte, la kinésithérapie a un rôle capital à jouer ⁶.

L'objectif principal de la kinésithérapie en service gériatrique est de limiter les différentes complications liées à toute situation de santé ayant mené à l'hospitalisation, tout en visant une récupération précoce de la fonction afin de maximiser la possibilité d'un retour à domicile ⁷. Dans ce sens, les programmes de rééducation kinésithérapique à destination des personnes âgées hospitalisées (PAH) sont variés et incluent généralement le travail de la marche et de l'équilibre, le renforcement musculaire (avec ou sans résistance), et des exercices fonctionnels basés sur les activités de la vie quotidienne ⁸. En fait, ces programmes rejoignent globalement les recommandations de l'OMS en termes d'activité physique de la personne âgée, hospitalisée ou non (Figure 4, page 57) ⁹.

Un autre enjeu majeur de la kinésithérapie en service gériatrique est de limiter l'immobilité des patient·es et les complications qui peuvent en découler : chutes, ré-hospitalisation, incidents d'invalidité, institutionnalisation, mortalité, etc. ¹⁰. En effet, de

nombreuses études s'intéressant à la mobilité des PAH ont mis en évidence une grande sédentarité et un très faible niveau d'activité physique au cours de l'hospitalisation, malgré les programmes de kinésithérapie proposés. Selon une revue systématique publiée en 2017, les PAH ne passent que 1 à 6 % de leur temps d'éveil debout ¹¹. Une étude de cohorte réalisée en 2019 a montré que les personnes qui étaient capables de marcher seules à l'admission étaient celles qui gardaient la plus grande mobilité au cours du séjour, même si celle-ci restait très faible (moins de 2 heures par jour). Ces personnes passaient en moyenne 16 % de leur temps d'éveil debout au premier jour d'hospitalisation, contre 10 % au 14^{ème} jour ¹².

Ce constat a incité de nombreux·ses scientifiques à se pencher sur la question de la mobilité des personnes âgées au cours de leur hospitalisation. Il semblerait qu'une première solution pour limiter la sédentarité des PAH est d'augmenter l'intensité et la fréquence des séances de kinésithérapie. Malheureusement, cela n'est possible que jusqu'à un certain point et les ressources accessibles actuellement aux équipes soignantes ne permettent pas toujours l'implémentation de programmes kinésithérapeutiques supplémentaires ¹³. Il est donc indispensable de se pencher sur d'autres moyens permettant de favoriser la mobilité des PAH.

1.3. Les barrières et facilitateurs d'activité physique chez les personnes âgées hospitalisées

De nombreuses études se sont intéressées aux barrières et aux facilitateurs d'activité physique chez la personne âgée ^{14,15}, mais peu concernent cette activité physique durant l'hospitalisation. Une étude de la portée publiée en 2021 a donné un premier aperçu des études ayant pour sujet les barrières et les facilitateurs d'activité physique chez des patient·es hospitalisé·es ¹⁶. Parmi les 56 études incluses, 18 concernent les personnes âgées mais certaines sont à visée interventionnelle. 13 études qualitatives ou par méthodes mixtes, publiées entre 2007 et 2020, ont donc exploré les barrières et les facilitateurs d'activité physique des PAH : la première a investigué ces facteurs selon la perspective des patient·es mais également selon celle du personnel médical et paramédical ¹⁷. Les freins identifiés par les patient·es étaient la présence de certains symptômes (faiblesse, douleur, fatigue), la dépendance à une aide humaine associée à un manque de personnel, la peur des chutes, et des facteurs liés à l'environnement hospitalier (confort du lit, port des blouses d'hôpital). Un autre frein important mentionné dans cette étude uniquement par le personnel soignant était un manque de motivation de la part des patient·es :

« Le manque de motivation des patients fut mentionné par 50 % des infirmières et 78 % des médecins et était souvent liée à l'âge du patient : “Je pense simplement qu'il est plus âgé maintenant, et qu'il n'est pas aussi motivé que les personnes plus jeunes, et il a vécu tellement de choses. Je pense simplement qu'il n'a pas envie de le faire”. “Je ne sais pas si c'est parce que ce sont des personnes âgées ou parce qu'elles semblent juste plus têtues. Elles sont parfois plus satisfaites de rester dans le lit, et vous devez vraiment insister auprès d'elles pour qu'elles se lèvent”. Cependant, aucun·e des patient·es n'a indiqué que le manque de motivation était la raison pour laquelle il ou elle ne sortait pas du lit. » (Extrait traduit de l'article de Brown et al. ¹⁷.)

Les obstacles à l'activité physique de la personne âgée hospitalisée, tirés des résultats issus de chaque étude publiée entre 2007 et 2020, furent compilés par Geelen et al. dans leur étude de la portée ¹⁶. Les principaux étaient :

- les symptômes liés à la situation aiguë de santé, comme la faiblesse, la fatigue et la douleur ¹⁷⁻²⁵
- la dépendance pour les AVQ associée à une indisponibilité du personnel et à la peur de déranger les membres de l'équipe soignante ^{17-19,22,26,27}
- la peur des chutes ^{17,18,27}, des blessures ²⁵, ou d'attraper une infection ^{22,24}
- les facteurs liés à l'environnement hospitalier déplaisant et au manque de matériel ou d'espace adaptés ^{17,19,20,22-25,27}
- le fait que l'activité physique ne soit pas perçue comme une priorité ^{18,21} ni même comme indiquée à partir d'un certain âge ou pendant l'hospitalisation ^{21,23,27}
- le manque de temps lié aux contraintes de la routine organisationnelle. ^{20,23,26}

La présence de matériel médical ^{17,21,24}, l'immobilité imposée par le personnel soignant par manque de connaissance des patient·es ^{18,19,22}, le sentiment de manque de contrôle sur sa situation ¹⁸ et d'être contrôlé par le personnel soignant ¹⁹, le manque d'informations reçues à propos de la kinésithérapie ²¹, d'encouragements à se mobiliser ^{24,27} ou d'activités porteuses de sens ²⁶, le fait de séjourner en isolement ²⁰, la volonté de rester dans le confort du lit ²¹ et le fait que la motivation diminue avec la longueur du séjour ²¹ furent également cités.

Les facilitateurs d'activité physique chez les PAH furent également compilés par Geelen et al. ¹⁶. Les principaux étaient :

- la volonté d'améliorer ou de préserver sa fonction ^{18,19,21,24-26,28,29}

- la volonté d’éviter les effets néfastes de l’alitement comme la douleur, l’ennui et l’inactivité ^{20,22–27,29}
- les incitations du personnel à se mobiliser ^{19,21–25}, leur aide adéquate ^{21,22} et la reconnaissance des efforts fournis ²⁶
- le sentiment d’être suffisamment informé ²³, d’être acteur de sa propre prise en charge ¹⁹ et le sentiment d’autodétermination ²⁶
- la volonté d’atteindre des objectifs de santé et de bien-être permettant un retour à domicile ^{23,28,29}

La volonté de préserver son indépendance ^{18,29} et de rester en mouvement ¹⁸, l’intégration dans la routine organisationnelle de séances de kinésithérapie ¹⁸ et de séances de groupes ²¹, le bien-être induit par l’activité physique ²⁵, le caractère stimulant de l’environnement et les équipements adaptés ^{18,21}, le soutien d’un·e proche ^{18,19}, les qualités humaines des membres du personnel soignant comme la gentillesse, le sens de l’humour et l’empathie ²², la proposition d’activités qui ont du sens ²⁰ et le respect des membres du personnel soignant pour l’autonomie des patient·es ²², l’atténuation des symptômes liés à la situation aiguë de santé et l’accès à des instructions écrites d’activité physique ²³ furent également cités.

Il est important de comprendre les nuances entre les termes « facteurs favorisant », « facilitateurs » et « facteurs de motivation ». Selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), un facteur facilitateur peut être personnel (s’il dépend de l’individu) ou environnemental (s’il dépend de son environnement physique ou social) (Figure 5, page 57) ³⁰. La motivation est ce qui induit chez l’individu l’intention d’adopter un certain comportement : c’est donc un facilitateur personnel en soi, mais tous les facilitateurs ne sont pas forcément des facteurs de motivation. L’intégration dans la routine organisationnelle de séances de kinésithérapie, l’atténuation des symptômes liés à la situation aiguë de santé et l’accès à des instructions écrites sont des exemples de facilitateurs d’activité physique qui ne sont pas forcément des facteurs de motivation des individus. Lorsque ces éléments sont absents, cela peut représenter un obstacle, une barrière ou encore un frein. La volonté d’éviter les effets néfastes de l’alitement, les incitations du personnel et la volonté d’améliorer ou de préserver sa fonction peuvent quant à elles être de réels facteurs de motivation, classés parmi les facilitateurs personnels.

Petit à petit, ces études ont mis en évidence que la motivation des patient·es était un facteur important influençant leur mobilité au cours de l'hospitalisation, la motivation étant directement associée à de plus hauts niveaux d'activité physique ³¹.

1.4. Comprendre les mécanismes généraux de la motivation

Outre l'augmentation de la fréquence et de la durée des séances de kinésithérapie, une solution pour augmenter la mobilité des PAH serait donc de mettre en place des programmes interventionnels dans le but d'induire des changements comportementaux bénéfiques chez les patient·es. Favoriser la mobilité des patient·es âgé·es ainsi que leur participation aux séances de kinésithérapie qui leur sont proposées au cours de leur séjour passe donc inévitablement par la compréhension des mécanismes intervenant dans la motivation.

À la base des théories de la motivation, deux types de motivation intervenant dans le comportement ont été identifiés : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque (Illustration 1, page 13). La motivation intrinsèque (MI) représente la volonté de réaliser une action pour la satisfaction directe qu'elle apporte à l'individu qui la réalise. Elle est donc accompagnée de sentiments positifs comme le plaisir, l'excitation, ou encore l'accomplissement. La motivation extrinsèque (ME) se définit quant à elle par la volonté de réaliser une action pour une référence extérieure. Elle représente un besoin de « bien faire » pour la société ou pour son entourage ³². À l'inverse de la MI, présente dès la naissance, la ME est le fruit des responsabilités à assumer et des pressions sociales qui imposent certains comportements ³³.

La motivation extrinsèque peut être régulée de plusieurs manières différentes. Quand elle est dite de régulation externe, cela signifie que l'individu réalise l'action non pas pour ce qu'elle peut lui apporter mais pour obtenir une récompense ou éviter une punition. Cette forme de motivation est considérée comme externe. Quand la ME est de régulation introjectée, l'action a pour but l'approbation ou l'évitement de la désapprobation d'une référence extérieure. Il est alors question pour l'individu d'éviter un sentiment de culpabilité, ce qui représente une motivation plutôt externe. Quand la ME est de régulation identifiée, l'action est consciemment perçue par l'individu comme bénéfique pour sa propre personne. Il s'agit d'une forme de motivation plutôt interne. Enfin, quand la ME est de régulation intégrée, cela signifie que l'action résonne avec les valeurs profondes de l'individu et qu'elle est entièrement associée à la satisfaction des besoins essentiels. Ce type de motivation est

interne, mais se distingue de la motivation intrinsèque par l'absence de sentiments de plaisirs et de satisfaction directe apportés par l'action elle-même.

L'amotivation, quant à elle, est décrite comme l'absence totale de motivation, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque. Dans ce cas l'individu ne réalise simplement pas l'action, étant donné que celle-ci n'est motivée ni par une influence interne, ni par une influence externe ³².

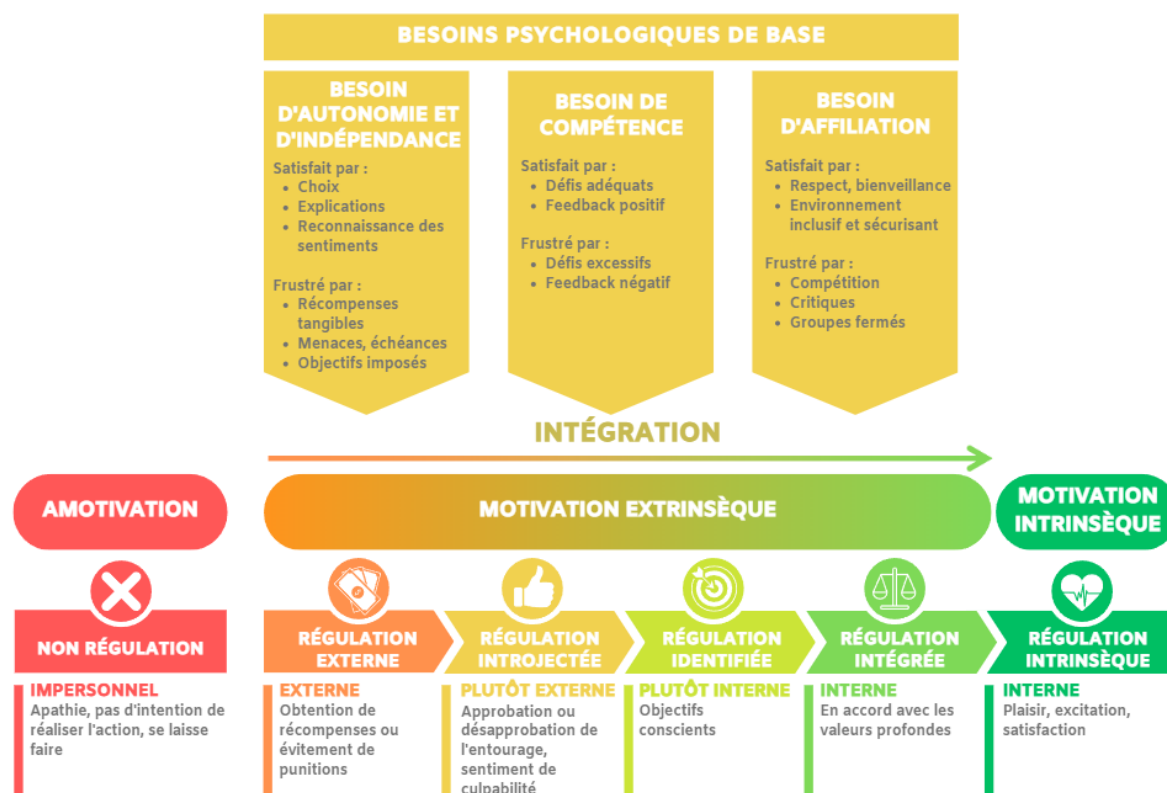


Illustration 1– Le continuum de l'autodétermination selon Ryan et Deci ³³ (adapté de Cook et Artino ³⁴)

1.5. La théorie de l'autodétermination mise au point par Ryan et Deci

La théorie de l'autodétermination (TAD) a largement fait ses preuves dans la compréhension des comportements, qu'ils soient liés ou non à l'activité physique. Amorcé par Ryan et Deci peu avant les années 1980, le développement de la TAD a été amplement détaillé dans le chapitre 4 du livre « Advances in Motivation Science, vol. 6 » ³⁵. Ils décrivent ainsi cinq mini-théories qui ont pour objectif de décrire les influences de la motivation dans toute leur multi-dimensionnalité (Figure 6, page 57). À l'origine, la première mini-théorie était focalisée sur la motivation intrinsèque et les facteurs susceptibles de la favoriser (Cognitive Evaluation Theory). Peu de temps après fut ajoutée la mini-théorie décrivant les subtilités de la motivation extrinsèque et de ses différentes formes (Organismic Integration Theory), expliqués plus haut. Au fil des années, la TAD a été complétée de mini-

théories supplémentaires visant à décrire le plus précisément possible les différents facteurs qui entrent en compte dans la motivation ³⁵.

Selon la TAD, un comportement est dit « autodéterminé » lorsque la source de la motivation est interne (MI, ME de régulation intégrée ou ME de régulation identifiée). On dit alors que la motivation est autonome. À l'inverse, un comportement est dit « hétéro-déterminé » lorsque la source de la motivation est externe (ME de régulation introjectée ou ME de régulation externe). La motivation est alors contrôlée ^{33,36}. Plus le comportement est motivé par des facteurs de motivation interne, plus l'individu est susceptible de maintenir ce comportement à long terme ³⁶. En réalité, l'autodétermination est un continuum et ce qui motive un comportement est souvent une série de plusieurs types intermédiaires de motivation, présents simultanément et influencés par des éléments qui leur sont propres. Le type de motivation intervenant dans un comportement est d'ailleurs plus déterminant que l'intensité de la motivation ³⁶. L'intégration de la motivation signifie que le comportement est progressivement motivé par des sources de motivation plus internes, et qu'il résonne alors de plus en plus avec les valeurs profondes de l'individu ³³.

Pour favoriser les types de motivation plus intégrés et ainsi permettre la survenue de comportements autodéterminés, la troisième mini-théorie de la TAD a mis en évidence trois besoins psychologiques fondamentaux à satisfaire (Basic Psychological Needs Theory) ³⁵. Le premier besoin est le besoin d'autonomie, qui correspond au sentiment d'avoir le choix de ses propres actions mais aussi d'être à l'origine de ces actions ³². Cette double signification est importante car d'un point de vue linguistique, l'autonomie est définie comme une capacité d'effectuer ses propres choix alors que la capacité d'effectuer des actions soi-même se définit comme l'indépendance. Malgré cette nuance, ces termes sont souvent confondus et utilisés de manière interchangeable ³⁷. Dans la TAD, le besoin d'autonomie inclut le besoin d'indépendance. Pour plus de clarté, nous ferons donc référence à ce besoin comme le besoin d'autonomie et d'indépendance. Le sentiment de contrôle est quant à lui décrit comme l'exact opposé du sentiment d'autonomie car il sous-entend un contrôle extérieur sur la personne. Le second besoin fondamental est le besoin de compétence, qui se rapporte au sentiment d'auto-efficacité sur son environnement. Se sentir doué sans l'action que l'on réalise stimule la curiosité et l'envie de relever des défis. Il est donc aisé de comprendre en quoi le sentiment de compétence favorise la motivation intrinsèque ^{32,33}. Enfin, le besoin d'affiliation correspond au sentiment d'être connecté aux personnes avec lesquelles on interagit. Plus largement que le besoin d'appartenance à un groupe, l'on parle ici de la nécessité d'appartenir à un environnement social sécurisant, dans

lequel le respect de l'autre et l'attention portée à son prochain sont perceptibles. Un comportement motivé extrinsèquement n'étant par définition pas intéressant pour l'individu qui l'adopte, la raison principale pour laquelle les actions sont réalisées serait que celles-ci sont valorisées par l'entourage de l'individu. Ce besoin d'affiliation est donc essentiel pour l'intégration de comportements extrinsèquement motivés ³³. Ces trois besoins psychologiques fondamentaux ne sont pas les seuls qui interviennent dans la motivation ³², mais lorsqu'ils sont satisfaits au cours de l'action, ils favorisent nettement la survenue de motivation intrinsèque. À l'inverse, lorsque ces besoins sont frustrés, les niveaux de motivation intrinsèque sont plus bas ³⁵.

Les cinq mini-théories (Figure 6, page 57) montrent bien la multi-dimensionnalité de la motivation et tous les sous-mécanismes qui interviennent pour induire un certain comportement. Les interventions basées sur ces théories permettent des changements comportementaux efficaces et une adhésion à long terme à des programmes sportifs ou thérapeutiques ³⁵.

1.6. La démotivation de la personne âgée selon Hazif-Thomas et Thomas

La psychologie de la personne âgée se distingue de celle des personnes plus jeunes et nécessite la prise en compte de caractéristiques spécifiques. Hazif-Thomas et Thomas ont largement étudié la motivation de la personne âgée. Plus précisément, ils considèrent que la personne âgée est foncièrement démotivée, et définissent cette démotivation comme « une dynamique acquise et apprise de déconstruction de l'élan motivationnel par la confrontation amère de la personne âgée entre d'un côté une autonomie qui fléchit et de l'autre une dépendance qui n'est pas acceptée et qui paradoxalement et inconsciemment est recherchée » ³⁶. Ils parlent également de la fragilité, que nous avons évoqué précédemment, et suggèrent qu'elle provient d'un ensemble de facteurs issus de la maladie et du handicap, interagissant au sein d'un vécu de démotivation ³⁶. La démotivation serait donc une composante à part entière de la fragilité chez la personne âgée, aggravée par les modifications physiologiques et psychologiques (troubles cognitifs et sensoriels, capacités attentionnelles, etc.) qu'impose la vieillesse ³⁸.

« Les nombreux résidents démotivés, qui souffrent de cette mise en sommeil de leurs capacités fonctionnelles, voient la sédentarité aggraver leur dépendance : bien que capables de se déplacer, ils passent leurs journées au lit ou au fauteuil et participent du bout des lèvres, ou même ont cessé de le faire, aux ateliers occupationnels où l'on chante, où l'on exerce la mémoire, où l'on fait quelques mouvements d'entretien... » ³⁶.

Selon Paquet et al., les besoins psychologiques fondamentaux des personnes âgées sont mis à l'épreuve par le vieillissement, et la diminution de leurs capacités physiques et cognitives influence fortement leur besoin d'autonomie et de compétence. De plus, l'isolement réduit fortement le sentiment d'affiliation ³².

1.7. Objectifs de ce mémoire

La documentation étudiée jusqu'ici nous permet à ce stade de tirer quelques conclusions importantes. Tout d'abord, selon un grand nombre de scientifiques et de praticien·nes, la démotivation de la personne âgée semble représenter un frein majeur à sa mobilité au cours de l'hospitalisation ^{17,36}. Si les données quantitatives disponibles à ce sujet sont principalement des mesures de la mobilité des patient·es ¹¹, la motivation en tant que telle n'a, à notre connaissance, jamais été mesurée. Le premier objectif de ce mémoire est donc de quantifier pour la première fois la motivation de patient·es hospitalisé·es en service gériatrique, en ce qui concerne leur participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et à la kinésithérapie.

Ensuite, dans le but de mieux comprendre le vécu subjectif de ces patient·es, une étude qualitative fut menée afin de mettre en évidence leurs facteurs de motivation et de démotivation en ce qui concerne leur kinésithérapie. Il ne s'agit donc pas d'explorer, à l'image des auteurs cités plus haut, les barrières et les facilitateurs influençant la mobilité spontanée des patients au cours de leur séjour ¹⁶, mais bien de s'appuyer sur les théories de la motivation et plus particulièrement de l'autodétermination pour approfondir la compréhension des facteurs de motivation des patient·es concernant leur participation à la kinésithérapie de manière spécifique. Durant la réalisation de ce travail, une nouvelle étude sur le sujet a été publiée par les auteur·es de la revue de la portée sur les facilitateurs et les obstacles de l'activité physique au cours de l'hospitalisation ³⁹. Nous verrons dans la discussion en quoi leurs résultats s'éloignent ou se rapprochent des nôtres.

Une autre conclusion importante que nous pouvons tirer à l'issue de cette introduction est que la motivation est un facteur modifiable ⁴⁰. Parmi les six thèmes mis en avant dans l'étude qualitative de Zhang, c'est même l'un des seuls sur lesquels le kinésithérapeute a un rôle direct à jouer ¹⁵. Le troisième objectif de ce mémoire est donc, sur base des résultats obtenus au terme de l'étude qualitative et en s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination, de proposer des pistes concrètes pour favoriser les types plus intégrés de motivation des patient·es hospitalisé·es en service gériatrique en ce qui concerne leur participation à la kinésithérapie, mais également à leur programme de soin global.

2. Méthodes

2.1. Paradigme de recherche et contexte de l'étude

Le premier objectif de recherche est de quantifier le niveau de motivation de patient·es hospitalisé·es en service gériatrique en ce qui concerne leur participation aux AVQ et aux séances de kinésithérapie qui leurs sont proposées aux cours de leur séjour. C'est donc la méthodologie quantitative qui est indiquée puisqu'il s'agit d'intégrer des données numériques, le niveau de motivation de chaque participant·e étant représenté par un score.

Le second objectif de recherche est de mettre en évidence les facteurs qui influencent la motivation ou la démotivation de ces patient·es à participer à leurs séances de kinésithérapie. Le vécu subjectif de l'individu est mis en avant et la méthodologie qualitative est la plus adaptée pour la compréhension des schémas comportementaux qui ne sont pas quantifiables. Le but est de laisser la parole aux participant·es pour comprendre au mieux de leur propre réalité, dans une approche constructiviste selon laquelle le vécu des individus est directement influencé par leurs expériences de vie, ces expériences individuelles façonnant leur perspective de la réalité ⁴¹.

Cette étude suit dès lors un modèle séquentiel explicatif, puisque ce sont les résultats qualitatifs qui permettront d'expliquer de manière plus approfondie les résultats quantitatifs ⁴². Dans cette logique, les guidelines SRQR ⁴³ ont été suivies, en intégrant pour les parties « méthodes » et « résultats » les données quantitatives selon les guidelines STROBE ⁴⁴.

Entre novembre 2022 et février 2023 et uniquement dans le cadre de cette étude, une soixantaine de patient·es hospitalisé·es dans le service de gériatrie du CHU UCL Namur, site Godinne, ont été rencontré·es. Ces patient·es y bénéficient pour la plupart de kinésithérapie (bi)quotidienne. Les séances durent en moyenne 20 à 30 minutes et comportent généralement du pédalage sur cycloergomètre, des exercices de marche et le travail des transferts. En fonction des programmes sont inclus entre autres de la mobilisation active, passive ou activo-passive des membres inférieurs et supérieurs, du renforcement musculaire global, une rééducation proprioceptive, etc.

2.2. Approbation du comité d'éthique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique hospitalo-facultaire du CHU UCL Namur, site Godinne (numéro interne : 147/2022) et il a été demandé que chaque participant·e (ou sa famille lorsque cela était demandé) signe un document de consentement éclairé, aussi bien pour l'étude quantitative (Figure 7, page 58) que pour l'étude qualitative (Figure 8, page 64).

2.3. Étude quantitative : méthodologie

2.3.1. Critères de sélection des participant·es et méthode de recrutement

Pendant un délai de 14 semaines entre novembre 2022 et février 2023, un maximum de patient·es hospitalisé·es dans le service de gériatrie du CHU UCL Namur, site Godinne, ont été sélectionné·es pour cette étude. Un·e patient·e était inclus·e lorsqu'il y avait présence d'un syndrome gériatrique, que l'affection aiguë était stabilisée (selon le médecin responsable), que son programme de soin prévoyait de la kinésithérapie (bi)quotidienne et que l'admission dans le service datait d'au moins 3 jours. Lorsque les troubles cognitifs étaient trop importants (selon l'avis clinique des kinésithérapeutes et de l'ergothérapeute du service) pour permettre l'évaluation, qu'il y avait un état confusionnel aigu en cours ou une affection médicale instable (selon le ou la médecin responsable) ou l'implémentation d'un programme de soins palliatifs ou terminaux, les patient·es étaient exclu·es de l'étude.

Chaque semaine, la liste des personnes séjournant dans le service fut parcourue et celles répondant aux critères de sélection furent rencontrées dans leur chambre. Après présentation de l'étude, le consentement éclairé fut demandé, à la suite de quoi la personne fut retenue (ou non en cas de refus) pour évaluation. Chaque participant·e ayant été évalué·e fut écarté·e des listes des semaines suivantes. L'objectif était d'évaluer un maximum de personnes dans le délai imparti de 14 semaines.

2.3.2. Description des données récoltées et des outils utilisés

La variable principale à mesurer étant le niveau de motivation des patient·es en ce qui concerne leur participation aux AVQ et aux séances de kinésithérapie, nous avons utilisé l'Échelle d'Appréciation de la Démotivation (Figure 9, page 71), construite et validée afin d'évaluer la démotivation de la personne âgée (démence ou non) pour 5 axes de la vie quotidienne : intérêt de l'implication de soi dans l'environnement, implication dans l'action, autonomie, intérêt pour l'environnement, et réactivité à l'environnement ⁴⁵. Cette échelle s'utilise en hétéroévaluation : c'est donc à quelqu'un qui connaît bien la personne âgée

(famille ou équipe soignante) d'évaluer celle-ci. La cotation s'apparente à une échelle type Lickert et il s'agit d'évaluer la fréquence à laquelle la personne observée réalise différentes actions : très souvent (1), souvent (2), parfois (3) ou jamais (4). En additionnant les scores des 15 items, on obtient un score total sur 60 ⁴⁵. La motivation est d'autant plus faible que le score est élevé et le seuil de démotivation est fixé à 35/60 ³⁶. L'EAD n'étant pas spécifique à la kinésithérapie, nous avons choisi d'ajouter un 16^{ème} item concernant la participation aux séances de kinésithérapie (Figure 10, page 71). Cet item a cependant été considéré séparément et n'a donc pas été inclus dans le score total de motivation.

Outre le niveau de motivation, plusieurs données démographiques ont été recueillies pour chaque participant·e afin de décrire au mieux l'échantillon : l'âge, le genre, la provenance (domicile, maison de repos (MR) ou maison de repos et de soins (MRS)) et le niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements (transferts et déplacement autonomes avec ou sans aide technique (AT), transferts et déplacements nécessitant une aide humaine (modérée), ou aucun transfert et déplacement sans aide humaine importante (grabataire)). La durée du séjour jusqu'à l'évaluation (le jour d'admission étant considéré comme le jour 0) et la durée totale du séjour (en considérant le temps passé dans d'autres services en cas de transfert au sein du même hôpital) furent également notées.

2.3.3. Personnes impliquées dans la collecte de données et risque de biais

Puisque l'EAD doit être complétée par quelqu'un connaissant bien la personne évaluée, c'est l'ergothérapeute du service qui fut sollicitée pour la collecte de données. Afin de réduire le risque de biais, chaque évaluation fut complétée en collaboration avec un·e kinésithérapeute du service.

2.3.4. Description des méthodes statistiques utilisées

Les scores de motivation obtenus grâce à l'EAD ont été analysés à l'aide du logiciel Stata (version 17). La proportion des participant·es motivé·es et démotivé·es (selon le seuil binaire de démotivation) fut calculée avec un intervalle de confiance à 95 %. Les liens entre les scores à l'EAD et les données démographiques récoltées furent analysés à l'aide du test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables continues, et du test paramétrique de Chi-carré pour les variables catégorielles. Lorsque la valeur attendue d'une variable catégorielle donnée était inférieure à 5, c'est le test exact de Fisher qui fut utilisé. Le « Odds Ratio » (OR) ainsi que son intervalle de confiance à 95 % furent calculés pour chaque variable à l'aide de la régression logistique. La p-valeur utilisée était de 0,05.

Il est inévitable que des études concernant des personnes âgées comportent de nombreuses données manquantes (étant donné la vieillesse et les problèmes de santé de ces personnes). Cela n'est pas forcément problématique tant que la gestion de ces données manquantes est documentée et justifiée ⁴⁶. L'EAD n'étant pas prévue pour être utilisée dans un contexte hospitalier, nous avons anticipé que certains items ne seraient pas évaluable sur le terrain. Nous avons cependant pris le parti de ne pas les éliminer d'emblée mais de voir en situation réelle quels items poseraient problème. Le protocole initial prévoyait donc que, si pour un item donné était observé un taux de données manquantes de 20 % ou plus, cet item serait retiré de l'analyse pour l'obtention de scores cohérents et non sous-estimés. Dans ce cas, le score total ainsi que le score seuil de démotivation seraient revus à la baisse. Pour les items dont le taux de données manquantes ne dépasse pas les 20 %, leur suppression n'est pas recommandée car elle causerait une forte baisse de la puissance de l'étude. La méthode d'imputation de données manquantes est dans ce cas recommandée et nous avons choisi la méthode de Tabachnick et Fidell, selon laquelle chaque donnée manquante est remplacée par la moyenne du groupe auquel elle appartient ⁴⁷. Les différents groupes furent établis sur base de l'algorithme des profils prévu pour la sélection des participant·es à l'étude qualitative (Figure 11, page 72).

2.4. Étude qualitative : méthodologie

2.4.1. Critères de sélection des participant·es et d'arrêt de la collecte de données

Les patient·es sollicité·es pour l'étude qualitative ont été sélectionné·es parmi les participant·es de l'étude quantitative, selon un algorithme de sélection prévu en amont dans le but de diversifier au maximum les profils des participant·es (Figure 11, page 72). Cet algorithme des profils a été élaboré selon deux caractéristiques qui ont une influence sur la mobilité des PAH : le statut fonctionnel pré-hospitalisation ⁴⁸ et la longueur du séjour ⁴⁹. Pour plus de cohérence, nous avons cependant choisi de prendre en compte le statut fonctionnel (transferts et déplacements) au moment de l'évaluation plutôt que celui pré-hospitalisation. Pour permettre la mise en évidence de facteurs liés au genre, nous avons également prévu d'inclure autant d'hommes que de femmes. Au total, 18 profils différents figuraient dans l'algorithme de sélection initial, mais nous avons anticipé que nous ne rencontrerions peut-être pas ces 18 profils dans le délai imparti. En outre, nous avons prévu de poursuivre la collecte de données jusqu'à saturation des réponses. Cela signifie que lorsque les entretiens n'apporteraient plus d'éléments nouveaux par rapport aux entretiens précédents, la collecte de données s'arrêterait, quel que soit le nombre d'entretiens réalisés.

2.4.2. Méthode de protection des données

Sur tout document papier de collecte de données, les noms des participant·es ont été remplacés par des numéros d'identification pour garantir la protection de leurs données. Par mesure de précaution, deux listes de correspondance entre ces numéros et les noms ont été tenues : l'une a été conservée dans le bureau des kinésithérapeutes et l'autre a pris la forme d'un document Excel sur un ordinateur protégé par mot de passe. Les enregistrements vocaux des entretiens qualitatifs ont été conservés sur ordinateur, également protégé par mot de passe. Enfin, les listes de correspondance entre les numéros et les noms ainsi que les enregistrements vocaux ont été effacés au terme de cette étude.

2.4.3. Méthode de collecte des données qualitatives et évolution du guide d'entretien

La collecte de données prit la forme d'entretiens individuels semi-directifs en face à face. En plus des critères d'inclusion prévus pour l'étude quantitative, il fallait donc que les participant·es soient capables de s'exprimer correctement en français. De plus, les patient·es présentant des troubles cognitifs trop importants pour le bon déroulement et la cohérence de l'entretien (selon le médecin responsable), ont été exclu·es de l'étude qualitative.

Le guide d'entretien fut élaboré dans le but d'aborder les composantes intrinsèques et extrinsèques qui pouvaient entrer en jeu dans la motivation des personnes, au travers de questions se voulant volontairement larges. La méthodologie qualitative est un processus itératif. La collecte et l'analyse des données ont donc eu lieu simultanément, la collecte alimentant l'analyse et l'analyse donnant de nouvelles perspectives pour les collectes suivantes. Le but d'un tel processus est d'affiner au maximum l'investigation et d'enrichir chaque entretien des éléments apportés par les précédents. Au fil des entretiens, le guide initial (Figure 12, page 72) a donc été adapté une première fois (Figure 13, page 73) puis une seconde fois (Figure 14, page 73). Puisque les entretiens étaient semi-directifs, certaines questions ont été ajoutées au cours de ceux-ci pour s'approcher au mieux de la réalité de chaque participant·e et rebondir si besoin sur certaines thématiques. Ces questions supplémentaires n'ont pas systématiquement été ajoutées au guide d'entretien.

2.4.4. Description des autres données collectées et des outils utilisés

En amont de l'entretien qualitatif, un ensemble complet de données démographiques fut collecté pour chaque participant·e, afin de décrire au mieux l'échantillon : en plus des données collectées pour l'étude quantitative, furent également notés pour chaque personne son niveau d'études (années d'études après l'âge de 12 ans), les médicaments pris

quotidiennement, ses pathologies principales lors de l'hospitalisation, ses résultats à l'évaluation SEGA (évaluation du niveau de fragilité), ses résultats au MMSE (évaluation des fonctions cognitives), ses résultats au mini-GDS (dépistage de la dépression), et ses résultats à l'échelle de Katz (évaluation de la dépendance dans les activités de la vie quotidienne).

Pour développer encore plus notre compréhension des différents types de motivation intervenant chez chaque participant·e, l'Échelle de Motivation pour les Personnes Âgées (EMPA) (Figure 15, page 74) fut également utilisée. L'EMPA est un outil construit et validé par Vallerand et O'Connor, et qui mesure les différents types de motivation (MI, ME de régulation identifiée, ME de régulation externe et amotivation) dans six contextes de la vie quotidienne. Pour chaque contexte de vie, l'on évalue 3 situations au travers de 4 énoncés par situation (correspondant aux 4 types de motivation évalués), que la personne âgée doit coter de 1 (pas du tout vrai) à 7 (exactement vrai). Plus le score d'une sous-échelle est élevé, plus le type de motivation évalué intervient dans le comportement en question ⁵⁰. Tout comme l'EAD, l'EMPA n'est pas spécifique à la kinésithérapie. Dans le contexte de vie « Activités reliés à la santé », nous avons donc choisi de remplacer la question relative à la nutrition par une question relative à la kinésithérapie (Figure 16, page 77). De plus, l'utilisation de l'EMPA étant très chronophage, nous avons décidé de ne garder que les contextes de vies qui concernent tous les individus, ce qui est le cas de la santé, des besoins biologiques, des relations interpersonnelles, des loisirs et de l'information. En ce qui concerne la religion, parmi les Belges âgés de 69 et plus et plus, 16 à 22 % déclarent ne pas avoir de lien à l'Eglise ⁵¹. De plus, parmi les personnes déclarant appartenir à une religion, seul un faible pourcentage a une pratique religieuse régulière ⁵². Nous avons donc décidé de retirer de notre évaluation le contexte de vie lié à la pratique de la religion (Figure 16, page 77).

En ce qui concerne la collecte de données, les participant·es ayant été sélectionné·es pour l'étude qualitative furent rencontré·es une première fois pour la collecte de données démographiques, la complétion des différentes évaluations et la fixation d'un rendez-vous ultérieur, au cours duquel l'entretien qualitatif prit place. Le fractionnement en deux rendez-vous avait pour utilité de ne pas solliciter trop longtemps les participant·es, facilement fatigables et très occupé·es au cours d'une journée par les différents soins, examens médicaux et autres visites par l'entourage.

2.4.5. Description des méthodes de traitement des données

Les entretiens semi-directifs furent enregistrés au moyen d'un enregistreur vocal à piles, et retranscrits selon les termes exacts à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Les noms de personnes (participant·e, membres de la famille ou de l'équipe soignante, etc.) qui ont été prononcés lors des entretiens ont été remplacés dans les retranscriptions par des noms d'emprunt. De plus, certains extraits ont été modifiés lorsque cela était nécessaire : les fautes de français altérant la compréhension d'un extrait ont été corrigées dans la présentation des résultats, y sont soulignées et comportent un exposant renvoyant au texte original. Les précisions apportées concernant le contexte d'un extrait y figurent entre parenthèses. Enfin, les pronoms cités ont été remplacés par les noms auxquels ils faisaient référence dans les cas où ces noms n'étaient plus mentionnés dans l'extrait figurant dans les résultats. Ces noms y figurent entre crochets.

2.4.6. Description des méthodes d'analyse des données

Après retranscription, chaque entretien fut minutieusement lu et codifié extrait par extrait. La plupart des extraits se rapportaient à des éléments très concrets de la prise en charge des participant·es, ces éléments étant soit source de satisfaction, soit source de frustration. D'autres extraits traduisaient des besoins, que ceux-ci aient été satisfaits ou non. D'autres encore donnaient des indices sur l'état d'esprit des participant·es, ou prenaient la forme de réflexions plus large sur leurs expériences de vie. Dans un tableau Excel, ce sont donc près de 400 extraits d'entretiens qui furent classés selon leur nature et le sujet qu'ils traitaient. Ensuite, ces extraits furent classés une seconde fois à l'aide du continuum de l'autodétermination. Les éléments vécus par les participant·es comme positifs se sont donc retrouvés autour des types de motivation plus intégrés. À l'inverse, les éléments vécus comme négatifs ont été placés à l'opposé du continuum. Petit à petit, de grandes catégories d'expériences positives ou négatives furent identifiées, ce qui permit d'établir les principaux besoins des participant·es.

3. Résultats

3.1. Résultats principaux de l'étude quantitative

3.1.1. Description de l'échantillon

Sur les 132 patient·es ayant séjourné dans le service de gériatrie du CHU UCL Namur (site Godinne) entre le 29/11/2022 et le 01/03/2023, 60 ont été inclus·es pour l'étude quantitative selon le processus de sélection figurant en annexe (Figure 17, page 79). Les caractéristiques générales des participant·es sont décrites à l'Illustration 2 ci-dessous.

Caractéristiques de l'échantillon (n = 60)			
Variables catégorielles			Nombre (proportion)
Genre			
Féminin			35 (58%)
Masculin			25 (42%)
Provenance			
Domicile			56 (93%)
MRS			4 (7%)
Niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements			
Autonome (avec ou sans aide technique)			36 (60%)
Aide humaine nécessaire			19 (32%)
Grabataire			5 (8%)
Modalités de sortie			
Domicile sans majoration des aides			16 (27%)
Domicile avec majoration des aides			12 (20%)
Court séjour en MRS			5 (8%)
MRS ou projet d'entrer en MRS dans un futur proche			18 (30%)
Domicile pour soins de confort			4 (7%)
Décès			4 (7%)
Transfert dans une autre clinique			1 (2%)
Variables continues	Moyenne ± DS	Médiane	Range
Âge en années	83,9 ± 5,7	84	70 – 94
Durée de l'hospitalisation jusqu'à l'évaluation (t ₁) en jours	13,8 ± 7,9	11,5	4 – 53
Durée totale de l'hospitalisation (t ₂) en jours	26,5 ± 15,8	23,5	10 – 98
Proportion t ₁ /t ₂	0,58 ± 0,24	0,56	0,12 – 1

Illustration 2 – Caractéristiques générales de l'échantillon pour l'étude quantitative

3.1.2. Gestion des données quantitatives manquantes

L'ensemble des données quantitatives obtenues à l'aide de l'EAD est présenté en annexe (Figure 18, page 80). Les items 5, 11 et 12 comportent respectivement 38 %, 33 % et 6 % de données manquantes du fait des contraintes de l'environnement hospitalier. En accord avec notre protocole initial qui prévoyait la suppression des items comportant un taux de données manquantes de 20 % ou plus, nous avons donc supprimé ces trois items pour l'interprétation des résultats. Ensuite, nous constatons qu'il reste certaines données manquantes pour d'autres items : le pourcentage de données manquantes est de 2 % pour les items 3, 10 et 13, de 3 % pour l'item 2, de 7 % pour l'item 8 et de 15 % pour l'item 15. Ces données manquantes ont été imputées selon la méthode de Tabachnick et Fidell (Figure 19, page 81). L'ensemble des données après suppression des items 5, 11 et 12 et imputation des données manquantes résiduelles est présenté en annexe (Figure 20, page 81). Le score maximum ainsi que le seuil de démotivation ont été revus à la baisse. Les participant·es de notre étude étaient donc considéré·es comme démotivé·es lorsque leur score était supérieur ou égal à 28 sur 48. Notons que, si l'imputation a permis de ne pas sous-estimer les scores totaux (Figure 22, page 82), elle n'a pour aucun·e des participant·es modifié l'interprétation des résultats (Figure 21, page 82). En effet, l'ensemble des scores totaux se situant sous le seuil de démotivation avant imputation le sont restés après imputation. L'imputation des données n'a donc eu aucune influence sur la proportion des personnes démotivées.

3.1.3. Résultats quantitatifs principaux

3.1.3.1. Score moyen et proportion de participant·es démotivé·es

Le score moyen des 60 participant·es était de $(27,5 \pm 8,5) / 48$ (Illustration 3).

La proportion de participant·es dépassant le seuil de démotivation pour les AVQ (EAD) était de 47 % ($n = 28/60$; IC 95 % = 34 – 60 %).

Pour l'interprétation de la motivation à participer à la kinésithérapie (item 16), nous avons choisi de fixer le seuil de démotivation à 2 sur 4. La proportion de participant·es démotivé·es pour la kinésithérapie était de 35 % ($n = 21/60$; IC 95 % = 23 – 48 %).

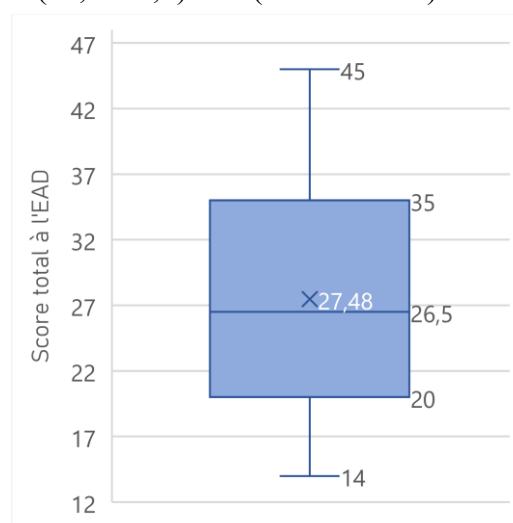


Illustration 3 - Moyenne, écart-type, médiane et range des scores totaux obtenus à l'EAD

3.1.3.2. Relation entre la motivation pour les AVQ et la motivation pour la kinésithérapie

Premièrement, il est intéressant d'analyser dans quelle mesure le score total obtenu à l'EAD est corrélé au score obtenu à l'item 16, ajouté au questionnaire pour les besoins de cette étude. Parmi les participant·es motivé·es pour la kinésithérapie versus les participant·es démotivé·es pour la kinésithérapie, les différences relatives aux scores totaux obtenus à l'EAD sont reprises à l'Illustration 4.

Caractéristique	Motivé·es pour la kinésithérapie (item 16 = 1/4)	Démotivé·es pour la kinésithérapie (item 16 ≥ 2/4)	Régression logistique		
	Moyenne ± DS (range)		Odds Ratio (OR)	IC 95%	p-valeur
Score total à l'EAD	24,7 ± 7,8 (14 – 41)	32,7 ± 7,3 (18 – 45)	1,14	1,05 – 1,23	0,001

Illustration 4 – Scores totaux moyens obtenus à l'EAD par les participant·es motivé·es pour la kinésithérapie versus les participant·es démotivé·es pour la kinésithérapie

Parmi les participant·es démotivé·es pour la kinésithérapie, le score total moyen obtenu à l'EAD est significativement plus élevé (p-valeur = 0,001) que celui obtenu par les participant·es motivé·es pour la kinésithérapie. Le « Odds Ratio » nous montre que, pour chaque point ajouté au score total obtenu à l'EAD, la probabilité de passer du groupe « Motivé·es pour la kinésithérapie » au groupe « Démotivé·es pour la kinésithérapie » est en moyenne multipliée par 1,14 (IC 95 % = 1 – 1,2).

À l'inverse, la mesure avec laquelle le score obtenu à l'item 16 influence à son tour le score total obtenu à l'EAD est également intéressant (Illustration 5).

Caractéristique	Motivé·es pour les AVQ (EAD < 28/48)	Démotivé·es pour les AVQ (EAD ≥ 28/48)	Régression logistique		
	Nombre (proportion)		Odds Ratio (OR)	IC 95%	p-valeur
Motivé·es pour la kinésithérapie (item 16 = 1/4)	28 (47%)	11 (18%)	10,82	2,97 – 39,43	< 0,001
Démotivé·es pour la kinésithérapie (item 16 ≥ 2/4)	4 (7%)	17 (28%)			

Illustration 5 - Influence du niveau de motivation pour la kinésithérapie sur le score total à l'EAD

Lorsqu'un·e participant·e passe du groupe « Motivé·es pour la kinésithérapie » au groupe « Démotivé·es pour la kinésithérapie », la probabilité de basculer également du groupe « Motivé·es pour les AVQ » au groupe « Démotivé·es pour les AVQ » est multipliée par 10,8 (IC 95 % = 2,9 – 39,4).

3.1.3.3. Différences entre les groupes de participant·es motivé·s et de participant·es démotivé·es pour les AVQ et pour la kinésithérapie

Parmi les participant·es motivé·es pour les AVQ, le score moyen était de $20,6 \pm 3,7 / 48$. En ce qui concerne les participant·es démotivé·es pour les AVQ, la moyenne des scores était significativement plus haute (p -valeur $< 0,001$) car elle était de $(35,3 \pm 4,8) / 48$ (Illustration 6).

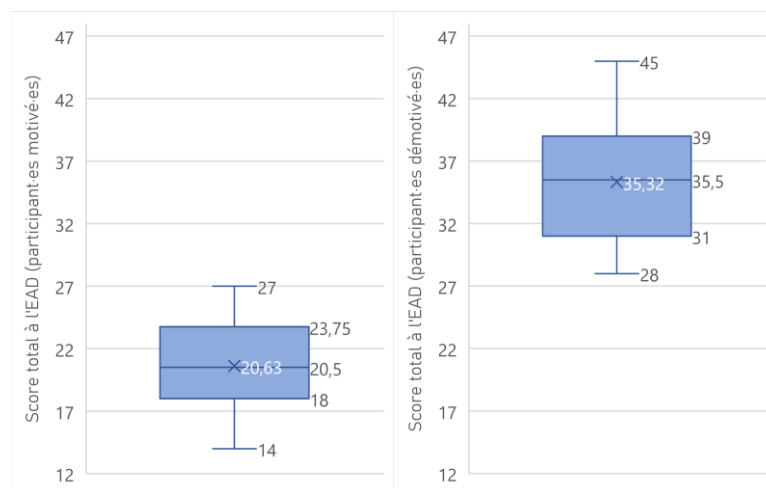


Illustration 6 – Moyenne, écart-type (DS), médiane et range des scores totaux obtenus à l'EAD par les participant·es motivé·es pour les AVQ versus les participant·es démotivé·es pour les AVQ

Pour ce qui est de la motivation pour la kinésithérapie, le seuil de démotivation a été fixé à 2 sur 4. L'ensemble des participant·es motivé·es pour la kinésithérapie a donc obtenu un score de 1 sur 4. En revanche, la moyenne des scores obtenus par les participant·es démotivé·es pour la kinésithérapie est de $(2,1 \pm 0,3) / 4$.

Les différences de caractéristiques des participant·es motivé·es pour les AVQ versus les participant·es démotivé·es pour les AVQ sont reprises à l'Illustration 7. Les différences de genre et de provenance ne sont pas significatives. Idem pour les variables continues. Cependant, il y a une différence très significative (p -valeur = 0,005) en ce qui concerne le niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements. Le « Odds Ratio » (OR) calculé par régression logistique nous indique que, pour chaque niveau de dépendance supérieur atteint (passage de la catégorie « Autonome avec ou sans aide technique » à la catégorie « Aide humaine nécessaire » ou de la catégorie « Aide humaine nécessaire » à la catégorie « Grabataire »), la probabilité de basculer du groupe « Motivé·es pour les AVQ » au groupe « Démotivé·es pour les AVQ » est en moyenne multipliée par 3,9 (IC 95 % = 1,5 – 10,2).

Caractéristiques	Motivé·es pour les AVQ (EAD < 28/48)	Démotivé·es pour les AVQ (EAD ≥ 28/48)	Différence	Régression logistique		
Variables catégorielles	Nombre (proportion)		p-valeur	Odds Ratio (OR)	IC 95%	p-valeur
Genre						
Féminin	21 (60%)	14 (40%)	0,221	0,52	0,19 – 1,48	0,223
Masculin	11 (44%)	14 (56%)				
Provenance						
Domicile	31 (55%)	25 (45%)	0,331*	3,72	0,36 – 37,00	0,268
MRS	1 (25%)	3 (75%)				
Niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements						
Autonome (avec ou sans aide technique)	25 (69%)	11 (31%)	0,005*	3,91	1,50 – 10,19	0,005
Aide humaine nécessaire	6 (32%)	13 (68%)				
Grabataire	1 (20%)	4 (80%)				
Variables continues	Moyenne ± DS (range)		p-valeur	Odds Ratio (OR)	IC 95%	p-valeur
Âge	85,1 ± 5,7 (75 – 94)	82,6 ± 5,4 (70 – 92)	0,092	0,92	0,84 – 1,01	0,085
Durée de l'hospitalisation jusqu'à l'évaluation (t ₁) en jours	12,9 ± 5,9 (6 – 32)	14,8 ± 9,7 (4 – 53)	0,682	1,03	0,96 – 1,10	0,375
Durée totale de l'hospitalisation (t ₂) en jours	23,8 ± 12,9 (10 – 74)	29,6 ± 18,2 (10 – 98)	0,112	1,03	0,99 – 1,07	0,169
Proportion t ₁ /t ₂	0.60 ± 0.22 (0.22 – 1)	0.56 ± 0.25 (0.12 – 0.96)	0.515	0.44	0.05 – 3.93	0.464

* Test exact de Fisher car valeur(s) attendue(s) < 5

Illustration 7 – Comparaison des caractéristiques des deux groupes (motivé·es versus démotivé·es) concernant la motivation pour les AVQ

Les différences de caractéristiques des participant·es motivé·es pour la kinésithérapie versus les participant·es démotivé·es pour la kinésithérapie sont reprises à l'illustration 8 ci-dessous :

Caractéristiques	Motivé·es pour la kinésithérapie (item 16 = 1/4)	Démotivé·es pour la kinésithérapie (item 6 ≥ 2/4)	Différence	Régression logistique		
Variables catégorielles	Nombre (proportion)		p-valeur	Odds Ratio (OR)	IC 95%	p-valeur
Genre						
Féminin	22 (63%)	13 (37%)	0,681	1,26	0,43 – 3,72	0,681
Masculin	17 (68%)	8 (32%)				
Provenance						
Domicile	36 (64%)	20 (36%)	1,000*	0,60	0,06 – 6,16	0,667
MRS	3 (75%)	1 (25%)				
Niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements						
Autonome (avec ou sans aide technique)	26 (72%)	10 (28%)	0,288*	1,94	0,85 – 4,43	0,114
Aide humaine nécessaire	11 (58%)	8 (42%)				
Grabataire	2 (40%)	3 (60%)				
Variables continues	Moyenne ± DS (range)		p-valeur	Odds Ratio (OR)	IC 95%	p-valeur
Âge	83,8 ± 5,6 (70 – 94)	84,2 ± 5,9 (75 – 94)	0,876	1,02	0,92 – 1,12	0,758
Durée de l'hospitalisation jusqu'à l'évaluation (t ₁) en jours	12,9 ± 6,7 (4 – 32)	15,6 ± 9,8 (7 – 53)	0,151	1,04	0,97 – 1,12	0,232
Durée totale de l'hospitalisation (t ₂) en jours	25,8 ± 13,6 (10 – 74)	27,8 ± 19,5 (10 – 98)	0,887	1,01	0,98 – 1,04	0,652
Proportion t ₁ /t ₂	0.54 ± 0.23 (0.15 – 1)	0.65 ± 0.24 (0.12 – 0.96)	0.095	7.20	0.67 – 77.21	0.103

* Test exact de Fisher car valeur(s) attendue(s) < 5

Illustration 8 – Comparaison des caractéristiques des deux groupes (motivé·es versus démotivé·es) concernant la motivation pour la kinésithérapie

Les différences entre les deux groupes ne sont significatives pour aucune des variables, que celles-ci soient catégorielles ou continues. Contrairement à la motivation pour les AVQ, la motivation pour la kinésithérapie n'est donc pas corrélée au niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements.

3.1.3.4. Détail des scores obtenus pour chaque axe évalué par l'EAD

Les scores obtenus aux différents axes (Illustration 10) se situent globalement dans le même ordre de grandeur, seuls les scores obtenus à l'axe 5 (Réactivité à l'environnement) semblent plus bas.

La première chose à signaler est que les scores obtenus aux différents axes se situent globalement dans le même ordre de grandeur, seuls les scores obtenus à l'axe 5 (Réactivité à l'environnement) semblent plus bas. La suppression des items 11 et 12 a fait que l'axe 5 ne comporte plus que l'item 3, relatif à la préoccupation des participant·es concernant leur santé. En situation aiguë, il est probable que la plupart des participant·es aient été particulièrement préoccupé·es par leur santé. Dans ce cas, il est naturel que les scores pour cet item aient été plutôt faibles. Cela pourrait donc expliquer que la moyenne et la médiane pour cet axe soient plus basses que pour les autres.

Axes de la vie quotidienne évalués par l'EAD*	Échantillon entier (n = 60)			Motivé·es pour les AVQ (EAD < 28/48)			Démotivé·es pour les AVQ (EAD ≥ 28/48)		
	Moyenne ± DS	Médiane	Range	Moyenne ± DS	Médiane	Range	Moyenne ± DS	Médiane	Range
Axe 1 : Intérêt de l'implication de soi dans l'environnement (items 2, 13)	2,33 ± 1,02	2	1 – 4	1,59 ± 0,56	1	1 – 3	3,18 ± 0,71	3,5	1,5 – 4
Axe 2 : Implication dans l'action (items 4, (5), 6, 10)	2,07 ± 0,88	2	1 – 3,67	1,39 ± 0,44	1	1 – 2,67	2,83 ± 0,57	3	1,67 – 3,67
Axe 3 : Autonomie (items 1, 9, 14)	2,19 ± 0,92	2	1 – 4	1,58 ± 0,56	1,5	1 – 2,67	2,88 ± 0,73	3	1,33 – 4
Axe 4 : Intérêt pour l'environnement (items 7, 8, 15)	2,83 ± 0,59	2,67	1,67 – 4	2,46 ± 0,39	2,33	1,67 – 3,33	3,25 ± 0,49	3,33	2,33 – 4
Axe 5 : Réactivité à l'environnement (items 3, (11), (12))	1,57 ± 0,95	1	1 – 4	1,13 ± 0,42	1	1 – 3	2,07 ± 1,12	2	1 – 4

* Chaque axe ne comportant pas le même nombre d'items, les scores totaux ont été ramenés sur un total de 4 afin de comparer plus facilement les axes entre eux

Illustration 9 – Détail des scores obtenus pour chaque axe de la vie quotidienne évalué par l'EAD

3.1.4. Résultats généraux de l'étude quantitative

Les résultats présentés jusqu'ici permettent à ce stade de répondre au premier objectif de recherche : parmi les patient·es hospitalisés en service gériatrique et évalué·s dans le cadre de cette étude, la prévalence de démotivation pour les AVQ se situe entre 34 et 60 %. Si cette fourchette semble large, elle confirme néanmoins que la démotivation de la personne âgée est une réalité concernant au moins un·e patient·e évalué·e sur trois, voire quasi deux sur trois. En ce qui concerne la participation à la kinésithérapie au cours de l'hospitalisation, la démotivation a une prévalence plus faible et concerne 23 à 48 % des patient·es évalué·es. Les facteurs expliquant cette démotivation pour les AVQ et pour la kinésithérapie furent explorés au moyen de l'étude qualitative, dont les résultats sont présentés à partir de la page suivante.

De plus, parmi les différentes données démographiques collectées pour chaque participant·e, la seule à être réellement corrélée au niveau de motivation pour les AVQ est le niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements. Le fait qu'une personne se déplace de manière autonome (avec ou sans aide technique), en nécessitant une aide humaine, ou soit grabataire, a une influence très significative sur la probabilité d'être démotivée pour les AVQ. D'autre part, le niveau de motivation pour les AVQ et le niveau de motivation pour la kinésithérapie sont fortement liés : chaque point supplémentaire ajouté au total de l'EAD augmente la probabilité d'être démotivé·e pour la kinésithérapie.

Enfin, les scores obtenus pour chaque axe de la vie quotidienne évalué par l'EAD sont similaires entre eux : les résultats ne montrent pas spécialement de scores inférieurs ou supérieurs pour un axe que pour les autres. Les participant·es ne semblent donc pas être motivé·es ou démotivé·es pour un des axes plus que pour les autres.

3.2. Résultats principaux de l'étude qualitative

3.2.1. Description de l'échantillon

L'algorithme des profils établi en amont (Figure 11, page 72) a permis de sélectionner pour l'étude qualitative des participant·es avec des caractéristiques variées et d'obtenir ainsi un échantillon très représentatif de l'échantillon pour l'étude quantitative (Illustration 10).

Caractéristiques	Échantillon pour l'étude quantitative (n = 46)	Échantillon pour l'étude qualitative (n = 14)	Similarité
Variables catégorielles	Nombre (proportion)		p-valeur
Genre			
Féminin	28 (61%)	7 (50%)	0,470
Masculin	18 (39%)	7 (50%)	
Provenance			
Domicile	44 (96%)	12 (86%)	0,230*
MRS	2 (4%)	2 (14%)	
Niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements			
Autonome (avec ou sans aide technique)	30 (65%)	6 (43%)	0,107*
Aide humaine nécessaire	14 (31%)	5 (36%)	
Grabataire	2 (4%)	3 (21%)	
Modalités de sortie			
Domicile sans majoration des aides	12 (26%)	4 (29%)	0,609*
Domicile avec majoration des aides	8 (17%)	4 (29%)	
Court séjour en MRS	5 (11%)	0 (0%)	
MRS ou projet d'entrer en MRS dans un futur proche	15 (33%)	3 (21%)	
Domicile pour soins de confort	3 (7%)	1 (7%)	
Décès	2 (4%)	2 (14%)	
Transfert dans une autre clinique	1 (2%)	0 (0%)	
Variables continues	Moyenne ± DS (range)		p-valeur
Âge	83,5 ± 5,6 (70 – 94)	85,5 ± 5,7 (76 – 94)	0,258
Durée de l'hospitalisation jusqu'à l'évaluation (t ₁) en jours	14,3 ± 8,1 (6 – 53)	12,2 ± 7,4 (4 – 32)	0,230
Durée totale de l'hospitalisation (t ₂) en jours	27,4 ± 17,2 (10 – 98)	23,8 ± 9,9 (10 – 43)	0,766
Proportion t ₁ /t ₂	0,59 ± 0,23 (0,12 – 1)	0,54 ± 0,25 (0,15 – 0,93)	0,437
Score de démotivation pour les AVQ (EAD)	28,4 ± 8,7 (14 – 45)	24,6 ± 7,4 (16 – 39)	0,147
Score de démotivation pour la kinésithérapie (item 16)	1,4 ± 0,6 (1 – 3)	1,4 ± 0,5 (1 – 2)	0,967
Score à l'axe 1 de l'EAD (sur 4)	2,4 ± 1,0 (1 – 4)	2,1 ± 1,1 (1 – 4)	0,251
Score à l'axe 2 de l'EAD (sur 4)	2,2 ± 0,9 (1 – 3,7)	1,8 ± 0,8 (1 – 3)	0,171
Score à l'axe 3 de l'EAD (sur 4)	2,3 ± 0,9 (1 – 4)	2 ± 0,8 (1 – 3,7)	0,378
Score à l'axe 4 de l'EAD (sur 4)	2,9 ± 0,6 (1,7 – 4)	2,5 ± 0,5 (1,7 – 3,7)	0,024
Score à l'axe 5 de l'EAD (sur 4)	1,6 ± 1,0 (1 – 4)	1,5 ± 0,8 (1 – 3)	0,924

* Test exact de Fisher car valeur(s) attendue(s) < 5

Illustration 10 – Comparaison des échantillons pour les études quantitative et qualitative

Parmi les différentes caractéristiques, seuls les scores obtenus à l'axe 4 de l'EAD (Intérêt pour l'environnement) sont significativement différents entre les deux échantillons (p-valeur = 0,024). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les critères de sélection pour l'étude qualitative étaient plus stricts concernant les capacités cognitives et d'élocution que pour l'étude quantitative. Ces facteurs ont probablement une influence positive sur l'intérêt

porté par les participant·es à l'environnement, même si cela reste une hypothèse. Les données individuelles collectées pour chaque participant·e à l'étude qualitative sont détaillées en annexe (Figure 23, page 83).

3.2.2. Résultats qualitatifs principaux

L'analyse qualitative des entretiens a permis de mettre en évidence les différents facteurs de motivation et de démotivation des participant·es en ce qui concerne leur participation aux séances de kinésithérapie. Ces facteurs de motivation ont été classés selon le continuum de l'autodétermination (Illustration 1, page 13). In fine, plusieurs besoins principaux ont été déduits des entretiens. Les interactions entre ces besoins, les facteurs à l'origine de ces besoins et les différents types de motivation sont schématisées ci-dessous (Illustration 11) et détaillées dans les pages suivantes :

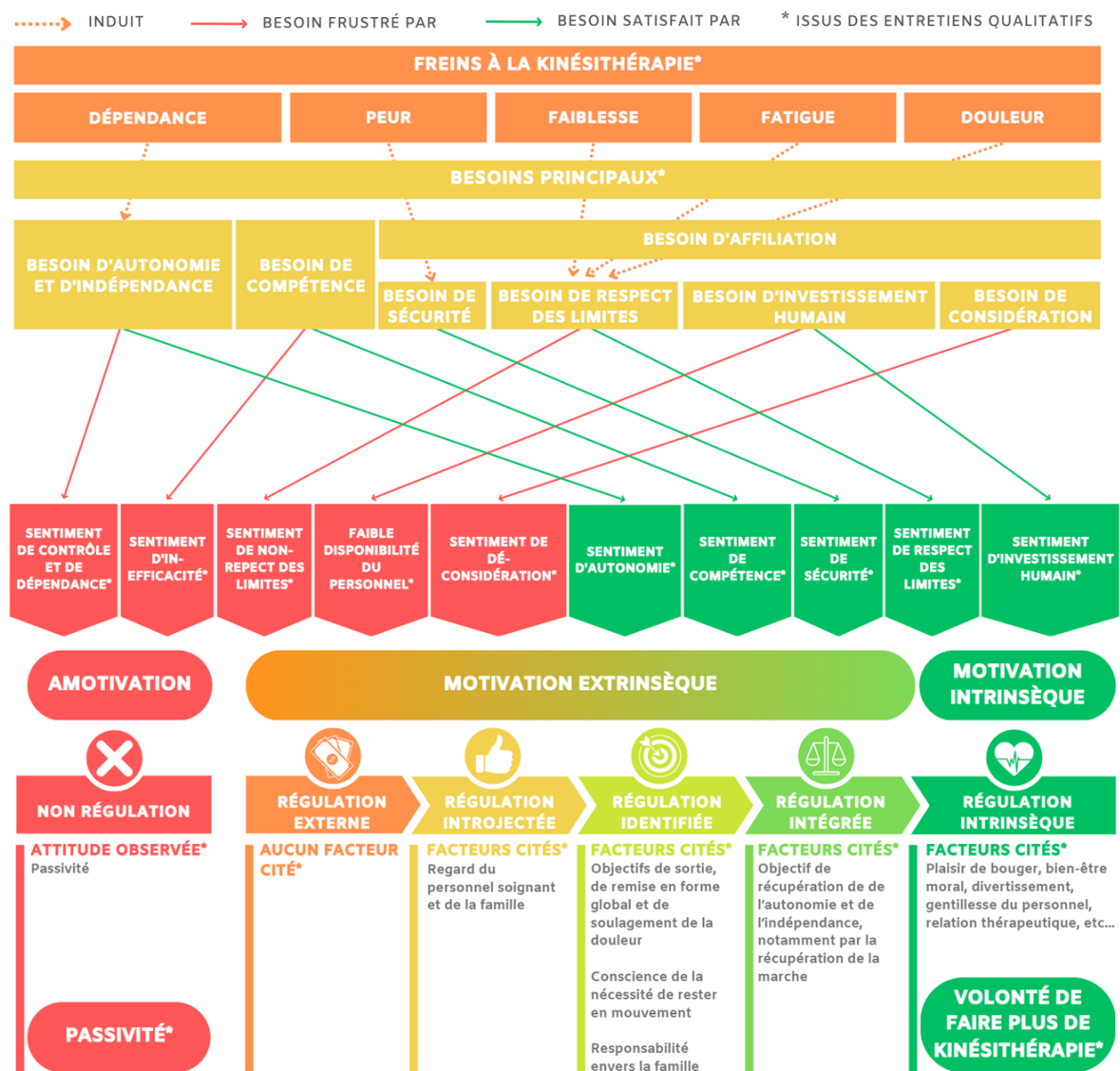


Illustration 11 - Synthèse des principaux résultats de l'étude qualitative (en lien avec la TAD)

3.2.2.1. Les besoins psychologiques fondamentaux

L'analyse des entretiens qualitatifs permet de mettre en évidence six besoins principaux exprimés explicitement ou non par les participant·es : le besoin d'autonomie et d'indépendance (Tableau 1, page 90), le besoin de compétence (Tableau 2, page 92), le besoin de sécurité (Tableau 3, page 94), le besoin de respect des limites (Tableau 4, page 95), le besoin d'investissement humain de la part des thérapeutes (Tableau 5, page 98) et le besoin de considération (Tableau 6, page 100). Notons que les quatre derniers sont en fait des sous-catégories du besoin d'affiliation, car ils concernent le caractère sécurisant de l'environnement social et les facteurs relationnels. L'on retrouve donc bien l'expression des trois besoins psychologiques fondamentaux décrits par la théorie de l'autodétermination (TAD) ^{33,35}.

Ces six besoins principaux prennent parfois la forme de conditions très concrètes conditionnant la mesure avec laquelle les participant·es s'investissent ou non dans leur kinésithérapie : le besoin de sécurité et le besoin de respect des limites en sont des exemples. Dans d'autres cas, ces besoins représentent de réelles aspirations de vie, comme le besoin d'autonomie et d'indépendance et le besoin de considération. La kinésithérapie est alors souvent perçue comme un moyen d'accéder à la satisfaction de ces besoins. Ces deux niveaux de besoin vont en fait de pair de manière plus ou moins évidente pour chacun des six besoins principaux. Le besoin de compétence illustre le mieux cette notion : lorsque les participant·es se sentaient compétent·es dans la réalisation des exercices de kinésithérapie, cela augmentait le plaisir éprouvé au cours de la séance, et donc l'expression de motivation intrinsèque. L'évolution perçue ensuite au niveau de leurs capacités fonctionnelles nourrissait un sentiment de compétence plus global dans leur vie quotidienne. Il émerge alors un cercle vertueux entre kinésithérapie et compétence. Il en va de même pour le besoin d'autonomie et d'indépendance : lorsque les participant·es percevaient la kinésithérapie comme un moyen de satisfaire ce besoin, cela favorisait l'expression des types plus intégrés de motivation. En parallèle, les participant·es avaient réellement besoin de sentir une certaine autonomie et indépendance au cours d'une séance de kinésithérapie, sans quoi ce sont plutôt les types de motivation contrôlée qui étaient exprimés.

Les six besoins principaux, ainsi que la mesure avec laquelle ils ont chacun été satisfaits et/ou négligés selon les participant·es, sont résumés ci-dessous. Pour chaque besoin, les éléments qui le satisfont ont tendance à favoriser l'expression de motivation plus

intégrée. Au contraire, les éléments qui frustrant le besoin ont tendance à avoir l'effet inverse.

3.2.2.1.1. Le besoin d'autonomie et d'indépendance

L'ensemble des extraits d'entretiens relatifs à ce besoin figure en annexe (Tableau 1, page 90). Le sentiment de dépendance et de contrôle est quelque chose que l'on a retrouvé chez de nombreux·ses participant·es. En situation aiguë, le déclin fonctionnel et cognitif qui a jusque-là pu être maîtrisé se retrouve exacerbé. Certain·es participant·es se sont ainsi retrouvé·es violemment confronté·es à leurs incapacités et le sentiment brutal de dépendance était souvent vécu comme un véritable deuil :

« Mais je les admire hein, je vous admire, que vous avez encore... l'avantage de marcher, courir, d'aller, de venir... J'ai fait pareil. Et on ne s'imagine pas qu'un jour tu vas aller te coller ton cul dans le fauteuil ! Ça, ça... c'est... c'est dur à accepter. Il y a de la révolte, quelque part. Tu comprends ce que je veux dire ? Parce que... parce que tu trouves que... que c'est pas juste. C'est juste pour tout le monde, hein. Tout le monde y passe, tout le monde... d'une façon ou d'une autre, mais tout le monde a quelque chose... C'est... c'est normal, quoi. Mais, tu... tu n'y penses pas, jamais... Jamais on ne pense à sa retraite, hein, madame... et à après... jamais, jamais, jamais... Jamais ! (...) Mais... tu... tu te sens diminuée, comme ça, c'est... pas d'un coup, parce que y a quatorze ans que j'ai été opérée du cœur. Et là, ça a quand même... ça a quand même... diminué. C'est comme les soldes, cinquante pour cent ! (...) Pas facile. Pas facile du tout... Surtout quand on a... quand on a été indépendante, un peu toute sa vie... (...) Faut accepter. Et c'est ça qui est difficile... Difficile. Mais enfin, j'avais une sœur plus âgée, et une plus jeune. Et ma sœur aînée, qui était huit ans plus âgée que moi, quand j'allais lui rendre visite... (...) Elle me disait "Comme on devient", qu'elle me disait. Je ne comprenais pas la... la profondeur de ce qu'elle me disait. Elle, elle sentait... elle se sentait diminuée à cent pour cent. Moi, je ne comprenais... je savais bien qu'elle ne faisait plus rien. Pas que je trouvais ça normal, mais... mais je... je ne l'ai pas bien compris. Maintenant, oui. » (QUALI 7)

Plusieur·es participant·es ont exprimé explicitement leur volonté de conserver ou de retrouver une certaine autonomie dans leur vie quotidienne ainsi qu'une indépendance dans la réalisation de leurs actions. Dans de nombreux cas, il y a une forte association faite entre autonomie, indépendance et liberté :

« Ma femme aussi, "Oui, mais reviens à la maison c'est rien, je m'occuperai de toi", mais non, elle ne saurait pas. Même avec des... des... des... des femmes de... de chose, de... des kinés, et tout ce que tu veux, c'est... il faut la... la possibilité de faire quelque chose. Or, tant que moi je ne sais pas marcher, je vois pas qu'est-ce qu'elle peut faire... Me nettoyer, comme on fait ici, s'occuper de moi... C'est pas possible. Donc, il faut que je passe... d'abord, euh... que je puisse marcher. Ça c'est la première chose qui à moi m'importe, c'est de marcher avec mes... mes deux paluches, là. Ah, oui, oui... (...) Si je pouvais marcher... je suis sauvé. (...) *Qu'est-ce que ça représente, pour vous, la capacité de pouvoir marcher tout seul ?* Oh, de faire soi-même ce qu'on a envie de faire, hein. J'ai ma voiture, j'ai tout, je sais rien faire pour le moment. Donc, euh... capacité, c'est de reprendre sa vie normale. (...) Aller dans son lit soi-même chez soi, se mettre dans son lit, regarder sa télévision, hein, discuter, avoir le chien... enfin, c'est toute une vie normale. Et je ne l'ai pas. Je ne l'ai pas. » (QUALI 10)

Pour quatre participant·es, la kinésithérapie est perçue comme un moyen d'atteindre cette autonomie et cette indépendance. Selon les TAD, le type de motivation dont il s'agit dans ce cas est la ME de régulation intégrée, car le comportement est directement associé à la satisfaction d'un besoin fondamental. De plus, la mesure avec laquelle ce besoin est

satisfait ou frustré au cours des séances de kinésithérapie a une influence majeure sur la motivation des participant·es à accepter ces séances.

Plusieurs extraits d'entretiens témoignent d'un sentiment de contrôle important exprimé explicitement par trois participantes :

« Faut pas être autoritaire, il faut... Faut dire “Allez, Madame, essayons”. Vous n’avez pas à dire “Vous allez faire ça”. (...) J’ai jamais donné d’ordre et j’aime pas qu’on m’en donne. (...) Bah c’est pour mon bien, pour autant qu’on... que je dise “Je saurais pas, je saurais plus...” qu’on m’écoute au moins. J’ai jamais été une fille désobéissante, mais... si je dis “Je sais pas”, c’est que je sais pas. Ou je sais plus, du moins... » (QUALI 6)

Il est aisé de comprendre en quoi ce sentiment de contrôle peut avoir une influence négative sur la motivation à participer à la kinésithérapie. Il n’est cependant pas unanime, certain·es participant·es ayant exprimé que, lors de leurs séances de kinésithérapie, ils ou elles retrouvaient au contraire un sentiment d’autonomie :

« Pendant la séance de kiné, ici, ce matin, par exemple, qu’est-ce qui vous a plu ? (...) Bien justement, qu’on sent que c’est fait pour aider à revalider. Et ça, pour moi, c’est important. Tout en ne brimant pas, tout en ne... pesant pas sur le patient. (...) Justement de pouvoir avoir une indépendance. » (QUALI 11)

Notons que dans cet extrait, la participante a utilisé le terme « indépendance » dans un contexte où c’est plutôt une autonomie qui était décrite. Étant donné la fréquence à laquelle ces termes sont confondus malgré la nuance qui les distingue, nous considérons que c’est un sentiment d’autonomie qui fut rapporté par la participante plutôt qu’un sentiment d’indépendance.

L’indépendance vécue au cours des séances de kinésithérapie n’a d’ailleurs pas réellement été décrite au cours des entretiens. Un participant a au contraire évoqué un sentiment de dépendance vécu lors d’une des séances :

« Qu’est-ce que ça vous a fait de vous dire que vous étiez encore capable de vous mettre debout ? Avec de l’aide, certes... Mais c’est pas ça, se mettre debout, madame. (...) Parce qu’on me tenait, on... on me suspendait ! (...) Bah, je me disais “Ben, c’est réussi”, quoi. Mais c’est pas réussi grâce à moi, c’est grâce à eux. » (QUALI 13)

Cet extrait est intéressant car il peut de prime abord laisser paraître une frustration du besoin de compétence, le participant ne s’étant pas senti efficace pour se mettre debout seul. Cependant, il traduit par-dessus tout un sentiment de dépendance vis-à-vis des kinésithérapeutes, sans qui la mise debout n’aurait pas été possible.

3.2.2.1.2. Le besoin de compétence

L'ensemble des extraits d'entretiens relatifs à ce besoin figure en annexe (Tableau 2, page 92). Comme démontré plus haut, le besoin de compétence prit à la fois la forme d'une aspiration générale à atteindre grâce à la rééducation, et d'un besoin concret ressenti lors de la réalisation des différents exercices de kinésithérapie. Plus de la moitié des participant·es ont évoqué un sentiment de compétence ressenti lors des séances et grâce à elles :

« Ah oui, oui, oui, oui... on voyait l'évolution, oui. Ah oui après... après trois-quatre séances, on voyait bien... je voyais bien que ça allait de mieux en mieux. (...) Et ben déjà, rien qu'en traversant les petites lattes. La première fois, j'en avais accroché deux, je crois, oui. Je... Normalement on ne peut pas, on ne peut pas les toucher, hein ! Et puis alors après je suis passé... oh je passais... sans en toucher une, hein. Pour vous dire la différence. (...) Y avait un... y avait un mieux, y avait un mieux, oui... » (QUALI 8)

« On se sent souvent mieux que... qu'en commençant. (...) Parce que on... on a développé certaines facultés que... qui étaient un petit peu endormies, et cetera. Et on a... et surtout si on voit un progrès. » (QUALI 1)

(En parlant de l'état d'esprit après la séance) *Et donc fatigué, mais satisfait ? On pourrait dire ça comme ça ?* Oui, oui. Oui parce que je suis fier... je suis fier de... de montrer... (commence à pleurer) (...) Je suis fier de montrer que je peux marcher. » (QUALI 10)

L'on peut constater sur base de ces extraits d'entretiens que le sentiment de compétence ressenti pendant la réalisation des différents exercices favorisait directement le plaisir et la satisfaction ressentis lors des séances, et donc la motivation intrinsèque. Le fait de se sentir à nouveau capable de réaliser des actions grâce à la kinésithérapie était primordial pour ces participant·es et induisait directement l'envie de poursuivre cette kinésithérapie.

Certain·es participant·es ont au contraire exprimé à propos de la kinésithérapie un sentiment d'inefficacité. Lorsque l'évolution fonctionnelle n'est pas perceptible, cela représente une frustration du besoin de compétence :

« Ah oui, d'accord. Mais disons que j'en ai ras-le-bol d'être ici. Donc, conclusion, j'en ai marre. Et je... pour moi je veux dire, c'est pas assez... tu vois ? (...) Ben je voudrais bien avoir... des jambes et partir... Mais elle m'a dit que c'était pas pour demain. Donc, enfin. On sait pas. Ça, c'est... Personne peut dire quand je vais remarcher. Ça peut aller vite comme ça peut être doucement. » (QUALI 9)

Ce sentiment d'inefficacité concernait cependant une nette minorité de participant·es. Pour la plupart, le lien entre kinésithérapie et évolution fonctionnelle était clair, et passait par un sentiment de compétence largement satisfait.

3.2.2.1.3. Besoin d'affiliation : le besoin de sécurité

L'ensemble des extraits d'entretiens relatifs à ce besoin figure en annexe (Tableau 3, page 94). Le besoin de sécurité découle de l'un des principaux freins à la participation des

patient·es à leur kinésithérapie, à savoir la peur qui pouvait être ressentie pendant les différents exercices, notamment de marche :

« Maintenant... c'est peut-être parce que j'ai peur, c'est peut-être parce que je suis pas rassuré, c'est peut-être que je ne... (...) C'est possible qu'intérieur à moi-même, hein, c'est... c'est quelque chose qui me donne peur... » (QUALI 10)

Ce frein, pourtant mentionné par près d'un tiers des participant·es, n'était pour autant un facteur absolu de refus de kinésithérapie dans aucun des cas. Moyennant un accompagnement adéquat de la part des kinésithérapeutes, près de la moitié des participant·es ont exprimé un sentiment de sécurité :

« Ben, j'ai pas... non parce que j'ai deux infirmières à côté de moi. Autrement, disons que je serais toute seule pour marcher, je crois que je ne saurais pas. (...) Ben, je sais pas pourquoi, mais bon, soit, euh... je suis contente qu'elles sont là, et je me sens plus en sécurité. » (QUALI 9)

« *Et vous arrivez quand même à vaincre cette peur de tomber, alors ? Pour faire quand même de la kiné ?* Oui, oui, parce que je me dis "Elles sont là, hein. Si ça va pas, elles vont me ramasser ou elles vont me tenir" (rire). Une sécurité, quand même, hein... » (QUALI 6)

Selon les TAD, ce besoin de sécurité fait partie du besoin d'affiliation, car celui-ci implique un environnement et une attention portée à l'autre qui soient sécurisants³³. Les extraits d'entretiens concernent pour la plupart le sentiment de sécurité apporté par la présence des kinésithérapeutes, il fait dès lors partie du sentiment d'affiliation. Cependant, s'il avait été question d'un sentiment de sécurité apporté par l'environnement et le matériel proposé, celui-ci aurait pu être catégorisé comme constituant du sentiment d'autonomie et d'indépendance.

3.2.2.1.4. Le besoin de respect des limites

L'ensemble des extraits d'entretiens relatifs à ce besoin figure en annexe (Tableau 4, page 95). Hormis la peur, d'autres freins pouvaient inciter les participant·es à refuser une séance de kinésithérapie. La faiblesse, la fatigue et la douleur furent ainsi évoquées :

« Je dis "Non", parce que la... la première semaine, j'ai... j'ai eu le... à midi, comme ça, après avoir mangé, des biles qui m'ont remonté, qui m'ont étouffée. J'ai cru que j'allais rester dedans. Mais après j'ai été... j'ai été... pfff, pas bien. Pas bien toute la journée. Même le lendemain... Et j'ai dit, le lendemain, "Je n'y vais pas, parce que je... je ne me sens pas, euh..." (...) Et puis elle est venue le lendemain, et ben, j'ai dit "Ça va mieux, j'y vais". *Ah ouais, mais donc, à ce moment-là quand vous ne vous sentiez pas bien et qu'ils sont venus, vous avez dit "Pas aujourd'hui" ?* Ah non. Tu pouvais danser sur ta tête, je n'y aurais pas été. Ah non. (...) D'ailleurs, je l'ai porté sur ma figure que j'avais été mal. Ma fille m'a dit "Mais, t'es... t'es toute secouée", qu'elle dit. Je vais pas aller m'esquinter là, hein... (...) Si je suis bien, j'y vais. Mais si je suis pas bien, j'y vais pas. » (QUALI 7)

« J'avais pas bien dormi. (...) Et alors, euh... J'ai demandé que... qu'on me laisse tranquille. J'ai même demandé qu'on me laisse au lit. » (QUALI 12)

« J'avais trop mal, j'ai dit "Écoute, euh... on m'a dit de pas forcer non plus, c'est pas la peine. Quand ça va plus, ça va plus, hein", alors voilà. » (QUALI 9)

Néanmoins, tout comme la peur, ces freins n'étaient jamais absolus et plus d'un tiers des participant·es ont rapporté une certaine attention portée par les kinésithérapeutes à ces freins :

« Hier, quand j'ai arrêté, euh... de faire du vélo, elle a dit "Ça va pas ? Vous continuez pas ?" et je dis "Non, ça va pas", alors on a continué autre chose. On a même... arrêté assez rapidement, elle voyait que j'étais pas en forme. Tandis qu'aujourd'hui j'étais en forme, alors du coup, on a fait tous les exercices. Y avait moyen. » (QUALI 4)

Cette notion de respect des limites fut ainsi explicitée par plusieurs participant·es comme un réel besoin à satisfaire au cours des séances :

« Ben, euh... quelqu'un qui... qui vous fait travailler, mais pas trop, quoi. Pas... pas exagérer. Je crois, hein, c'est... » (QUALI 14)

Un extrait d'entretien a cependant rapporté un évènement où ce respect des limites ne fut pas satisfait :

« Y en a une aujourd'hui qui m'a obligée à aller à la salle de bain, alors que je ne sais pas marcher jusque là... (...) Et elle m'a obligée... "Bah on va prendre la chaise", et... elle m'a roulée jusque là... enfin bref. Et... ça m'a pas fait du bien. Ah, non. (...) C'est comme, celle qui m'a obligé à aller dans la salle de bain. Je lui aurais jeté ma main dans sa figure, hein. Pourtant, je suis pas méchante, hein ! Mais c'est son genre là, hein. "Et vous ferez bien ceci, vous ferez bien cela", et... je demanderais pas mieux, hein, moi. (...) Pas me forcer à faire ce que je ne sais pas... Si je le dis, c'est que je ne sais pas. C'est pas de la mauvaise volonté, c'est que... Je veux bien essayer, mais il faut pas m'obliger. Je ne demande pas mieux, moi, hein, de courir comme un lapin. » (QUALI 6)

Encore une fois, cette frustration reste exceptionnelle, la majorité des participant·es ayant exprimé que leur besoin de respect des limites avait été plutôt satisfait.

Alors que la peur, la faiblesse, la fatigue et la douleur des patient·es sont souvent considérées par les kinésithérapeutes comme des obstacles à la kinésithérapie, il est intéressant de constater que, même si elles peuvent effectivement constituer des freins, elles ne représentaient pour les participant·es que rarement une raison suffisante de refus de participation à la kinésithérapie. Dans la plupart des cas, les facteurs de motivation comme la volonté de récupérer l'autonomie et l'indépendance décrits plus hauts, contrebalançaient ces freins et donnaient aux participant·es la volonté de les surmonter pour atteindre leurs objectifs :

« Je me force parce que je me dis "C'est pour ma guérison, c'est pour que je me débrouille à nouveau toute seule, du moins avec le Cadeo", mais... j'ai encore peur. (...) Peur de tomber. » (QUALI 6)

« Parfois un peu fatigué, mais je dis “Bon, faut mordre sur ses dents, il faut le faire”. » (QUALI 3)

« Oh, bah, ça s’est bien passé. À part que j’ai toujours mal, là. (...) *Et la douleur, alors, pendant la séance, ça vous a pas... pas trop embêté ?* Ben... si je... je la ressentais mais j’ai forcé. (...) Bah pour y... pour y arriver. » (QUALI 14)

De plus, le comportement des thérapeutes vis-à-vis de ces freins était déterminant quant au fait que les participant·es aient été enclin·es à participer aux séances de kinésithérapie, et cette attention portée à l’autre est un constituant majeur du sentiment d’affiliation.

3.2.2.1.5. Le besoin d’investissement humain de la part des thérapeutes

L’ensemble des extraits d’entretiens relatifs à ce besoin figure en annexe (Tableau 5, page 98). De nombreux extraits décrivent des qualités humaines que les participant·es souhaitent retrouver chez leur kinésithérapeute : l’empathie, la volonté de faire du mieux possible, l’investissement dans la séance, etc. Nous avons choisi de regrouper toutes ces qualités sous le terme « investissement humain ». En effet, avant l’importance des qualifications ou les connaissances théoriques des pathologies et traitements, les participant·es ont surtout exprimé une volonté que leur kinésithérapeute soit réellement engagé dans la prise en charge :

« Bah c’est quelqu’un qui s’occupe de toi, quelque part. Puisque c’est pour ça que t’y vas. (...) Et pas quelqu’un qui vient dire près de la porte “Lever, baisser, avancer, au revoir Madame, à demain”. » (QUALI 7)

Plus d’un tiers des participant·es ont rapporté que ce besoin avait été satisfait au cours de leur prise en charge, que ce soit lors des séances de kinésithérapie mais également de manière plus large, au cours de leur hospitalisation :

« Un mauvais [kiné] ? Il donnerait peut-être pas autant de chaleur et autant de cœur... que ce qu’elles font maintenant. Parce que celles-là elles le font... vraiment par, euh... par, euh... par gentillesse, par envie. Elles vous aident ! » (QUALI 10)

« (En parlant du personnel soignant de manière générale) Je suis épaté par le courage de toutes ces jeunes femmes, jolies, qui se plongent dans la misère de vieilles personnes. Et ça, je suis très sensible. (...) Et... ça, c’est une révélation pour moi... ici à l’hôpital, je suis très reconnaissant. (...) Il y a aussi, euh... cette volonté de nous sortir le plus vite possible de l’embarras, quoi. Et... je vous dis, hein, moi je suis très, très sensible au fait que toutes ces jeunes femmes s’occupent tellement de nous, quoi. » (QUALI 3)

De nombreux extraits indiquent ainsi un réel sentiment d’affiliation vécu vis-à-vis des kinésithérapeutes mais aussi des autres membres du personnel soignant (MPS). Si la plupart des participant·es ont donc été satisfait·es de leur prise en charge et des qualités humaines des différents MPS, de nombreux extraits d’entretiens évoquent cependant une

frustration du besoin d'investissement humain. Il est important de constater que ces extraits concernent pour la plupart un manque de temps des MPS, kinésithérapeutes ou autres :

« [Les membres du personnel] n'ont pas le temps. Ça, ça je regrette, je regrette. Vous pouvez le dire. (...) Oui le personnel n'a pas... n'a pas le temps. Il faudrait plus de personnel qui, qui prenne le temps de, de participer avec le malade et... et je crois qu'ils auraient plus de, de... de succès. » (QUALI 2)

« Au début, ce qui me plaisait bien, c'est comme à la maison de retraite, ils me faisaient faire le couloir. Mais ici, avec le COVID, on n'a pas assez, hein ! Alors ici, aller-retour, aller-retour... c'était pas assez. Pour ma part, hein. (...) Je suis pas venue ici pour faire des petites balades, moi (rire). » (QUALI 6)

Si ces extraits témoignent d'une frustration du besoin d'investissement humain, ils concernent la disponibilité des membres du personnel en termes de temps, plus que les réelles qualités humaines de ceux·elles-ci. Ce manque de temps a souvent eu pour conséquence une prise en charge vécue comme « bâclée » par les participant·es. Cependant, certain·es ont indiqué qu'il s'agissait là d'un défaut de l'institution, et non pas des MPS en tant que tel·les :

« [Les infirmières] sont... trop peu nombreuses... (...) Pour que ce soit parfait. (...) Quand j'appelle, elles savent pas venir tout de suite, alors il faut se débrouiller... si possible. Elles font leur possible, elles sont pas assez nombreuses. » (QUALI 4)

Autrement dit, même si les limites institutionnelles pouvaient influencer négativement le vécu des participant·es au cours de leur hospitalisation, elles étaient néanmoins plus facilement acceptées lorsque qu'un engagement personnel de la part des MPS était perceptible.

3.2.2.1.6. Le besoin de considération

L'ensemble des extraits d'entretiens relatifs à ce besoin figure en annexe (Tableau 6, page 100). Le dernier besoin principal exprimé par certain·es participant·es était le celui d'être respecté en tant que personne et de se voir attribuer une valeur par les MPS. Pour résumer cela, nous avons choisi le terme « besoin de considération » :

« Parce que y a... et y a une relation au patient et un respect... de ce patient. Pour moi, c'est quelque chose de primordial... en toute circonstance. (...) Et alors, ce que je disais à propos de [la maison de repos qui m'a plu], c'est que même dans le vocabulaire, on est précautionneux. On ne parle jamais de linge, on parle de protection. On ne va pas au réfectoire, on va à la salle à manger... Ce sont toutes... toutes choses qui respectent le patient qu'on a en face. (...) Où on laisse la liberté aux gens. Et quand y a moyen, quand ils ont leur... leur animal de compagnie... Je trouve que c'est important pour eux... (...) C'est important, sinon on a l'air d'un... d'un petit déchet (rire) qu'on laisse de côté, et qui n'a plus sa valeur. Tandis que comme ça, oui. On a une valeur encore... » (QUALI 11)

La satisfaction et la frustration de ce besoin ne furent pas réellement évoquées par les participant·es dans le cadre de leur hospitalisation. Elles furent surtout mentionnées à

propos de prises en charge précédentes, comme dans cet extrait qui évoque un évènement où ce besoin de considération ne fut pas satisfait :

« (En parlant d'une prise en charge précédente) Ce qui pouvait poser problème c'est qu'elles tiennent compte du fait que je leur avais dit que je ne tenais pas debout, et que... je ne sais plus à quelle occasion, euh... Je me suis rendu compte que... (...) que y avait des personnes qui étaient un peu légères, quoi. On leur disait quelque chose, c'est pas parce que je suis malade que je suis complètement fou, quoi. Je suis quand même encore capable de dire "Écoutez, ça ne va pas". Alors on me dit "Il dit que ça ne va pas et on lui fait faire quand même". » (QUALI 13)

Si ces extraits ne sont pas spécifiques au contexte dans lequel étaient les participant·es au moment de l'étude, il nous semblait tout de même essentiel de mentionner ce besoin. De plus, même s'ils ont été présentés séparément, le besoin de considération et le besoin de respect des limites sont en réalité très proches, puisque respecter une personne passe par le respect de ses limites.

D'autres besoins, moins fréquemment cités, sont listés au Tableau 7, page 102.

3.2.2.2. Les types de motivation

3.2.2.2.1. Les facteurs de motivation intrinsèque

Nous avons déjà démontré en quoi la satisfaction des besoins principaux rapportés par les participant·es avait une influence sur leur motivation intrinsèque. D'autres facteurs pouvant favoriser ou défavoriser le plaisir ressenti par les participant·es lors des séances de kinésithérapie furent mentionnés (Tableau 8, page 103). Le plaisir du mouvement, le bien-être moral apporté par la kinésithérapie et le divertissement qu'elle représentait pendant l'hospitalisation sont des exemples de facteurs de motivation intrinsèque. De plus, certains facteurs propres aux kinésithérapeutes ont été ajoutés, notamment leur gentillesse et la qualité de la relation thérapeutique. Au contraire, certains éléments étaient perçus par les participant·es comme déplaisants, ce qui avait donc l'effet inverse sur la motivation : le manque de relation avec les thérapeutes, l'environnement peu plaisant que représente l'hôpital et le sentiment d'enfermement qu'il induit, le sentiment de déracinement éprouvé par certain·es et les séances de kinésithérapie trop standardisées furent par exemple cités.

Les facteurs de motivation extrinsèque de régulation intégrée

Nous avons déjà développé précédemment en quoi la satisfaction du besoin d'autonomie et d'indépendance était un facteur de ME de régulation intégrée. D'autres facteurs favorisent également ce type de motivation (Tableau 9, page 107). De façon plus

concrète, l'objectif de récupération de la marche, intimement associé à la récupération de l'indépendance, fut mentionné par près de la moitié des participant·es :

« Enfin, je ne sais pas marcher, hein, mais... donc là je... c'est pour ça que je suis ici. (...) Ouais, autrement, tout... tout est bon, hein, tout est nickel, euh... Et à part mes jambes que je dois absolument les... les faire pour remarcher. » (QUALI 9)

Il s'agit de facteurs de ME dans la mesure où il n'est pas question de plaisir ou d'amusement ressenti lors de la séance. Ces facteurs de ME sont de régulation intégrée car la participation à la kinésithérapie est ici entièrement associée à la satisfaction d'un besoin psychologique fondamental : le besoin d'autonomie et d'indépendance.

3.2.2.2.2. Les facteurs de motivation extrinsèque de régulation identifiée

D'autres objectifs concrets ont été exprimés par les participant·es : la sortie de l'hôpital, la remise en forme globale et le soulagement de la douleur. À la différence des facteurs de ME de régulation intégrée, ces objectifs étaient plus concrets et conscients (Tableau 10, page 109). Quoique perçue comme essentielle au bien-être psychologique, la kinésithérapie était ici moins fortement associée à l'atteinte de ces objectifs qu'elle ne l'était pour la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux. Les objectifs de sortie de l'hôpital, de remise en forme et de soulagement de la douleur furent ainsi cités :

« Je fais de la kiné... pour sortir de ce que je suis maintenant, et en plus, euh... il faut faire quelque chose ! Donc, euh... la kiné est... est occupée à essayer... à ce que j'aile mieux, des choses qu'elles me font faire, euh... que je vois que ça avance là-dedans. Donc, ça me donne espoir peut-être... d'en arriver un jour à sortir d'ici. » (QUALI 10)

« Ah, bah que... on soit... on soit plus, euh... comment ? Allez, euh... plus en forme, quoi. Voilà. C'est à ça que ça sert, moi je trouve. » (QUALI 8)

« *Qu'est-ce que vous voudriez atteindre comme objectif grâce aux séances de kiné ?* Que je n'aie plus mal. » (QUALI 14)

De plus, la moitié des participant·es ont exprimé être conscient·es de la nécessité de faire de la kinésithérapie pour l'importance de rester en mouvement :

« Je trouve que c'est nécessaire, oui. (...) Eh bien, parce que je... on... si on reste tout le temps... assis ou couché au lit, là c'est... Non, il faut... faut se donner des... faut rester en mouvement, quoi, je trouve. Ah, oui ! (...) C'est pas seulement pour faire des exercices, mais c'est nécessaire. Moi je trouve qu'il faut... Toute personne qui peut en faire... D'ailleurs, (en parlant de son voisin de chambre) le monsieur qui est beaucoup plus handicapé que moi, on commence à l'obliger à marcher, maintenant... Y en avait... Et on voit qu'il souffre, hein, mais il faut hein. Autrement, on s'ankylose, alors, hein, ouais. Ah, ouais, ouais, ouais... (...) C'est comme je vous dis, si on ne bouge pas, si on reste au lit, bah on s'ankylose, alors, hein. C'est ça qui est nécessaire, c'est... c'est de partir, se donner du mouvement. » (QUALI 8)

Enfin, certain·es participant·es ont évoqué une envie de s'investir dans leur rééducation pour le bien de leur famille :

« C'est pas gai pour les enfants non plus, hein, de me voir ainsi... Et puis... y a les kilomètres aussi qu'ils doivent... se... se taper, hein, quand même... Cinquante pour venir, cinquante pour retourner... Déjà rien que pour eux, je ferai l'effort. Ah, ouais. » (QUALI 6)

L'on pourrait ici considérer que s'investir dans sa kinésithérapie pour une référence extérieure telle que la famille est un facteur de ME de régulation introjectée. Cependant, il était question de préserver les membres de sa famille pour son propre bien-être moral et non pas simplement pour leur faire plaisir ou pour éviter leur désapprobation. Il s'agit donc bien d'un facteur de ME de régulation identifiée.

3.2.2.2.3. Les facteurs de motivation extrinsèque de régulation introjectée

Pour finir, certains facteurs mentionnés par les participant·es augmentaient la ME de régulation introjectée (Tableau 11, page 111), car ils étaient basés sur la recherche de l'approbation des personnes de l'entourage (thérapeutes ou famille) :

« De toute façon, c'est positif. (...) Parce qu'on essaie de montrer le meilleur de soi-même. » (QUALI 4)

« Même mes filles me le disaient l'autre jour "Papa, tu restes trop au lit", elles disaient "Tu devrais marcher un peu plus, t'asseoir un peu plus..." Et j'aime bien d'être allongé, oui ! (rire) » (QUALI 8)

3.2.2.3. *Au bout du compte : l'autodétermination versus la passivité*

Tous les éléments décrits précédemment nous permettent de mieux comprendre l'état d'esprit des deux grands types de participant·es rencontrés (Tableau 12, page 111). D'un côté, plusieurs participant·es ont exprimé une volonté de faire plus de kinésithérapie :

« J'avais dit "Est-ce qu'il y a pas moyen de faire deux fois sur la journée ?" Ah non, une fois que j'ai fait moi, elles ont un autre travail, elles ont pas le moment de s'occuper de moi. Bah, alors, voilà... » (QUALI 10)

Cette volonté de faire plus de kinésithérapie traduit une grande autodétermination, favorisée par la satisfaction des différents besoins principaux et l'expression de MI.

D'autre part, plusieurs participant·es montraient une attitude plus passive concernant leur prise en charge :

« Je ne peux rien demander, hein. Faut que je fasse ce qu'on me dit, hein. Je vais pas leur dire [aux kinés] "Ah non, moi je vais aller à l'autre..." (...) [la kiné] va me mettre devant un... un vélo, je dois pédaler. (...) Si elles mettent dix minutes pour le... pour pédaler, je mets dix minutes pour pédaler... » (QUALI 5)

« Et malgré la douleur, vous avez quand même eu la volonté de la faire, alors ? Bah, on m'a pas demandé mon avis ! Et si on vous avait demandé votre avis, vous auriez plutôt accepté ou plutôt refusé (sourire) ? Ça ne s'est... pfff... je n'en sais rien. (silence) Est-ce que vous auriez aimé qu'on vous demande un peu plus votre avis ou... ça vous va comme ça ? Le jour où vous serez de mon côté, vous comprendrez que... ce genre de question est presque inutile, quoi. (...) Ben non mais je... pfff... je n'ai rien à dire ça, quoi, c'est... c'est comme ça, c'est comme ça. » (QUALI 13)

Cette attitude est la conséquence de la frustration des différents besoins principaux. Plus précisément, c'est la frustration répétée du besoin d'autonomie qui finissait par induire chez ces participant·es cette attitude passive. Nous développerons cette réflexion dans la discussion.

3.2.3. Interprétations générales de l'étude qualitative

Pour rappel, les différents types de motivation ainsi que leur définition sont décrits à l'illustration 1, page 13. Ci-dessous sont synthétisés les résultats principaux de notre étude qualitative (Illustration 11, page 32), en lien avec la théorie de l'autodétermination (TAD).

Tout d'abord, force est de constater que le type de motivation que l'on a retrouvé le plus chez les participant·es est la motivation extrinsèque (ME) de régulation identifiée (caractérisée par des objectifs conscients). Dans la plupart des cas, les participant·es avaient établi un lien de cause à effet clair entre la participation à la kinésithérapie et l'atteinte de différents objectifs concrets. Un autre type de motivation que l'on a retrouvé chez de nombreux·ses participant·es était la ME de régulation intégrée (en accord avec les valeurs profondes de l'individu) : la kinésithérapie était souvent assimilée par les participant·es comme moyen de satisfaire les différents besoins psychologiques de base, notamment le besoin d'autonomie et d'indépendance et le besoin de compétence. Les facteurs de ME de régulation introjectée (basée sur l'approbation de l'entourage) étaient peu nombreux et aucun facteur de ME de régulation externe (basée sur les récompenses et les punitions) n'a été cité.

Ensuite, plusieurs facteurs de motivation intrinsèque (MI) ont été mentionnés : le plaisir de bouger et le bien-être moral apporté par la kinésithérapie et les kinésithérapeutes en sont les exemples principaux. De plus, la satisfaction de plusieurs besoins psychologiques fondamentaux favorisait cette MI. Le sentiment de compétence ressenti pendant et induit par la kinésithérapie, le sentiment de sécurité et de respect des limites face aux différents obstacles à la mobilisation (peur, faiblesse, fatigue et douleur), ainsi que le sentiment d'investissement humain de la part des MPS, avaient un effet considérable sur la MI des participant·es. Au contraire, la frustration de certains besoins psychologiques fondamentaux avait l'effet inverse sur la motivation. C'est notamment le cas du sentiment de contrôle et de dépendance important vécu par plusieurs participant·es. De plus, la faible disponibilité des MPS représentait une frustration du besoin d'investissement humain, même si elle était un défaut institutionnel plutôt qu'un défaut de qualités humaines des MPS.

Enfin, il était interpellant de constater la passivité de certain·es participant·es au cours des entretiens. Alors que la parole leur était laissée et que le caractère ouvert des différentes questions fut répété plusieurs fois, certain·es participant·es ne semblaient pas avoir d'avis sur leur prise en charge. Si la TAD nous a appris en quoi la frustration des besoins psychologiques fondamentaux pouvait induire ce type de comportement, nous développerons cela plus en détail dans la discussion.

3.2.4. Comparaison des résultats qualitatifs et des résultats à l'EMPA

Les résultats obtenus par les participant·es à l'étude qualitative à l'EMPA (Échelle de Motivation pour les Personnes Âgées) sont repris à l'Illustration 12. Notons cependant que l'EMPA n'évalue le niveau de motivation que pour quatre types de motivation : la MI, la ME de régulation identifiée, la ME de régulation externe et l'amotivation. Étant donné la façon dont sont formulées les différentes questions de l'EMPA, nous considérons que le terme « motivation extrinsèque de régulation identifiée » tel qu'utilisé dans ce test (« Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien ») inclut en fait la ME de régulation intégrée, car la distinction entre les objectifs concrets et la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux n'est pas faite. De la même façon, nous considérons que le terme « motivation extrinsèque de régulation externe » tel qu'utilisé dans le test (« Parce que c'est ce que je suis supposé faire ») inclut en fait la ME de régulation introjectée, car la distinction entre les récompenses ou punitions et l'approbation ou désapprobation d'autrui n'est pas faite.

Type de motivation	Motivation pour les AVQ (chaque type est coté sur 105)			Motivation pour la kinésithérapie (chaque type est coté sur 7)		
	Moyenne $\pm$ DS	Médiane	Range	Moyenne $\pm$ DS	Médiane	Range
Motivation extrinsèque de régulation identifiée	72,4 $\pm$ 8,6	74,5	56 – 86	5,9 $\pm$ 0,9	6	4 – 7
Motivation intrinsèque	65,5 $\pm$ 9,5	69,5	48 – 76	2,8 $\pm$ 1,7	2,5	1 – 6
Motivation extrinsèque de régulation externe	49,6 $\pm$ 11,5	47	35 – 69	4,6 $\pm$ 1,5	4,5	2 – 7
Amotivation	23,2 $\pm$ 9,7	20,5	15 – 43	1,6 $\pm$ 1,3	1	1 – 6

Illustration 12 – Moyennes, déviations standards (DS) et range obtenus à l'EMPA pour la motivation pour les AVQ et la motivation pour la kinésithérapie

Les cohérences et discordances entre les résultats à l'étude qualitative et ceux obtenus grâce à l'EMPA sont synthétisées à l'Illustration 13. Selon les résultats obtenus à l'étude qualitative, le type de motivation que l'on a retrouvé le plus chez les participant·es est la ME de régulation identifiée, suivie par la ME de régulation intégrée. Cela concorde avec les résultats de l'EMPA puisque ces deux types de motivation, retrouvés dans ce test sous le

terme « motivation extrinsèque de régulation identifiée) possèdent les scores les plus hauts, aussi bien pour les AVQ que pour la kinésithérapie. Ensuite, l'on a retrouvé chez les participant·es à l'étude qualitative peu de facteurs de ME de régulation introjectée et aucun facteur de ME de régulation externe n'a été cité. Cela correspond aux résultats obtenus à l'EMPA pour ce qui est des AVQ, car le score moyen de MI est plus haut que le score moyen de ME de régulation externe et de régulation introjectée. Pour la kinésithérapie, en revanche, le niveau de MI serait selon l'EMPA plus bas que le niveau de ME de régulation externe et de régulation introjectée. Il y a donc une légère discordance avec les résultats obtenus à l'étude qualitative.

	Résultats de l'étude qualitative	Résultats de l'EMPA		Cohérence	
		AVQ	Kinésithérapie	AVQ	Kinésithérapie
Type de motivation le plus cité dans les entretiens qualitatifs ou ayant obtenu le score le plus haut à l'EMPA	Motivation extrinsèque de régulation identifiée (et intégrée)	Motivation extrinsèque de régulation identifiée (et intégrée)	Motivation extrinsèque de régulation identifiée (et intégrée)	Oui	Oui
	Motivation intrinsèque	Motivation intrinsèque	Motivation extrinsèque de régulation externe (et introjectée)	Oui	Non
Type de motivation le moins cité dans les entretiens qualitatifs ou ayant obtenu le score le plus faible à l'EMPA	Motivation extrinsèque de régulation externe (et introjectée)	Motivation extrinsèque de régulation externe (et introjectée)	Motivation intrinsèque	Oui	Oui
	Amotivation	Amotivation	Amotivation	Oui	Non

Illustration 13 – Cohérences et discordances entre les résultats de l'étude qualitative et les résultats de l'EMPA

3.3. Conclusion générale

La démotivation de la personne âgée concernait dans notre étude un·e participant·e sur trois, voire deux participant·es sur trois (34 à 60 %) pour les AVQ et 23 à 48 % des participant·es pour la kinésithérapie. En plus du niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements, de nombreux autres facteurs influençaient la motivation des participant·es pour ce qui était de la kinésithérapie. Chez les participant·es interrogé·es, le type de motivation le plus exprimé était la ME de régulation identifiée, suivie de la ME de régulation intégrée. Les facteurs de MI principaux étaient le plaisir de bouger et le bien-être moral apporté par la kinésithérapie. Les facteurs de ME de régulation introjectée étaient peu nombreux et aucun facteur de ME de régulation externe ne fut cité. Le sentiment important de contrôle et de dépendance vécu par les participant·es ainsi que la faible disponibilité du personnel au cours de l'hospitalisation diminuaient fortement la motivation. À l'inverse, le sentiment de compétence, le sentiment de sécurité et de respect des limites et le sentiment d'investissement humain de la part des MPS pouvaient considérablement la favoriser. Nous verrons dans la discussion en quoi ces découvertes nous aideront à trouver des solutions pour favoriser la motivation des personnes hospitalisées en service de gériatrie.

4. Discussion

4.1. Comparaison avec la littérature existante

En 2022 fut publiée la première étude qualitative investiguant les barrières et les facilitateurs de l'activité physique chez des PAH selon le cadre des théories comportementales (TDF : Theoretical Domains Framework) ³⁹. Si cette étude ne concerne pas spécifiquement la participation à la kinésithérapie, elle reste tout de même celle dont le protocole et les objectifs se rapprochent le plus de notre étude. Au cours de cette étude, 12 PAH et 16 membres de leur équipe soignante furent interrogés au moyen d'entretiens semi-directifs en face à face. Les PAH avaient un âge médian de 83 ans (de 75 à 85 ans) et 42 % d'entre elles étaient des femmes. Les critères de sélection pour l'échantillon de PAH étaient extrêmement similaires à ceux de notre étude, à la différence que les PAH inclus·es devaient tous·tes venir du domicile et avoir été capables de marcher de manière autonome avec ou sans AT deux semaines avant l'admission. De plus, les PAH furent interrogées très peu de temps après leur admission (J4 à J6) et ne bénéficiaient pas tous·tes de kinésithérapie ³⁹. Les méthodes de collecte et d'analyse des données étaient très similaires à celles de notre étude : la principale différence, en plus d'avoir interrogé des MPS, est que les auteurs s'intéressaient à l'activité physique de manière générale et non pas spécifiquement à la kinésithérapie. Enfin, les extraits d'entretiens furent classés à l'aide des TDF et non pas de la TAD ³⁹. Les TDF permettent une classification des barrières et des facilitateurs au sein de 14 domaines influençant le comportement (influences cognitives, affectives, sociales et environnementales) et de développer des interventions basées sur les facteurs potentiellement modifiables ^{16,39}.

Les 14 domaines des TDF et la façon dont ils peuvent être interprétés suivant la TAD sont synthétisés en annexe (Figure 24, page 113). La majeure différence avec la TAD est qu'un seul domaine (Intentions) des TDF est défini comme la motivation. Pourtant, selon la TAD, tous les domaines des TDF influencent directement ou indirectement la motivation. Ci-dessous sont repris les résultats principaux de l'étude de van Dijk et al. et dans quelle mesure ils concordent ou non avec les résultats de notre étude.

Les résultats principaux de l'étude de van Dijk et al. ont montré que le domaine « Contexte environnemental et Ressources » était celui comportant le plus de barrières à l'activité physique de la PAH : la prise en charge est centrée sur le lit, ce qui a un effet inactivateur sur les patient·es qui adoptent une attitude passive et attendent continuellement

les examens, les soins et autres évènements de routine. De plus, la présence de symptômes liés à la situation aiguë de santé était également un frein à l'activité physique, de même que le manque de ressources et d'espaces favorisant l'activité physique ³⁹. Tous ces résultats concordent avec ceux de notre étude.

Selon van Dijk et al., deux autres domaines conditionnant l'activité physique de la PAH semblaient importants : les domaines « Connaissances » et « Compétences ». En effet, le manque de conscience que les patient·es ont de l'importance de l'activité physique et la méconnaissance des moyens disponibles pour rester actif·ves étaient des freins à l'activité physique pendant l'hospitalisation. À l'inverse, lorsque suffisamment d'information était fournie et que les patient·es se sentaient capables de se mobiliser, cela influençait d'autres domaines comme les domaines « Intentions » (la motivation), « Croyances liées aux conséquences » (la conscience que l'activité physique est nécessaire pour le bon rétablissement) et « Rôle social/professionnel et identité » (moins de patient·es adoptant un rôle de « malade ») ³⁹. En d'autres mots, ces résultats montrent l'importance du besoin de compétence, ainsi que la nécessité pour les patient·es de faire le lien entre l'activité physique et ses bienfaits de façon à favoriser la motivation. Ces résultats concordent avec ceux de notre étude, puisque la conscience des bienfaits de la kinésithérapie (pour son bien ou pour atteindre des objectifs) était un facteur important de motivation extrinsèque de régulation identifiée. Quant au besoin de compétence, il s'agit d'un besoin important également mis en avant dans notre étude.

Deux facteurs de démotivation importants trouvés dans notre étude étaient le sentiment important de contrôle et de dépendance vécu par les participant·es, ainsi que la faible disponibilité des MPS. Dans l'étude de van Dijk et al., il n'est pas explicitement question du sentiment de contrôle. Cependant, une barrière mentionnée par les MPS était que ceux·elles-ci fournissaient parfois trop d'aide par rapport à ce qui était nécessaire. Pour les patient·es, en revanche, il était important d'être largement encouragé·es par le personnel afin de compenser le manque de motivation intrinsèque ³⁹. Il semblerait donc que la frontière entre encouragement et contrôle soit extrêmement ténue et que, si la motivation extrinsèque de régulation introjectée peut être un auxiliaire utile des facteurs de motivation plus intégrés, il n'est pas souhaitable qu'elle prenne le dessus de façon à induire chez la PAH un sentiment de contrôle. Pour ce qui est du sentiment de dépendance et de la faible disponibilité des MPS mis en évidence dans notre étude, ceux-ci figurent dans l'étude de van Dijk et al. également parmi les freins à l'activité physique ³⁹.

Dans notre étude, le sentiment de sécurité, le sentiment de respect des limites et le sentiment d'investissement humain de la part des MPS étaient, en plus du sentiment de compétence, des facteurs de motivation très importants. Si la peur était également un frein à l'activité physique dans l'étude de van Dijk et al., le sentiment de sécurité comme facilitateur ne fut pas mentionné. Il en va de même pour les symptômes liés à la situation aiguë de santé qui représentaient un frein à l'activité physique : seule leur gestion médicamenteuse ou leur atténuation représentait un facilitateur. Il n'est pas question de notion de respect des limites. Enfin, les résultats de van Dijk et al. ne comportent que très peu de facilitateurs sociaux : ni l'importance de l'investissement humain de la part des MPS, ni l'importance de la considération pour la PAH ne furent mentionnées³⁹. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait qu'il est question dans notre étude de participation à la kinésithérapie plus spécifiquement que d'activité physique spontanée pendant l'hospitalisation. Il est donc logique que de nombreux facteurs liés aux kinésithérapeutes aient été mentionnés.

Globalement, si les TDF permettent une classification bien plus précise que la TAD pour les différents facilitateurs et obstacles, elles semblent moins focalisées sur les facteurs interpersonnels, constituants majeurs du besoin d'affiliation décrit par la TAD. De plus, les TDF permettent moins de comprendre l'interaction entre les différents facteurs que la TAD.

4.2. Forces et limites de l'étude

La principale force de notre étude est l'utilisation de la TAD comme guide pour classer et comprendre les facteurs de motivation des PAH à participer à leur kinésithérapie. À la différence des TDF, la TAD permettent non seulement de mettre en évidence les barrières et les facilitateurs d'un phénomène, mais également de comprendre les interactions entre ces facteurs. De plus, il s'agit à notre connaissance de la première étude s'appuyant sur les théories de la motivation pour comprendre les facteurs influençant la participation de PAH à la kinésithérapie au cours de leur séjour.

Cette étude présente toutefois plusieurs limites. Tout d'abord, nous n'avons collecté nos données que dans un seul service de gériatrie, la généralisation des résultats doit donc se faire avec prudence. De plus, la motivation n'a pas été mesurée chez des patient·es hospitalisé·es dans d'autres services. Pour le moment, nous ne pouvons donc pas comparer la motivation des personnes âgées avec celle de personnes plus jeunes, ni déduire que les participant·es à notre étude sont plus démotivé·es que des personnes d'autres groupes d'âge hospitalisées. Malgré tout, nos résultats nous donnent une bonne indication de la prévalence de démotivation chez les personnes âgées hospitalisées. Un autre facteur limitant est que,

pour raisons éthiques, le consentement éclairé de chaque participant·e a dû être demandé. Cela a exclu de notre étude quantitative un grand nombre de patient·es dont les troubles cognitifs étaient trop importants pour la compréhension de celle-ci (il n'a pas toujours été possible de solliciter la famille). Cette sélection basée sur les capacités cognitives était encore plus marquée pour l'étude qualitative, afin de garantir la cohérence et le bon déroulement des entretiens. Dans un domaine comme la gériatrie, où la prévalence des troubles cognitifs allant de légers jusqu'à la démence est de 48 % ⁵³, il est primordial de mettre en place des moyens pour permettre l'inclusion dans les études de personnes présentant des troubles cognitifs légers à sévères.

Pour ce qui est de l'étude quantitative, il faut admettre que l'état d'éveil et l'humeur des patient·es âgé·es hospitalisées sont très fluctuants au cours du séjour. Il serait donc intéressant de mesurer plusieurs fois la motivation des patient·es au cours d'un même séjour afin d'objectiver ces fluctuations. En outre, l'EAD reste un outil simple se basant uniquement sur la perception que l'évaluateur·ice a des actions réalisées par la personne évaluée. Elle ne prend de ce fait pas en compte l'intention qui survient chez la personne bien avant la réalisation de l'action. La corrélation trouvée entre la démotivation et le niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements pourrait donc résulter du fait que l'EAD se base quasi exclusivement sur la réalisation d'actions. Pour plus de précision, une échelle du même type que l'EMPA semble plus adaptée car elle évalue avec plus de finesse les différents types de motivation qui entrent en compte dans la réalisation d'une action. En remplaçant la formulation « Pourquoi faites-vous cela » par « Qu'est-ce qui pourrait vous pousser à faire cela », l'on pourrait prendre en compte l'intention de la personne plutôt que la réalisation de l'action en elle-même, parfois soumise à de nombreux freins indépendants de la motivation. Si ce type de test pourrait fournir une meilleure appréciation de la motivation, il serait aussi très chronophage et non adapté aux personnes présentant d'importants troubles cognitifs.

Enfin, l'hospitalisation représente un évènement qui ponctue la vie des personnes âgées pendant une durée relativement courte. Le caractère aigu de la situation de santé des personnes hospitalisées influence sans aucun doute le comportement de celles-ci au cours de leur séjour et les différents paramètres modulant la motivation. Le rôle des kinésithérapeutes n'en est pas moins important, bien au contraire : les différents MPS interviennent à un épisode clé de la vie des patient·es, où il est essentiel de maintenir leur motivation malgré les difficultés de santé qu'ils et elles traversent. Il serait néanmoins intéressant de mener le même type d'étude dans un contexte de vie plus stable pour les participant·es, que ce soit à

leur domicile ou au sein d'une résidence pour personnes âgées. Pour finir, les MPS ont souvent une vision plus large des facteurs influençant le comportement de leur·es patient·es que les patient·es eux/elles-mêmes. Si l'hospitalisation représente pour les PAH un évènement de durée relativement courte, elle est le quotidien des MPS qui perçoivent de ce fait plus de facilitateurs et de barrières que les patient·es ³⁹. Il aurait donc été intéressant d'inclure dans notre étude des thérapeutes afin de prendre en considération leur perspective en plus de celle des PAH.

4.3. Perspectives et proposition de solutions

4.3.1. La base de l'autodétermination : redonner de la valeur

Chez des personnes vivant un déclin fonctionnel associé à une perte d'autonomie et d'indépendance, le sentiment de considération de la part des MPS semble être fondamental dans la perception des patients de la valeur qui leur est attribuée en tant que personne. Cette perception de valeur est assurément un déterminant essentiel d'autodétermination. Faire preuve de considération, s'investir humainement en tant que thérapeute dans notre prise en charge et respecter les limites de nos patient·es sont en fait extrêmement liés : il s'agit de respecter l'humain que l'on a en face de soi, de le voir comme une personne à part entière avec ses capacités et ses besoins, et non pas comme un·e malade en déclin.

Lucio Bizzini, docteur en psychologie et psychothérapeute, rappelait en 2005 que les nombreux stéréotypes associés aux personnes âgées étaient à l'origine de discriminations : « L'âgisme reflète le profond malaise des jeunes et des adultes d'âge mûr face à la vieillesse. Il correspond à une aversion qu'ils ont à l'égard du vieillissement, de la maladie et de l'incapacité ainsi qu'à une peur de l'impuissance et de l'inutilité. » ^{54,55}. Même dans le milieu gériatrique, l'âgisme est présent de manière systémique et est directement influencé par l'anxiété du vieillissement retrouvée chez les MPS ⁵⁶.

Philippe Blanchard est un médecin français atteint de la maladie d'Alzheimer. En 2015, il apporta son témoignage à propos de l'importance du regard porté sur autrui, et disait que notre valeur perçue dépend aussi du regard des autres. Avec la stigmatisation vient la déshumanisation, ce qui induit chez le malade déshumanisé une baisse de l'estime de soi et donc la diminution de l'engagement ⁵⁷. En tant que MPS dans le milieu gériatrique, il est donc essentiel que nos représentations de la vieillesse changent et que notre accompagnement se base sur l'égalité, le respect et la dignité. Concrètement, il s'agirait avant tout de considérer les patient·es âgées comme des personnes à part entière qui

présentent un handicap, qu'il soit moteur, cognitif, ou autre. Notre rôle de MPS est de fournir à ces personnes les moyens de vivre correctement avec ce handicap, notamment en se basant sur leurs capacités préservées. Se focaliser sur ces capacités préservées plutôt que sur les déficits représente la première étape pour notre changement de regard ⁵⁸.

4.3.2. Favoriser la compréhension de l'utilité de la kinésithérapie : informer

Les résultats de notre étude ont montré l'importance de rétablir chez les PAH le lien perçu entre la kinésithérapie et la récupération des capacités fonctionnelles. La motivation extrinsèque de régulation intégrée étant un type de motivation très puissant pour le maintien d'un comportement ³³, le besoin d'autonomie et d'indépendance représente un besoin clé pour favoriser la participation des patients à leurs séances de kinésithérapie. Dans leur étude, van Dijk et al. ont montré que de nombreuses PAH interrogées auraient souhaité recevoir plus d'informations sur l'activité physique, son importance ainsi que des entraînements pratiques. Les stratégies suggérées étaient l'utilisation de panneaux de communication pour aider les patient·es à visualiser leurs capacités fonctionnelles ainsi que de leur fournir l'information en face à face, via des brochures ou la télévision ³⁹.

Informar les PAH des bienfaits de la kinésithérapie pourrait induire la concrétisation d'objectifs favorisant la ME de régulation identifiée voire intégrée. Pour inciter les individus à pratiquer une activité physique, il est d'ailleurs plus intéressant de leur fixer un but au contenu intrinsèque (par exemple « Pratiquer cette activité physique vous permettra de rester en forme physique et vous protégera des maladies liées à l'âge ») qu'un but au contenu extrinsèque (par exemple « Pratiquer cette activité physique vous permettra d'être plus attirant et vous protégera de la prise de poids liée à l'âge ») pour favoriser la motivation autodéterminée et l'implication au long terme ³². Par ailleurs, il est important que ces objectifs viennent de la personne elle-même, afin que le comportement soit perçu comme personnellement important ³³.

Fournir à propos d'un comportement perçu comme inintéressant une justification qui a du sens pour l'individu, tout en satisfaisant ses besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation, permet l'intégration du comportement ³³.

4.3.3. Favoriser la motivation intrinsèque : satisfaire les trois besoins psychologiques de base

Les résultats de notre étude confirment l'importance pour les PAH de satisfaire leur besoin d'autonomie et d'indépendance, de compétence et d'affiliation. Comme développé

plus haut, le comportement des thérapeutes peut grandement favoriser le sentiment d'affiliation grâce à une relation basée sur le respect et la considération. Une autre stratégie peut être d'inclure les membres de l'entourage, famille ou amis, de la PAH dans la prise en charge de celle-ci. Il est néanmoins important de respecter l'autonomie de chacun afin que ce réseau de soutien ne se transforme pas en réseau de soin ³². Enfin, l'organisation de séances de kinésithérapie de groupe pendant l'hospitalisation pourrait augmenter le sentiment d'appartenance des PAH grâce au soutien et aux encouragements reçus de la part de personnes auxquelles elles s'identifient ⁵⁹.

Le sentiment de compétence, bien que largement satisfait chez les personnes interrogées dans notre étude, fut également décrit comme très important pour la participation à la kinésithérapie. Il est donc essentiel que les différents exercices de kinésithérapie proposés aux PAH ne les mettent pas en échec. Cela passe par la proposition de défis adaptés, d'encouragements et de feedbacks positifs mais aussi par l'utilisation d'évaluations qui ne soient pas dévalorisantes ³³. Encore une fois, il s'agit de se focaliser sur les capacités préservées plutôt que sur les déficits ⁵⁸. Concernant les encouragements, nous avons déjà mentionné la frontière mince entre ceux-ci et le sentiment de contrôle qu'ils peuvent induire s'ils sont trop directifs. De même, il a été démontré que les récompenses matérielles induisaient une diminution de la motivation intrinsèque ³³. Plus largement, le sentiment de compétence doit être perçu non seulement pendant les séances de kinésithérapie, mais également au travers de toutes les AVQ. Prévoir un environnement adapté, favorisant le sentiment d'auto-efficacité de l'individu sur cet environnement, favorise l'engagement de l'individu dans les AVQ et dans son programme de soin. Il convient donc de fournir le matériel et l'espace adaptés aux besoins spécifiques des PAH ³².

Enfin, le sentiment de contrôle perçu par plusieurs participant·es à notre étude, confirme également l'importance de la satisfaction du besoin d'autonomie, même lors de l'hospitalisation. En plus d'adopter en tant que thérapeute un comportement qui ne soit pas contrôlant pour la PAH, il convient de favoriser cette autonomie au travers de toutes les activités proposées de l'hospitalisation, mais aussi par la disposition de l'environnement. Il s'agit de rendre à la personne sa capacité de choix et de libre-arbitre en ce qui concerne ses déplacements, ses repas, ses vêtements, le moment choisi pour les soins, etc. ³². Concrètement, l'on pourrait proposer aux PAH le choix entre plusieurs exercices de kinésithérapie, mais également le choix du moment de la séance. Mettre à disposition le matériel se trouvant dans la salle de kinésithérapie et prévoir des parcours de marche dans

les couloirs pourraient également favoriser l'autodétermination des PAH à se mobiliser spontanément ³⁹.

La période de vie traversée par les PAH est fortement influencée par leur environnement physique et social et les fragilisations dues à la vieillesse les rendent extrêmement sensibles aux contraintes de l'environnement. Face à ces contraintes, les personnes tentent de s'accommoder par diverses réponses adaptatives. Mais souvent, face à l'impossibilité d'utiliser leurs compétences et dans le but de diminuer les tensions, elles optent pour des comportements demandant moins d'efforts, ce qui peut conduire à long terme à un désinvestissement total de la personne âgée. En étant pensés différemment, l'environnement et la routine organisationnelle peuvent donc chercher à apporter des solutions aux PAH et à leurs difficultés. Le milieu devrait dès lors offrir à la personne des occasions d'exercer des choix personnels qui ne sont pas exagérément influencés par les autres, le but étant d'offrir à la PAH la possibilité d'agir de manière autonome, d'identifier clairement les conséquences de ses actions et d'exercer un contrôle accru sur sa vie ³².

Favoriser la satisfaction des trois besoins psychologiques de base au travers d'activités qui ont du sens pour les PAH est réellement essentiel à leur autodétermination. En prenant le temps de communiquer avec elles et d'apprendre à les connaître, cela nous permet en tant que thérapeute de proposer des activités auxquelles les PAH peuvent s'identifier et pour lesquelles elles souhaitent réellement s'engager.

5. Conclusion

En service hospitalier gériatrique, jusqu'à deux patient·es sur trois sont démotivé·es pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), ce qui influence fortement leur participation aux séances de kinésithérapie. En tant que membre du personnel soignant (MPS), il est essentiel de mettre en place des solutions pour favoriser la motivation intrinsèque (MI) des personnes âgées hospitalisées (PAH).

Il faut avant tout redonner aux PAH de la valeur, faire preuve de considération et d'estime à leur égard afin de permettre leur autodétermination. Ensuite, il est important de les informer sur les bienfaits de la kinésithérapie et d'établir des objectifs concrets qui ont du sens pour elles. Enfin, favoriser l'expression de la MI passe par la satisfaction des trois besoins psychologiques de base : le besoin d'autonomie et d'indépendance, le besoin de compétence et le besoin d'affiliation. Il faut rendre aux PAH leur pouvoir décisionnel en leur offrant du choix au travers de toutes les AVQ, mais aussi au cours des séances de kinésithérapie. En tant que MPS, il est primordial d'adopter une attitude bienveillante et de réellement s'investir dans la prise en charge. En outre, il faut que les défis proposés soient adaptés aux capacités de la PAH, ce qui passe également par l'utilisation d'évaluations non dévalorisantes.

Apprentissage – informer sur les objectifs de la kinésithérapie

Bienveillance – s'investir humainement dans la prise en charge

Choix – encourager l'autonomie et le libre-arbitre de la personne

Défis adéquats – favoriser l'auto-efficacité

Estime – revaloriser la personne et faire preuve de considération

Illustration 14 – Proposition du modèle "ABCDE" pour une prise en charge basée sur la favorisation de l'autodétermination de la personne âgée hospitalisée

En bref, il est nécessaire en tant que MPS d'adapter notre attitude ainsi que l'environnement aux besoins de nos patient·es, et non l'inverse. À plus grande échelle, il faut que l'institution encourage le soin basé sur le relationnel et qu'elle offre aux équipes soignantes les moyens (en termes de temps et d'infrastructures) de réellement s'impliquer dans leurs prises en charge.

Annexes

Figure 1 – Population mondiale par groupes d'âges : estimations (1970–2020) et projections (2020–2100) ¹

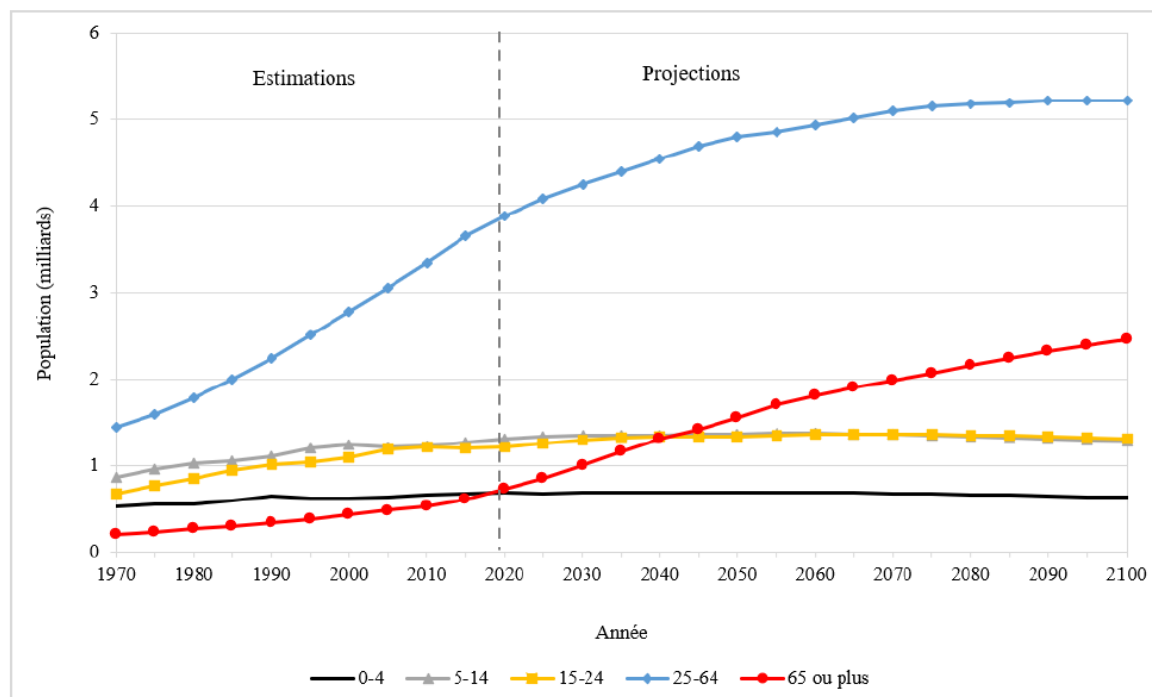


Figure 2 – Population par groupes d'âges pour la Belgique (1992–2022) ²

Tous les âges	Tous les âges			Tous les âges
Groupe d'âges	Moins de 18 ans	De 18 à 64 ans	65 ans et plus	Tous les âges
Population au 01 janvier 1992	2.185.103	6.311.109	1.525.785	10.021.997
Population au 01 janvier 2002	2.163.729	6.399.604	1.746.392	10.309.725
Population au 01 janvier 2012	2.245.635	6.865.841	1.924.472	11.035.948
Population au 01 janvier 2022	2.318.719	6.995.973	2.269.316	11.584.008

Figure 3 – Les 10 géants modernes de la gériatrie (Morley, 2017) (adapté et traduit en français ³)

1. Fragilité
2. Sarcopénie
3. Anorexie liée à l'âge
4. Déficit cognitif léger (Mild Cognitive Impairment)
5. Delirium
6. Chutes
7. Dépression
8. Démence
9. Polymédication
10. Fatigue

Figure 4 – Recommandations de l'OMS en matière d'activité physique pour la personne âgée de 65 ans ou plus ⁹

1. Les personnes âgées devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
2. L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.
3. Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les personnes âgées devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
4. Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.
5. Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.
6. Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Figure 5 – Interaction entre les composantes de la CIF ³⁰

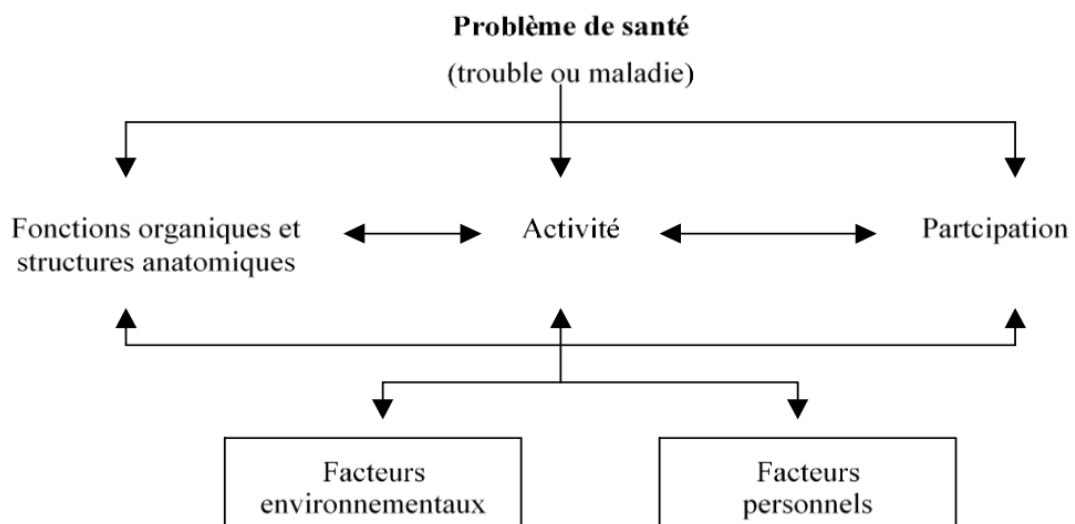


Figure 6 – Les 5 mini-théories de l'autodétermination ⁶⁰ (adapté des écrits de Ryan et Deci ³⁵)

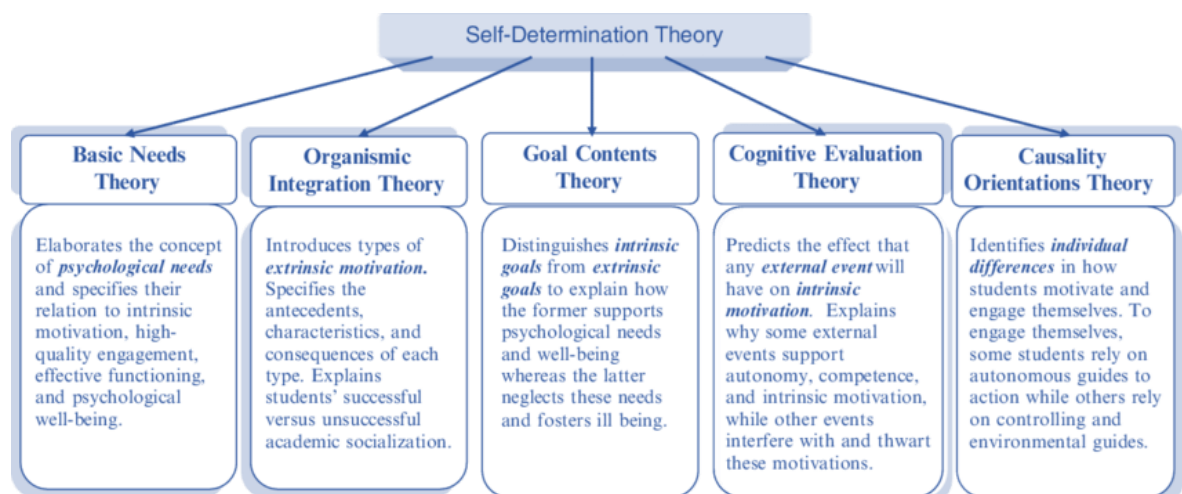


Figure 7 – Document d'information et de consentement (étude quantitative)

	Nom et NOMA de l'étudiant.e	Lucie Vancraeynest NOMA : 30541700
	Année académique du mémoire	2022-2023
	Faculté et université	UCL (FSM)

INFORMATION AU PATIENT/PARTICIPANT

La kinésithérapie en service hospitalier gériatrique : qu'est-ce qui (dé-)motive les patient.es ? Une étude qualitative en lien avec les théories de l'autodétermination

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une expérimentation. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette expérimentation.

Objectif et description de l'expérimentation

Il s'agit d'une expérimentation qui devrait inclure environ 75 patients.

L'objectif de cette expérimentation consiste à évaluer votre niveau de motivation en ce qui concerne votre participation dans les activités de la vie quotidienne et la kinésithérapie qui vous est proposée dans le cadre de votre hospitalisation. Il s'agit d'une hétéroévaluation, c'est-à-dire que votre niveau de motivation ne sera pas évalué par vous-même, mais par plusieurs soignants du service qui vous connaissent.

Si vous acceptez de participer à cette expérimentation, certaines données seront collectées sur base de votre dossier médical, et votre niveau de motivation sera évalué par l'équipe paramédicale du service. Pour ce faire, une échelle d'évaluation de la motivation validée par la communauté scientifique sera utilisée.

Il vous sera demandé de participer à l'expérimentation pendant quelques minutes, le temps de donner votre accord écrit et de répondre éventuellement à quelques questions. Cette participation suppose que vous donnez l'autorisation aux soignants du service de récolter certaines données dans votre dossier médical, et d'évaluer votre niveau de motivation à l'aide d'une échelle d'évaluation de la motivation. Si vous le souhaitez, nous vous communiquerons les résultats obtenus.

Les frais relatifs à cette participation seront pris en charge par l'investigatrice principale, Lucie Vancraeynest (lucie.vancraeynest@student.uclouvain.be).

Données collectées

Sur base de votre dossier médical :

- Votre âge
- Votre genre (homme/femme/autre)
- La durée de votre hospitalisation jusqu'à l'évaluation (en jours)
- Votre provenance (domicile/maison de repos/maison de repos et de soins)
- Votre niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements (autonome avec ou sans aide technique/besoin d'une aide humaine/grabataire)

Sur base d'une échelle d'évaluation de la motivation complétée par les soignants du service

- Votre niveau de motivation (représenté par un score)

Veillez noter que votre participation à cette étude et les résultats de l'évaluation seront anonymes et n'auront en aucun cas de conséquences sur votre prise en charge médicale ou paramédicale.

Matériel humain prélevé : ne s'applique pas

Responsable des traitements et promoteur de l'expérimentation

L'expérimentation étant faite dans le cadre d'un mémoire nécessaire à l'obtention d'un diplôme, c'est l'institution qui délivre celui-ci qui est au sens du RGPD responsable, à savoir l'Université Catholique de Louvain (Place de l'Université 1, 1348 Ottignies-Louvain-la-Neuve). Si le mémoire est également de l'intérêt d'un partenaire de l'institution d'enseignement, ce partenaire CHU UCL Namur, site Godinne (081 42 34 31, Avenue G. Thérassé 1, 5530 Yvoir) est également responsable conjointement.

Par ailleurs, l'institution désigne le Prof. Didier Schoevaerds, professionnel de santé, tenu au secret médical comme expérimentateur responsable. Ce professionnel de santé est tenu de surveiller l'expérimentation qui, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude, est confiée à l'étudiante Lucie Vancraeynest (lucie.vancraeynest@student.uclouvain.be) qui a pris connaissance de ces devoirs légaux et s'est engagée à les respecter, en particulier elle sera tenue dans le cadre de son mémoire à la plus stricte confidentialité des données qu'elle reçoit.

Participation volontaire

Votre participation à cette expérimentation est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'expérimentation à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'expérimentation font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette expérimentation n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages. Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision.

Votre médecin traitant sera averti de votre participation à l'expérimentation si vous le désirez (voir choix dans le formulaire de consentement).

Bénéfices et risques potentiels

Ni le traitement qui vous a été proposé, ni les procédures de diagnostic et de surveillance de votre situation clinique ne sortent de la bonne pratique médicale.

Les risques liés à cette étude sont : aucun

Nous ne pouvons pas vous assurer que si vous acceptez de participer à cette expérimentation vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette expérimentation, ce dommage sera indemnisé par l'assurance de l'institution d'enseignement responsable du mémoire de l'étude conformément aux textes réglementaires signalés dans le cadre de ce document et en particulier à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devrez prouver la faute de quiconque.

Protection des données

Votre identité et votre participation à cette expérimentation demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom (pseudonymisation¹ et contrôle d'accès aux données d'identification) ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des

¹ La pseudonymisation permet de séparer les données identifiant directement les personnes des autres données non pertinentes. Le mécanisme de pseudonymisation génère une clé d'identification qui permet d'établir le lien entre les différentes informations des personnes. Ces clés d'identification doivent être stockées de manière sécurisée avec un contrôle d'accès robuste. Ainsi, les données ne sont pas anonymes sans être identifiables pour autant.

dossiers accessibles à des tiers (c'est-à-dire autres que l'étudiante et l'expérimentateur responsable de l'investigation), résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection de vos données à caractère personnel est assurée conformément aux exigences du règlement général de protection des données (RGPD), de la loi belge du 30 juillet 2018 et de la loi relative aux droits du patient (2002).

Droit d'accès et de rectification

Conformément au RGPD vous avez le droit d'accéder à vos données sous les réserves prévues par le texte du règlement. Ce droit s'exerce auprès du promoteur de l'expérimentation (de son DPO (Délégué à la Protection des Données) si l'institution dispose d'un DPO) via courrier électronique ou par tout autre moyen.

Comité d'éthique

Cette expérimentation est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique du CHU UCL Namur, site Godinne, qui a émis un avis favorable le 10 novembre 2022. Cet avis est légal et ne doit pas influencer votre décision de participer à cette étude.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'expérimentation

Si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Personne préposée par le responsable : Lucie Vancraeynest

E-mail : lucie.vancraeynest@student.uclouvain.be

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

1. Je soussigné(e),

.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude :

« La kinésithérapie en service hospitalier gériatrique : qu'est-ce qui (dé-)motive les patient.es ?
Une étude qualitative en lien avec les théories de l'autodétermination », partie quantitative.

2. Une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté par le responsable du traitement, ainsi que la note d'information destinée au patient m'ont été remises. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête, de même que des mesures de sécurité qui seront prises pour veiller à la confidentialité de mes données durant et au-delà de l'expérimentation. J'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. J'ai eu le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance et de mes droits d'accès aux données me concernant.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique du CHU UCL Namur, site Godinne
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le strict respect du Règlement général européen de protection des données à caractère personnel, des lois du 30 juillet 2018 relative à la protection des données et du 22 août 2002 relative aux droits du patient et du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.
7. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le responsable du traitement et le promoteur de l'étude se portent garant de la confidentialité de ces données et de leur destruction en principe, un an après la défense du mémoire.

8. Je souhaite/Je ne souhaite pas que mon médecin traitant soit averti de ma participation à cette expérimentation.
9. En conséquence, je consens de mon plein gré à participer à cette expérimentation.

Signature du/de la patient(e)

Date(jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/Mr confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'expérimentation au patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

*Signature de la personne qui procure
l'information et habilitée à le faire*

Date (jour/mois/année)

Figure 8 – Document d'information et de consentement (étude qualitative)

	Nom et NOMA de l'étudiant.e	Lucie Vancraeynest NOMA : 30541700
	Année académique du mémoire	2022-2023
	Faculté et université	UCL (FSM)

INFORMATION AU PATIENT/PARTICIPANT

La kinésithérapie en service hospitalier gériatrique : qu'est-ce qui (dé-)motive les patient.es ? Une étude qualitative en lien avec les théories de l'autodétermination

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une expérimentation. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette expérimentation.

Objectif et description de l'expérimentation

Il s'agit d'une expérimentation qui devrait inclure environ 18 patients.

L'objectif de cette expérimentation consiste à mieux comprendre les raisons qui puissent vous motiver ou vous démotiver (en tant que patient hospitalisé en service gériatrique) à accepter de participer à la kinésithérapie qui vous est proposée dans le cadre de votre hospitalisation. À plus long terme, cette étude pourrait déboucher sur d'autres travaux visant à améliorer cette motivation chez les patients hospitalisés en service gériatrique.

Si vous acceptez de participer à cette expérimentation, il vous sera demandé de vous rendre disponible pour répondre oralement à une douzaine de questions portant sur vos séances de kinésithérapie, et les raisons qui vous motivent et/ou vous démotivent à y participer. Nous récolterons également des informations dans votre dossier médical. Si certaines de ces informations venaient à manquer, nous vous poserons quelques questions supplémentaires afin de combler les lacunes. Les données collectées sont détaillées ci-dessous (page 2).

Il vous sera demandé de participer à l'expérimentation pendant environ une heure. Cette participation suppose une seule entrevue, au cours de votre hospitalisation. Un rendez-vous sera fixé en amont.

Les frais relatifs à cette participation seront pris en charge par l'investigatrice principale, Lucie Vancraeynest (lucie.vancraeynest@student.uclouvain.be).

Données collectées

Veillez noter qu'en aucun cas votre nom n'apparaîtra dans l'étude. Nous collectons des données variées dans le but de dresser un tableau précis des types de patients que nous rencontrons dans ce service de gériatrie.

Sur base de votre dossier médical :

- Votre âge
- Votre genre (homme/femme/autre)
- La durée de votre hospitalisation jusqu'à l'entretien (en jours)
- Votre provenance (domicile/MR/MRS)
- Votre niveau de dépendance pour les transferts et les déplacements (autonome avec ou sans aide technique/besoin d'une aide humaine/grabataire)
- Le/les médicament(s) que vous prenez
- La/les pathologie(s) dont vous souffrez
- Vos résultats au MMSE (évaluation des fonctions cognitives)
- Vos résultats au GDS (évaluation de la dépression)
- Vos résultats à l'échelle de KATZ (évaluation de la dépendance dans les activités de la vie journalière)
- Vos résultats à l'évaluation SEGA (évaluation du niveau de fragilité)
- Vos résultats à l'EAD (évaluation de la motivation)

Si certaines de ces données sont absentes de votre dossier médical, il vous sera demandé de répondre à quelques questions supplémentaires afin de combler les lacunes.

Sur base de vos réponses orales lors de l'entretien

- Vos facteurs de motivation à participer à la kinésithérapie qui vous est proposée dans le cadre de votre hospitalisation

Afin de garantir une parfaite fidélité entre vos réponses orales et leur retranscription écrite, l'entretien sera enregistré à l'aide d'un enregistreur vocal. Nous garantissons que l'enregistrement ne sera conservé que le temps de l'étude et détruit après finalisation de celle-ci (au plus tard en septembre 2023). Cet enregistrement ne sera exploité que le temps de la retranscription écrite et ne sera en aucun cas divulgué.

Veillez noter que tout ce que vous direz dans le cadre de cette étude sera anonyme et n'aura en aucun cas de conséquences sur votre prise en charge médicale et kinésithérapeutique.

Sur base d'une échelle d'évaluation de la motivation (EMPA)

- Votre niveau de motivation en ce qui concerne la participation dans les activités de la vie journalière et la kinésithérapie (représenté par un score)

Matériel humain prélevé : ne s'applique pas

Responsable des traitements et promoteur de l'expérimentation

L'expérimentation étant faite dans le cadre d'un mémoire nécessaire à l'obtention d'un diplôme, c'est l'institution qui délivre celui-ci qui est au sens du RGPD responsable, à savoir l'Université Catholique de Louvain (Place de l'Université 1, 1348 Ottignies-Louvain-la-Neuve). Si le mémoire est également de l'intérêt d'un partenaire de l'institution d'enseignement, ce partenaire CHU UCL Namur, site Godinne (081 42 34 31, Avenue G. Thérasse 1, 5530 Yvoir) est également responsable conjointement.

Par ailleurs, l'institution désigne le Prof. Dider Schoevaerds, professionnel de santé, tenu au secret médical comme expérimentateur responsable. Ce professionnel de santé est tenu de surveiller l'expérimentation qui, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude, est confiée à l'étudiante Lucie Vancraeynest (lucie.vancraeynest@student.uclouvain.be) qui a pris connaissance de ces devoirs légaux et s'est engagée à les respecter, en particulier elle sera tenue dans le cadre de son mémoire à la plus stricte confidentialité des données qu'elle reçoit.

Participation volontaire

Votre participation à cette expérimentation est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'expérimentation à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'expérimentation font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette expérimentation n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages. Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision.

Votre médecin traitant sera averti de votre participation à l'expérimentation si vous le désirez (voir choix dans le formulaire de consentement).

Bénéfices et risques potentiels

Ni le traitement qui vous a été proposé, ni les procédures de diagnostic et de surveillance de votre situation clinique ne sortent de la bonne pratique médicale.

Les risques liés à cette étude sont : aucun

Nous ne pouvons pas vous assurer que si vous acceptez de participer à cette expérimentation vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette expérimentation, ce dommage sera indemnisé par l'assurance de l'institution d'enseignement responsable du mémoire de l'étude conformément aux textes réglementaires signalés dans le cadre de ce document et en particulier à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devrez prouver la faute de quiconque.

Protection des données

Votre identité et votre participation à cette expérimentation demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom (pseudonymisation¹ et contrôle d'accès aux données d'identification) ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers accessibles à des tiers (c'est-à-dire autres que l'étudiante et l'expérimentateur responsable de l'investigation), résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection de vos données à caractère personnel est assurée conformément aux exigences du règlement général de protection des données (RGPD), de la loi belge du 30 juillet 2018 et de la loi relative aux droits du patient (2002).

Droit d'accès et de rectification

Conformément au RGPD vous avez le droit d'accéder à vos données sous les réserves prévues par le texte du règlement. Ce droit s'exerce auprès du promoteur de l'expérimentation (de son DPO (Délégué à la Protection des Données) si l'institution dispose d'un DPO) via courrier électronique ou par tout autre moyen.

¹ La pseudonymisation permet de séparer les données identifiant directement les personnes des autres données non pertinentes. Le mécanisme de pseudonymisation génère une clé d'identification qui permet d'établir le lien entre les différentes informations des personnes. Ces clés d'identification doivent être stockées de manière sécurisée avec un contrôle d'accès robuste. Ainsi, les données ne sont pas anonymes sans être identifiables pour autant.

Comité d'éthique

Cette expérimentation est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique du CHU UCL Namur, site Godinne, qui a émis un avis favorable le 10 novembre 2022. Cet avis est légal et ne doit pas influencer votre décision de participer à cette étude.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'expérimentation

Si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Personne préposée par le responsable : Lucie Vancraeynest

E-mail : lucie.vancraeynest@student.uclouvain.be

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

1. Je soussigné(e),

.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude :

« La kinésithérapie en service hospitalier gériatrique : qu'est-ce qui (dé-)motive les patient.es ?
Une étude qualitative en lien avec les théories de l'autodétermination », partie qualitative.

2. Une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté par le responsable du traitement, ainsi que la note d'information destinée au patient m'ont été remises. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête, de même que des mesures de sécurité qui seront prises pour veiller à la confidentialité de mes données durant et au-delà de l'expérimentation. J'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. J'ai eu le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance et de mes droits d'accès aux données me concernant.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique du CHU UCL Namur, site Godinne
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le strict respect du Règlement général européen de protection des données à caractère personnel, des lois du 30 juillet 2018 relative à la protection des données et du 22 août 2002 relative aux droits du patient et du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.
7. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le responsable du traitement et le promoteur de l'étude se portent garant de la confidentialité de ces données et de leur destruction en principe, un an après la défense du mémoire.

Information au patient : mémoire étudiant partie QUALITATIVE

Page 6 sur 7

8. Je souhaite/Je ne souhaite pas que mon médecin traitant soit averti de ma participation à cette expérimentation.

9. En conséquence, je consens de mon plein gré à participer à cette expérimentation.

Signature du/de la patient(e)

Date(jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/Mr confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'expérimentation au patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

*Signature de la personne qui procure
l'information et habilitée à le faire*

Date (jour/mois/année)

Figure 9 – Échelle d'Appréciation de la Démotivation (EAD) ⁶¹

		Très souvent 1	Souvent 2	Parfois 3	Jamais 4
1	Prend il/elle des initiatives dans sa vie quotidienne?				
2	A-t-il/elle des loisirs, des centres d'intérêts qui le/la motivent ?				
3	Sa santé le/la préoccupe t-il/elle ?				
4	Préférerait il/elle se lever au lieu de rester dans son fauteuil sans bouger ?				
5	Participe t-il/elle dans un groupe, sans stimulation de votre part ?				
6	Prend il/elle la parole sans que l'on soit obligé de l'y inciter ?				
7	S'intéresse t-il/elle à ce qui se passe autour de lui/elle ?				
8	A t-il/elle l'impression de perdre son temps ?				
(-)					
9	Prend il/elle des décisions seul(e) sans que vous le fassiez pour lui/elle ?				
10	Cherche t-il/elle à s'occuper au lieu d'attendre que le temps passe tout seul ?				
11	Réagit il/elle aux événements extérieurs, heureux ou malheureux ?				
12	Réagit il/elle aux informations (télévisions, journaux...) ?				
13	Prend il/elle plaisir à évoquer certains événements ? (personnels, publics...)				
14	S'occupe t-il/elle de sa personne (hygiène, habillement, alimentation) ?				
15	Trouve t-il/elle plaisir dans sa vie quotidienne ?				
TOTAUX					

(-) L'item 8 est à coter de façon inverse (Très souvent = 4, Souvent = 3, Parfois = 2, Jamais = 1)

Figure 10 – Échelle d'Appréciation de la Démotivation (EAD) ⁶¹ adaptée pour cette étude

		Très souvent 1	Souvent 2	Parfois 3	Jamais 4	Non évaluable (NE)
1	Prend il/elle des initiatives dans sa vie quotidienne?					
2	A-t-il/elle des loisirs, des centres d'intérêts qui le/la motivent ?					
3	Sa santé le/la préoccupe t-il/elle ?					
4	Préférerait il/elle se lever au lieu de rester dans son fauteuil sans bouger ?					
5	Participe t-il/elle dans un groupe, sans stimulation de votre part ?					
6	Prend il/elle la parole sans que l'on soit obligé de l'y inciter ?					
7	S'intéresse t-il/elle à ce qui se passe autour de lui/elle ?					
8	A t-il/elle l'impression de perdre son temps ?					
(-)						
9	Prend il/elle des décisions seul(e) sans que vous le fassiez pour lui/elle ?					
10	Cherche t-il/elle à s'occuper au lieu d'attendre que le temps passe tout seul ?					
11	Réagit il/elle aux événements extérieurs, heureux ou malheureux ?					
12	Réagit il/elle aux informations (télévisions, journaux...) ?					
13	Prend il/elle plaisir à évoquer certains événements ? (personnels, publics...)					
14	S'occupe t-il/elle de sa personne (hygiène, habillement, alimentation) ?					
15	Trouve t-il/elle plaisir dans sa vie quotidienne ?					
TOTAUX						
16	Accepte-t-il/elle de participer aux séances de kinésithérapie ?					

(-) L'item 8 est à coter de façon inverse (Très souvent = 4, Souvent = 3, Parfois = 2, Jamais = 1)

Figure 11 – Algorithme des profils utilisé pour l'imputation des données quantitatives et la sélection des participant-es à l'étude qualitative

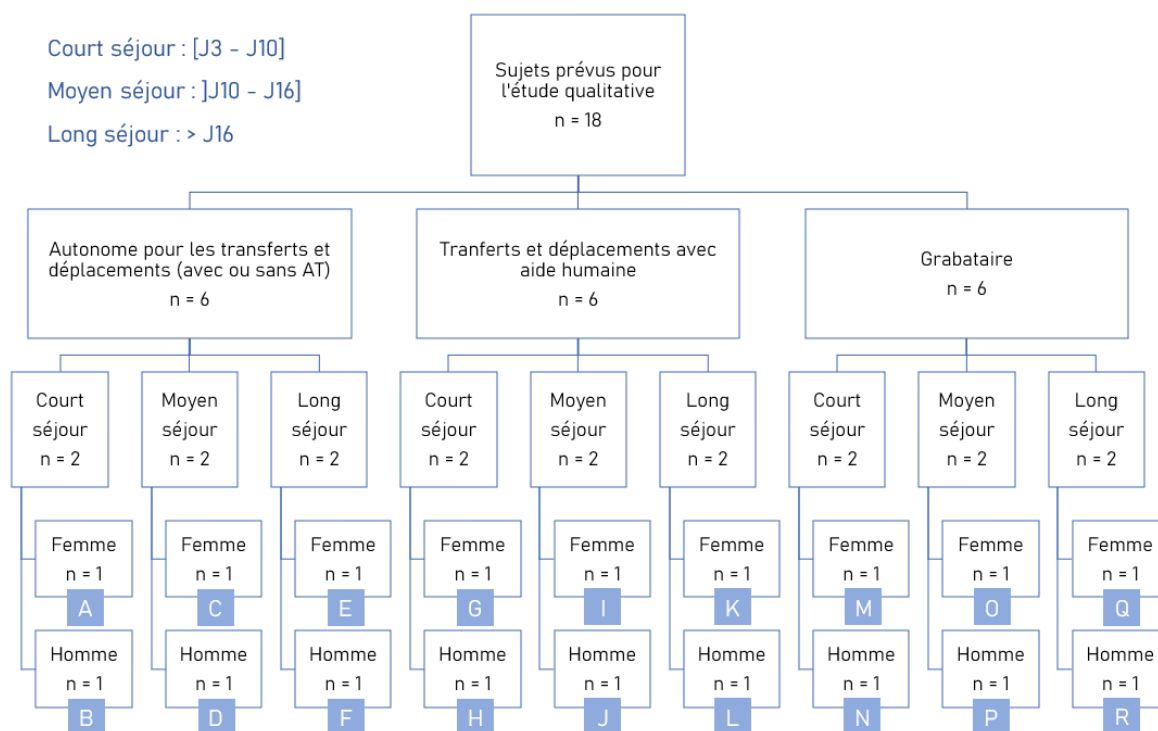


Figure 12 – Guide d'entretien (version 1) utilisé pour l'entretien QUALI 1

Questions introductives

1. Comment s'est passée votre dernière séance de kinésithérapie ?
2. De manière générale, que pensez-vous de vos séances de kinésithérapie ?

Questions sur les aspects positifs et négatifs de la kinésithérapie

3. Quels aspects des séances de kinésithérapie appréciez-vous ?
4. Quels aspects des séances de kinésithérapie vous déplaisent ?
5. Quel est votre meilleur souvenir des séances de kinésithérapie ? Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
6. Quel est votre pire souvenir des séances de kinésithérapie ? Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?

Questions spécifiques sur les facteurs de motivation

7. Vous est-il déjà arrivé de refuser une séance de kinésithérapie ? Si oui, pourquoi ? Si non, qu'est-ce qui pourrait un jour vous pousser à refuser ?
8. Qu'est-ce qui vous pousse à accepter les séances de kinésithérapie ?
9. Quelles sont vos attentes des séances de kinésithérapie ?
10. Qu'est-ce qui fait, selon vous, un bon/une bonne kinésithérapeute ?

Questions sur le ressenti du/de la participant.e à court et moyen terme

11. Comment vous sentez-vous, mentalement et physiquement, pendant la séance de kinésithérapie ?
12. Comment vous sentez-vous, mentalement et physiquement, juste après votre séance de kinésithérapie ?
13. Depuis le début de votre séjour, que vous a apporté, mentalement et physiquement, la kinésithérapie ?

Question conclusive

14. Avez-vous d'autres commentaires concernant vos séances de kinésithérapie ?

Figure 13 – Guide d'entretien (version 2) utilisé pour les entretiens QUALI 2 à 6 inclus

Questions introductives

1. Comment se passe votre séjour ici, à l'hôpital ? Que pensez-vous de votre prise en charge ?
2. Comment se passent vos séances de kinésithérapie ?

Questions sur les aspects positifs et négatifs de la kinésithérapie

3. Qu'est-ce qui vous plaît/ne vous plaît pas dans la kinésithérapie ?
4. Quel est votre meilleur/pire souvenir des séances de kinésithérapie ?

Questions spécifiques sur les facteurs de motivation

5. En général, acceptez-vous ou refusez-vous les séances de kinésithérapie ?
 - Qu'est-ce qui vous pousse/pourrait un jour vous pousser à accepter ?
 - Qu'est-ce qui vous pousse/ pourrait un jour vous pousser à refuser ?
6. Quelles sont vos attentes des séances de kinésithérapie ?
7. Qu'est-ce qui fait, selon vous, un bon/une bonne kinésithérapeute ?
8. Que pense votre entourage de la kinésithérapie et de votre prise en charge ?

Questions sur le ressenti du/de la participant.e à court et moyen terme

9. Comment vous sentez-vous, mentalement et physiquement, pendant la séance de kinésithérapie ? Et juste après la séance ?
10. Depuis le début de votre séjour, que vous a apporté, mentalement et physiquement, la kinésithérapie ?

Question conclusive

11. Avez-vous d'autres commentaires concernant vos séances de kinésithérapie ?

Figure 14 – Guide d'entretien (version 3) utilisé pour les entretiens QUALI 7 à 14 inclus

Questions introductives

1. Comment se passe votre séjour ici, à l'hôpital ? Que pensez-vous de votre prise en charge ?
2. Comment se passent vos séances de kinésithérapie ?

Questions sur les aspects positifs et négatifs de la kinésithérapie

3. Qu'est-ce qui vous plaît/ne vous plaît pas dans la kinésithérapie ?
4. Si vous pouviez choisir un exercice/une activité supplémentaire à faire lors des séances de kinésithérapie, de quoi s'agirait-il ?

Questions spécifiques sur les facteurs de motivation

5. En général, acceptez-vous ou refusez-vous les séances de kinésithérapie ?
 - Qu'est-ce qui vous pousse/pourrait un jour vous pousser à accepter ?
 - Qu'est-ce qui vous pousse/ pourrait un jour vous pousser à refuser ?
6. Quelles sont vos attentes des séances de kinésithérapie ?
7. Qu'est-ce qui fait, selon vous, un bon/une bonne kinésithérapeute ?
8. Que pense votre entourage de la kinésithérapie et de votre prise en charge ?

Questions sur le ressenti du/de la participant.e à court et moyen terme

9. Lorsqu'on vient vous chercher pour faire de la kinésithérapie, quelle est votre première réaction ?
10. Comment vous sentez-vous, mentalement et physiquement, pendant la séance de kinésithérapie ? Et juste après la séance ?
11. Depuis le début de votre séjour, que vous a apporté, mentalement et physiquement, la kinésithérapie ?

Question conclusive

12. Avez-vous d'autres commentaires concernant vos séances de kinésithérapie ?

Figure 15 – Échelle de Motivation pour les Personnes Âgées (EMPA) ⁵⁰

ACTIVITÉS RELIÉES À LA SANTÉ

En général pourquoi faites-vous les différentes activités reliées à votre santé?

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beaucoup	Exacte-ment		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi suivez-vous votre nutrition/diète?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi voyez-vous votre médecin?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES AUX BESOINS BIOLOGIQUES

En général pourquoi faites-vous les différentes activités reliées à vos besoins biologiques?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi mangez-vous?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi dormez-vous?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES AUX RELATIONS INTERPERSONNELLES

En général pourquoi avez-vous des relations avec les gens?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des relations avec les membres de votre famille?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des relations avec vos ami(e)s?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES À LA RELIGION

En général pourquoi pratiquez-vous votre religion?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi allez-vous à (ou écoutez-vous) la messe?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi priez-vous (en dehors de la messe)?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES AUX LOISIRS

En général pourquoi avez-vous des loisirs?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des loisirs de groupe (avec une autre personne ou plus)?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne- ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte- ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des loisirs personnels (seul(e))?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES À L'INFORMATION

En général pourquoi suivez-vous les nouvelles?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi suivez-vous les nouvelles du monde extérieur?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi suivez-vous les nouvelles locales (de votre centre ou de votre quartier)?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Figure 16 – Échelle de Motivation pour les Personnes Âgées (EMPA) ⁵⁰ adaptée pour cette étude

ACTIVITÉS RELIÉES À LA SANTÉ

En général pourquoi faites-vous les différentes activités reliées à votre santé?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exactement</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi suivez-vous vos séances de kinésithérapie ?

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beaucoup	Exactement		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi voyez-vous votre médecin?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES AUX BESOINS BIOLOGIQUES

En général pourquoi faites-vous les différentes activités reliées à vos besoins biologiques?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi mangez-vous?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi dormez-vous?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES AUX RELATIONS INTERPERSONNELLES

En général pourquoi avez-vous des relations avec les gens?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des relations avec les membres de votre famille?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des relations avec vos ami(e)s?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES AUX LOISIRS

En général pourquoi avez-vous des loisirs?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des loisirs de groupe (avec une autre personne ou plus)?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi avez-vous des loisirs personnels (seul(e))?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

ACTIVITÉS RELIÉES À L'INFORMATION

En général pourquoi suivez-vous les nouvelles?

	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Moyenne-ment</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Exacte-ment</u>		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi suivez-vous les nouvelles du monde extérieur?

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beaucoup	Exactement		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Pourquoi suivez-vous les nouvelles locales (de votre centre ou de votre quartier)?

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beaucoup	Exactement		
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	6	7

Figure 17 – Processus de sélection des participant-es pour les études quantitative et qualitative

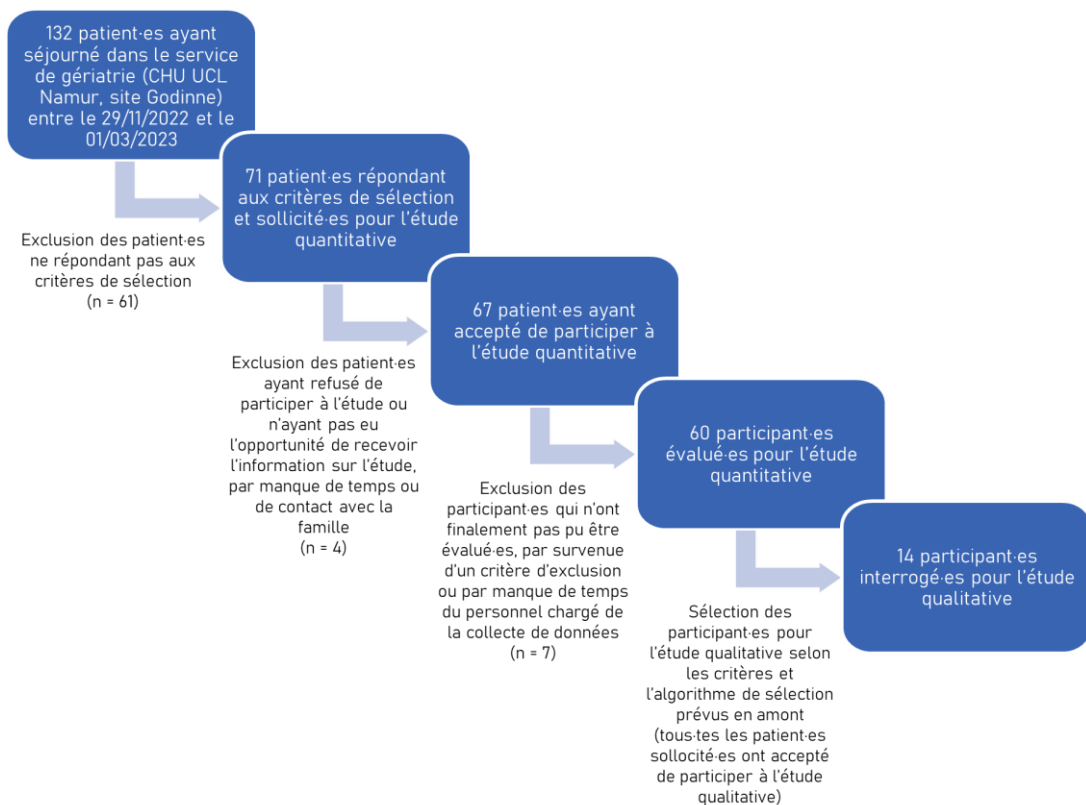


Figure 18 – Base de données quantitatives après collecte

QUANTI	Genre	Provenance	Dépendance transferts et déplacements	Longueur du séjour jusqu'à évaluation (jours)	Profil	Item															
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	22	I	4	4	2	4	4	1	3	4	3	4	3	4	4	3	3	1
2	H	Domicile	Gratuitaire	21	R	4	2	1	2	NE	1	4	4	4	4	NE	4	4	2	2	1
3	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	21	K	4	2	1	4	NE	1	2	3	4	2	1	4	1	3	2	2
4	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	16	D	1	1	1	2	1	2	2	3	2	3	2	NE	2	1	3	1
5	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	9	B	1	1	1	1	NE	2	2	2	3	1	NE	NE	2	1	2	1
6	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	8	H	1	NE	4	3	NE	2	3	NE	4	4	4	3	4	4	4	1
7	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	9	H	4	3	1	3	NE	2	3	4	2	4	3	4	4	3	NE	3
8	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	7	A	1	2	1	1	NE	3	2	4	1	1	NE	NE	3	1	1	1
9	F	MRS	Aide humaine nécessaire	14	I	3	3	2	3	NE	1	2	3	2	2	NE	3	2	3	2	2
10	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	53	D	2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	3	1	2	2	1	2
11	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	53	F	4	4	1	3	3	3	4	3	3	3	NE	3	3	3	4	2
12	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	23	L	3	2	1	4	1	2	2	4	2	1	NE	2	2	2	2	1
13	F	Domicile	Gratuitaire	13	O	4	4	NE	4	NE	2	4	4	4	4	4	4	4	4	NE	2
14	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	10	A	1	1	1	1	NE	1	2	2	1	1	2	NE	1	1	3	1
15	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	24	F	1	2	1	1	2	1	2	4	2	2	NE	NE	3	1	3	1
16	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	7	B	1	2	1	1	NE	2	3	4	1	1	NE	3	NE	3	3	1
17	H	MRS	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	D	2	4	1	4	4	3	4	4	4	3	NE	4	3	NE	1	1
18	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	6	A	2	NE	1	1	NE	1	2	4	2	1	1	NE	2	2	2	1
19	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	28	L	4	4	1	3	4	4	4	4	4	4	NE	NE	4	3	3	1
20	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	C	1	1	3	3	2	1	1	3	1	4	NE	NE	1	1	1	2
21	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	15	I	2	2	1	4	NE	1	3	2	1	3	3	NE	1	3	3	1
22	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	6	A	2	3	4	2	NE	3	4	3	2	2	4	4	3	1	2	1
23	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	6	B	2	3	3	2	3	2	2	4	2	3	NE	NE	2	1	2	1
24	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	9	G	4	4	3	3	NE	3	4	4	4	4	4	NE	4	4	3	2
25	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	19	F	1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	NE	1	1	1	1
26	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	10	B	1	1	1	3	2	1	3	4	1	NE	2	2	1	1	1	2
27	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	13	C	1	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1	NE	1	2	3	1
28	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	7	A	1	3	1	1	2	1	1	4	1	3	2	NE	1	2	3	1
29	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	17	E	3	1	1	2	3	3	2	4	3	1	2	NE	2	2	2	1
30	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	12	J	2	4	1	3	NE	2	4	4	2	4	4	NE	3	2	4	2
31	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	7	H	3	2	1	1	NE	3	4	4	3	4	4	NE	3	2	3	1
32	H	Domicile	Gratuitaire	10	N	1	3	1	1	NE	4	3	4	2	4	NE	NE	4	4	3	2
33	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	8	H	4	2	3	4	NE	3	3	4	4	4	4	NE	3	3	2	1
34	F	MRS	Autonome (avec ou sans aide technique)	10	A	1	2	1	1	1	1	1	4	1	2	2	NE	1	1	2	1
35	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	15	C	3	3	2	3	3	4	4	4	3	3	3	NE	4	3	NE	2
36	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	12	C	3	3	2	3	2	3	3	3	3	4	4	NE	3	3	3	2
37	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	32	K	2	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1	3	1
38	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	12	C	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1
39	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	21	E	3	1	1	4	3	3	3	4	3	3	1	2	NE	3	2	2
40	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	14	J	3	4	2	2	NE	2	2	3	2	4	3	4	4	3	3	2
41	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	9	A	1	3	1	2	1	1	3	3	1	3	NE	NE	4	2	4	1
42	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	19	F	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	NE	1	NE	1	2	1
43	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	21	F	2	3	2	1	1	1	1	4	1	1	2	NE	1	1	1	1
44	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	6	G	3	1	1	1	2	1	1	4	3	1	2	NE	1	2	1	1
45	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	C	2	2	1	2	1	1	2	3	2	2	2	NE	2	1	2	1
46	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	9	G	2	2	1	2	2	2	3	4	2	1	1	NE	2	2	1	1
47	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	15	I	3	3	2	2	NE	2	4	NE	3	3	NE	NE	3	3	NE	2
48	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	D	1	1	1	1	3	2	3	4	1	1	NE	1	2	2	NE	2
49	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	26	E	3	3	3	3	4	4	NE	3	4	4	4	NE	4	3	3	2
50	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	11	I	3	2	1	1	NE	2	2	3	3	3	3	NE	2	2	3	1
51	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	17	F	1	2	4	1	2	3	4	4	1	1	4	NE	4	3	NE	2
52	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	13	D	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	NE	1	1	1	1
53	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	9	A	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	2	1	2	1	2	1
54	F	Domicile	Gratuitaire	10	M	2	1	2	2	3	3	2	4	2	1	NE	4	3	2	3	2
55	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	13	C	2	1	1	2	1	1	4	2	1	1	NE	3	1	2	1	1
56	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	8	A	1	1	1	1	2	4	4	3	1	1	1	NE	2	1	2	1
57	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	7	G	3	4	3	3	NE	2	4	4	4	4	4	NE	4	3	NE	2
58	H	MRS	Gratuitaire	4	N	4	4	1	3	NE	2	3	4	4	4	2	NE	3	3	4	1
59	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	17	E	2	3	1	3	2	3	3	3	2	3	NE	4	4	2	3	1
60	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	C	2	2	1	1	NE	2	3	3	2	1	2	NE	3	2	3	1
Nombre de données manquantes						0	2	0	1	23	0	0	0	4	0	1	20	39	1	0	9
Nombre de variables						60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Pourcentage de données manquantes						0,00%	3,33%	1,67%	0,00%	38,33%	0,00%	0,00%	6,67%	0,00%	1,67%	33,33%	65,00%	1,67%	0,00%	15,00%	0,00%

NE = Non évaluable

Figure 19 – Imputation des données quantitatives manquantes

Participant-e	Item non évalué	Groupe	Moyenne du groupe	Donnée imputée
QUANTI 6	2	H	2,3	2
QUANTI 6	8	H	4	4
QUANTI 7	15	H	3,5	4
QUANTI 13	3	O	3,7*	4
QUANTI 13	15	O	3,7*	4
QUANTI 16	13	B	1,6	2
QUANTI 17	15	D	2	2
QUANTI 18	2	A	2	2
QUANTI 26	10	B	1,6	2
QUANTI 35	15	C	2,14	2
QUANTI 43	8	E	3	3
QUANTI 43	15	E	2,5	3
QUANTI 47	8	I	3	3
QUANTI 47	15	I	2,8	3
QUANTI 48	15	D	2	2
QUANTI 49	8	E	3	3
QUANTI 51	15	F	2,25	2
QUANTI 57	15	G	1,6	2

*Le groupe O ne comportant qu'une seule participante, l'imputation des données pour les items 3 et 15 n'a pas pu se faire en utilisant les moyennes du groupe. Les données manquantes ont donc été remplacées par la moyenne des scores obtenus par la participante QUANTI 13 aux dix autres items de l'EAD.

Figure 20 – Base de données quantitatives après suppression des items 5, 11 et 12 et imputation des données manquantes aux autres items

		Genre	Provenance	Dépendance transferts et déplacements	Longueur du séjour jusqu'à évaluation (jours)	Profil	Item																16
							1	2	3	4	6	7	8	9	10	13	14	15					
QUANTI	1	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	22	I	4	4	2	4	1	3	4	3	4	4	3	3			1		
QUANTI	2	H	Domicile	Grabataire	21	R	4	2	1	2	1	4	4	4	4	2	4	2			1		
QUANTI	3	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	21	K	4	2	1	4	1	2	3	4	2	1	3	2			2		
QUANTI	4	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	16	D	1	1	1	2	1	2	3	2	3	2	1	3			1		
QUANTI	5	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	9	B	1	1	1	1	2	2	3	1	1	2	1	2			1		
QUANTI	6	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	8	H	1	2	4	3	1	4	4	4	4	3	4	4			1		
QUANTI	7	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	9	H	4	3	1	3	2	3	4	2	4	4	4	3	4		3		
QUANTI	8	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	7	A	1	2	1	1	3	2	4	1	1	3	1	1			1		
QUANTI	9	F	MRS	Aide humaine nécessaire	14	I	3	3	2	3	1	2	3	2	2	2	3	2			2		
QUANTI	10	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	15	D	2	1	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2			1		
QUANTI	11	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	53	F	4	4	1	3	3	4	3	3	3	3	3	4			2		
QUANTI	12	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	23	L	3	2	1	1	1	2	4	2	1	2	2	2			1		
QUANTI	13	F	Domicile	Grabataire	13	O	4	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4			2		
QUANTI	14	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	10	A	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3			1		
QUANTI	15	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	24	F	1	2	1	1	1	2	4	2	2	3	1	3			1		
QUANTI	16	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	7	B	1	2	1	1	2	3	4	1	1	2	3	3			1		
QUANTI	17	H	MRS	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	D	2	4	1	4	3	4	4	4	3	4	3	2			1		
QUANTI	18	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	6	A	2	2	1	1	1	2	4	2	1	2	2	2			1		
QUANTI	19	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	28	L	4	4	1	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3		1		
QUANTI	20	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	C	1	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1			2		
QUANTI	21	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	15	I	2	2	1	4	1	3	2	1	3	1	3	3			1		
QUANTI	22	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	6	A	2	3	4	2	3	4	3	2	2	3	1	2			1		
QUANTI	23	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	6	B	2	3	3	2	2	2	4	2	3	2	1	2			1		
QUANTI	24	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	9	G	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3			2		
QUANTI	25	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	19	F	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1			1		
QUANTI	26	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	10	B	1	1	1	3	1	3	4	1	2	1	1	1			2		
QUANTI	27	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	13	C	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	2	3			1		
QUANTI	28	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	7	A	1	3	1	1	1	1	4	1	3	1	2	3			1		
QUANTI	29	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	17	E	3	1	1	2	3	2	4	3	1	2	2	2			1		
QUANTI	30	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	12	J	2	4	1	3	2	4	4	2	4	3	2	4			2		
QUANTI	31	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	7	H	3	2	1	1	3	4	4	3	4	3	2	3			1		
QUANTI	32	H	Domicile	Grabataire	10	N	1	3	1	1	4	3	4	2	4	4	4	3			2		
QUANTI	33	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	8	H	4	2	3	4	3	3	4	4	4	3	3	2			1		
QUANTI	34	F	MRS	Autonome (avec ou sans aide technique)	10	A	1	2	1	1	1	1	4	1	2	1	1	2			1		
QUANTI	35	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	15	C	3	3	2	3	4	4	4	3	3	4	3	2			2		
QUANTI	36	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	12	C	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3			2		
QUANTI	37	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	32	K	2	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	3			1		
QUANTI	38	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	12	C	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1			1		
QUANTI	39	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	21	E	3	1	1	4	3	3	4	3	1	3	3	2			2		
QUANTI	40	H	Domicile	Aide humaine nécessaire	14	J	3	4	2	2	3	2	2	3	4	4	3	3			2		
QUANTI	41	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	9	A	1	3	1	2	1	3	3	1	3	4	2	4			1		
QUANTI	42	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	19	F	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1			1		
QUANTI	43	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	21	E	2	3	2	0	1	1	1	3	2	1	3	3	3		1		
QUANTI	44	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	6	G	3	1	1	1	1	1	4	3	1	1	2	1			1		
QUANTI	45	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	C	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2		1		
QUANTI	46	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	9	G	2	2	1	2	2	3	4	2	1	2	2	1			1		
QUANTI	47	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	15	I	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3		2		
QUANTI	48	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	D	1	1	1	1	2	3	4	1	1	2	2	2			2		
QUANTI	49	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	26	E	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3			2		
QUANTI	50	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	11	I	3	2	1	1	2	2	3	3	3	2	2	3			1		
QUANTI	51	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	17	F	1	2	4	1	3	4	4	1	1	4	3	2			2		
QUANTI	52	H	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	13	D	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1			1		
QUANTI	53	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	9	A	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2			1		
QUANTI	54	F	Domicile	Grabataire	10	M	2	1	2	2	3	2	4	2	1	3	2	3			2		
QUANTI	55	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	13	C	2	1	1	1	1	1	4	2	1	3	1	2			1		
QUANTI	56	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	8	A	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	2			1		
QUANTI	57	F	Domicile	Aide humaine nécessaire	7	G	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	2			2		
QUANTI	58	H	MRS	Grabataire	4	N	4	4	1	3	2	3	4	4	4	3	3	4			1		
QUANTI	59	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	17	E	2	2	3	1	2	3	1	2	3	4	2	3			3		
QUANTI	60	F	Domicile	Autonome (avec ou sans aide technique)	11	C	2	2	1	1	2	3	3	2	1	3	2	3			1		
Nombre de données manquantes							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nombre de variables							60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60			
Pourcentage de données manquantes							0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%			

Figure 21 – Comparaison des résultats avant et après imputation des données pour les participant·es concerné·es

		Item												Total avant imputation	Interprétation	Total après imputation	Interprétation	Conclusion
		1	2	3	4	6	7	8	9	10	13	14	15					
QUANTI	6	1	2	4	3	1	4	4	4	4	3	4	4	32	Démotivé·e	38	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	7	4	3	1	3	2	3	4	2	4	4	3	4	33	Démotivé·e	37	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	13	4	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	37	Démotivé·e	45	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	16	1	2	1	1	2	3	4	1	1	2	3	3	22	Motivé·e	24	Motivé·e	Inchangé
QUANTI	17	2	4	1	4	3	4	4	4	3	4	3	2	36	Démotivé·e	38	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	18	2	2	1	1	1	2	4	2	1	2	2	2	20	Motivé·e	22	Motivé·e	Inchangé
QUANTI	26	1	1	1	3	1	3	4	1	2	1	1	1	18	Motivé·e	20	Motivé·e	Inchangé
QUANTI	35	3	3	2	3	4	4	4	3	3	4	3	2	36	Démotivé·e	38	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	43	2	3	2	1	1	1	3	2	1	3	3	3	19	Motivé·e	25	Motivé·e	Inchangé
QUANTI	47	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	28	Démotivé·e	34	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	48	1	1	1	1	2	3	4	1	1	2	2	2	19	Motivé·e	21	Motivé·e	Inchangé
QUANTI	49	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	37	Démotivé·e	40	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	51	1	2	4	1	3	4	4	1	1	4	3	2	28	Démotivé·e	30	Démotivé·e	Inchangé
QUANTI	57	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	2	39	Démotivé·e	41	Démotivé·e	Inchangé

Figure 22 – Moyenne, écart-type (DS), médiane et range des scores totaux obtenus à l'EAD avant et après imputation des données

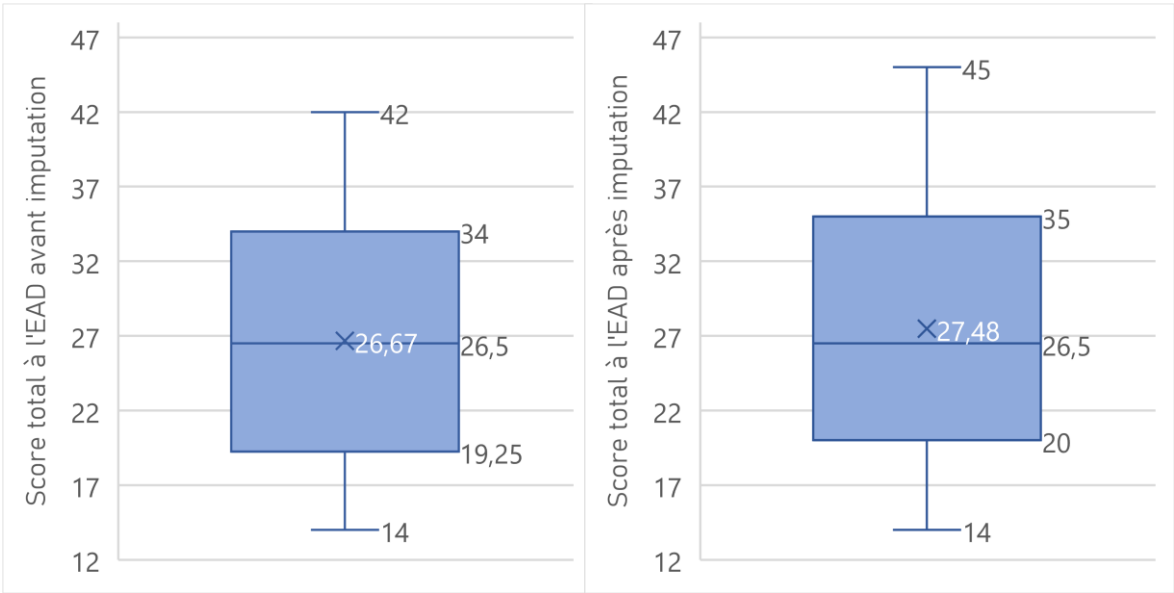


Figure 23 – Caractéristiques des participant-es à l'étude qualitative

			QUALI	QUALI
			1	2
Profil			B	C
Âge en années			76	91
Genre			H	F
Provenance			Domicie	Domicile
Années d'études depuis l'âge de 12 ans			11	6
Longueur du séjour jusqu-à l'entretien (t1) en jours	Jours		8	11
	Catégorie		Court	Moyen
Longueur totale du séjour (t2) en jours			10	23
Ratio t1/t2			0,8	0,48
Modalités de sortie			Domicile avec majoration des aides	Domicile avec majoration des aides
Médicament(s) pris quotidiennement			Prolopa, Movicol	Tradonal, Contramal, Sedistress, Xanax, Asaflow, Clopidogrel, Suvezen, Lactulose, Lyrica, Dafalgan, Novomix
Pathologie(s) principales			Chute avec séjour au sol, syndrome extrapyramidal, infection au SARS-COV2	Infection de greffe cutanée avec douleur malléolaire et déclin fonctionnel, diabète de type II, cardiopathie ischémique
SEGA	Volet A	sur 26	5	13
	Interprétation		Peu fragile	Très fragile
	Volet B	sur 22	7	10
MMSE	Score	sur 30	29	30
	Interprétation		Pas de signe de démence	Pas de signe de démence
Mini-GDS	Score	sur 4	3	4
	Interprétation		Signes de dépression	Signes de dépression
KATZ	Se laver	sur 4	2	2
	S'habiller	sur 4	2	2
	Transferts et déplacements	sur 4	2	1
		Interprétation	Autonome avec ou sans AT	Autonome avec ou sans AT
	Aller à la toilette	sur 4	1	1
	Continence	sur 4	1	3
	Manger	sur 4	1	1
EAD	Score	sur 48	18	16
	Interprétation		Non démotivé	Non démotivée
EAD (item 16)	Score	sur 4	1	1
	Interprétation		Non démotivé	Non démotivée
EMPA	Motivation intrinsèque	sur 105	69	71
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 105	85	63
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 105	35	36
	Amotivation	sur 105	30	16
EMPA (kinésithérapie)	Motivation intrinsèque	sur 7	2	6
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 7	6	6
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 7	3	4
	Amotivation	sur 7	2	1

			QUALI	QUALI
			3	4
Profil			L	A
Âge en années			89	91
Genre			H	F
Provenance			Domicile	Domicile
Années d'études depuis l'âge de 12 ans			11	5
Longueur du séjour jusqu'à l'entretien (t1) en jours	Jours		23	7
	Catégorie		Long	Court
Longueur totale du séjour (t2) en jours			36	22
Ratio t1/t2			0,64	0,32
Modalités de sortie			Domicile sans majoration des aides	Domicile avec majoration des aides
Médicament(s) pris quotidiennement			Combodart, Ciprofloxacine, Steovit, Movicol, Micardis	Bisoprolol, Burinex, Cordarone, Eliquis, Entresto, Forxiga, Movicol, Spironolactone, Zinnat, Temesta, Sedistress
Pathologie(s) principales			Chute avec séjour au sol dans un contexte de prostatite avec rétention urinaire, myélodysplasie de novo	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite décompensée, insuffisance rénale pré-rénale, pyélonéphrite aiguë à E. Coli, diabète de type II
SEGA	Volet A	sur 26	6	6
	Interprétation		Peu fragile	Peu fragile
	Volet B	sur 22	9	6
MMSE	Score	sur 30	25	26
	Interprétation		Pas de signe de démence	Pas de signe de démence
Mini-GDS	Score	sur 4	0	2
	Interprétation		Pas de signe de dépression	Signes de dépression
KATZ	Se laver	sur 4	3	2
	S'habiller	sur 4	3	2
	Transferts et déplacements	sur 4	3	1
		Interprétation	Aide humaine nécessaire	Autonome avec ou sans AT
	Aller à la toilette	sur 4	3	1
	Continence	sur 4	1	1
	Manger	sur 4	1	1
EAD	Score	sur 48	23	21
	Interprétation		Non démotivé	Non démotivée
EAD (item 16)	Score	sur 4	1	1
	Interprétation		Non démotivé	Non démotivée
EMPA	Motivation intrinsèque	sur 105	73	76
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 105	82	79
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 105	58	66
	Amotivation	sur 105	42	43
EMPA (kinésithérapie)	Motivation intrinsèque	sur 7	4	4
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 7	6	5
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 7	5	7
	Amotivation	sur 7	2	6

			QUALI	QUALI
			5	6
Profil			D	I
Âge en années			86	83
Genre			H	F
Provenance			Domicile	MRS
Années d'études depuis l'âge de 12 ans			0	4
Longueur du séjour jusqu'à l'entretien (t1) en jours	Jours		15	14
	Catégorie		Moyen	Moyen
Longueur totale du séjour (t2) en jours			31	15
Ratio t1/t2			0,48	0,93
Modalités de sortie			MRS	MRS
Médicament(s) pris quotidiennement			Bisoprolol, Circadin, Coversyl, Eliquis, Dafalgan, Movicol, Sedistress, Burinex, Oxygénothérapie	Tradonal, Cordarone, Paracétamol, Zolpidem, Trazodone, Amlodipine, Tardyferon, Perindopril, Esomepazol, Furosémide, Thealoz, Xailin, Fultivit, Cystine
Pathologie(s) principales			Épanchement pleural de novo, cardiopathie mixte décompensée	Anémie hémolytique chronique, douleurs de la jambe gauche post chute, insuffisance respiratoire hypoxémique
SEGA	Volet A	sur 26	11	16
	Interprétation		Fragile	Très fragile
	Volet B	sur 22	10	12
MMSE	Score	sur 30	25	24
	Interprétation		Pas de signe de démence	Pas de signe de démence
Mini-GDS	Score	sur 4	2	1
	Interprétation		Signes de dépression	Pas de signe de dépression
KATZ	Se laver	sur 4	4	4
	S'habiller	sur 4	4	4
	Transferts et déplacements	sur 4	1	3
		Interprétation	Autonome avec ou sans AT	Aide humaine nécessaire
	Aller à la toilette	sur 4	1	3
	Continence	sur 4	1	1
	Manger	sur 4	1	1
EAD	Score	sur 48	19	28
	Interprétation		Non démotivé	Démotivée
EAD (item 16)	Score	sur 4	1	2
	Interprétation		Non démotivé	Démotivée
EMPA	Motivation intrinsèque	sur 105	60	74
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 105	73	75
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 105	59	42
	Amotivation	sur 105	15	16
EMPA (kinésithérapie)	Motivation intrinsèque	sur 7	1	3
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 7	5	7
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 7	2	7
	Amotivation	sur 7	1	1

			QUALI	QUALI
			7	8
Profil			A	F
Âge en années			89	90
Genre			F	H
Provenance			Domicile	Domicile
Années d'études depuis l'âge de 12 ans			2	0
Longueur du séjour jusqu'à l'entretien (t1) en jours	Jours		9	17
	Catégorie		Court	Long
Longueur totale du séjour (t2) en jours			12	18
Ratio t1/t2			0,75	0,94
Modalités de sortie			Domicile sans majoration des aides	Domicile avec majoration des aides
Médicament(s) pris quotidiennement			Jardiance, Spironolactone, Olmésartan, Atorvastatine, Zolpidem, Burinex	Bisoprolol, Burinex, Cordarone, Atacand, Forxiga, Pramipexole, Trazodone, Sedistress, L-Thyroxine, Pantomed, Spironolactone, Eliquis, Ferrodyn, Movicol, Paracetamol
Pathologie(s) principales			Décompensation cardiaque congestive, récurrence de sténose aortique, insuffisance rénale chronique, hyponatrémie	Hypokaliémie sévère, insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diarrhées chroniques, anémie arégénérative, HTA, diabète de type II
SEGA	Volet A	sur 26	7	7
	Interprétation		Peu fragile	Peu fragile
	Volet B	sur 22	7	3
MMSE	Score	sur 30	25	24
	Interprétation		Pas de signe de démence	Pas de signe de démence
Mini-GDS	Score	sur 4	1	0
	Interprétation		Pas de signe de dépression	Pas de signe de dépression
KATZ	Se laver	sur 4	1	2
	S'habiller	sur 4	1	1
	Transferts et déplacements	sur 4	1	1
		Interprétation	Autonome avec ou sans AT	Autonome avec ou sans AT
	Aller à la toilette	sur 4	1	1
	Continence	sur 4	2	1
	Manger	sur 4	1	1
EAD	Score	sur 48	18	28
	Interprétation		Non démotivée	Démotivé
EAD (item 16)	Score	sur 4	2	1
	Interprétation		Démotivée	Non démotivé
EMPA	Motivation intrinsèque	sur 105	72	68
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 105	75	60
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 105	47	62
	Amotivation	sur 105	27	27
EMPA (kinésithérapie)	Motivation intrinsèque	sur 7	4	4
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 7	6	6
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 7	4	4
	Amotivation	sur 7	2	1

			QUALI	QUALI
			9	10
Profil			K	R
Âge en années			78	79
Genre			F	H
Provenance			Domicile	Domicile
Années d'études depuis l'âge de 12 ans			6	4
Longueur du séjour jusqu'à l'entretien (t1) en jours	Jours		27	21
	Catégorie		Long	Long
Longueur totale du séjour (t2) en jours			43	34
Ratio t1/t2			0,63	0,62
Modalités de sortie			Décès	Domicile sans majoration des aides
Médicament(s) pris quotidiennement			Circadin, Dafalgan, Dalactin, Eliquis, Furosemide, Lactulose, Laxoberon, Lendormin, Lyrica, Sedistress, Zanidip, Clexane	Eliquis, Furosemide, Cordarone, Paracétamol, Magnetop, Asaflow, Ezetimibe, Lipitor, Halcion, Pantoprazole
Pathologie(s) principales			Polyneuropathie avec syndrome inflammatoire biologique, ATCD de fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque, canal lombaire étroit	Déclin fonctionnel majeur, choc hémorragique sur hémorragie digestive basse, insuffisance rénale chronique, remplacement de valve aortique, amyloidose cardiaque, cytolysé hépatique
SEGA	Volet A	sur 26	13	15
	Interprétation		Très fragile	Très fragile
	Volet B	sur 22	4	4
MMSE	Score	sur 30	24	18
	Interprétation		Pas de signe de démence	Pas de signe de démence
Mini-GDS	Score	sur 4	0	0
	Interprétation		Pas de signe de dépression	Pas de signe de dépression
KATZ	Se laver	sur 4	2	4
	S'habiller	sur 4	4	4
	Transferts et déplacements	sur 4	3	4
		Interprétation	Aide humaine nécessaire	Grabataire
	Aller à la toilette	sur 4	4	4
	Continence	sur 4	2	2
	Manger	sur 4	1	1
EAD	Score	sur 60	18	34
	Interprétation		Non démotivée	Démotivé
EAD (item 16)	Score	sur 4	1	2
	Interprétation		Non démotivée	Démotivé
EMPA	Motivation intrinsèque	sur 105	64	49
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 105	56	75
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 105	46	42
	Amotivation	sur 105	23	23
EMPA (kinésithérapie)	Motivation intrinsèque	sur 7	2	1
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 7	7	7
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 7	6	6
	Amotivation	sur 7	1	1

			QUALI	QUALI
			11	12
Profil			G	M
Âge en années			86	94
Genre			F	F
Provenance			Domicile	Domicile
Années d'études depuis l'âge de 12 ans			8	2
Longueur du séjour jusqu'à l'entretien (t1) en jours	Jours		10	6
	Catégorie		Court	Court
Longueur totale du séjour (t2) en jours			19	22
Ratio t1/t2			0,53	0,27
Modalités de sortie			Décès	Domicile sans majoration des aides
Médicament(s) pris quotidiennement			Amlor, Burinex, Asaflow, Dafalgan, Lipitor, Mirapexin, Movicol, Pantomed, Moxonidine, Zylonic	Bisoprolol, Steovit, Forzaten, Hydrocortisone, Cellcept, Eliquis, Omnibionta
Pathologie(s) principales			Cardiomyopathie, Insuffisance rénale aigue, diabète de type II, obésité morbide	Pemphigoïde bulleuse, HTA, fibrillation auriculaire, insuffisance rénale chronique, HTA, sténose aortique
SEGA	Volet A	sur 26	7	11
	Interprétation		Peu fragile	Peu fragile
	Volet B	sur 22	4	6
MMSE	Score	sur 30	27	25
	Interprétation		Pas de signe de démence	Pas de signe de démence
Mini-GDS	Score	sur 4	0	0
	Interprétation		Pas de signe de dépression	Pas de signe de dépression
KATZ	Se laver	sur 4	3	4
	S'habiller	sur 4	3	4
	Transferts et déplacements	sur 4	3	4
		Interprétation	Aide humaine nécessaire	Grabataire
	Aller à la toilette	sur 4	4	3
	Continence	sur 4	1	1
	Manger	sur 4	1	1
EAD	Score	sur 60	20	27
	Interprétation		Non démotivée	Non démotivé
EAD (item 16)	Score	sur 4	1	2
	Interprétation		Non démotivée	Démotivé
EMPA	Motivation intrinsèque	sur 105	71	70
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 105	65	70
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 105	35	69
	Amotivation	sur 105	18	15
EMPA (kinésithérapie)	Motivation intrinsèque	sur 7	2	5
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 7	4	5
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 7	5	5
	Amotivation	sur 7	1	1

			QUALI	QUALI
			13	14
Profil			N	H
Âge en années			79	86
Genre			H	H
Provenance			MRS	Domicile
Années d'études depuis l'âge de 12 ans			13	2
Longueur du séjour jusqu'à l'entretien (t1) en jours	Jours		5	8
	Catégorie		Court	Court
Longueur totale du séjour (t2) en jours			26	30
Ratio t1/t2			0,19	0,27
Modalités de sortie			MRS	Domicile avec majoration des aides
Médicament(s) pris quotidiennement			Ciproxine, Pantomed, Steovit, Folavit, Tamsulosine, Dafalgan, Temgesic, Lactulose, Laxoberon	Eliquis, Lyrica, Hygroton, Spironolactone, Burinex, Loramet, Trazodone, Omeprazole, Movicol, Laxoberon
Pathologie(s) principales			Syndrome confusionnel aigu, chutes à répétition, anémie normocytaire, bactériémie à E. Coli	Décompensation cardiaque congestive, insuffisance rénale chronique, important déclin fonctionnel, infection urinaire basse, fibrillation auriculaire, HTA, anémie normocytaire hyporégénérative, remplacement de valve aortique
SEGA	Volet A	sur 26	17	13
	Interprétation		Très fragile	Très fragile
	Volet B	sur 22	6	7
MMSE	Score	sur 30	28	20
	Interprétation		Pas de signe de démence	Signes de démence
Mini-GDS	Score	sur 4	2	2
	Interprétation		Signes de dépression	Signes de dépression
KATZ	Se laver	sur 4	4	2
	S'habiller	sur 4	4	4
	Transferts et déplacements	sur 4	4	3
		Interprétation	Grabataire	Aide humaine nécessaire
	Aller à la toilette	sur 4	4	4
	Continence	sur 4	2	2
	Manger	sur 4	1	1
EAD	Score	sur 60	39	35
	Interprétation		Démotivé	Démotivé
EAD (item 16)	Score	sur 4	1	2
	Interprétation		Non démotivé	Démotivé
EMPA	Motivation intrinsèque	sur 105	52	48
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 105	81	74
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 105	47	50
	Amotivation	sur 105	15	15
EMPA (kinésithérapie)	Motivation intrinsèque	sur 7	1	1
	Motivation extrinsèque - identifiée	sur 7	6	7
	Motivation extrinsèque - régulation externe	sur 7	3	4
	Amotivation	sur 7	1	1

Tableau 1 – Le besoin d'autonomie et d'indépendance et les extraits s'y rapportant

Besoin d'autonomie et d'indépendance
Le deuil de l'indépendance
« Mais je les admire hein, je vous admire, que vous avez encore... l'avantage de marcher, courir, d'aller, de venir... J'ai fait pareil. Et on ne s'imagine pas qu'un jour tu vas aller te coller ton cul dans le fauteuil ! Ça, ça... c'est... c'est dur à accepter. Il y a de la révolte, quelque part. Tu comprends ce que je veux dire ? Parce que... parce que tu trouves que... que c'est pas juste. C'est juste pour tout le monde, hein. Tout le monde y passe, tout le monde... d'une façon ou d'une autre, mais tout le monde a quelque chose... C'est... c'est normal, quoi. Mais, tu... tu n'y penses pas, jamais... Jamais on ne pense à sa retraite, hein, madame... et à après... jamais, jamais, jamais... Jamais ! (...) Mais... tu... tu te sens diminuée, comme ça, c'est... pas d'un coup, parce que y a quatorze ans que j'ai été opérée du cœur. Et là, ça a quand même... ça a quand même... diminué. C'est comme les soldes, cinquante pour cent ! (...) Pas facile. Pas facile du tout... Surtout quand on a... quand on a été indépendante, un peu toute sa vie... (...) Faut accepter. Et c'est ça qui est difficile... Difficile. Mais enfin, j'avais une sœur plus âgée, et une plus jeune. Et ma sœur aînée, qui était huit ans plus âgée que moi, quand j'allais lui rendre visite... (...) Elle me disait "Comme on devient", qu'elle me disait. Je ne comprenais pas la... la profondeur de ce qu'elle me disait. Elle, elle sentait... elle se sentait diminuée à cent pour cent. Moi, je ne comprenais... je savais bien qu'elle ne faisait plus rien. Pas que je trouvais ça normal, mais... mais je... je ne l'ai pas bien compris. Maintenant, oui. » (QUALI 7)
« Je n'aime pas de commander les autres et de... de... de devoir dépendre des autres, moi. (...) On se sent diminué. » (QUALI 14)
« Oh, parce que j'aime pas de dépendre des gens. (...) J'ai toujours fait toute seule et... » (QUALI 6)
Satisfaction du besoin d'autonomie et d'indépendance : le sentiment d'autonomie
« Pendant la séance de kiné, ici, ce matin, par exemple, qu'est-ce qui vous a plu ? (...) Bien justement, qu'on sent que c'est fait pour aider à revalider. Et ça, pour moi, c'est important. Tout en ne brimant pas, tout en ne... pesant pas sur le patient. (...) Justement de pouvoir avoir une indépendance. » (QUALI 11)
« Là je... j'ai fait un deal, je dis "Je veux bien aller une heure... et demie, dans le fauteuil, mais je retourne dans mon lit à un certain moment", je dis. Alors, oui, les kinés, elles le savent. Ou bien elles me font la kiné, et puis elles disent "Qu'est-ce qu'on fait, monsieur Robert ? On vous remet au lit ou on vous remet dans fauteuil ?". (...) Elles me ramènent ici, ça c'est un deal, parce qu'avant on me laissait ici très longtemps (en parlant du fauteuil). C'est un deal, je dis "Quand je reviens, je suis dans mon lit". Et ça, elles le font, elles sont... Parce que je dis "Il faut pas me dire, euh... qu'on va me mettre là, j'ai fini, j'ai fait ce que j'avais à faire, je retourne dans mon lit". » (QUALI 10)
Frustration du besoin d'autonomie et d'indépendance : le sentiment de contrôle
« Parce que j'ai eu... l'indépendance. Et ça, pour moi, c'est important (...) C'est pouvoir être autonome... envers et contre tout. Avec la guidance, bien-sûr, mais être autonome. (...) Ça ne doit pas être l'indépendance à travers tout... Qu'il faut que le patient garde son indépendance et qu'il fasse ce qu'on lui dit, mais avec cette... ce recul, qu'il doit avoir. Sinon, il est infantilisé, et ça je trouve que ça n'est pas... ça n'est pas très agréable pour le patient. (...) Justement, où on... on les brime. On leur fait faire des choses, et c'est comme ça, et pas autrement. Dans certaines séances. (...) Ça me dérange, parce que je trouve que on... on arrête justement cette indépendance. Et qu'on ne la laisse pas vivre en toute tranquillité. » (QUALI 11)
« Y en a une aujourd'hui qui m'a obligée à aller à la salle de bain, alors que je ne sais pas marcher jusque là... (...) Et elle m'a obligée... "Bah on va prendre la chaise", et... elle m'a roulée jusque là... enfin bref. Et... ça m'a pas fait du bien. Ah, non. (...) C'est comme, celle qui m'a obligé à aller dans la salle de bain. Je lui aurais jeté ma main dans sa figure, hein. Pourtant, je suis pas méchante, hein ! Mais c'est son genre là, hein. "Et vous ferez bien ceci, vous ferez bien cela", et... je demanderais pas mieux, hein, moi. (...) Pas me forcer à faire ce que je ne sais pas... Si je le dis, c'est que je ne sais pas. C'est pas de la mauvaise volonté, c'est que... Je veux bien essayer, mais il faut pas m'obliger. Je ne demande pas mieux, moi, hein, de courir comme un lapin. » (QUALI 6)

« Faut pas être autoritaire, il faut... Faut dire “Allez, Madame, essayons”. Vous n’avez pas à dire “Vous allez faire ça”. (...) J’ai jamais donné d’ordre et j’aime pas qu’on m’en donne. (...) Bah c’est pour mon bien, pour autant qu’on... que je dise “Je saurais pas, je saurais plus...” qu’on m’écoute au moins. J’ai jamais été une fille désobéissante, mais... si je dis “Je sais pas”, c’est que je sais pas. Ou je sais plus, du moins... » (QUALI 6)
« Il n’avait pas besoin d’emmener le bâton sans le dire ! Il est venu le prendre dans le coin, oui mais moi, s’il n’y est plus... si je dois le rendre, il est où ?! (...) C’est ça que j’ai pas apprécié. (...) Il n’avait qu’à dire “Madame, vous n’employez plus, je vous mets la... la trottinette, là, à la place...” Qu’il me parle ! Mais pas venir le chercher comme un voleur. Non, je n’ai pas apprécié. Mais pas du tout. Je vous le dis. Il m’a énervée. (...) Mais... c’est cette histoire de bâton qui ne m’a pas plu. Chez moi, on... on parle. On dit. S’il m’avait dit “Je vous mets ça, je prends votre bâton...” c’était bien, je... mais là, il m’a foutu les pattes en l’air, là, hein... C’est comme ça. (...) Il n’avait qu’à me dire “Écoutez, vous n’avez plus besoin de votre bâton, on en a besoin, je l’emmène” ! Mais, pas emmener comme ça. » (QUALI 7)
« Il a communiqué pour te persuader d’y aller... mais pas pour, euh... je ne sais pas, c’est... <i>Est-ce que vous trouvez que... est-ce que vous trouvez que, quelque part, on essaie de vous manipuler un petit peu pour aller faire de la kiné ?</i> Oui. (...) Y a trop de bla-bla. Ou t’y vas, ou tu n’y vas pas, mais... On sait bien que ça fait du bien, on le sait bien... (...) Et puis, euh... je n’ai pas beaucoup aimé de ce garçon-là... il vient te faire du bla-bla avec ses... ses gentillesse et ces machins... Et puis si y a moyen de... non, de... de... d’avoir un... un autre comportement, il l’a, quoi ! Non ! Ou tu l’as, ou tu ne l’as pas, ton comportement. Ou t’es aimable, ou tu ne l’es pas, hein, mais... faut pas venir faire du bla-bla pour t’attirer chez le... chez le kiné... (...) Ah mais il fait bla-bla, hein... Attention, hein, il est flatteur, hein, mais... mais il ne l’est pas ! C’est du cinéma ! Et ça moi je n’admets pas. Moi, juste, c’est juste. » (QUALI 7)
Frustration du besoin d’autonomie et d’indépendance : le sentiment de dépendance
« <i>Qu’est-ce que ça vous a fait de vous dire que vous étiez encore capable de vous mettre debout ? Avec de l’aide, certes...</i> Mais c’est pas ça, se mettre debout, madame. (...) Parce qu’on me tenait, on... on me suspendait ! (...) Bah, je me disais “Ben, c’est réussi”, quoi. Mais c’est pas réussi grâce à moi, c’est grâce à eux. » (QUALI 13)
« Il y a une manière de s’adresser aux personnes, en disant “Ma petite dame”, “Mon petit monsieur”, euh... On a l’air de les protéger outre mesure, et de ne pas leur laisser leur indépendance. Je trouve que c’est un petit peu dommage. Et on ne fait pas assez pour eux, dans certaines maisons de repos. En ce sens qu’on ne donne pas d’indépendance, qu’on ne fait pas d’activité pour eux... Là où je vais, où je suis allée en revalidation, là on avait des activités pour les patients, euh... Par exemple, je crois que je l’ai dit hier, lire le journal. Je trouve important qu’on laisse les gens dans le milieu où ils doivent être normalement, et qu’ils aient encore un contact avec l’extérieur. Parce que sinon, ils décrochent tout à fait, et je trouve que ça les rend, oui... vulnérable, quelque part. (...) L’indépendance, pour moi, ce sont des activités justement culturelles, récréatives aussi. Parce qu’il arrive un moment où on est moins dispo pour recevoir certaines activités qui sont moins récréatives. Et à ce moment-là je trouve que ça rend, euh... soumis, un petit peu. Oui. » (QUALI 11)

Tableau 2 – Le besoin de compétence et les extraits s'y rapportant

Besoin de compétence
Satisfaction du besoin de compétence
« Ah oui, oui, oui, oui... on voyait l'évolution, oui. Ah oui après... après trois-quatre séances, on voyait bien... je voyais bien que ça allait de mieux en mieux. (...) Et ben déjà, rien qu'en traversant les petites lattes. La première fois, j'en avais accroché deux, je crois, oui. Je... Normalement on ne peut pas, on ne peut pas les toucher, hein ! Et puis alors après je suis passé... oh je passais... sans en toucher une, hein. Pour vous dire la différence. (...) Y avait un... y avait un mieux, y avait un mieux, oui... » (QUALI 8)
« (En parlant de l'état d'esprit après la séance) <i>Et donc fatigué, mais satisfait ? On pourrait dire ça comme ça ?</i> Oui, oui. Oui parce que je suis fier... je suis fier de... de montrer... (commence à pleurer) (...) Je suis fier de montrer que je peux marcher. » (QUALI 10)
« On se sent souvent mieux que... qu'en commençant. (...) Parce que on... on a développé certaines facultés que... qui étaient un petit peu endormies, et cetera. Et on a... et surtout si on voit un progrès. » (QUALI 1)
« Aujourd'hui, j'ai fait tous les exercices possibles, et ils ont tous bien réussi. (...) Y compris, monter les marches. Donc c'est parfait. <i>Ouais, comment ça vous fait vous sentir alors quand ça va bien comme ça ?</i> Ah mais je me sens bien, et j'ai envie de... de continuer. (...) Le fait de... d'avoir bien réalisé l'exercice, et bien ça me fait du bien. » (QUALI 4)
« <i>Et comment c'était pour vous, alors, d'avoir votre fille qui est venue vous voir et vous filmer pendant la séance ?</i> Ah. J'étais fier, hein. (...) Je lui ai dit "Tu viens avec, hein". » (QUALI 10)
« <i>Et la séance de kiné, ça vous... ça vous a plu ? Ou pas tellement ?</i> Si. (...) (en pleurant) Je pensais que ça n'irait pas comme ça. <i>Ça, c'est une bonne chose, c'est une bonne nouvelle (sourire). Ça redonne un petit peu l'espoir ?</i> Dans un sens, oui. » (QUALI 14)
« Et alors, euh... les... vous savez, ce sont deux... deux machins, comme ça, là... Il faut que je me mette debout, que je tienne... comme des rampes, là... <i>Les deux barres ?</i> Les deux barres, oui. (...) Ça, ça... j'aime bien, ça. (...) Parce que ça, c'est... Je marche bien en tenant les deux barres, quoi. » (QUALI 12)
« Quand j'ai fait les... les... les dix mètres de long, là, euh... à la barre... Et ce qui est très bien, c'est de pouvoir se dire, je me suis posé la question, d'ailleurs, pouvoir se dire "Je sais marcher". D'abord, je croyais qu'il y avait un système électrique là-dedans, qui aidait... Non. Les barres, ce sont des barres fixes, et ce qui veut dire que c'est moi qui décide d'avancer et que je marche. » (QUALI 10)
« Parfois, je me dis "Ah j'ai quand même su faire ça... grâce à la kiné", vous voyez ? Ah oui, tout n'est pas négatif, hein ! » (QUALI 6)
« Moi, j'ai... j'ai la capacité, parce que c'est ce qu'elles disent... "Vous avez la force dans la jambe malgré tout", puisque je sais... avec ma jambe, je sais marcher, disons dix mètres, et puis revenir de nouveau, ça fait vingt mètres, mais je sais le faire ! » (QUALI 10)
« Je trouve que je marche mieux. Je suis... je suis plus sûre de moi. » (QUALI 12)
« Mais oui, je trouve ça formidable ! Maintenant, elle a déjà trouvé ça (en montrant son déambulateur) pour savoir sortir de... de... ma chose là, tranquille, pour ne plus devoir faire des tout petits pieds... Ça va beaucoup plus vite là. » (QUALI 10)
« Ah oui, ça va mieux, hein, ça, oui. Je sais quand même lever mes jambes, je sais quand même marcher... Bah, pas toute seule, mais quand même, je sais marcher. Mais pas encore bien parce qu'on... mais oui. Tout le monde me dit que je vais quand même beaucoup mieux. <i>Et ça, vous le sentez aussi vous-même ?</i> Bah oui, quand même. Je sais me lever, maintenant... maintenant, le matin, je sais pas faire ce que je fais maintenant, par exemple. Je sais me lever mes fesses pour me mettre au lit, le matin je ne sais pas le faire. Bah, pas encore en tout cas. Mais l'avantage, c'est que dans mon lit je sais bouger mes jambes, tu vois ? » (QUALI 9)

« J'ai été deux fois marcher dans le couloir. Ça, c'était hier matin, dans la matinée. Ah oui, deux fois (sourire) ! (...) Alors, c'est... c'était hier qu'on a monté l'escalier, là. Oh, y avait... je sais pas combien de marches y avait, pour aller au-dessus, hein... (...) Elle n'en revenait pas, quoi, que je montais si vite. (...) Ah oui, j'aime bien, j'aime bien... Quand je vois que ça ne me fatigue pas, mais j'y vais. (rire) Malgré mes nonante ans. » (QUALI 8)
« Positif parce que... elles vous donnent un... un but. Elles vous donnent, euh... une façon de pouvoir dire, euh... ça, elles... elles ont réussi à faire ça. Elles réussissent à faire des choses que, hein, au départ, je n'aurais pas fait. » (QUALI 10)
« Je dis "Tiens, comme elle me l'explique là, c'est pas tellement... tellement dur" (rire). (...) Je trouvais que c'était trop léger, je dis "Rajoutez, rajoutez deux kilos" alors elle trouvait... "Vous arrivez ?", "Ah, bah, oui..." » (QUALI 8)
« Tirer... tirer... de plus en plus, de plus en plus lourd... Il n'en revenait pas ! (rire) » (QUALI 5)
« Aujourd'hui, ça a été très bien parce que j'étais en forme. <i>C'est plus gai quand même quand vous êtes en forme, alors ?</i> Bien-sûr. » (QUALI 4)
Frustration du besoin de compétence : le sentiment d'inefficacité
« Je prends conscience que ça ne va plus comme avant. Mais même le kiné, même... c'est... On dirait que c'est pas suffisant, tu vois, pour... pour... pour redevenir comme avant. Mais ça tu ne reviendras plus, ça, comme avant. C'est pas vrai, ça. Non. » (QUALI 7)
« Ah oui, d'accord. Mais disons que j'en ai ras-le-bol d'être ici. Donc, conclusion, j'en ai marre. Et je... pour moi je veux dire, c'est pas assez... tu vois ? (...) Ben je voudrais bien avoir... des jambes et partir... Mais elle m'a dit que c'était pas pour demain. Donc, enfin. On sait pas. Ça, c'est... Personne peut dire quand je vais remarcher. Ça peut aller vite comme ça peut être doucement. » (QUALI 9)
« Je crois que je devais déjà être content que ça ne s'aggravait pas au point de vue, euh... vraiment physique, encore que ce soit la limite. Mais mon kiné reconnaissait qu'il faisait pas de miracles non plus. C'est évident. (...) Étant donnée ma situation, que ça m'aidait quand même à... à passer les journées. (...) Bah, je savais que le kiné allait venir et que... si ça pouvait encore me soulager un peu, bah... ce serait ça de gagné jusqu'à la prochaine séance. <i>Et ça marchait, ça, pour vous ? Ça vous soulageait quand même ?</i> Pfff... Disons, si ça ne me soulageait pas, ça... ça me permettait de... de ne pas aggraver ma situation. C'est ainsi que je l'ai senti. » (QUALI 13)
« Boh, gai... je ne peux pas dire que c'était embêtant mais bon, c'est... il me semble que c'était peu efficace pour, euh... pour des séances de kiné au fond. » (QUALI 1)
« Mais disons que je suis pas contente que je ne marche pas encore, mais ça... ça là, disons que y a personne qui sait m'aider à ce sujet-là. (...) Ah, bien sûr, toutes contentes, à chaque fois, elles me disent "C'est bien". C'est mieux que le jour avant mais bon, euh... (...) <i>Et qu'est-ce que ça vous fait ça ? Parce que, du coup, vous vous rendez compte qu'il y a quand même des choses qui vont mieux qu'avant.</i> (...) Ah oui, d'accord. Mais disons que j'en ai ras-le-bol d'être ici. Donc, conclusion, j'en ai marre. » (QUALI 9)

Tableau 3 – Le besoin de sécurité et les extraits s'y rapportant

Besoin d'affiliation : le besoin de sécurité
Frein à la kinésithérapie : la peur
« Maintenant... c'est peut-être parce que j'ai peur, c'est peut-être parce que je suis pas rassuré, c'est peut-être que je ne... (...) C'est possible qu'intérieur à moi-même, hein, c'est... c'est quelque chose qui me donne peur... » (QUALI 10)
« Je me force parce que je me dis "C'est pour ma guérison, c'est pour que je me débrouille à nouveau toute seule, du moins avec le Cadeo", mais... j'ai encore peur. (...) Peur de tomber. » (QUALI 6)
« Mais j'ai pas de confiance, en moi, encore maintenant, parce que je sais pas marcher. » (QUALI 9)
« Je ne vais pas dans le couloir parce que ma fille m'a dit "N'y va pas, y a trop de malades, tu vas attraper des microbes", qu'elle m'a dit (rire). (...) Mais ici, où est-ce que tu veux aller ? Elle me dit "Y a le COVID dans le couloir, va pas aller attraper le COVID, hein !" » (QUALI 7)
« Faut que je me tienne, et... puis j'ai peur aussi de retomber. Il faut toujours que je sache à quoi m'accrocher ¹ . » (QUALI 6)
« Mais autrement, honnêtement, je n'ai pas confiance. (...) Eh bien parce que, parce que... [le kiné à domicile eu auparavant] que j'ai eu, il... il n'était pas à la hauteur. » (QUALI 7)
Satisfaction du besoin de sécurité : l'accompagnement
« Et vous arrivez quand même à vaincre cette peur de tomber, alors ? Pour faire quand même de la kiné ? Oui, oui, parce que je me dis "Elles sont là, hein. Si ça va pas, elles vont me ramasser ou elles vont me tenir" (rire). Une sécurité, quand même, hein... » (QUALI 6)
« Ben, j'ai pas... non parce que j'ai deux infirmières à côté de moi. Autrement, disons que je serais toute seule pour marcher, je crois que je ne saurais pas. (...) Ben, je sais pas pourquoi, mais bon, soit, euh... je suis contente qu'elles sont là, et je me sens plus en sécurité. » (QUALI 9)
« Et les kinés sont derrière... à côté de moi, parce qu'il faut, je suis pas confiante. » (QUALI 9)
« Bah, bon ou... bonne kiné, bah, c'est quelqu'un qui donne les leçons qu'il faut. Et il vous... et qui doit... vous surveiller. (...) Bah qu'elle reste... qu'elle reste près de moi ou bien près qu'elle va au tableau et qu'elle revient près de moi, mais... » (QUALI 5)
« En me tenant au lit, ou bien comment il m'a expliqué... Il m'a expliqué la position que je devais faire et les gestes que je devais faire en me... mais en disant toujours, euh... "tenez-vous à quelque chose s'il vous arrive, euh..." (...) Par sécurité. » (QUALI 1)
« Les kinés, elles sont presque toujours là derrière moi. » (QUALI 10)
« En ayant bien soin d'avoir la sonnette pas trop loin, si en cas. (...) C'est une sécurité ça, hein. » (QUALI 6)
« Bah, si elle connaissent leurs.. leurs clients, elles... elles voient quand même comment ils évoluent. Elles sont pas bêtes parce qu'elles prennent d'abord ta tension, voir si tes... t'as pas des chutes de tension quand tu... Hein, parce que c'est quand même, euh... un sport quand même... hein, donc, euh... non, non, c'est bien. (...) Et puis il faut reconnaître, y a deux machines donc elles savent prendre que deux personnes à la fois. Vous êtes contente de ça ? Oui, très bien. » (QUALI 9)
« Qu'est-ce qui vous plaît chez les kinés ? Ben, ils sont... l'accueil. L'accueil, une chaise, euh... repos, euh... » (QUALI 7)

¹ Texte original : « Il faut toujours que je sache à quoi me racher. »

Tableau 4 – Le besoin de respect des limites et les extraits s’y rapportant

Besoin d’affiliation : le besoin de respect des limites
« Ben, euh... quelqu’un qui... qui vous fait travailler, mais pas trop, quoi. Pas... pas exagérer. Je crois, hein, c’est... » (QUALI 14)
« Qu’elle fasse attention enfin... (...) À la forme du... du patient. » (QUALI 4)
« Au lieu de le... de le forcer à faire certains exercices, que le patient... apprécie moins ou qu’il... dont il ne voit pas l’utilité, essayer de le convaincre d’abord que l’exercice est bon, et puis deuxièmement, euh... abandonner si... s’il n’y a pas de collaboration possible. Et pas forcer, euh... comme certains font. » (QUALI 1)
« Mais je suis essoufflée, moi, hein, pour monter ces escaliers, descendre... Chez moi, je les monte et je le descends, mais je prends mon temps. » (QUALI 7)
« Et là maintenant, si on venait vous rechercher pour refaire une séance, qu’est-ce que vous diriez ? Bah, je dirais “Peut-être pas tout de suite”, mais j’irais. (...) Bah, parce qu’il me semble que il faut pas forcer non plus. » (QUALI 14)
Frein à la kinésithérapie : la faiblesse
« Je dis “Non”, parce que la... la première semaine, j’ai... j’ai eu le... à midi, comme ça, après avoir mangé, des biles qui m’ont remonté, qui m’ont étouffée. J’ai cru que j’allais rester dedans. Mais après j’ai été... j’ai été... pfff, pas bien. Pas bien toute la journée. Même le lendemain... Et j’ai dit, le lendemain, “Je n’y vais pas, parce que je... je ne me sens pas, euh...” (...) Et puis elle est venue le lendemain, et ben, j’ai dit “Ça va mieux, j’y vais”. Ah ouais, mais donc, à ce moment-là quand vous ne vous sentiez pas bien et qu’ils sont venus, vous avez dit “Pas aujourd’hui” ? Ah non. Tu pouvais danser sur ta tête, je n’y aurais pas été. Ah non. (...) D’ailleurs, je l’ai porté sur ma figure que j’avais été mal. Ma fille m’a dit “Mais, t’es... t’es toute secouée”, qu’elle dit. Je vais pas aller m’esquinter là, hein... (...) Si je suis bien, j’y vais. Mais si je suis pas bien, j’y vais pas. » (QUALI 7)
« J’avais de la température... Roh, j’étais affaibli là et... Ah non, j’avais pas le moral du tout ! Pas d’appétit... je ne dormais pas... Aïe, aïe, aïe... (...) Mais je crois que les deux-trois premiers jours, je n’ai pas fait de kiné. » (QUALI 8)
« [Les exercices] sont pas difficiles à faire... enfin... tant que je suis bien portante. Hier ça allait moins bien, aujourd’hui ça a été très bien. (...) Donc, ça ne dépend pas de la kiné elle-même, ça dépend de mon état... général. » (QUALI 4)
« Si jamais je pouvais vous dire “Vous pouvez inventer un exercice en plus ou une... une activité que vous aimeriez bien faire kiné”, est-ce que... Pour l’instant pas parce que je suis trop... je suis encore faible. (...) Y a rien d’autre que vous... Oh si y a plein... Non, pour l’instant, non. (...) On verra bien parce qu’il y a... Y a toutes sortes de... dans la kiné, hein ? Mais pour l’instant non, c’est suffisant. » (QUALI 9)
« Il faut déjà pouvoir marcher quand même un peu, hein... » (QUALI 8)
« Ah bah si... si je ne veux pas bouger c’est que je ne sais pas bouger. Voilà... » (QUALI 5)
« Faut dire que... faut dire que... faut dire qu’on n’est pas encore bien retapé non plus, hein. » (QUALI 8)
Frein à la kinésithérapie : la fatigue
« J’avais pas bien dormi. (...) Et alors, euh... J’ai demandé que... qu’on me laisse tranquille. J’ai même demandé qu’on me laisse au lit. » (QUALI 12)
« Bah disons qu’aujourd’hui j’ai pas... pas marché maintenant parce que... j’étais déjà fatiguée avec tout ce que j’ai fait. Mais autrement, je marche tous les jours deux fois, et voilà donc, euh... Voilà. » (QUALI 9)

« Et si vous deviez imaginer, est-ce que peut-être un jour vous auriez envie de refuser ? Je ne sais pas... si je suis trop fatiguée, oui. » (QUALI 4)
« Y a que un jour... j'étais fatigué, je ne sais plus, elle est venue... "Oh bah", elle dit, "Restez au lit", qu'elle dit, "Restez, reposez-vous..." (...) Oui, que... que.... je dis "Non, aujourd'hui, ça ne me dit rien", "Beh, c'est rien", qu'elle dit, "On reviendra demain..." Elle est revenue le lendemain, et ça s'est passé... » (QUALI 8)
« Disons que c'est... c'est très bien et que y a des petits moments où je dis "Écoutez, maintenant je suis un peu fatigué", mais bon... elles comprennent, elles sont bien. » (QUALI 10)
« Ce qui est fatigant parfois, c'est de pédaler. (...) Alors ça, à un certain moment, j'appuie "Stop". » (QUALI 12)
« Parfois un peu fatigué, mais je dis "Bon, faut mordre sur ses dents, il faut le faire". » (QUALI 3)
« J'étais fatiguée. Je n'avais pas le ressort qu'il fallait. (...) J'avais juste envie de dormir. » (QUALI 4)
« Bah, surtout que je dors pas ! » (QUALI 9)
« Mais... ce qui fatigue, ici, c'est de te réveiller à cinq heures du matin, si t'as dormi bien-sûr. » (QUALI 7)
« C'est fatigant aussi la kiné... (...) Oui, je l'ai... je l'ai senti, après... et... j'ai bien mangé, enfin, mais... après le repas, c'était fini. Je n'avais plus... <i>Plus de jus (rire) !</i> (rire) Oui, c'est vrai. » (QUALI 4)
« Mais ce matin c'était la première fois que je me lavais à l'évier tout le dessus de mon corps. Et puis bon, bah, tu dois lever quand même, tu te rassieds, tu dois te relever, tu te rassieds... Et alors bon, ben comme ça maintenant aujourd'hui je suis liquidée. » (QUALI 9)
Frein à la kinésithérapie : la douleur
« Mentalement je me dis "J'aurais dû lui dire non pour cet... cet exercice-là, puisque je savais que ça allait me faire du mal..." (...) Et j'ai eu plus mal de nouveau après. Que ça vous laisse sans dormir. » (QUALI 6)
« Mais donc, y a quand même certains exercices, même si vous savez que ça peut vous aider, si ça vous fait trop mal, vous préférez quand même ne pas les faire ? Ah oui, oui, si ça me fait trop mal... Maintenant, j'ose dire "Non, je saurais pas". Donc c'est qu'on a quand même franchi une limite ? Oui, oui. Et pour vous, cette notion de limite, c'est très important ? Oui, bien-sûr. (...) C'est pas... pas pour ne pas qu'elles sachent faire leur travail hein, mais c'est pour que moi je... après, je ne le paye pas quand je rentre dans ma chambre et que je me lamente et que... je ne sais plus où me mettre. » (QUALI 6)
« Cette douleur, ça vous embête pas pendant les séances de kiné ? (...) Hier... hier, oui. (...) J'ai dû demander de rentrer parce que je savais pas... » (QUALI 10)
« Et si vous deviez imaginer, qu'est-ce qui pourrait faire un jour que vous auriez envie de refuser une séance de kiné ? À priori rien, sauf... terriblement mal que je ne sais bouger. » (QUALI 13)
« J'avais trop mal, j'ai dit "Écoute, euh... on m'a dit de pas forcer non plus, c'est pas la peine. Quand ça va plus, ça va plus, hein", alors voilà. » (QUALI 9)
« Et qu'est-ce qui pourrait un jour vous pousser à refuser la séance de kiné ? Eh bien, me faire faire quelque chose que je sais d'avance que ça va me faire mal. Je veux bien essayer un ou deux coussins, là, je parle toujours de ces coussins. Et... ça m'a fait plaisir qu'elle a retiré un sur deux. Et à un moment donné, je dis "J'ai trop mal, savez-vous..." Elle a dit "Bah, arrêtez alors". On m'a laissé... respirer un peu... » (QUALI 6)
« Ça s'est... ça s'est bien passé, mais durement... (...) puisque j'ai mal. La souffrance n'arrête pas parce que je suis avec, euh... les kinés ou à la salle... ou à la salle de kiné, hein. » (QUALI 13)
« Et qu'est-ce qui pourrait quand même faire que vous disiez non un jour ? Si j'avais trop mal, peut-être ? (...) Mais je ne refusais pas mais je demandais qu'elle vienne à un autre moment, quoi. Qu'on me donne un médicament et puis... » (QUALI 2)

« Et qu'est-ce qui aurait pu faire, à un moment donné, éventuellement, que vous auriez eu envie de refuser ? (...) Si j'avais vraiment mal quelque part peut-être ? Mais bon ça ne me faisait aucun mal donc... » (QUALI 1)
« Qu'est-ce que vous aimeriez faire de plus ? Si vous pouviez choisir tout ce que vous pouviez faire ? Bah... Tout ce que je peux, que j'ai la force de le faire, qui me provoque pas les douleurs. » (QUALI 6)
Dépassement de la douleur pour atteindre un résultat
« Souvent, après la séance, je suis content de m'étendre parce que... ça brûle un peu, hein ! » (QUALI 2)
« Oh, bah, ça s'est bien passé. À part que j'ai toujours mal, là. (...) Et la douleur, alors, pendant la séance, ça vous a pas... pas trop embêté ? Ben... si je... je la ressentais mais j'ai forcé. (...) Bah pour y... pour y arriver. » (QUALI 14)
« Je sens que ça tire dans les mollets mais... c'est supportable. (...) C'est quand j'arrête que ça tire sur les mollets. C'est normal, j'ai travaillé. » (QUALI 5)
« Je dis à moi-même "Ils le font pour mon bien, il faut que je le fasse..." et tant pis si j'ai mal après. » (QUALI 6)
Satisfaction du besoin de respect des limites : le juste milieu
« Hier, quand j'ai arrêté, euh... de faire du vélo, elle a dit "Ça va pas ? Vous continuez pas ?" et je dis "Non, ça va pas", alors on a continué autre chose. On a même... arrêté assez rapidement, elle voyait que j'étais pas en forme. Tandis qu'aujourd'hui j'étais en forme, alors du coup, on a fait tous les exercices. Y avait moyen. » (QUALI 4)
« Le kiné lui-même reconnaissait qu'il fallait... changer un peu le... le rythme ou... comment ? L'importance de... des exercices. Mais la kiné, on la faisait. Mais, comment est-ce que je vais dire ? C'est pas un terme technique chez vous, mais plus doucement. (...) C'est un monsieur qui, pfff... il tenait compte de... de mon état le jour-même... » (QUALI 13)
« (En parlant du vélo de la salle de kiné) Et vous faites selon vos forces parce que ça se règle, hein, ça... (...) Ou moteur, ou pas moteur (...) Non... non, ils te laissent, euh... Moi pas trop parce que je suis vite essoufflée, mais quelqu'un qui... qui pédale bien, bah, je vois bien qu'il... qu'il y va, quoi. » (QUALI 7)
« Et elles ne m'ont jamais obligée par exemple, à marcher sans appui ! Ça, non... Alors, je serais pas restée cinq minutes de plus. » (QUALI 6)
« Elle dit "Reposez-vous", euh... Je suis vite essoufflée. Je récupère vite, mais je dois m'arrêter. On ne sait pas aller au-dessus de ses moyens. (...) C'est vrai, hein ? Si t'es essoufflée, bah, il faut attendre que ça passe. » (QUALI 7)
« Beh... marcher... faire du vélo, du moment qu'ils ne font pas aller trop dur, euh... » (QUALI 6)
« Je faisais ça à mon aise, euh... » (QUALI 8)
Frustration du besoin de respect des limites
« Y en a une aujourd'hui qui m'a obligée à aller à la salle de bain, alors que je ne sais pas marcher jusque là... (...) Et elle m'a obligée... "Bah on va prendre la chaise", et... elle m'a roulée jusque là... enfin bref. Et... ça m'a pas fait du bien. Ah, non. (...) C'est comme, celle qui m'a obligé à aller dans la salle de bain. Je lui aurais jeté ma main dans sa figure, hein. Pourtant, je suis pas méchante, hein ! Mais c'est son genre là, hein. "Et vous ferez bien ceci, vous ferez bien cela", et... je demanderais pas mieux, hein, moi. (...) Pas me forcer à faire ce que je ne sais pas... Si je le dis, c'est que je ne sais pas. C'est pas de la mauvaise volonté, c'est que... Je veux bien essayer, mais il faut pas m'obliger. Je ne demande pas mieux, moi, hein, de courir comme un lapin. » (QUALI 6)

Tableau 5 – Le besoin d'investissement humain et les extraits s'y rapportant

Besoin d'affiliation : le besoin d'investissement humain de la part des thérapeutes
« Bah c'est quelqu'un qui s'occupe de toi, quelque part. Puisque c'est pour ça que t'y vas. (...) Et pas quelqu'un qui vient dire près de la porte "Lever, baisser, avancer, au revoir Madame, à demain". » (QUALI 7)
« Un qui le fait avec cœur. Qui ne le fait pas... contre son goût et... » (QUALI 6)
« Je trouve... je trouve que c'est important d'avoir un kiné qui soutient moralement... et ce kiné-là, que le médecin m'avait renseigné, c'est un kiné qui a de l'empathie pour ses patients, qui est très... qui a beaucoup d'humour... Ça m'arrange très bien (sourire) et il est compétent, donc voilà ! » (QUALI 11)
« Pour moi, c'est un kiné qui comprend les... les besoins de son patient si vous voulez. » (QUALI 1)
« Euh... une personne qui se met à ma place, qui se rend compte que je n'ai pas de... de mobilité, beaucoup moins de mobilité, et cetera, et qui fait de son mieux pour me redonner les exercices, pour que, euh... ça... ça, ça... refonctionne, quoi. » (QUALI 3)
« (En parlant d'un kiné à domicile eu auparavant) Bah oui, mais il aurait pu me dire, par exemple, euh... les suivants, ils me tiennent le coude un peu pour... celui-là, non il regardait... ou bien il me, me disent "Essayez un peu de... de vous tenir comme ceci, comme cela ou..." enfin je sais pas, des petits conseils, des bons conseils. C'est ce que j'attends, moi, de vous. » (QUALI 2)
« (En parlant d'un kiné à domicile eu auparavant) Eh bien parce que, parce que... celui que j'ai eu, il... il n'était pas à la hauteur. (...) C'est un jeune, c'était le covid, il est resté... j'ai un corridor chez moi. Il est resté sur la porte, il m'a dit de loin, euh... "Lever tes jambes, avant, arrière", euh... et puis vingt minutes après il était parti, quoi. Que je lui ai dit au bout d'une semaine "Que vous ne venez plus". » (QUALI 7)
Satisfaction du besoin d'investissement humain de la part des thérapeutes
« (En parlant du personnel soignant de manière générale) Je suis épaté par le courage de toutes ces jeunes femmes, jolies, qui se plongent dans la misère de vieilles personnes. Et ça, je suis très sensible. (...) Et... ça, c'est une révélation pour moi... ici à l'hôpital, je suis très reconnaissant. (...) Il y a aussi, euh... cette volonté de nous sortir le plus vite possible de l'embarras, quoi. Et... je vous dis, hein, moi je suis très, très sensible au fait que toutes ces jeunes femmes s'occupent tellement de nous, quoi. » (QUALI 3)
« Un mauvais [kiné] ? Il donnerait peut-être pas autant de chaleur et autant de cœur... que ce qu'elles font maintenant. Parce que celles-là elles le font... vraiment par, euh... par, euh... par gentillesse, par envie. Elles vous aident ! » (QUALI 10)
« Une... une personne, euh... qui essaie de faire le... le mieux possible, mais comme elle me le disait "Je ne peux pas dépasser certaines limites. Je peux agir sur la... sur... au plan physique, mais au plan psychologique, c'est pas moi qui vais... qui vais vous guérir, quoi. Je peux vous aider, mais... c'est pas miraculeux, quoi." Ce qui me paraît... assez sensé. » (QUALI 13)
« (En parlant du personnel soignant de manière générale) Ah, je n'ai que... à... m'ébahir de la gentillesse et la serviabilité de toutes les jeunes femmes qui sont ici autour de moi. En général, elles sont toutes jolies, et elles font de... un boulot, qui n'est quand même pas très gai de devoir nettoyer les saletés des... des... des vieillards, et elles font ça, pfff... elles font ça magnifiquement. (...) <i>Et pourquoi ça vous touche ? Est-ce que c'est parce que c'est la première fois que vous sentez comme ça, qu'on s'occupe de vous ?</i> Oui. Bah oui, disons... avant, c'était mon épouse... et, euh... elle faisait ça magnifiquement. Tandis que depuis qu'elle est partie, bah... J'apprécie. » (QUALI 3)

« (En parlant du personnel soignant de manière générale) Oh, ben moi, je trouve l'accueil, c'est... c'est terrible, hein. (...) Les soins... les soins donnés comme ça et rien n'est oublié et... (...) Non, je trouve que y a rien à critiquer ici, c'est... [cet hôpital], euh... D'ailleurs, euh... je vous le disais tantôt, quand on parle avec des gens de ma région, et qu'on parle de [cet hôpital], "Oh oui", je dis "Ça, c'est..." et il... Tout le monde dit tout de suite "Comme le personnel est accueillant, pour une grande clinique comme ça", voilà ce qu'on vous répond, hein. Et c'est vrai ! C'est vrai... c'est vrai, c'est... C'est immense et le personnel qu'il y a, tout le monde est gentil et... toujours avec le sourire, et... » (QUALI 8)
« Et [les kinés] ont fait ce qu'ils ont pu ! (...) Je dis "Bon bah vous avez fait le maximum, c'est tout". Nul n'est tenu à... à faire, euh... des miracles, hein. » (QUALI 1)
Frustration du besoin d'investissement humain de la part des thérapeutes : négligence de la part du personnel
« Ben, je suis pas très contente du service de la kiné, parce que je dois avoir de la glace. Je l'ai toujours pas eue aujourd'hui, hein. Et souvent il oublie. (...) Et je ne la reçois pas, pas toujours, du moins. Elles font pas toutes bien leur métier. (...) Elles savent quand même ce qu'elles doivent faire, pourquoi pas respecter, les... les normes, quoi, hein ? » (QUALI 6)
Frustration du besoin d'investissement humain de la part des thérapeutes : indisponibilité du personnel soignant (en général)
« [Les membres du personnel] n'ont pas le temps. Ça, ça je regrette, je regrette. Vous pouvez le dire. (...) Oui le personnel n'a pas... n'a pas le temps. Il faudrait plus de personnel qui, qui prenne le temps de, de participer avec le malade et... et je crois qu'ils auraient plus de, de... de succès. » (QUALI 2)
« On nous dit "Quand ça va pas, il faut sonner". Alors je m'énerve parce que ça vient pas vite assez... parfois elle vient, mais parfois... "On viendra tantôt, madame !". » (QUALI 6)
« [Les infirmières] sont... trop peu nombreuses... (...) Pour que ce soit parfait. (...) Quand j'appelle, elles savent pas venir tout de suite, alors il faut se débrouiller... si possible. Elles font leur possible, elles sont pas assez nombreuses. » (QUALI 4)
« L'infirmière ici c'est la joie, vous appelez, mais il faut une demi-heure avant qu'on n'arrive. Ou "Ouais, je vais revenir", et elles reviennent plus... » (QUALI 10)
« Il faut sonner, ils ne viennent pas, ils sont débordés... » (QUALI 7)
Frustration du besoin d'investissement humain de la part des thérapeutes : indisponibilité du personnel soignant (kinésithérapeutes)
« Mais la kiné, la kiné, disons qu'ici, je n'ai droit qu'à... une kiné. Ça, c'est un peu juste, mais... elles savent pas me faire deux fois. (...) J'avais dit "Est-ce qu'il y a pas moyen de faire deux fois sur la journée ?" Ah non, une fois que j'ai fait moi, elles ont un autre travail, elles ont pas le moment de s'occuper de moi. Bah, alors, voilà... (...) Une fois quand elles viennent me chercher au matin, et... et une fois l'après-midi, s'ils avaient le temps... mais je sais pas. J'ai demandé, j'ai posé la question, mais on ne sait pas. » (QUALI 10)
« Au début, ce qui me plaisait bien, c'est comme à la maison de retraite, ils me faisaient faire le couloir. Mais ici, avec le COVID, on n'a pas assez, hein ! Alors ici, aller-retour, aller-retour... c'était pas assez. Pour ma part, hein. (...) Je suis pas venue ici pour faire des petites balades, moi (rire). » (QUALI 6)
« (En parlant des séances de kiné suivies en chambre pour cause d'isolement) Puis il y avait déjà la promenade avec le Cadeo, que j'allais faire jusqu'à la salle de kiné, hein. Tandis que maintenant... si y a une qui m'a fait aller de là à... à là (montre la largeur de sa chambre), une ou deux fois comme ça, mais allez... est-ce qu'on est venu faire ça.. deux fois peut-être, oui... (silence) Ah, ça... je suis pas contente. (...) Parce que ici, c'est... plus vite bâclé. Tandis que, à la salle, elle nous fait faire plus d'exercices, euh... prenaient mieux leur temps, quoi. » (QUALI 6)

« Y a une salle ici quelque part ? <i>Oui y a une grande salle kiné.</i> J'aimerais bien. (...) Parce qu'il y a... il y a le vélo, je suppose, il y a des... des appareils, autres [que dans ma chambre]... » (QUALI 2)
« Ici on fait pas beaucoup, j'appelle pas ça tellement de la kiné... (...) On m'aide à rester debout, c'est tout ce, c'est tout ce qui... c'est tout ce que je fais comme kiné. (...) [la kiné] m'a fait faire trois fois (montre la trajectoire jusqu'au bout de la porte), c'est pas assez. C'est pas assez parce que... et oui y a mon pied qui ne va pas mais tout le reste on ne le fait pas travailler. » (QUALI 2)
« Au début, j'ai pas eu de kiné du tout, puis je... vous deviez mettre un [équipement]... tout ça faisait que le temps est presque passé quand... quand on est réellement dans le bain. » (QUALI 2)
« Il dit... Je peux pas vous faire... faire bouger de temps en temps les bras, les jambes et tout, mais... c'est tout. » (QUALI 1)
« Oui mais ici c'est... c'est toujours pédaler, euh... les escaliers, euh... et puis... je n'ai rien vu d'autre, moi. » (QUALI 7)
« Non, ben non, parce que c'est... jusqu'à présent, c'est toujours la même chose, je fais dix minutes de vélo, puis je marche. » (QUALI 9)
« Bah je n'ai fait que ça, hein. Je n'ai fait que ça. Y a pas grand chose, hein. » (QUALI 5)
« J'en ai eu très peu, hein. (...) Quatre fois un quart d'heure c'est pas... » (QUALI 1)
« C'est faire du vélo, tu ne marches pas beaucoup (...) Mais faire du vélo chez elle ou chez moi, c'est pareil, hein. » (QUALI 7)
« C'est pas grand chose, hein. » (QUALI 2)

Tableau 6 – Le besoin de considération et les extraits s'y rapportant

Besoin d'affiliation : le besoin de considération
« Parce que y a... et y a une relation au patient et un respect... de ce patient. Pour moi, c'est quelque chose de primordial... en toute circonstance. (...) Et alors, ce que je disais à propos de [la maison de repos qui m'a plu], c'est que même dans le vocabulaire, on est précautionneux. On ne parle jamais de linge, on parle de protection. On ne va pas au réfectoire, on va à la salle à manger... Ce sont toutes... toutes choses qui respectent le patient qu'on a en face. (...) Où on laisse la liberté aux gens. Et quand y a moyen, quand ils ont leur... leur animal de compagnie... Je trouve que c'est important pour eux... (...) C'est important, sinon on a l'air d'un... d'un petit déchet (rire) qu'on laisse de côté, et qui n'a plus sa valeur. Tandis que comme ça, oui. On a une valeur encore... » (QUALI 11)
« J'estime que, il faut savoir garder ses distances quand même. Ses... ses paroles, ses... (...) Son ton parole, de, de, de... de répondre adroitement, quoi, et de poser la question adroitement. » (QUALI 7)
« <i>Qu'est-ce qui est important pour vous, de regagner comme capacité ?</i> Avoir confiance en [les kinés]. <i>Et la confiance, ça passe par quoi, pour vous ?</i> Par le respect, encore une fois. » (QUALI 11)
« « Il y a une manière de s'adresser aux personnes, en disant "Ma petite dame", "Mon petit monsieur", euh... On a l'air de les protéger outre mesure, et de ne pas leur laisser leur indépendance. Je trouve que c'est un petit peu dommage. » (QUALI 11)
Frustration du besoin de considération : la déconsidération
« (En parlant d'une prise en charge précédente) Ce qui pouvait poser problème c'est qu'elles tiennent compte du fait que je leur avais dit que je ne tenais pas debout, et que... je ne sais plus à quelle occasion, euh... Je me suis rendu compte que... (...) que y avait des personnes qui étaient un peu légères, quoi. On leur disait quelque chose, c'est pas parce que je suis malade que je suis complètement fou, quoi. Je suis quand même

encore capable de dire “Écoutez, ça ne va pas”. Alors on me dit “Il dit que ça ne va pas et on lui fait faire quand même”. » (QUALI 13)
« (En parlant des notions de respect de l'être humain, de respect du patient âgé et de la façon de s'y adresser sans les infantiliser) Votre génération commence à le développer. (...) Ce qui n'était pas le cas précédemment. Comme les médecins, ne respectent pas non plus. Et c'était leur métier, et... “Vous n'avez qu'à vous taire !” “Vous n'y connaissez rien” (sourire). Ça j'ai toujours trouvé un petit peu délicat, qu'on ne puisse pas leur poser une question, parce que justement, eux, il savent. (...) Mais justement, à partir du moment où on ne m'écoute pas... il manque un lien... » (QUALI 11)
« Non mais c'est... pas ça du tout, mais on... on force un peu ce que... disons... La peur que vous manifestez, bah... on passe un peu à côté, on se dit “Ben oui, bien-sûr il a peur, mais c'est pas pour ça qu'il ne pourra pas le faire”. Voilà, donc, euh... » (QUALI 13)
« Moi j'étais contente de lui, hein. Il était charmant, mais cette histoire d'emmener le bâton, sans le dire, ça... (...) Et il est, il est gentil, mais il faut pas [manquer de communication] » (QUALI 7)
Besoin d'affiliation : le besoin de considération
« Parce que y a... et y a une relation au patient et un respect... de ce patient. Pour moi, c'est quelque chose de primordial... en toute circonstance. (...) Et alors, ce que je disais à propos de [la maison de repos qui m'a plu], c'est que même dans le vocabulaire, on est précautionneux. On ne parle jamais de linge, on parle de protection. On ne va pas au réfectoire, on va à la salle à manger... Ce sont toutes... toutes choses qui respectent le patient qu'on a en face. (...) Où on laisse la liberté aux gens. Et quand y a moyen, quand ils ont leur... leur animal de compagnie... Je trouve que c'est important pour eux... (...) C'est important, sinon on a l'air d'un... d'un petit déchet (rire) qu'on laisse de côté, et qui n'a plus sa valeur. Tandis que comme ça, oui. On a une valeur encore... » (QUALI 11)
« J'estime que, il faut savoir garder ses distances quand même. Ses... ses paroles, ses... (...) Son ton parole, de, de, de... de répondre adroitement, quoi, et de poser la question adroitement. » (QUALI 7)
« <i>Qu'est-ce qui est important pour vous, de regagner comme capacité ?</i> Avoir confiance en [les kinés]. <i>Et la confiance, ça passe par quoi, pour vous ?</i> Par le respect, encore une fois. » (QUALI 11)
« Il y a une manière de s'adresser aux personnes, en disant “Ma petite dame”, “Mon petit monsieur”, euh... On a l'air de les protéger outre mesure, et de ne pas leur laisser leur indépendance. Je trouve que c'est un petit peu dommage. » (QUALI 11)
Frustration du besoin de considération : la déconsidération
« (En parlant d'une prise en charge précédente) Ce qui pouvait poser problème c'est qu'elles tiennent compte du fait que je leur avais dit que je ne tenais pas debout, et que... je ne sais plus à quelle occasion, euh... Je me suis rendu compte que... (...) que y avait des personnes qui étaient un peu légères, quoi. On leur disait quelque chose, c'est pas parce que je suis malade que je suis complètement fou, quoi. Je suis quand même encore capable de dire “Écoutez, ça ne va pas”. Alors on me dit “Il dit que ça ne va pas et on lui fait faire quand même”. » (QUALI 13)
« (En parlant des notions de respect de l'être humain, de respect du patient âgé et de la façon de s'y adresser sans les infantiliser) Votre génération commence à le développer. (...) Ce qui n'était pas le cas précédemment. Comme les médecins, ne respectent pas non plus. Et c'était leur métier, et... “Vous n'avez qu'à vous taire !” “Vous n'y connaissez rien” (sourire). Ça j'ai toujours trouvé un petit peu délicat, qu'on ne puisse pas leur poser une question, parce que justement, eux, il savent. (...) Mais justement, à partir du moment où on ne m'écoute pas... il manque un lien... » (QUALI 11)
« Non mais c'est... pas ça du tout, mais on... on force un peu ce que... disons... La peur que vous manifestez, bah... on passe un peu à côté, on se dit “Ben oui, bien-sûr il a peur, mais c'est pas pour ça qu'il ne pourra pas le faire”. Voilà, donc, euh... » (QUALI 13)
« Moi j'étais contente de lui, hein. Il était charmant, mais cette histoire d'emmener le bâton, sans le dire, ça... (...) Et il est, il est gentil, mais il faut pas [manquer de communication] » (QUALI 7)

Tableau 7 – Les besoins secondaires et les extraits s'y rapportant

Besoin d'affiliation : le besoin d'appartenance
Satisfaction du besoin d'appartenance
« Je connais pas mal de gens finalement. (...) Vous savez la Belgique est petite, hein, alors on se trouve toujours bien un petit... un petit point de... » (QUALI 2)
« Ben oui, parce que je suis bien entouré, j'ai encore deux fils et deux belles-filles... J'ai un voisin qui est d'une gentillesse extraordinaire, c'est presque un troisième fils. Et... et encore maintenant, euh... il va m'aider pour sortir d'ici et cetera, quoi, et il dit "Vivement qu'on puisse se revoir un petit peu, boire un petit verre ensemble", des petits trucs comme ça, quoi. » (QUALI 3)
« Bah, j'ai eu de la visite aujourd'hui. Une au matin et une l'après-midi. (...) Ça m'a fait plaisir, quoi. » (QUALI 5)
Le besoin de nature
Frustration du besoin de nature
« Mais [la kinésithérapie] pourrait jouer un rôle [sur le moral] si... si on pouvait sortir, et cetera, sûrement, que ça devrait jouer un rôle. » (QUALI 1)
« Prendre un peu l'oxygène aussi hein, dehors. (...) Je dis "écoutez, si c'est pour foutre le moral en bas de... de vos patients, vous les mettez derrière des murs." On verrait la nature et tout, ça... c'est déjà mieux hein ! » (QUALI 1)
« J'ai ce... ce vélo d'appartement, il donne sur le jardin, je vois les petits oiseaux, je vois les chats, et, euh... et je, j'aime bien d'essayer d'avoir ma part de responsabilité dans ce déroulement... Je vais... pas maintenant mais tous les matins, je vais mettre du pain, euh... aux oiseaux, et puis, euh... de là, je faisais ce, mon... mon exercice de vélo, et comme ça je voyais tous les oiseaux, les mésanges, euh... bleues, et la, le... le rouge-gorge, et, euh... je leur parlais, quoi. » (QUALI 3)

Tableau 8 – La motivation intrinsèque et les extraits s'y rapportant

Motivation intrinsèque
Facteur favorisant : le plaisir du mouvement
« Je suis content que j'ai l'occasion de bouger un petit peu les jambes et les pieds, quoi. Oui, oui, incontestablement. » (QUALI 3)
« Beh parce que, je vous dis, ça fait du bien de... déjà ne fusse que marcher jusque-là. » (QUALI 8)
« Donc, si je comprends bien, ça vous fait quand même du bien de faire de la kiné pour bouger un petit peu ? Bah oui, mais bien sûr ! (...) Rester dans son lit et pas bouger c'est... » (QUALI 2)
« Parce que je sens que... je sens que ça me fait du bien. (...) Ça me donne du tonus. » (QUALI 4)
« Boh, c'est efficace, euh... vu que je ne bouge pas ! Donc, euh... Même... même si c'est pas extraordinaire comme exercices, euh... ça fait du bien. » (QUALI 1)
« Oui, ah oui, moi je trouve, ça fait un bien. Ah oui, c'est... c'est nécessaire. (...) Bah... déjà, ça et sortir de la chambre, parler, marcher, déjà rien que marcher ! Rien que marcher... » (QUALI 8)
Facteur favorisant : le bien-être moral
« Est-ce que ça joue sur le moral, les séances de kiné ? Mais oui, oui, oui. Oui, beaucoup. Pourquoi ? Mais parce que ça vous encourage. Ouais, ça vous redonne de... Oui... de la volonté. (...) Je me dis "Oh, je veux montrer ce que je sais encore faire". Voilà. (...) Parce que je trouve qu'à mon âge, c'est encore bien ce que je fais (rire). » (QUALI 12)
« Oui, le... le moral déjà, aussi. Oui, ça compte beaucoup aussi, ça. (...) Oui, on oublie... on oublie... on oublie le mal qu'on a et on est occupé à faire du vélo, ou bien... on songe à ça, quoi. On oublie le... Voilà, c'est... c'est ça, le bien que ça fait aussi. » (QUALI 8)
« Et comment vous vous sentez alors, justement, quand vous êtes debout et que vous êtes en train de faire l'exercice ? Qu'est-ce qui se passe dans votre tête à ce moment-là ? Ah, je suis une personne normale. Dommage que je peux pas faire plus, parce que moi je ferais dix fois l'aller-retour, hein. Mais c'est vrai que je me sens normal, je me sens normal avec deux pieds. » (QUALI 10)
« C'est... c'est... ça fait... autre chose que de rester... que d'être malade, quoi. Vous avez l'impression, quand vous faites ça, que... en fait vous... Que la maladie est... se... s'élimine, un peu, quoi. (...) Ça vous fait un petit peu oublier les côtés négatifs, et ça vous fait plus penser à ce que vous êtes encore capable de faire ? Voilà, justement. On sent qu'on est encore capable, quand même, quand on fait cette gymnastique-là, hein... (...) Et puis c'est... toujours rester assis ou couché ou là dans le fauteuil... Sortir... sortir et voilà, partir et faire des exercices, ça fait partie de la vie, quoi. » (QUALI 8)
« Qu'est-ce que vous diriez que la kinésithérapie vous a apporté depuis que vous êtes là ? Du bien. (...) Positif parce que... elles vous donnent un... un but. Elles vous donnent, euh... une façon de pouvoir dire, euh... ça, elles... elles ont réussi à faire ça. Elles réussissent à faire des choses que, hein, au départ, je n'aurais pas fait. Or, c'est vrai que... je trouve ça, euh... très bien. D'ailleurs, j'aime bien. Quand je vais là, j'aime bien parce que je sens que j'arrive à... et qu'elles sont occupées... elles s'occupent de moi et je m'occupe... » (QUALI 10)
Facteur favorisant : le divertissement
« Les exercices eux-mêmes... sont plaisants. » (QUALI 4)
« Tout, j'aime bien ces petits exercices-là, j'aime bien. J'aime bien parce qu'on... on... on voit qu'on fait quelque chose, euh... j'aimais bien, j'aimais bien d'aller ! (rire) (...) Bah, je... j'étais content d'avoir participé, d'avoir fait du vélo... tout. J'aime bien faire des exercices... j'aimais bien faire ces exercices-là. » (QUALI 8)

« C'était un jeu, hein, c'est un jeu. » (QUALI 8)
« Mais je vous dis, de sortir faire des exercices. Partir, sortir la chambre et ne plus rester dans le... au lit, comme ça. » (QUALI 8)
« Vous ça vous fait plaisir de les voir [les kinés] ? Ah ouais. Déjà un petit peu parler... » (QUALI 5)
« Ça rompt la monotonie, hein ! » (QUALI 3)
« Ici, de toute façon, quand il est dix heures au matin t'as fini ta journée, hein. À la maison, c'est pas pareil, hein, tu vois plein de choses à faire. Mais, ici, ben... Je dis à [ma voisine de chambre] "Dix heures, on a fini hein !". » (QUALI 7)
« Ben, je dis "Tiens, ça... ça va un peu me changer". » (QUALI 8)
Facteur favorisant : la gentillesse du personnel soignant
« Tout le monde est gentil et... toujours avec le sourire, et... » (QUALI 8)
« J'apprécie, elles sont d'une gentillesse formidable, hein. » (QUALI 7)
« Parce qu'elles sont très gentilles, elles vous aident, elles vous... elles sont vraiment nickel. » (QUALI 9)
« Ils sont très gentils. » (QUALI 12)
« Elles sont gentilles comme tout, oui. C'est bien... » (QUALI 9)
« Et les kinés sont très, très gentilles, hein, ce sont des filles, euh... qui ont du boulot, du courage et qui ont... qui ont beaucoup de talent, hein. » (QUALI 10)
« La petite femme, là, qui vient de venir, elle est charmante, hein ! (...) C'est des petites femmes charmantes (...) Elle est charmante ici, elle est charmante. (...) Elles sont... elle est agréable... et lui aussi, hein, il est agréable ! » (QUALI 7)
« Est-ce qu'il y a, comme ça, quelque chose qui vous a marquée ? Je parle des séances de kiné ici à l'hôpital. Bah... la gentillesse ? » (QUALI 6)
Facteur favorisant : la relation thérapeutique
« Y a aussi qu'on accroche plus vite avec certaines personnes qu'avec d'autres, hein. (...) Oui, y a des... des personnes qui me... feront faire des trucs... que j'accepterai mieux qu'avec une autre, par exemple. Ça aussi, ça change. (...) Oh, je crois que je lui ai dit "Hein, c'est vous, alors ça sera bien fait", mais je sais plus laquelle. » (QUALI 6)
« Et alors, euh... un certain dialogue. De choses et d'autres. C'était même étonnant mais... Boh, c'était autant ça que... que d'être mieux, quoi. (...) Boh, je ne dis pas que ça me faisait du bien mais ça occupait le temps, quoi. » (QUALI 13)
« Je disais à propos du kiné que je fréquente, je l'ai dit en riant, "Ils sont trois fois con : compétents (rire), conviviaux, et le troisième...", je ne sais plus ce que j'avais dit à ce moment-là... » (QUALI 11)
« Et ça, la kiné qui vous a reconnue, qu'est-ce que ça vous a fait, ça ? Ah ça m'a fait plaisir, hein. Bien-sûr. Bah... vous êtes reconnue, et puis c'est que vous avez quand même laissé un bon souvenir. Autrement, on ne dirait rien, quoi, hein. » (QUALI 6)
« Bah, si elles connaissent leurs... leurs clients, elles... elles voient quand même comment ils évoluent. » (QUALI 9)
« C'est quoi les qualités d'un bon kiné ? Beh... de bien conseiller la... la patiente. Voilà. » (QUALI 12)

« Ben, elle est très bien, euh... (...) Bah elle explique bien. Elle explique très bien... elle explique très bien ce qu'il faut faire. Les... les façons dont il faut... et avec le système, là... Ils m'expliquent très bien ce qu'il fallait faire... » (QUALI 8)
« Il conseille bien des bons mouvements, hein. » (QUALI 7)
Facteur favorisant : le genre des thérapeutes
« C'est pas une question de ceci, mais... je sais que les jeunes filles sont plus douces que les kinés. (...) Que les garçons. Les hommes... je sais pas, les hommes sont plus durs. Ils sont... ils sont... y en a, hein, mais pas tous... qui sont plus durs, à vous... pour soigner, et on sent qu'ils ont plus de poigne, euh... C'est pas la même chose. <i>Et ça... donc, pour vous, c'est plutôt des filles qui vous conviennent ?</i> (...) Oui, oui... C'est pas que... oui, oui. Elles sont gentilles, elles sont toutes avec un sourire, elles sont... elles sont bien. Alors, ici j'ai la même chose. J'ai parfois un qui vient me laver le matin. C'est un... un type, mais je n'aime pas. Je n'aime pas, pourtant, il fait son travail, hein, mais... je n'aime pas. » (QUALI 10)
Facteur favorisant : la multidisciplinarité
« (<i>En parlant de séances de kiné suivies auparavant dans un autre contexte</i>) Le chirurgien venait de temps en temps voir comment ça allait, et lui donnait des... des conseils, euh... en disant il faudra mobiliser ceci plutôt que ceci... Donc c'était beaucoup plus efficace, si vous voulez. » (QUALI 1)
Facteur défavorisant : manque de relation avec les thérapeutes
« Fallait pas qu'il vienne se présenter aujourd'hui parce qu'il allait... il allait avoir son... son roman, hein. (...) Non, je n'ai pas apprécié, hein. Fallait pas qu'il vienne se montrer parce que je n'y aurais pas été. Non. Je lui aurai dit "Avec la fille, j'irai, avec toi, je n'irai pas". (...) Il m'a énervée ! <i>Et donc, pour vous, si quelqu'un a un comportement qui ne vous plaît pas, si un kiné a un comportement qui ne vous plaît pas, pour vous, ça joue beaucoup dans votre envie de faire de la kiné ?</i> Oui, oui. Énormément, oui. Parce qu'avec lui je n'irai plus, hein. Ah, non ! » (QUALI 7)
« Vous avez l'occasion de discuter un petit peu avec les kinés ? Non... Pourquoi ? Elles demandent pas... Elles demandent pas ? Et vous spontanément, vous n'allez pas faire la conversation ? Non... (...) Je ne crois pas qu'elles soient... On ne se connaît pas... (...) Alors je ne vois pas très bien... l'occasion de parler ça, enfin. » (QUALI 4)
« Puis, il y a aussi que [les soignantes] ne savent pas... Au début, on ne se connaît pas, elles ne savent pas jusqu'où elles peuvent aller... Faut qu'elles apprennent à me connaître aussi. » (QUALI 6)
« Mais ça pourrait être plus... plus convivial justement, plus empathique. Maintenant, je me dis, en ne connaissant pas... c'est difficile. <i>En ne connaissant pas quoi ? La personne ?</i> En... oui, en ne connaissant pas la personne, ça peut venir avec le temps. » (QUALI 11)
Facteur défavorisant : environnement hospitalier hostile et sentiment d'enfermement
« Prendre un peu l'oxygène aussi hein, dehors. (...) Je dis "écoutez, si c'est pour foutre le moral en bas de... de vos patients, vous les mettez derrière des murs." On verrait la nature et tout, ça... c'est déjà mieux hein ! » (QUALI 1)
« Y a aussi le décor, qui est un décor gai... et c'est important pour moi aussi. (...) Quelque chose de gai. Qui ne sent pas... le vieux. Parce que ça, je suis déjà allée dire bonjour à des connaissances à Bruxelles, notamment... où, quand on entre dans la maison, ça sent une odeur particulière... Et ça je trouve que... c'est pas très intéressant (rire). » (QUALI 11)
« Parce que cette chambre-là, hein... c'était pas la chambre la plus... réconfortante. (...) Ici, j'ai eu du soleil, là ils n'en ont pas, hein. <i>D'ailleurs, à propos de soleil, il n'est pas dans vos yeux là, il vous dérange pas ?</i> Non, ça va, non... <i>Sinon, je tire un peu le rideau, hein.</i> Non, ça va laissez-le, laissez-le... (...) On a tellement besoin. » (QUALI 2)
Facteur défavorisant : manque d'espace

« Ça s'est bien passé, mais ils sont très limités... (...) dans les exercices à faire. (...) Bah... vu l'espace et vu le... le matériel... » (QUALI 1)
« Parce qu'ici, on marche moins que chez moi. (...) Hein, parce que chez toi, c'est quand même plus... Et puis je vais coucher encore à l'étage, moi, hein. Donc tu marches plus, hein. J'ai ma salle de bain, qu'il faut monter des marches. Donc tu... tu fais plus de mouvements. Mais ici, où est-ce que tu veux aller ? Elle me dit "Y a le COVID dans le couloir, va pas aller attraper le COVID, hein !". » (QUALI 7)
« Parce qu'on a réduit les... les séances... On a plus le même espace, allez... Imaginez-vous faire... (montre la largeur de sa chambre) aller... jusque là... encore une fois, revenir... C'est... c'est pas assez, quoi. » (QUALI 6)
« Mais par exemple, pour mettre tes déambulateurs dans la maison, faut déjà des grandes pièces, hein. Et y a parfois que les... les portes sont trop étroites, hein. (...) Tu vois, c'est... c'est tous des détails, euh... qui... » (QUALI 7)
Facteur défavorisant : manque de matériel
« Ça s'est bien passé, mais [les kinés] sont très limités dans les exercices à faire. (...) Bah... vu l'espace et vu le... le matériel... » (QUALI 1)
« (En parlant de séances de kiné suivies auparavant) Mais ils ont un autre, c'est... Ils ont un, un autre... cabinet de kiné. Mais je ne sais plus où c'est. C'est là que j'allais au début. Là, il y a beaucoup d'appareils. Ici, y a pas grand-chose, ici. » (QUALI 5)
« (En parlant de séances de kiné suivies auparavant dans un autre contexte) Oui, là, c'était beaucoup plus... parce qu'il avait les instruments. » (QUALI 1)
« Ce qu'il n'y a plus, c'est le grand écran. On pédalait... on... tu choisisais un pays, une région... et tu pédalais, tu voyais... et tu changeais de... truc, aller à gauche, ou aller à droite... vers Rome... Mais maintenant il est en panne. (...) Paraît que ça coûte cher. (...) Pas de chance. » (QUALI 5)
Facteur défavorisant : exercices peu appréciés
« C'est pas extraordinaire comme exercices. » (QUALI 1)
« On doit tirer une certaine satisfaction des exercices aussi, hein. » (QUALI 6)
« Et alors, euh... y a du vélo que je n'aime pas quand, euh... On est assis, là, qu'on met les pieds dans les pédales et qu'on demande "De quel côté voulez-vous aller ?" Moi, j'avais dit Charleroi, mais il a fallu que j'arrête, parce que j'avais vraiment l'impression, que j'allais cogner toutes les voitures. Alors ça, j'ai plus voulu faire. » (QUALI 12)
Facteur défavorisant : sentiment de déracinement
« Il y a aussi le fait d'être déracinée, de perdre ses... perdre ses habitudes... (...) Il faut dire que j'ai difficile de m'adapter à des autres têtes. Ça aussi, ça joue. (...) J'aime pas de changer. Ni les têtes des gens, ni... mes habitudes. (...) Puis, je suis vite perdue. Elles n'en peuvent rien, hein, les filles, parce que... Je change d'établissement, ben ça y est, j'ai perdu mes points de repère et ça va plus. (...) Parce que j'ai peur, maintenant... que je n'avais pas avant... mais ça c'est parce que je suis dépaysée, hein. » (QUALI 6)
Facteur défavorisant : séances de kinésithérapie trop standardisées
« C'est pas assez intimiste, quelque part. Mais ça pourrait être plus... plus convivial justement, plus empathique. » (QUALI 11)
Facteur défavorisant : peur de déranger le personnel

« On irait plus souvent, marcher... Puis, on n'aime pas trop de déranger non plus, et parce que, y a... y a... y a beaucoup de personnel qui passe. On ne veut pas les déranger, alors, euh... Autrement, j'irais plus souvent. » (QUALI 8)
Facteur défavorisant : mauvais timing
« Tantôt j'ai refusé [la séance de kiné] parce que... je lui ai demandé qu'elle vienne plus tard parce que mes enfants étaient là. (...) Ah, ben écoute maintenant disons que elle est venue à onze, euh... je suis allée à la kiné à onze heures, puis elle est revenue à treize heures. (...) Et en plus, c'était trop tôt... trop près l'un de l'autre, je trouve. Onze heures et une heure, c'était un petit peu juste, hein. » (QUALI 9)

Tableau 9 – La motivation extrinsèque de régulation intégrée et les extraits s'y rapportant

Motivation extrinsèque de régulation intégrée
Objectif de récupération de l'autonomie et de l'indépendance
« Ma femme aussi, "Oui, mais reviens à la maison c'est rien, je m'occuperai de toi", mais non, elle ne saurait pas. Même avec des... des... des... des femmes de... de chose, de... des kinés, et tout ce que tu veux, c'est... il faut la... la possibilité de faire quelque chose. Or, tant que moi je ne sais pas marcher, je vois pas qu'est-ce qu'elle peut faire... Me nettoyer, comme on fait ici, s'occuper de moi... C'est pas possible. Donc, il faut que je passe... d'abord, euh... que je puisse marcher. Ça c'est la première chose qui à moi m'importe, c'est de marcher avec mes... mes deux paluches, là. Ah, oui, oui... (...) Si je pouvais marcher... je suis sauvé. (...) <i>Qu'est-ce que ça représente, pour vous, la capacité de pouvoir marcher tout seul ?</i> Oh, de faire soi-même ce qu'on a envie de faire, hein. J'ai ma voiture, j'ai tout, je sais rien faire pour le moment. Donc, euh... capacité, c'est de reprendre sa vie normale. (...) Aller dans son lit soi-même chez soi, se mettre dans son lit, regarder sa télévision, hein, discuter, avoir le chien... enfin, c'est toute une vie normale. Et je ne l'ai pas. Je ne l'ai pas. » (QUALI 10)
« <i>Quand on vient comme ça, ici, dans la chambre pour faire de la kiné avec vous, c'est quoi votre première réaction ?</i> Ah ben, je vais pouvoir faire un petit peu quelque chose qui va m'apprendre, qui va m'aider à, à, à... à faire ce que je pourrais encore. (...) C'est surtout des petites choses qui font que je pourrai rester chez moi, ou qu'un jour je ne pourrai plus. » (QUALI 2)
« Parce que vous voyez... vous voyez, pour ne pas appeler... Je déteste de déranger, alors (...) Je demande la chaise percée le plus près possible de mon lit, et je vais toute seule. Vous voyez, le papier est là, moi j'ai... tout à la portée de ma main, ben je me débrouille. » (QUALI 6)
« <i>Et est-ce que, quand ils viennent pour faire de la kiné... Elles viennent toquer à la porte, elles disent "Madame, on va faire un peu de kiné", est-ce que ça vous fait plaisir sur le moment, qu'elles viennent ? Parce que vous savez que vous allez prendre du plaisir à faire la séance, ou bien est-ce que c'est plutôt "Boh, je suis fatiguée, j'ai pas très envie, mais je me force quand même un petit peu" ? C'est plutôt comment ?</i> C'est plutôt comme ça... Oui. (...) Je me force parce que je me dis "C'est pour ma guérison, c'est pour que je me débrouille à nouveau toute seule, du moins avec le Cadeo", mais... j'ai encore peur. » (QUALI 6)
« Maintenant, on a changé de... de... de façon, maintenant, je me lève... le matin, elles me mettent là, ici, sans rien puisque je ne me tiens même pas, et elles me font me laver. Donc, moi-même. <i>Et ça, c'est important pour vous, de pouvoir faire ça vous-même ? Ou en tout cas certaines choses ?</i> Si je l'accepte, oui. Parce que, normalement, je n'ai rien à faire si je veux, mais c'est pas ça que je veux. Je peux aussi bien me taire, me faire laver, parce que normalement... il est interdit que je fasse quelque chose... des... des efforts. Mais... on va essayer comme ça. C'est une nouvelle tactique qu'elle a décidée, la personne qui vient s'occuper de moi ici, pas là... et elle me fait me laver moi-même. » (QUALI 10)
« Beh, enfin, moi je... je force encore quand même pour aller à la toilette. » (QUALI 7)
Objectif de récupération de la marche pour favoriser l'indépendance
« Le... le but de la kiné c'est... c'est marcher. » (QUALI 9)

« Pour, euh... réapprendre, euh... à marcher. Malgré que je dois marcher avec une tribune, mais... mais c'est nécessaire. » (QUALI 12)
« Ah, ouais, je voudrais arriver à pouvoir marcher sur ces pieds... » (QUALI 10)
« Bah, non, parce que ça je me dis c'est pour mon bien... Il faut que je remarche. » (QUALI 6)
« J'espère remarcher normalement, je n'en sais rien. » (QUALI 2)
« <i>Vous avez parfois l'occasion de discuter un petit peu avec les kinés, de papoter, de choses et d'autres ?</i> Oui... mais ils ne papotent pas beaucoup avec moi (rire). <i>Non (rire) ?</i> Et donc... Ils m'ont demandé d'où je... d'où j'habitais, ça, oui. Et ils savent pas où c'est, alors, euh... (rire) j'essaye de leur expliquer... <i>Et vous aimeriez papoter un petit plus ou ça vous va comme ça ?</i> Oh, bah ça va comme ça... moi, du moment qu'il fait bien son travail pour me faire marcher (rire), c'est le principal. » (QUALI 12)
« Si, je trouve ça... même indispensable. Parce qu'autrement, ouais, tu... tu... Et même, y a des gens qui arrivent à ne plus marcher, hein, de rester son cul dans le fauteuil. C'est vrai ce que je dis, hein... » (QUALI 7)
« Enfin, je ne sais pas marcher, hein, mais... donc là je... c'est pour ça que je suis ici. (...) Ouais, autrement, tout... tout est bon, hein, tout est nickel, euh... Et à part mes jambes que je dois absolument les... les faire pour remarcher. » (QUALI 9)

Tableau 10 – La motivation extrinsèque de régulation identifiée et les extraits s’y rapportant

Motivation extrinsèque de régulation identifiée
Objectif de sortie de l’hôpital
« Je fais de la kiné... pour sortir de ce que je suis maintenant, et en plus, euh... il faut faire quelque chose ! Donc, euh... la kiné est... est occupée à essayer... à ce que j’aïlle mieux, des choses qu’elles me font faire, euh... que je vois que ça avance là-dedans. Donc, ça me donne espoir peut-être... d’en arriver un jour à sortir d’ici. » (QUALI 10)
« Bah parce que j’en ai besoin ! J’ai envie de retourner chez moi ! (...) Voilà. C’est pas plus... plus compliqué que ça. Si j’en fais pas, bah je vais... jamais sortir. » (QUALI 9)
« Je lui ai dit [à mon fils] “J’ai une bonne et une mauvaise nouvelle. La bonne, c’est que j’ai changé de chambre, j’ai à nouveau... La mauvaise, c’est que si je suis changée, c’est que je vais pas retourner vendredi”. » (QUALI 2)
« Ils devraient comprendre que si on vient ici, c’est pas pour le plaisir, hein. Et c’est pour en sortir le plus vite possible. (silence) Je paie quand même deux logements, ici, hein. Un ici, et la maison de retraite. » (QUALI 6)
« Madame Dupont, par exemple, la... la personne qui s’est occupée le plus, peut-être de moi ici est venue me dire “écoutez, euh... maintenant, on peut envisager vu la situation, votre sortie vendredi”, donc ça, ça encourage quand même, hein. » (QUALI 1)
« Je suis très contente. Et je serai contente quand je sortirai (rire). » (QUALI 12)
« Je retourne à la maison, enfin... » (QUALI 4)
Objectif de remise en forme globale
« Ah, bah que... on soit... on soit plus, euh... comment ? Allez, euh... plus en forme, quoi. Voilà. C’est à ça que ça sert, moi je trouve. » (QUALI 8)
« Boh, du plaisir, je ne dis pas du plaisir, mais je... je voyais l’intérêt. Donc, euh... mon but, c’était de récupérer au maximum. (...) De me rétablir le plus vite possible, c’est tout. » (QUALI 1)
« Pourquoi j’accepte la kiné ? Bah parce que je sens que c’est, c’est... ça va dans le bon sens, pour me tenir un petit peu en forme ou sinon, euh... dans... dans trois semaines, je... je vais tomber quand je vais me lever, quoi. Oui c’est... c’est le bon sens, hein. Il faut garder les, les... la forme et... bouger. (...) S’ils peuvent me faire bouger pour que ça s’améliore, tant mieux, hein. » (QUALI 3)
« Et ça, qu’est-ce que vous pensiez de ces séances-là, pour le cœur ? Oh, bah, c’était très important. (...) Bah, pour récupérer. » (QUALI 14)
« Qu’est-ce qui vous fait plaisir ? Mais parce que... ils font travailler les jambes... (...) On fait pédaler... Et vous aimez bien ça pourquoi ? Beh... parce que c’est une rééducation. » (QUALI 12)
« La remise en activité de muscles, qui, pour l’instant, ne travaillent pas. (...) L’activité de muscles qui ne travaillent plus, hein. » (QUALI 3)
« Qu’est-ce que j’attends ? Qu’on fasse travailler mes membres. (...) Bah, écoutez. Quand vous restez dans le lit dix jours, euh... pfff... ça vous fait travailler les muscles, hein. » (QUALI 5)
« Pour mon plaisir, mais en même temps pour me guérir et... » (QUALI 8)
« Pour avoir plus de facilités, quelque part. » (QUALI 7)

« Mais physiquement, souvent, après la séance, je suis contente de m'étendre parce que... ça brûle un peu, hein ! Mais, mais... petit à petit, je crois que ça va participer à ma... à une rééducation. » (QUALI 2)
Objectif de soulagement de la douleur
« <i>Qu'est-ce que vous voudriez atteindre comme objectif grâce aux séances de kiné ?</i> Que je n'aie plus mal. » (QUALI 14)
« J'aime bien de faire de la kiné parce que ça me soulage. (...) Ah oui, euh... physiquement. » (QUALI 11)
« Bah... t'attends du réconfort... (...) Bah, du réconfort quand même, euh... Pas moral mais physique de... de... Que tes jambes se... deviennent plus légères. » (QUALI 7)
Conscience de la nécessité de rester en mouvement pour son bien
« Je trouve que c'est nécessaire, oui. (...) Eh bien, parce que je... on... si on reste tout le temps... assis ou couché au lit, là c'est... Non, il faut... faut se donner des... faut rester en mouvement, quoi, je trouve. Ah, oui ! (...) C'est pas seulement pour faire des exercices, mais c'est nécessaire. Moi je trouve qu'il faut... Toute personne qui peut en faire... D'ailleurs, (en parlant de son voisin de chambre) le monsieur qui est beaucoup plus handicapé que moi, on commence à l'obliger à marcher, maintenant... Y en avait... Et on voit qu'il souffre, hein, mais il faut hein. Autrement, on s'ankylose, alors, hein, ouais. Ah, ouais, ouais, ouais... (...) C'est comme je vous dis, si on ne bouge pas, si on reste au lit, bah on s'ankylose, alors, hein. C'est ça qui est nécessaire, c'est... c'est de partir, se donner du mouvement. » (QUALI 8)
« Si, ça me plaît, parce que ça... ça, ça... Quand elle revient [ma voisine de chambre], là, hein, "Ah, ça fait du bien", hein, qu'elle dit. C'est vrai, ça délie... c'est vrai, c'est... (...) ça dérouille tes jambes. Hein, parce que, ici t'es... t'es quand même assis dans le fauteuil, euh... douze heures sur... sur... dix, hein. » (QUALI 7)
« Pour mon plaisir, mais en même temps pour me guérir et... (...) C'est bien de faire un peu d'exercice, quoi. » (QUALI 8)
« Mais parce que je sais que on peut pas rester sans... sans bouger et qu'il faut faire un minimum de... d'exercice physique, hein. » (QUALI 3)
« <i>Qu'est-ce qui... qu'est-ce qui vous pousse à dire "Oui" à la kiné ?</i> Parce que je sais... je sais que c'est pour mon bien. Voilà. » (QUALI 12)
« Rester dans son lit et pas bouger c'est... et savoir que ça va quand même faire quelque chose. C'est un peu comme prendre un médicament et le refuser ? Non, hein. » (QUALI 2)
« Ça doit exister d'ailleurs, hein. Parce que si y avait pas de kinés... hein, qu'est-ce que vous faites ? (...) Qu'est-ce que vous faites pour pouvoir guérir quelqu'un, enfin l'aider à... à s'en... à s'en sortir ? » (QUALI 10)
« <i>Parce que si ça vous fait mal, pourquoi est-ce que vous acceptez ?</i> Oui, mais c'est pour mon bien. <i>C'est pour votre bien.</i> Ah, oui ! Je sais que ça m'apportera quelque chose. <i>Donc même si à court terme, c'est douloureux, vous savez que sur le long terme ça va vous amener quelque chose de positif ?</i> C'est ça ? Exactement, oui. » (QUALI 6)
« Je suis pas venue ici pour rester assise derrière, dans le fauteuil, hein. » (QUALI 6)
« Bah, rester ici dix jours, sans bouger... » (QUALI 5)
« Je vais ici, parce que, bon, c'est... c'est faire du vélo, tu ne marches pas beaucoup, donc ça ne fait jamais que d'aider... » (QUALI 7)
Responsabilité envers la famille

« C’est pas gai pour les enfants non plus, hein, de me voir ainsi... Et puis... y a les kilomètres aussi qu’ils doivent... se... se taper, hein, quand même... Cinquante pour venir, cinquante pour retourner... Déjà rien que pour eux, je ferai l’effort. Ah, ouais. » (QUALI 6)
« [Mon fils] m’a dit “Maman, si tu n’es pas au souper, on ne fait pas le souper de Noël”, je veux pas les priver de ça non plus, hein. » (QUALI 2)

Tableau 11 – La motivation extrinsèque de régulation introjectée et les extraits s’y rapportant

Motivation extrinsèque de régulation introjectée
Regard du personnel soignant
« De toute façon, c’est positif. (...) Parce qu’on essaie de montrer le meilleur de soi-même. » (QUALI 4)
« Qu’est-ce que la kiné, en me voyant comme ça, qu’est-ce qu’elle doit se dire ? Elle doit se dire “Mon Dieu, je perds mon temps”. » (QUALI 2)
« Avant, je ne voulais jamais aller dans ce fauteuil. Parce que j’avais mal, ça me faisait mal et ci, et ci. Et maintenant, je vais dans le fauteuil. (...) Et puis ici on insiste. (...) “Vous allez au fauteuil”, “au fauteuil”, “au fauteuil”, ça a été ma hantise pendant... un bon bout de temps, hein, le fauteuil. » (QUALI 10)
« Et alors comme je suis dans... dans mon fauteuil depuis ce matin, je peux pas exagérer. (...) Dans le fauteuil, parce que c’est... c’est pas bon pour moi non plus, trop dans le fauteuil ! Je dois aller dans le fauteuil, mais quand même pas, euh... toute la journée. » (QUALI 9)
Regard de la famille
« Même mes filles me le disaient l’autre jour “Papa, tu restes trop au lit”, elles disaient “Tu devrais marcher un peu plus, t’asseoir un peu plus...” Et j’aime bien d’être allongé, oui ! (rire) » (QUALI 8)
« Mon fils, il dit “Tu dois remarcher, maman”, c’est tout ce qu’il sait me répondre... Je dis “Je voudrais bien mais...”. » (QUALI 6)

Tableau 12 – Les deux profils de l’autodétermination

Profil autodéterminé : la volonté de faire plus de kinésithérapie
« On pourrait en faire plus. Moi je trouve que... il faudrait faire presque deux fois sur la journée. (...) Elle venait une fois... même pas tous les jours. (...) On pourrait faire plus, moi je trouve. Comme je vous dis, on pourrait faire deux fois par jour. Mais pas plus longtemps, mais deux fois par jour. (...) J’aimerais bien d’aller encore... plus souvent, quoi mais... (...) Moi je suis capable d’aller en faire deux fois par jour. » (QUALI 8)
« Je suis très bien avec les deux qui... d’ailleurs, je les attends, le matin (rire) ! (...) D’ailleurs, c’est dommage que je sais pas faire plus, pour rester plus longtemps là-bas. » (QUALI 10)
« Y a une salle ici quelque part ? <i>Oui y a une grande salle kiné.</i> J’aimerais bien. (...) Parce qu’il y a... il y a le vélo, je suppose, il y a des... des appareils, autres [que dans ma chambre]... » (QUALI 2)
« J’avais dit “Est-ce qu’il y a pas moyen de faire deux fois sur la journée ?” Ah non, une fois que j’ai fait moi, elles ont un autre travail, elles ont pas le moment de s’occuper de moi. Bah, alors, voilà... » (QUALI 10)
« Je dois marcher davantage. » (QUALI 9)

« Ben ça... ça me faisait rien, hein. On aurait, le... le docteur aurait dit “Aller, encore dix minutes”, j’aurais refait les dix minutes, hein. Ah, oui ! » (QUALI 8)
Profil peu autodéterminé : la passivité
« <i>Et malgré la douleur, vous avez quand même eu la volonté de la faire, alors ?</i> Bah, on m’a pas demandé mon avis ! <i>Et si on vous avait demandé votre avis, vous auriez plutôt accepté ou plutôt refusé (sourire) ?</i> Ça ne s’est... pfff... je n’en sais rien. (silence) <i>Est-ce que vous auriez aimé qu’on vous demande un peu plus votre avis ou... ça vous va comme ça ?</i> Le jour où vous serez de mon côté, vous comprendrez que... ce genre de question est presque inutile, quoi. (...) Ben non mais je... pfff... je n’ai rien à dire ça, quoi, c’est... c’est comme ça, c’est comme ça. » (QUALI 13)
« <i>Si vous pouviez choisir une activité ou un exercice à faire en kiné, qu’est-ce que vous auriez aimé faire en plus ?</i> Bah, je... je ne sais pas ce qu’on fait. <i>Non, mais vous. C’est pour ça que je demande, vous, si vous pouviez choisir ?</i> Pfff... qu’est-ce que tu veux faire ? Je vois pas trop quoi. » (QUALI 7)
« <i>Et alors, ça vous a plu la séance ?</i> Pfff... Je... j’y suis allé, je suis revenu et puis... puis c’est tout. (...) Et alors j’essaie de ne pas en faire un déplaisir. <i>Comment est-ce que... vous faites ça ? Pour ne pas en faire un déplaisir ?</i> Bah, je me dis “C’est bon, ça y est, c’est fini...” (...) Je me dis “Ça fait partie du système”, euh... » (QUALI 13)
« Je ne peux rien demander, hein. Faut que je fasse ce qu’on me dit, hein. Je vais pas leur dire [aux kinés] “Ah non, moi je vais aller à l’autre...” (...) [la kiné] va me mettre devant un... un vélo, je dois pédaler. (...) Si elles mettent dix minutes pour le... pour pédaler, je mets dix minutes pour pédaler... » (QUALI 5)
« (En parlant de la difficulté de la patiente à d’adapter à de nouvelles situations) <i>Et ici, est-ce que vous trouvez que les kinés sont attentifs à ça, ou pas tellement ?</i> Oh, bah... Je leur ai jamais rien dit. <i>Non, vous n’avez pas dit... (..) Et pourquoi est-ce que vous ne dites pas ?</i> Boh, je dis “Elles font leur métier, elles font ce qu’elles peuvent, hein...” » (QUALI 6)
« <i>Est-ce qu’il y a d’autres choses, ici, à la kiné que vous trouvez moins bien ?</i> Non, non, non... <i>Tout est parfait ? Y a rien à dire ? (..) Ouais, ouais, ouais... Ouais c’est bien. Vous trouvez que tout est parfait ? Ouais... À cent pour cent ? Ouais...</i> » (QUALI 7)
« <i>Qu’est-ce que vous attendez, en fait, de la kiné ?</i> Je ne sais pas. Je ne sais pas, je... je sais qu’on fait de la kiné, j’espère que les kinés le savent... qu’ils savent s’occuper... Pfff... Moi, je n’en sais rien. Moi, je... je suis dans l’état que je suis, y a des personnes qui viennent... je sais qu’elles s’appellent des kinés, qu’elles font certains exercices... si ça peut m’aider, bah, je verrai bien... ça, je n’en sais rien d’avance. » (QUALI 13)
« C’est leur métier et ils savent bien, hein, ce qu’ils proposent, hein. Je n’y connais rien, moi... (...) Enfin, je... je ne discute pas. C’est bien le kiné, c’est bien... » (QUALI 7)
« <i>Et est-ce qu’il y a des choses qui vous plaisent un peu moins dans la kiné ? (..) Oh mais ça, je n’en sais rien, tu sais. Non, en tout cas vous, y a rien qui vous déplaît dans la kiné ?</i> Non, bah non. <i>Tout vous va bien ? Ouais, tout va bien.</i> » (QUALI 9)

Figure 24 – Les 14 domaines des TDF ⁶² traduits librement en français et leur interprétation selon la TAD

Domaines des TDF (version simplifiée)	Description des domaines des TDF	Interprétation selon la TAD	Justification de l'interprétation selon la TAD
Connaissances	Toutes les connaissances que l'individu a d'un phénomène	Facteurs de motivation extrinsèque de régulation identifiée	Tous les éléments qui font prendre conscience à l'individu des bienfaits et des objectifs d'un comportement
Compétences	Les capacités de l'individu acquises par la pratique	Besoin de compétence	Le fait que l'individu ait besoin d'être auto-efficace
Rôle social/professionnel et identité	Le rôle adopté par l'individu dans un cadre social ou professionnel	Motivation extrinsèque de régulation introjectée	Perception que l'individu a des attentes de son entourage sur le comportement à adopter
Croyances liées aux capacités	La perception des aptitudes que l'individu peut mettre à profit	Besoin de compétence	Le fait que l'individu ait besoin de se sentir compétent pour l'action
Optimisme	Perspectives positives et conviction que les objectifs seront atteints	Motivation extrinsèque de régulation intégrée	Association faite entre le comportement et la satisfaction des besoins psychologiques de base conditionnant le bien-être
Croyances liées aux conséquences	Attentes des conséquences liées au comportement et anticipations	Motivation extrinsèque de régulation intégrée ou de régulation identifiée	Les liens conscients ou non faits entre le comportement et les objectifs visés
Renforcement	Tous les stimulus pouvant favoriser et renforcer le comportement	Motivation extrinsèque de régulation introjectée ou de régulation externe	Influence des récompenses et des punitions sur le comportement
Intentions	La décision consciente d'adopter le comportement	Motivation intrinsèque ou motivation extrinsèque	Définit le type de motivation intervenant dans le comportement
Objectifs	Représentations mentales des objectifs que l'individu souhaite atteindre	Motivation extrinsèque de régulation identifiée	Objectifs conscients
Processus de mémoire, d'attention et de décision	La capacité de retenir l'information et de prendre des décisions	Besoin d'autonomie	Représente la capacité de l'individu à agir selon son libre-arbitre
Contexte environnemental et ressources	Tous les facteurs environnementaux influençant la survenue du comportement	Tous les facteurs de motivation quel que soit le type de motivation favorisé	Un facteur environnemental peut favoriser la motivation intrinsèque ou la motivation extrinsèque quel que soit son type
Influences sociales	Les processus interpersonnels pouvant influencer la survenue du comportement	Besoin d'affiliation et motivation extrinsèque de régulation introjectée	Représente l'influence du sentiment d'appartenance et des pressions sociales (approbation/désapprobation)
Émotions	Modèle complexe incluant les expériences et les éléments comportementaux et physiologiques auxquels l'individu fait face dans le processus de comportement	Éléments à l'origine des besoins principaux	La peur, l'anxiété, etc. à l'origine par exemple du besoin de sécurité
Régulation comportementale	Tous les éléments influençant la gestion ou le changement de comportement	Tous les facteurs favorisant l'autodétermination	Les moyens mis en place pour favoriser l'autodétermination : information, autonomie et indépendance

Bibliographie

1. United Nations. World demographic trends. Economic and Social Council; 2022.
2. Statbel [Internet]. be.STAT. 2022 [cited 2022 Nov 8];Available from: <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c1649c18-ea66-4286-9310-2413e74134f8>
3. De Blauwe T. La gériatrie, essor d’une “jeune” spécialité. *Louvain médical* 2020;32–9.
4. Norredam M, Album D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scand J Public Health* 2007;35(6):655–61.
5. Benraad CEM, Oude Voshaar RC, Melis RJF, Olde Rikkert MGM, Spijker J. Geriatrische syndromen, multimorbiditeit en ouderenpsychiatrie: een geïntegreerd perspectief. *Tijdschr Psychiatr* 2022;64(7):450–6.
6. Rezaei-Shahsavarloo Z, Atashzadeh-Shoorideh F, Gobbens RJJ, Ebadi A, Ghaedamini Harouni G. The impact of interventions on management of frailty in hospitalized frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2020;20(1):526.
7. Lambe K, Guerra S, Salazar de Pablo G, et al. Effect of inpatient rehabilitation treatment ingredients on functioning, quality of life, length of stay, discharge destination, and mortality among older adults with unplanned admission: an overview review. *BMC Geriatr* 2022;22(1):501.
8. de Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatr* 2015;15:154.
9. Organisation Mondiale pour la Santé. Recommandations mondiales sur l’activité physique pour la santé. 2010;58.
10. Braun T, Grüneberg C, Süßmilch K, et al. An augmented prescribed exercise program (APEP) to improve mobility of older acute medical patients - a randomized, controlled pilot and feasibility trial. *BMC Geriatr* 2019;19(1):240.

11. Baldwin C, van Kessel G, Phillips A, Johnston K. Accelerometry Shows Inpatients With Acute Medical or Surgical Conditions Spend Little Time Upright and Are Highly Sedentary: Systematic Review. *Phys Ther* 2017;97(11):1044–65.
12. Theou O, Kehler DS, Godin J, Mallery K, MacLean MA, Rockwood K. Upright time during hospitalization for older inpatients: A prospective cohort study. *Exp Gerontol* 2019;126:110681.
13. Quick S, Cleary S, Shields N. How Effective Are Interventions to Increase Physical Activity Levels among Older Inpatients Receiving Rehabilitation, without Increasing the Amount of Therapy? A Systematic Review. *Physiother Can* 2020;72(1):83–93.
14. Spiteri K, Broom D, Bekhet AH, de Caro JX, Laventure B, Grafton K. Barriers and Motivators of Physical Activity Participation in Middle-aged and Older-adults - A Systematic Review. *J Aging Phys Act* 2019;27(4):929–44.
15. Zhang J, Bloom I, Dennison EM, et al. Understanding influences on physical activity participation by older adults: A qualitative study of community-dwelling older adults from the Hertfordshire Cohort Study, UK. *PLoS One* 2022;17(1):e0263050.
16. Geelen SJG, van Dijk-Huisman HC, de Bie RA, et al. Barriers and enablers to physical activity in patients during hospital stay: a scoping review. *Syst Rev* 2021;10(1):293.
17. Brown CJ, Williams BR, Woodby LL, Davis LL, Allman RM. Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. *J Hosp Med* 2007;2(5):305–13.
18. Boltz M, Capezuti E, Shabbat N, Hall K. Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization. *Int J Nurs Pract* 2010;16(4):381–8.
19. Boltz M, Resnick B, Capezuti E, Shuluk J. Activity restriction vs. self-direction: hospitalised older adults' response to fear of falling. *Int J Older People Nurs* 2014;9(1):44–53.
20. Clarke C, Stack C, Martin M. Lack of meaningful activity on acute physical hospital wards: Older people's experiences. *British Journal of Occupational Therapy* 2017;81:030802261773504.

21. De Klein K, Valkenet K, Veenhof C. Perspectives of patients and health-care professionals on physical activity of hospitalized patients. *Physiother Theory Pract* 2021;37(2):307–14.
22. Lafrenière S, Folch N, Dubois S, Bédard L, Ducharme F. Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization. *Clin Nurs Res* 2017;26(1):6–26.
23. Lee-Steere K, Liddle J, Mudge A, Bennett S, McRae P, Barrimore SE. “You’ve got to keep moving, keep going”: Understanding older patients’ experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention strategies in the acute hospital setting. *J Clin Nurs* 2020;29(13–14):2363–77.
24. Moreno NA, de Aquino BG, Garcia IF, et al. Physiotherapist advice to older inpatients about the importance of staying physically active during hospitalisation reduces sedentary time, increases daily steps and preserves mobility: a randomised trial. *J Physiother* 2019;65(4):208–14.
25. So C, Pierluissi E. Attitudes and expectations regarding exercise in the hospital of hospitalized older adults: a qualitative study. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(4):713–8.
26. Holst M, Hansen P, Pedersen L, Paulsen S, CD V, Køhler M. Physical activity in hospitalized elderly medical patients; How active are they, and what motivates to physical activity. *Journal of Aging Research & Clinical Practice* 2015;2.
27. Lim SH, Ang SY, Ong HK, et al. Promotion of mobility among hospitalised older adults: An exploratory study on perceptions of patients, carers and nurses. *Geriatr Nurs* 2020;41(5):608–14.
28. Cheah S, Presnell S. Older people’s experiences of acute hospitalisation: an investigation of how occupations are affected. *Aust Occup Ther J* 2011;58(2):120–8.
29. Mudge AM, McRae P, Cruickshank M. Eat walk engage: an interdisciplinary collaborative model to improve care of hospitalized elders. *Am J Med Qual* 2015;30(1):5–13.
30. Organisation Mondiale pour la Santé, editor. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève: 2001.

31. Notthoff N, Reisch P, Gerstorf D. Individual Characteristics and Physical Activity in Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology* 2017;63(5):443–59.
32. Paquet Y, Carbonneau N, Vallerand RJ. La théorie de l'autodétermination: aspects théoriques et appliqués. Louvain-la-Neuve [Paris]: De Boeck supérieur; 2016.
33. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55(1):68–78.
34. Cook D, Artino A. Motivation to learn: an overview of contemporary theories. *Medical Education* 2016;50:997–1014.
35. Ryan RM, Deci EL. Chapter Four - Brick by Brick: The Origins, Development, and Future of Self-Determination Theory. In: Elliot AJ, editor. *Advances in Motivation Science*. Elsevier; 2019. p. 111–56.
36. Hazif-Thomas C, Thomas P. La démotivation du sujet âgé. *Gérontologie et société* 2007;30 / 121(2):115–35.
37. McClure J, Leah C. Is independence enough? Rehabilitation should include autonomy and social engagement to achieve quality of life. *Clin Rehabil* 2021;35(1):3–12.
38. Fenouillet F, Carré P. *Traité de psychologie de la motivation - Théorie et Pratiques*. Paris: Dunod; 2008.
39. van Dijk-Huisman HC, Raeven-Eijkenboom PH, Magdelijns FJH, Sieben JM, de Bie RA, Lenssen AF. Barriers and enablers to physical activity behaviour in older adults during hospital stay: a qualitative study guided by the theoretical domains framework. *BMC Geriatr* 2022;22(1):314.
40. Peel NM, Paul SK, Cameron ID, Crotty M, Kurrle SE, Gray LC. Promoting Activity in Geriatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial of Accelerometry. *PLoS One* 2016;11(8):e0160906.
41. Tenny S, Brannan JM, Brannan GD. Qualitative Study [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2023 Jan 28]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>

42. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Ann Fam Med* 2015;13(6):554–61.
43. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014;89(9):1245–51.
44. Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med* 2007;4(10):e297.
45. Chantoin S, Hazif-Thomas C, Billon E, Thomas P. Validité et Fiabilité d'une échelle d'appréciation de la démotivation (EAD). *L'Année Gériatologique* 2001;15:49–59.
46. Okpara C, Edokwe C, Ioannidis G, Papaioannou A, Adachi JD, Thabane L. The reporting and handling of missing data in longitudinal studies of older adults is suboptimal: a methodological survey of geriatric journals. *BMC Medical Research Methodology* 2022;22(1):122.
47. Duffy ME. Handling Missing Data: A Commonly Encountered Problem In Quantitative Research. *Clinical Nurse Specialist* 2006;20(6):273–6.
48. Zisberg A, Shadmi E, Sinoff G, Gur-Yaish N, Srulovici E, Admi H. Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(2):266–73.
49. Fisher SR, Goodwin JS, Protas EJ, et al. Ambulatory Activity of Older Adults Hospitalized with Acute Medical Illness. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(1):91–5.
50. Vallerand RJ, O'Connor BP. Construction et validation de l'Échelle de Motivation pour les Personnes Âgées (EMPA). [Construction and validation of the Scale of Motivation for Old People.]. *International Journal of Psychology* 1991;26:219–40.
51. Voyé L. Les Belges et leurs valeurs. *Outre-Terre* 2014;40(3):191–205.
52. Bailly N. Croyance religieuse et spiritualité chez la personne âgée. *Le Journal des psychologues* 2012;303(10):18–22.

53. Sanford AM, Morley JE, Berg-Weger M, et al. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLoS One* 2020;15(6):e0233857.
54. Bizzini L. L'âgisme. Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et société* 2007;30/123(4):263–78.
55. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* 1969;9(4):243–6.
56. Palsgaard P, Maino Vieytes CA, Peterson N, et al. Healthcare Professionals' Views and Perspectives towards Aging. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(23):15870.
57. Blanchard P. Témoignage. Je demande à pouvoir vivre debout. In: *Vivre avec une maladie neuro-évolutive*. Toulouse: Érès; 2019. p. 19–23.
58. Camp CJ. Alzheimer, une vie pleine de défis. Des solutions pratiques pour un quotidien apaisé. Paris: ESF Sciences Humaines; 2019.
59. Raymond MJ, Burge AT, Soh S-E, Jeffs KJ, Winter A, Holland AE. Experiences of older adults in a group physiotherapy program at a rehabilitation hospital: A qualitative study. *J Hosp Med* 2016;11(5):358–62.
60. Reeve J. A Self-determination Theory Perspective on Student Engagement. In: *Handbook of Research on Student Engagement*. 2012. p. 149–72.
61. Thomas P, Thomas C, Billon R, Chantoin S. Démotivation, apathie et dépression chez le sujet âgé. *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 2001;5(48):39–45.
62. Atkins L, Francis J, Islam R, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Sci* 2017;12(1):1–18.

Résumé condensé

Introduction Alors que les bienfaits de la kinésithérapie pour les personnes âgées hospitalisées (PAH) ne sont plus à démontrer, ces patient-es sont souvent considéré-es comme démotivé-es, ce qui est perçu comme un frein à leur rééducation.

Méthodes La motivation de 60 PAH en service de gériatrie fut quantifiée à l'aide de l'Échelle d'Appréciation de la Démotivation. Parmi ces personnes, 14 furent interrogées au moyen d'entretiens individuels semi-directifs en face à face. Après retranscription, chaque extrait fut analysé selon la théorie de l'autodétermination, qui a largement fait ses preuves dans la compréhension des mécanismes de motivation.

Résultats La prévalence de démotivation était de 34 à 60 % pour les activités de la vie quotidienne et de 23 à 48 % pour la kinésithérapie. Les principaux facteurs de démotivation étaient le sentiment de contrôle (manque d'autonomie) et de dépendance vécu par les PAH ainsi que la faible disponibilité du personnel au cours de l'hospitalisation. À l'inverse, les sentiments de compétence, de sécurité, de respect des limites et d'investissement humain de la part des membres du personnel soignant (MPS) étaient des facteurs de motivation importants.

Conclusion L'aménagement adéquat des espaces et la mise à disposition de matériel adapté associés à une attitude bienveillante et respectueuse des MPS pourraient considérablement favoriser l'expression de motivation intrinsèque, et l'engagement des PAH dans leur programme de soins.