

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE LIMOGES

Travail Ecrit en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Juin 2013
ARS du Limousin

**Alliance entre motivation et communication : enjeux pour
les masseurs-kinésithérapeutes**

DARDILHAC Hélène

Sous la direction de :

ROUILLON Bruno, cadre de santé masseur-kinésithérapeute

GILLET Francine, cadre de santé masseur-kinésithérapeute

Bien écouter, c'est presque répondre.

Le paysan parvenu, Marivaux

Parler est un besoin, écouter est un art.

Johann Wolfgang von Goethe

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier M. Bruno ROUILLON, cadre de santé masseur-kinésithérapeute pour l'aide précieuse qu'il m'a apportée pendant toute la réalisation de ce travail.

Je remercie Mme Francine GILLET, cadre de santé masseur-kinésithérapeute à l'Hôpital Jean Rebeyrol, pour sa disponibilité et la richesse de nos entretiens, toujours aussi passionnants.

Merci à M. Nicolas DAUMAN pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail, et pour ses conseils lors de la création du questionnaire.

Merci à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes et des patients rencontrés en stage, qui ont guidé ma réflexion tout au long de mes études et qui m'ont permis de me réaliser en tant que future masseur-kinésithérapeute.

Je remercie les masseurs-kinésithérapeutes qui ont porté de l'intérêt à mon travail en remplissant le questionnaire.

Merci à Annabelle, Laure pour ces deux très belles rencontres, Sylvie, Anne-Laure, Isabelle, et tous les autres pour ces trois ans de découvertes, d'échanges et de rires.

Un grand merci à mes amies de toujours, Cécile et Delphine, qui me soutiennent depuis de nombreuses années, au fil des épreuves de la vie.

Merci à Nicolas pour sa compréhension, ses encouragements et ses mots réconfortants de chaque instant, que l'Aventure continue !

J'adresse toute ma reconnaissance et mes remerciements à mes parents ainsi qu'à ma sœur, qui par leurs sacrifices m'ont permis de réaliser ces études qui me tenaient tant à cœur.

SOMMAIRE

Introduction	1
I. Première partie : la problématisation	2
I.1. Problématique pratique	2
I.2. Problématique théorique	3
I.2.1 Définition.....	3
I.2.1.1 La motivation interne	4
I.2.1.2 La motivation externe	4
I.2.1.3 La motivation : produit de l'environnement et des facteurs internes ?	4
I.2.2 Les facteurs qui influencent la motivation.....	6
I.2.2.1 Les facteurs internes	6
I.2.2.2 Les facteurs externes	7
I.2.3 La motivation et la kinésithérapie	8
II. Deuxième partie : la communication	10
II.1 Le modèle dyadique	10
II.1.1 L'émission du message.....	11
II.1.2 La réception du message.....	11
II.1.3 La rétroaction	12
II.1.4 Les différentes voies de communication.....	12
II.2 La communication verbale	13
II.2.1 Des priorités du thérapeute à celles du patient.....	13
II.2.1.1 Lorsque les premiers instants sont décisifs.....	14
II.2.1.2 Les explications au patient.....	15
II.2.2 Les thérapies centrées sur le patient	16
II.2.2.1 Les différentes attitudes	17
II.2.2.2 L'entretien motivationnel	18
II.2.2.3 Le résumé et la reformulation	20
II.3 Tableau de synthèse : les différents leviers à la portée du masseur-kinésithérapeute	22
III. Troisième partie : initiation à la recherche	23
III.1. Objectifs de la recherche	23
III.2. Choix de la méthode de recherche	23
III.3. Confection du questionnaire	23
III.4. Choix de la population et diffusion du questionnaire	24
III.5. Résultats et analyses	24

IV. Discussion	31
IV.1 Les limites de la méthode de recherche	31
IV.2 Réflexion sur ma pratique professionnelle	34
IV.3 Les limites de cette méthode de communication	34
V. Conclusion	35
Bibliographie référencée	36
ANNEXES	37
ANNEXE 1 : Les besoins fondamentaux tels qu'ils apparaissent aujourd'hui [2]	37
ANNEXE 2 : Schéma de synthèse des facteurs internes et externes influençant la motivation [2]	38
ANNEXE 3 : Paramètres d'un environnement motivant [2]	39
ANNEXE 5 : Les deux axes d'évaluation de la communication [2]	41
ANNEXE 6 : Le cycle de formation d'un patient [3]	42
ANNEXE 7 : Orientation de l'expression du patient lors de l'intervention du thérapeute [2]	43
ANNEXE 8 : La balance décisionnelle [6]	44
ANNEXE 9 : Variations de l'ampleur du savoir du patient [5]	45
ANNEXE 10 : Questionnaire pour les masseurs-kinésithérapeutes	46
ANNEXE 11 : Résultats des questionnaires	52

Introduction

Etymologiquement dérivé du latin *patiens*, le patient est *celui qui souffre, celui qui endure*. Depuis quelques années son statut a évolué au sein de la médecine. De nombreuses associations agréées de personnes malades et d'usagers du système de santé ont été créées. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé voit le jour, en consultation des associations sus-citées.

Le patient reste bien évidemment au centre des attentions des équipes de soins, mais la notion de passivité a désormais disparu. Il est pleinement intégré aux prises de décisions. ***Le patient devient donc acteur de sa prise en soin.***

Cette notion de patient acteur a été abordée durant ma formation à plusieurs reprises, et notamment pendant les périodes de stage. Le patient doit donc être impliqué et adhérer à notre stratégie de prise en soins, qui est d'ailleurs élaborée avec sa collaboration. C'est alors que j'ai éprouvé des difficultés avec certains patients qui n'étaient pas motivés par leur rééducation. Il m'a fallu trouver des solutions pour relancer la motivation des patients et lorsque les différents moyens techniques à ma disposition ne suffirent plus, je me suis interrogée sur l'impact que pouvait avoir ma communication avec le patient.

Dans un premier temps, au travers d'une recherche bibliographique, nous étudierons ce qu'est la motivation et quels sont les facteurs qui l'influencent. Dans un second temps, à l'aide d'une recherche bibliographique et de questionnaires distribués aux masseurs-kinésithérapeutes nous chercherons à dégager les différents leviers de communication que le masseur-kinésithérapeute peut actionner afin de faire renaitre la motivation perdue.

I. Première partie : la problématisation

I.1. Problématique pratique

Les périodes de stage furent pour moi l'occasion d'effectuer seule la prise en soins de patients, que cela soit au début, à la fin ou parfois sur toute la durée du traitement. Bien que déjà avertie de la singularité de chaque patient et de chaque prise en soins je m'en suis rendue compte très rapidement sur le terrain.

Certains patients qui m'étaient confiés étaient très impliqués et très motivés par leur prise en soins, tandis que d'autres restaient passifs, attendant que les exercices s'enchaînent, ne montrant aucun signe de satisfaction, d'insatisfaction, parfois même aucun intérêt pour la séance que je leur proposais. Il m'a donc fallu adapter le déroulement de la prise en soins que j'avais d'ores et déjà programmée.

Lorsque le patient est impliqué dans sa prise en soins il est naturel de définir conjointement des objectifs et de mettre en œuvre les moyens adaptés afin de les atteindre. Les difficultés sont apparues lorsque certains de mes patients ne souhaitaient pas réaliser de séance ou montraient de moins en moins d'intérêt à leur rééducation, traduisant un changement de motivation. Je me suis donc demandé si ces refus étaient liés au fait que ce soit moi qui propose la séance. Aurait-ils accepté de faire une séance si cela avait été un autre étudiant ou masseur-kinésithérapeute ? J'en ai donc référé à mes différents maîtres de stage, qui ont parfois adopté des stratégies et approches différentes afin de faire renaître un élan de motivation. Je me suis donc rendue compte que l'approche du masseur-kinésithérapeute était majeure au bon déroulement de la prise en soins.

Proposer de nouveaux exercices ou de nouvelles techniques à mes patients m'oblige à imaginer la manière la plus évidente par laquelle j'aimerais me voir exposer la situation.

« Allez Monsieur L. on y va » et « on lève bien les pieds » sont des phrases que j'ai fréquemment prononcées et qui ont amené un second point dans ma réflexion. Que représente ce « on » ? Cet abus de langage n'est-il pas infantilisant ? Permet-il d'impliquer réellement le patient dans sa prise en soins ? N'a-t'il pas un impact sur la motivation de notre patient ?

Je me suis donc questionnée sur les différents facteurs qui entrent en compte dans la motivation du patient et dans son adhésion au traitement proposé. Il est évident que lorsque le patient ne s'implique pas dans sa prise en soins, les objectifs ne peuvent être atteints, voire parfois difficilement définissables.

Une troisième situation m'a interpellée. Lors de mes stages, ou lors de discussions entre étudiants, j'ai souvent entendu des propos de masseurs-kinésithérapeutes tels que « tiens tu vas t'occuper de Monsieur X, mais il n'est pas motivé, il n'en veut pas, il ne comprend pas, peut être que ça marchera mieux avec toi ».

L'ensemble de ces situations m'a donc amenée à me questionner sur le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la motivation et l'implication du patient. L'approche du masseur-kinésithérapeute et son attitude n'ont-elles pas un impact sur l'adhésion du patient ?

I.2. Problématique théorique

La motivation est une notion dont nous avons tous entendu parler de nombreuses fois, que ce soit la motivation au travail, la motivation à l'apprentissage, ou dans le domaine de la rééducation, la motivation pour la prise en soins. Il est donc indispensable de commencer par donner une définition de ce concept.

I.2.1 Définition

En amorçant les recherches, il apparaît que de nombreuses définitions sont données mais que chaque théorie motivationnelle propose une définition du terme qui lui est propre [1].

D'après Vallerand et Thill (1993), « le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. » [2]

La motivation a fait l'objet de nombreux écrits et recherches, les premiers à s'y être intéressés étant Socrate, Platon et Aristote. Depuis différentes théories, dans le domaine de la psychologie, ont vu le jour.

I.2.1.1 La motivation interne

La plupart des philosophes supposent l'existence d'une composante interne propice au comportement. Kant exprime deux versants : premièrement *le devoir* et deuxièmement *la satisfaction du désir*. Dans le courant du XXème siècle, la motivation est considérée comme étant un moyen de rechercher des expériences positives et d'éviter les expériences négatives.

Pour Maslow (1954), la motivation est corrélée aux besoins de l'individu. Il crée ainsi la pyramide des besoins. L'individu ne peut atteindre les niveaux supérieurs que si les besoins primaires sont satisfaits, la motivation augmentant avec les niveaux. Aujourd'hui la pyramide est discutée, il apparaît clairement que les besoins fondamentaux ne sont pas les mêmes pour tous. Par exemple, chez certaines personnes le besoin de sécurité est devancé par le besoin de mise en danger.

I.2.1.2 La motivation externe

C'est le courant behavioriste, qui croît dans les années 1930. A l'opposé des théories citées ci-dessus, les behavioristes considèrent les éléments internes comme négligeables par rapport aux facteurs externes. C'est Pavlov qui en est le pionnier et qui met en place le premier protocole expérimental utilisant ce paradigme d'apprentissage par conditionnement. Selon ce modèle tout comportement est considéré comme la résultante des réflexes conditionnés aux stimuli extérieurs. Le comportement est déterminé par l'apprentissage.

I.2.1.3 La motivation : produit de l'environnement et des facteurs internes ? [2]

C'est l'ethnologue Clark Hull qui a émis cette hypothèse en premier lieu. Il réalise en 1943 des travaux sur des souris. L'apprentissage du parcours d'un labyrinthe ne pouvait être facilité par des récompenses seulement si ces dernières étaient perçues comme telles. Plus récemment, en 2007, Gollay a repris cette théorie afin d'évaluer le comportement humain, qui paraît néanmoins plus complexe que

celui des souris étudié par Hull. La motivation semble être une combinaison entre le besoin interne d'une personne et les éléments externes de son environnement, propres à stimuler cet état intérieur.

En 2002, André Giordan, reprend cette hypothèse et émet l'équation suivante :

$$\text{Motivation} = \text{Facteurs internes} \times \text{Environnement}$$

Les facteurs internes sont aussi bien les besoins fondamentaux que le plaisir et le sens que la situation apporte à l'individu. Giordan ajoute que la motivation est en réalité un processus évolutif, qui ne peut être considéré comme statique. L'individu ne peut être considéré comme le seul responsable de sa motivation.

Sur les mêmes fondements en 1975 est née la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan. Ces auteurs décrivent deux types de motivation : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque ; auxquelles s'ajoute l'amotivation.

Lorsque la personne considère que son comportement est sous sa seule responsabilité, le niveau d'autodétermination est au plus haut, c'est la motivation intrinsèque. Un second point permet de définir la motivation intrinsèque : l'activité pratiquée dégage plaisir et satisfaction pour l'individu.

La motivation extrinsèque fait appel à des éléments externes. L'activité pratiquée ne dégage plus de plaisir, elle est en réalité associée à une notion de bénéfice. L'individu pratique donc l'activité seulement pour les bénéfices que celle-ci peut lui apporter.

L'amotivation, plus couramment nommée « démotivation », se situe au bas de l'échelle d'autodétermination. Aucune autodétermination n'est décelée. Une personne amotivée ne perçoit plus la relation entre ce qu'elle fait et les résultats de ce qu'elle fait. Elle en vient à se demander pourquoi elle le fait, et pense qu'il serait plus judicieux d'abandonner l'activité.

I.2.2 Les facteurs qui influencent la motivation

Après cette tentative d'étayage des différentes théories de la motivation, il apparaît que de nombreux éléments entrent en compte.

La motivation semble être le résultat d'une interaction entre les objectifs de l'individu, son appréciation de ses capacités à un moment donné et les opportunités que lui offre son environnement. Cet état de motivation peut être facilement malléable et influençable. Il est donc intéressant de connaître précisément les éléments permettant de modifier cet état motivation.

I.2.2.1 Les facteurs internes [2]

La motivation prend appui sur des facteurs internes qui sont en partie des besoins. Cette notion de besoin est présente le XIIème siècle est reprise par les fondateurs de l'économie moderne au XIXème siècle. Certains de ces besoins ont un fondement physiologique, tels que la faim, la soif ou encore le sommeil. D'autres, sont devenus tout aussi fondamentaux malgré l'absence physiologique : le besoin de sécurité, d'exister, de se réaliser ...

Maslow (1954) établit la pyramide des besoins : à la base se trouvent les besoins fondamentaux (faim, soif ...), suivis par le besoin de sécurité (protection, principes), les besoins sociaux (appartenance, amour), le besoin d'estime de soi (réussite) et pour terminer le besoin de réalisation (créativité, expression personnelle).

Depuis cette pyramide a servi de base pour les recherches dans le domaine de la motivation au travail, ainsi que dans le domaine médical, notamment par les groupes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les différents besoins ne sont plus hiérarchisés, ils sont considérés comme interagissant en permanence les uns avec les autres. De plus, chacun de ces groupes de besoins peut faire naître un élan de motivation, ou à contrario en être un facteur limitant s'il n'est pas assouvi.

Outre les besoins, un second groupe de facteurs intervient. Il s'agit du projet et du sens qui lui est donné par l'individu. Autrement dit la perception qu'à le patient de

la situation dans laquelle il se trouve est déterminante. L'engagement du patient est d'autant plus grand que le patient perçoit un sens au projet qu'il s'est fixé. L'association besoins et projets doit faire naître un sentiment de plaisir.

1.2.2.2 Les facteurs externes

Bien que la motivation soit assimilée à une pulsion, qui permet un déclenchement, une réaction à une situation donnée, elle est rarement spontanée. Elle nécessite un environnement propice, souvent appelé environnement motivationnel. Il peut arriver qu'une faille dans l'environnement motivationnel du patient mette en péril le processus de motivation déjà engagé par le patient, c'est pourquoi il est intéressant d'en connaître la composition. Quatre grandes catégories peuvent être distinguées [2].

La société : la place que le patient occupe dans la société, son ressenti de participation (activité professionnelle, association ...) ont un impact non négligeable. Les médias, influent également, notamment depuis « l'ère internet ».

Les Autres : la famille et l'entourage du patient le stimulent, de par l'image qu'il donne et qu'il souhaite donner auprès d'eux. Les autres patients peuvent également être une source de motivation, simplement en faisant part d'une expérience positive à un moment donné. Il en ressort donc des notions d'échange, de partage et de reconnaissance.

L'environnement : le centre de soin, que ce soit une structure hospitalière ou une structure libérale, doit permettre au patient de se sentir en sécurité. Le lieu doit également multiplier les potentialités afin que le patient s'approprie les pratiques qu'il juge nécessaires.

Le soignant : de par son écoute, ses attitudes, influe sur la motivation du patient. Le patient confi sa santé entre les mains du soignant, pour se faire une relation de confiance doit être établie. Le patient est d'autant plus motivé que le soin se déroule dans un climat de confiance. De plus le soignant doit proposer un projet thérapeutique adapté à la situation du patient, et donner un sens, sans quoi la motivation peut avoir des difficultés à émerger.

I.2.3 La motivation et la kinésithérapie

Le masseur-kinésithérapeute est souvent considéré comme celui qui répare et qui permet de gérer la douleur, de retrouver une fonctionnalité ou encore une autonomie. Bien trop souvent dans l'esprit du patient le masseur-kinésithérapeute est celui qui « fait ».

Certains masseurs-kinésithérapeutes que j'ai côtoyés en stage expliquaient leur rôle au patient en utilisant une image qui selon moi est très parlante : le masseur-kinésithérapeute est auprès du patient afin de l'aider à « remplir sa boîte à outils » nécessaire à sa prise en soins. Il est néanmoins important de rappeler que certaines affections entraînent plus ou moins l'utilisation de techniques dites « passives » telles que le massage, les mobilisations ou encore les drainages. Cependant lorsque le patient en a les capacités, il doit être le principal acteur de sa prise en soins, et le masseur-kinésithérapeute est à ses côtés afin de l'aider à trouver des solutions.

Au début de la prise en soins, ainsi que tout au long de celle-ci, le patient et le masseur-kinésithérapeute vont définir des objectifs conjointement. Le patient doit donc s'impliquer et se sentir motivé, sans quoi le masseur-kinésithérapeute ne pourra atteindre ces objectifs seul. Une collaboration entre les deux protagonistes est nécessaire.

Ces dernières années les équipes médicales et paramédicales ont mis en place des outils afin de coordonner les soins entre le patient et l'ensemble de l'équipe soignante. Nous pouvons notamment citer le Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (P3I). En présence du patient et de sa famille ou de ses aidants, les différents professionnels font la synthèse des problèmes organiques, psychologiques, fonctionnels et environnementaux, tout en précisant les désavantages psycho-socio-professionnels propres au patient. Le P3I permet d'identifier les besoins du patient, les objectifs poursuivis ainsi que les moyens utilisés, la durée prévisible de l'intervention, en accord avec le patient et son entourage. Cette réunion de synthèse permet de placer le patient au centre de la démarche et de le rendre pleinement acteur de sa prise en soins.

Outre le P3I, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) vise à aider les patients affectés par une maladie chronique. Elle leur apporte les savoirs et les compétences d'auto-soin et d'adaptation afin de mieux gérer leur vie et leur quotidien. Les équipes d'ETP sont présentes dans de nombreux domaines, tels que les services de cardiologie, de lutte contre l'obésité ou encore contre les affections respiratoires (asthme, mucoviscidose).

Ces deux démarches sont essentielles afin de rendre le patient acteur de sa prise en soins et que ses objectifs deviennent les nôtres. Les masseurs-kinésithérapeutes s'intègrent pleinement dans ces démarches. Par ailleurs il leur est nécessaire de développer des compétences en éducation, qui est un des aspects majeurs de la prise en soins masso-kinésithérapique. Par exemple il est important d'expliquer à un adolescent atteint de mucoviscidose l'utilité d'effectuer sa toilette bronchique tous les jours ou de se rendre régulièrement chez le masseur-kinésithérapeute.

Stimpson et Weeb ont émis le paradoxe suivant : bien que ce soit le thérapeute qui prenne la décision de la démarche à suivre, la décision finale est entre les mains du patient [3]. En effet si ce dernier n'a pas envie, pour une quelconque raison, d'effectuer l'activité physique recommandée par le masseur-kinésithérapeute, alors la rééducation prescrite n'avancera pas.

Le praticien fait partie de l'environnement du patient, et contribue donc à la fluctuation de la motivation de ce patient. Les auteurs se mettent d'accord pour dire que le thérapeute ne peut être un « motivateur » à part entière, cependant il intervient de façon consciente ou non sur le processus motivationnel.

Alors, des questionnements se sont de nouveau posés à moi. ***Les masseurs-kinésithérapeutes ont-ils conscience de l'impact qu'ils peuvent avoir sur la motivation de leur patient ? Quels leviers peuvent-ils utiliser afin de motiver leurs patients ?***

II. Deuxième partie : la communication

« Le problème n'est pas tant que la communication entre le thérapeute et le patient soit bonne ou mauvaise, mais plutôt qu'elle soit efficace. » Peter TATE

Le terme « communication » est devenu usuel, tellement usuel que l'impact de notre communication sur nos actions et nos façons de penser n'est plus toujours perçu. Impact qui est pourtant essentiel, notamment en situation de soin [4].

La communication interpersonnelle est le moyen privilégié de communication humaine. Il faut attendre les années 1970 pour que naissent les premières recherches sur les interactions verbales.

Naturellement nous communiquons aussi automatiquement que se fait notre respiration. Tout comme doit réfléchir le patient insuffisant respiratoire chronique (IRC) ou le patient en pleine crise d'asthme afin de gérer sa respiration qui est déficiente, nous ne pensons à notre communication que lorsque celle-ci est difficile ou défailante.

Dans notre métier de rééducateur, la connaissance de l'anatomie et de la physiologie a une importance capitale afin de comprendre les déficiences dont sont atteints nos patients. Parallèlement il est tout aussi important de connaître « l'anatomie » et la « physiologie » de la communication pour prendre conscience des difficultés qui apparaissent.

Etymologiquement, communiquer signifie mettre en commun. La communication est donc la mise en commun et l'échange d'opinions, d'idées et de savoirs. A travers ce terme se dégagent également des notions de partage et de transmission d'informations.

II.1 Le modèle dyadique [5]

Deux personnes qui partagent des informations utilisent un mode de communication. C'est le modèle dyadique, forme de communication utilisée par un thérapeute et son patient, ou encore utilisée lors d'un entretien.

Le thérapeute et le patient jouent à tour de rôle l'émetteur (E) et le récepteur (R) du message. Chaque protagoniste possède une sphère centrale et une sphère périphérique qui vont lui permettre de coder et de décoder les informations envoyées et reçues.

II.1.1 L'émission du message

L'émetteur élabore des opérations mentales, dont il n'a pas forcément conscience, avant d'émettre son message : *la perception* d'une réalité particulière, celle du patient en face de lui, *et la motivation à communiquer*. Ensuite, avant l'émission du message, l'étape la plus importante est celle du choix du code, c'est-à-dire les signes par lesquels l'émetteur va exprimer son message. C'est là que se détermine le type de communication qui va être utilisée (verbale, non verbale ...). Ces étapes se réalisent au niveau de la sphère centrale.

La sphère périphérique de l'émetteur correspond à l'ensemble des comportements successifs qui lui permettent de se mettre en contact direct avec l'émetteur. En somme, la sphère périphérique de l'émetteur sert à l'émission du message qui est initialement élaboré et codé dans la sphère centrale.

II.1.2 La réception du message

Le récepteur possède également une sphère centrale et une sphère périphérique, en revanche elles se mettent en action en sens inverse lors de l'arrivée du message. Le récepteur reçoit le message via ses organes de sens (la vue, l'ouïe, le toucher ...) au niveau de la sphère périphérique puis le message va être transféré dans la sphère centrale, où il va être décodé et interprété.

On comprend donc que ce sont en réalité les codes qui mettent en contact l'émetteur et le récepteur. La compréhension du message émis présuppose que le patient et le thérapeute aient un répertoire de signes en commun.

Lorsque les mots ou les gestes du thérapeute ne font pas partie du répertoire du patient, alors la communication ne peut s'établir. Il y a communication complète uniquement lorsque les répertoires des deux protagonistes sont identiques, comme

cela peut être le cas entre deux masseurs-kinésithérapeutes qui parlent la même langue. [5]

C'est une information importante à prendre en compte pour nos situations de soin. En effet le milieu médical peut paraître effrayant de part son langage si particulier, que les patients qualifient généralement de jargon. Nous devons donc adapter notre répertoire de signes, c'est-à-dire notre communication à chaque patient.

II.1.3 La rétroaction

Pour que la communication soit réellement établie il faut que le récepteur atteste de sa bonne réception et compréhension auprès de l'émetteur. Il va donc renvoyer à l'émetteur une série de signes, que l'on appelle feed-back (ou rétroaction). Ce feed-back permet à l'émetteur de savoir si le message a été correctement reçu et interprété par le récepteur. [ANNEXE 4]

En tant que thérapeute il est essentiel de *prêter une attention toute particulière à ces feed-back, qui nous permettent de savoir ce que le patient a compris de sa prise en soins, et l'état actuel de ses connaissances.*

II.1.4 Les différentes voies de communication

La transmission d'informations se fait selon deux voies : on distingue la communication verbale, et la communication non verbale.

La communication non verbale est également appelée langage du corps. Elle met en jeu la gestuelle, la posture, la distance physique, l'expression faciale ou encore le regard, les apparences ou les odeurs.

La communication non verbale représente plus de la moitié du message, selon les auteurs de 60 à 80%. Cependant, bien qu'il soit intéressant de faire le parallèle entre communication non verbale et motivation, mon étude est basée sur la communication verbale.

II.2 La communication verbale

La partie verbale représente donc 20 à 40% du message transmis par l'émetteur. Les paroles en elles-mêmes ne sont qu'un très faible pourcentage, les intonations prenant le dessus. Il est néanmoins intéressant de s'attacher à cette partie qui peut parasiter un processus de communication à tout moment pendant le soin, notamment lorsque notre patient présente des soucis de motivation.

Rappelons que plus un patient est motivé, plus son niveau d'autodétermination est haut et plus il est acteur de sa prise en soins. Notre communication doit donc permettre au patient de se sentir acteur, de se sentir principal protagoniste.

Le masseur-kinésithérapeute doit donc être attentif à deux choses : premièrement dès le début du traitement, quelque soit le degré de motivation du patient, certains détails (qui n'en sont pas !) permettent de conserver cette motivation chez le patient ou du moins de ne pas entraîner de démotivation. Deuxièmement lorsque le processus de démotivation est déjà amorcé, certaines techniques de communication permettent d'en trouver la cause, et de faire évoluer la relation thérapeutique grâce à une communication efficace.

Il existe différents leviers que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent actionner afin d'obtenir une motivation maximale de la part de leurs patients.

II.2.1 Des priorités du thérapeute à celles du patient

Dans tout processus de soin il est important de détecter les signes annonciateurs d'un manque de motivation chez le patient. Ces signes peuvent être différents d'un patient à l'autre, c'est pourquoi on ne peut précisément en faire une liste. Cependant tout changement de comportement, des retards ou des absences répétés aux séances par exemple doivent nous alerter.

II.2.1.1 Lorsque les premiers instants sont décisifs

Que ce soit un médecin ou un masseur-kinésithérapeute, le patient consulte son thérapeute avec des angoisses, des croyances, des attentes et des problèmes cachés. Le thérapeute reçoit le patient avec pour objectifs de répondre aux attentes du patient et résoudre le problème qui le mène à consulter.

[graphique ci-contre] Plus la communication établie se rapproche de la partie droite, plus elle est centrée sur les priorités du thérapeute. Il recueille les informations par le biais de son interrogatoire et de son examen clinique, et seules les plaintes du patient apparaissent. Le patient n'est pas invité à exprimer ses préoccupations. En déplaçant son style de communication vers la gauche du graphique, le thérapeute laisse place aux priorités du patient, qui peut ainsi exprimer ses attentes et angoisses. L'idéal est donc une communication qui permette d'allier les priorités du patient avec celles du thérapeute. Le patient se sent ainsi impliqué dans le processus de soin [3].

Les effets du mode relationnel utilisé lors de la rencontre sont perceptibles assez précocement dans le processus thérapeutique et peuvent avoir un effet significatif dès la première séance [6]. Il est important de noter qu'à la suite du premier rendez-vous avec le thérapeute le patient sait désormais s'il suivra les avis et conseils de celui-ci et s'il lui fera confiance ou non. Plus les priorités du thérapeute se sont rapprochées de celles du patient (c'est-à-dire le centre du graphique), plus il lui fait confiance.

Lorsque nous recevons notre patient pour la première séance de masso-kinésithérapie nous réalisons notre bilan diagnostique masso-kinésithérapique (BDMK). Au travers de ce BDMK nous cherchons à retracer l'histoire de notre patient et de sa pathologie, puis nous nous attachons à définir des objectifs et moyens de rééducation à la suite des bilans analytiques. *Il serait donc intéressant de nous interroger sur la manière dont nous réalisons notre bilan et sur la place que nous accordons aux priorités du patient.*

II.2.1.2 Les explications au patient

« Ne pas informer le malade signifie le considérer comme un objet au lieu d'un homme, et par conséquent attenter à sa dignité. Un malade non informé ne peut pas participer, collaborer, et contribuer au processus de guérison. » [5]

Cela paraît logique, le patient est le premier concerné par sa prise en soins. Le diagnostic est posé par les médecins, et dans notre cas précis des séances de masso-kinésithérapie lui sont prescrites. Que ce soit en structure hospitalière ou en libéral, les faits s'enchaînent parfois rapidement pour les patients, sans qu'ils ne puissent réellement obtenir les informations qu'ils souhaitent vraiment.

L'étude de Reynolds dans les années 1980 montrait que plus de 55% des patients sont insatisfaits des informations qui leurs sont données lors de leur parcours hospitalier. [5]

Les patients profitent donc de la séance de masso-kinésithérapie pour demander des informations sur leur pathologie, leur prise en soins ou encore sur les examens complémentaires. Parfois, certains n'osent demander et poser des questions, par crainte de ne pas comprendre ce qu'il leur est expliqué. Les auteurs s'accordent pour dire qu'informer le malade signifie éclaircir ses doutes, le rassurer et calmer son anxiété. C'est pourquoi le masseur-kinésithérapeute doit s'attacher à expliquer sa pathologie ainsi que le déroulement de la prise en soins au patient, que ce dernier pose des questions ou non. Premièrement cela permet au patient de se sentir en confiance et rassuré. Toujours d'après Reynolds, « pour la majorité des malades, la peur de l'inconnu est un fardeau beaucoup plus lourd à porter que la connaissance des détails de leur maladie, si grave soit-elle ». Deuxièmement, cela permet au patient de se sentir pleinement impliqué par sa prise en soins, et d'en être le principal acteur.

Wandless et Davie ont montré que parmi les nombreuses méthodes pour diminuer l'inobservance, le meilleur moyen consiste à donner des explications verbales détaillées, accompagnées d'instructions écrites. [5]

C'est un résultat important à prendre en compte pour nous masseurs-kinésithérapeutes qui sommes parfois ralentis dans notre prise en soins par

l'inobservance des patients. *Les nouveaux exercices présentés au patient doivent donc être accompagnés d'une explication tant sur la manière de l'effectuer que sur le but recherché.* Nous pouvons supposer que lorsque nous expliquons à nos patients le but recherché de nos techniques et exercices, celui-ci aura plus d'entrain à le réaliser. De plus, nous sommes souvent amenés à donner un programme d'exercices au patient, que ce dernier doit réaliser en dehors des séances. Présenter les exercices sous forme de livret explicatif pourrait inciter le patient à les réaliser plus régulièrement et à sentir qu'il est le principal acteur.

II.2.2 Les thérapies centrées sur le patient

Il arrive parfois que certaines prises en soin soient perturbées par un défaut de motivation du patient. Sans la volonté du patient il est difficile de faire progresser la rééducation. Le masseur-kinésithérapeute peut donc utiliser les méthodes de communication plus spécifiquement centrées sur le patient afin de faire évoluer la situation.

C'est Carl Rogers (1942,1959) qui évoque en premier la thérapie centrée sur le « client ». Mucchielli cite Rogers, « nul n'est mieux placé que le sujet lui-même pour savoir quels sont ses problèmes, et que l'important est de savoir comment il a intégré sa propre expérience » [7].

De ces entretiens centrés sur le « client » naissent le counseling, la relation d'aide ou encore l'entretien motivationnel. Ce sont des « méthodes » de communication qui permettent au thérapeute de mener un entretien en laissant le « client », ici le patient, prendre conscience de ses propres problèmes et de réfléchir aux solutions.

En somme la manière dont le thérapeute dialogue semble tout aussi importante que les spécificités de son approche ou de ses références théoriques selon Miller et Rollnick [6].

Une personne qui ne suit pas les conseils donnés est considérée alors comme peu motivée, alors que c'est dans le contexte interpersonnel que résident le problème et la solution. En réalité le patient doit s'exprimer afin de comprendre ce qui l'empêche d'avancer.

Lorsque nous détectons des problèmes de motivation chez un patient, le risque majeur est d'interpréter, de comprendre à côté, alors qu'en réalité nous projetons nos significations sur la situation du patient.

II.2.2.1 Les différentes attitudes

Pendant un entretien, et donc pendant une séance de soin, le thérapeute doit donc porter une attention particulière sur les différentes variables qui pourraient parasiter l'expression du patient. Parmi ces variables, les attitudes et les paroles du thérapeute sont d'une importance capitale. Ce sont des facteurs externes influençant le processus motivationnel du patient.

Il est possible de définir 5 attitudes verbales venant du thérapeute, qui ne facilitent pas l'expression du patient et qui peuvent donc entacher sa motivation.

- *La réponse d'évaluation (ou jugement moral)* : elle fait référence à des normes, à des valeurs. Le thérapeute formule un jugement positif ou négatif. L'attitude d'évaluation crée une différence de statut entre le thérapeute et le patient, et renforce la dépendance du patient envers le thérapeute.
- *La réponse d'interprétation* : cette attitude consiste à verbaliser et à formuler les raisons cachées qui sous-tendent ce que vient de dire le patient. Cette attitude renforce également la dépendance patient-thérapeute. Une réponse interprétative peut entraîner chez le patient un désintérêt à la suite de la séance, une irritation sourde ou un blocage défensif.
- *La réponse de support (soutien-consolidation)* : le thérapeute apporte un encouragement, une consolation. Il montre au patient qu'il le comprend et manifeste un intérêt personnel. Le thérapeute essaie de rassurer le patient et minimise la situation. Cette attitude paternaliste entraîne chez le patient une passivité et une dépendance.
- *La réponse investigatrice* : le thérapeute questionne le patient afin d'en savoir toujours un peu plus. C'est l'une des habitudes des praticiens de l'aide, dans un souci du petit détail qui aurait pu être omis. Le patient peut avoir l'impression de subir un interrogatoire.

- *La réponse solution au problème* : le thérapeute propose une solution au patient pour qu'il résolve son problème. L'initiative n'est donc pas prise par le patient lui-même, il aura donc probablement du mal à s'y investir.

La situation la plus propice à l'expression de l'autre est donc la situation où il ne sent ni jugé, analysé, interprété, guidé par des conseils, ou encore harcelé par des questions. En somme c'est une situation où il se sent écouté [8].

Selon Rogers, le thérapeute n'a pas à être directif s'il souhaite faire naître la motivation chez son patient. Il ne doit pas fournir de solutions, de suggestions ou analyses, mais simplement réunir trois conditions nécessaires pour créer l'atmosphère idéale au changement : être empathique de façon appropriée, chaleureux et authentique. Le thérapeute s'intéresse réellement au patient et ne doit en aucun cas rapporter les faits à ce que lui aurait pu faire ou décider.

II.2.2.2 L'entretien motivationnel

Miller et Rollnick se sont inspirés des travaux de Rogers afin de créer l'entretien motivationnel (EM). C'est une technique qui est très utilisée avec les patients atteints d'addiction mais qui semble pouvoir s'adapter à toute situation qui nécessite un changement de comportement et donc un passage par un processus motivationnel. Selon eux il y a quatre principes généraux :

- Exprimer de l'empathie
- Développer la divergence
- Rouler avec la résistance
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

L'empathie

Des recherches menées par Luborsky montrent que le degré d'empathie du thérapeute peut être un élément déterminant de la réponse du patient au traitement [6].

On appelle empathie l'acte par lequel le sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans pour autant se mettre à la place de l'autre. Il s'agit donc de

comprendre tout en gardant une certaine lucidité de la situation et une objectivité. Cette communication empathique permet au patient de se sentir compris et au thérapeute de rester lucide quant à la situation.

L'empathie est définie par deux composantes : la réceptivité aux sentiments vécus par l'autre, et la capacité verbale à communiquer cette compréhension. Ce n'est pas une attitude interne, elle doit être active et transmise à l'autre.

Développer la divergence

Le patient voit une différence entre son état actuel et ses objectifs. Le but est donc de développer cette divergence et de l'amplifier afin de déclencher le processus de motivation et de changement. Cela implique de clarifier et d'identifier les buts et objectifs précis du patient. En réalité cette approche veille à donner au patient des raisons de changer et présente des arguments en faveur sans que le thérapeute ait besoin de le faire.

Concrètement au sein de nos séances de masso-kinésithérapie cela peut se traduire en premier lieu par l'explication de la synthèse de notre bilan et la formulation des objectifs précis du patient.

Rouler avec la résistance

Une relation de soin qui se caractérise comme un combat ou une partie d'échec est contre productive. Comme nous l'avons déjà cité plus haut nous sommes là pour accompagner le patient à l'aide de nos compétences et lui fournir les éléments nécessaires à une bonne évolution de son cursus de soin. Néanmoins il est vrai que parfois nous essayons de faire avancer les choses en proposant de nouvelles orientations. Rouler avec la résistance signifie que nous ne pouvons pas obliger le patient à prendre en compte automatiquement les objectifs et les idées que nous avons formulés. La résistance cède au fil de la prise en soins, il faut donc avancer avec.

Renforcer le sentiment d'auto-efficacité personnelle

Cela fait référence au crédit qu'une personne accorde à sa capacité à mener et à réussir une tâche donnée. L'objectif est donc d'augmenter la confiance que le patient a en ses capacités. La personne va réaliser elle-même les changements, elle doit donc s'en sentir capable.

« Le crédit accordé par une personne à ses possibilités est un élément important de la motivation ». [6]

Concrètement lors des séances de masso-kinésithérapie cela peut se traduire par une présentation des exercices en progression. De plus le feed-back verbal de la part du thérapeute peut paraître anodin mais n'est pas dénué de sens. Expliquer au patient les progrès que l'on constate va lui permettre de prendre conscience qu'il en est capable. Il est également important de rappeler au patient que toute tâche se fait en progression. Commencer par un exercice trop difficile peut décourager le patient et entacher son sentiment d'auto-efficacité personnelle.

II.2.2.3 Le résumé et la reformulation

La technique de reformulation peut être utilisée durant toutes nos séances de soin. Cela consiste à redire de manière plus concise et en d'autres termes ce que le patient vient d'évoquer.

Ce que cela apporte :

- Le thérapeute n'introduit pas d'interprétation ou d'évaluation (cf les 5 attitudes p.18)
- Le thérapeute montre qu'il a écouté et compris le discours du patient.
- Le patient est donc certain de se faire comprendre et est ainsi incité à continuer à s'exprimer d'avantage.

Cette technique est intéressante puisqu'elle permet de renvoyer à l'autre les questions posées. Il n'est en aucun cas question de ne pas vouloir répondre aux questions que se posent notre patient.

Lorsqu'un patient nous pose une question, généralement il a son propre avis.

Exemple : Lors d'une séance de réadaptation cardiaque un patient interroge le masseur-kinésithérapeute sur l'usage du cigare. « Vous pensez que je peux fumer un cigare de temps en temps ? » Evidemment le réflexe serait de répondre Oui ou Non à cette question, mais ce n'est en réalité pas la réponse attendue par le patient. En renvoyant la question au patient, « Et vous qu'en pensez-vous ? », le thérapeute permet au patient de réfléchir à cette question et d'exprimer ce qu'il pense réellement. D'une part cela est beaucoup plus formateur pour le patient, d'autre part cela permet d'aborder avec le patient le sujet qu'il souhaite s'exprimer, une question en cachant parfois une autre.

Evidemment il faut modérer l'utilisation des techniques de reformulation ou de renvoi de questions, une utilisation trop fréquente ou peu appropriée à la situation pourrait briser le climat de confiance établi.

Et les silences alors ?

Tout comme lors d'un entretien, une ou plusieurs périodes de silences peuvent être angoissantes pour le thérapeute. Ce n'est pas forcément un signe de manque de motivation.

Le « silence vide », aussi appelé le vrai silence correspond à l'arrêt de l'expression et de la réflexion. A contrario le « silence plein », ou faux silence correspond à l'arrêt de l'expression mais à une continuation de la réflexion interne.

Le masseur-kinésithérapeute doit savoir identifier les silences et composer sa séance avec.

II.3 Tableau de synthèse : les différents leviers à la portée du masseur-kinésithérapeute

	Nuit à la motivation	Favorise la motivation
BDMK	<ul style="list-style-type: none"> • Sous forme d'interrogatoire • N'inclut pas les croyances et problèmes annexes du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication du patient • Invite le patient à exprimer ses préoccupations • Inclut le projet du patient
Projet thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Inadapté • Ne tient pas compte des attentes du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapté en fonction du bilan, attentes et projet du patient ⇒ Donne un sens à la rééducation
Communication verbale	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de termes trop médicaux • Inadaptation des répertoires de signes 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des termes au patient • Être attentif au feedback ⇒ Bonne réception du message
Explications	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune 	<ul style="list-style-type: none"> • Explication déroulement du traitement : différentes phases, but des exercices
En dehors de la séance	<ul style="list-style-type: none"> • Rien • Exercices sans explication claire 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposition d'un programme d'exercice avec explications écrites
Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation ⇒ Dépendance au MK • Interprétation ⇒ Désintérêt ⇒ Irritation sourde ⇒ Blocage défensif • Soutien-consolidation ⇒ Passivité et dépendance au MK • Investigation • Solution au problème ⇒ Peu d'investissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute • Empathie • Développer la divergence • Rouler avec la résistance • Renforcer le sentiment d'auto-efficacité personnelle : feedback verbal • Résumé et reformulation • Respect des silences

III. Troisième partie : initiation à la recherche

III.1. Objectifs de la recherche

Après avoir retranscrit les difficultés rencontrées en stage puis effectué des recherches à travers la littérature, afin de comprendre nos rôles et impacts sur la motivation du patient notamment à travers notre communication, il était nécessaire d'étendre cette réflexion auprès des professionnels. Au travers leurs nombreuses expériences et réflexions nous allons pouvoir vérifier leurs ressentis quant à la motivation du patient ainsi que les stratégies qu'ils adoptent.

III.2. Choix de la méthode de recherche

Pour ce faire il était nécessaire de choisir parmi les différents dispositifs de recherche pouvant être mis en place. Le questionnaire retint notre attention de part ses propriétés quantitatives, permettant d'obtenir des informations / données sur des avis / appréciations subjectives concernant des activités, des faits ou encore des comportements.

Le questionnaire est un outil d'observation permettant un recueil d'informations de manière anonyme et objective, informations que nous pourrons alors quantifier, comparer et analyser.

III.3. Confection du questionnaire

Pour la confection du questionnaire je me suis basée sur mes questionnements ainsi que sur les premiers éléments de réponses apportés par la littérature.

Bien que le questionnaire soit principalement composé de questions fermées par soucis de traitement et analyse des réponses, il me paraissait inévitable d'inclure des questions ouvertes.

Le questionnaire évolue sur les possibles problèmes de motivation rencontrés par les masseurs-kinésithérapeutes puis sur leurs réactions, notamment à l'aide de deux cas cliniques confectionnés pour l'occasion, inspirés de situations vécues en stages et qui semblaient pouvoir être rencontrées par tout masseur-kinésithérapeute durant sa vie professionnelle.

Le pré-contrôle du questionnaire a été effectué auprès de mon directeur de mémoire. Un expert m'a apporté de nombreux conseils notamment sur la trop grande explicité des réponses attendues pouvant orienter les réponses des masseurs-kinésithérapeutes. Un dernier test a été réalisé auprès de certains camarades de promotion afin de vérifier la clarté des énoncés et des réponses proposées.

III.4. Choix de la population et diffusion du questionnaire

Ce questionnaire s'adresse à tout masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat. Afin de réaliser une analyse statistique, l'objectif était de recevoir au minimum 30 réponses.

Mon choix s'est vite porté sur la diffusion du questionnaire par la voie de messagerie électronique et via internet dans le but de recevoir un maximum de réponses ainsi que par soucis d'économie de temps. L'envoi des questionnaires est effectué au début du mois de janvier, la date limite de réponse étant le 28 février 2013.

III.5. Résultats et analyses

[ANNEXES 10 et 11]

Les premières questions sont d'ordre sociologique, afin de vérifier l'apparition de groupes de réponses en fonction du sexe, de l'âge, de la durée d'exercice ou du type d'exercice.

Population étudiée :

Au total, 87 questionnaires ont été renseignés.

Nous pouvons constater que 64.4% (56) des masseurs-kinésithérapeutes sont des *femmes*, et seulement 35.6% (31) sont des hommes.

Une majorité est relativement jeune, 69% (60) ont entre 20 et 30 ans. Ensuite les taux sont décroissants par tranche d'âge, 20.7% (18) ont entre 31 et 40 ans, et seulement 10.3% (9) ont entre 41 et 60 ans. Aucun masseur-kinésithérapeute ayant rempli le questionnaire n'est âgé de plus de 60 ans.

A la question « **depuis combien de temps travaillez-vous ?** » les différents groupes de réponses sont relativement homogènes :

- 31 % (27) depuis moins d'un an
- 27.6 % (24) de 1 à 3 ans
- 20.7 % (18) de 4 à 10 ans
- 20.7 % (18) depuis plus de 10 ans.

Cependant cela reste une population jeune, 79.3% travaillent depuis moins de 10 ans.

En revanche à la question « **dans quel type de structure travaillez vous ?** » nous pouvons remarquer des différences significatives. En effet 74.7% (65) travaillent en cabinet libéral. 18.4% (16) travaillent en centre hospitalier et 9.2% (8) en centre de rééducation.

L'orthopédie et la rhumatologie sont les domaines principalement pris en charge par les masseurs-kinésithérapeutes, respectivement à hauteur de 71.3% (62) et 67.8% (59). Ensuite la gériatrie est l'un des domaines principaux de 37.9% des masseurs-kinésithérapeutes.

Les objectifs d'un premier contact avec le patient

« Selon vous, les objectifs d'un premier contact avec le patient sont atteints lorsque : »

Cette question porte sur l'attitude du professionnel vis-à-vis des attentes du patient. Elle permet de savoir si les masseurs-kinésithérapeutes ont plutôt une approche centrée sur le patient, ou une approche centrée sur leurs propres objectifs.

4 propositions étaient faites, et les masseurs-kinésithérapeutes avaient la possibilité de cocher jusqu'à deux choix. Une case « autre » était également disponible.

Pour 83.9% (73) des masseurs-kinésithérapeutes, *pendre le temps d'expliquer sa prise en soins au patient* est l'un des premiers objectifs à se fixer. Pour 19.5% (17), il est avant tout nécessaire que le patient explique les démarches qu'il a entreprises. Cette attitude est plutôt centrée sur le parcours du patient et sur la perspective que ce dernier donne à sa pathologie. Le patient semble impliqué dans sa prise en soins dès le début puisqu'il lui est permis de s'exprimer quant à son propre parcours.

56.3% (49) des masseurs-kinésithérapeutes estiment que les objectifs de la séance sont atteints lorsqu'ils ont répondu aux questions que se posent le patient et 25.3% (22) lorsque le patient s'est montré attentif aux explications fournies par le thérapeute. Cette attitude semble plutôt centrée sur le thérapeute et implique un peu moins le patient dans sa prise en soins.

Le bilan diagnostic masso-kinésithérapique (BDMK)

Tout comme la question précédente, celle-ci permet de **savoir si la communication du thérapeute est centrée sur le patient ou non.**

18.4% (16) des masseurs-kinésithérapeutes réalisent leur BDMK de manière structurée en suivant un plan pré-établi.

81.6% (71) réalisent leur BDMK de manière moins structurée, en fonction du patient et de ses plaintes, avec une communication plutôt centrée sur le patient.

Le patient se sent d'autant plus impliqué dans sa prise en soins si ses objectifs sont alliés à ceux du masseur-kinésithérapeute lors de la première rencontre, c'est pourquoi il paraît essentiel de laisser le patient s'exprimer, à l'aide de questions ouvertes. De plus lorsque la séance prend forme d'interrogatoire avec de nombreuses questions fermées, le patient n'est pas invité à exprimer ses propres attentes. [3]

La motivation du patient

Lorsque nous demandons aux masseurs-kinésithérapeutes de **qualifier la fréquence des difficultés rencontrées quant à la motivation des patients**, 83.9% (73) répondent « *parfois* », 14.9% (13) répondent « *souvent* ».

L'analyse croisée de la fréquence des difficultés de motivation rencontrée et de la durée de travail ne semble pas significative. La durée de travail et donc l'expérience ne semble pas avoir d'impact sur l'apparition de difficultés de motivation des patients.

Pour 51.7% (45) des masseurs-kinésithérapeutes les difficultés de motivation se présentent au cours des premières séances, et dès la première séance pour 19.5% (17). Il apparaît donc que les difficultés de motivation apparaissent au cours des premières séances, c'est pourquoi nous devons être vigilants dès les premiers instants avec le patient.

La question « **y a-t-il des domaines dans lesquels ces difficultés de prise en soins se sont davantage manifestées** » nous permet de voir que la rhumatologie semble être le domaine le plus touché à hauteur de 48.3% (42). Pour 35.6% (31) des masseurs-kinésithérapeutes des difficultés de prise en soins sont apparues dans le domaine de la gériatrie. Les difficultés de motivations apparaissent donc principalement chez les patients atteints de maladies chroniques.

De plus l'analyse croisée des données, permet de dire que pour 19.5% (17) des masseurs-kinésithérapeutes les difficultés de prise en soins n'apparaissent pas dans les domaines qu'ils prennent principalement en charge. Par exemple l'orthopédie est l'un des domaines principaux pour 71.3% (62) des masseurs-kinésithérapeutes, et seulement 19.5% (17) relatent des difficultés en orthopédie.

La question « **selon vous, pourquoi certains patients n'adhèrent pas à leur prise en soins** » nous permet de déterminer la place que le masseur-kinésithérapeute se donne face à la motivation du patient. Parmi les réponses proposées 3 d'entre elles indiquent que le masseur-kinésithérapeute estime qu'il a joué un rôle (de par sa manière de mener la prise en soins) dans le processus de démotivation du patient, les 3 autres indiquent que le masseur-kinésithérapeute ne s'inclut pas dans le processus.

Pour 86.2% (75) des masseurs-kinésithérapeutes le patient n'a pas compris les enjeux de sa prise en soins, pour 37.9% (33) le patient n'a pas une bonne estime de lui. Enfin « vous n'avez pas réussi à définir des objectifs avec votre patient » arrive en troisième position, à hauteur de 25.3% (22). Nous pouvons donc constater une différence significative, les raisons principalement évoquées étant d'abord liées au patient, sans que le thérapeute ne s'inclue réellement dans le processus de démotivation.

La question « **selon vous, la motivation est principalement dictée par :** » est à mettre en relation avec la question précédente. Seulement deux choix étaient possibles, les masseurs-kinésithérapeutes devaient choisir entre les facteurs internes propres au patient et les facteurs externes dictés par l'environnement.

La motivation est dictée par les *facteurs internes propres aux patients* selon 86.2% (75) et par les facteurs externes pour seulement 13.8% (12) des masseurs-kinésithérapeutes.

Globalement, à l'aide des réponses données à ces deux questions nous pouvons déduire que ***lorsqu'un problème de motivation apparaît chez un patient le masseur-kinésithérapeute pense d'abord à un problème interne au patient et ne remet pas directement en cause son attitude et sa manière d'avoir mené la prise en soins.***

Les explications au patient

Les différentes questions posées ont pour but de **déterminer l'implication du patient dans sa prise en soins, en lui donnant les informations nécessaires à la bonne compréhension des techniques et exercices mis en œuvre.**

Au début de la prise en soins 50.6% (44) des masseurs-kinésithérapeutes expliquent régulièrement sa pathologie au patient. La réponse « *toujours* » est donnée par 42.5% (37) des masseurs-kinésithérapeutes. Les explications de la pathologie sont données de la propre initiative du masseur-kinésithérapeutes dans 80.5% (70) des cas, et seulement lorsque le patient de demande dans 19.5% (17) des cas.

Selon les masseurs-kinésithérapeutes, à hauteur de 62.1% (54) les patients posent régulièrement des questions sur le but des différents exercices et sur les différentes phases de traitement. Pour seulement 35.6% (31) les patients posent rarement des questions.

Lorsque les patients ne posent pas de questions quant aux exercices, les masseurs-kinésithérapeutes jugent nécessaire de les fournir en priorité aux patients qui présentent une baisse de motivation (69%) et lorsqu'un exercice est manifestement difficile pour le patient (58.6%). Seuls 32.2% (28) des masseurs-kinésithérapeutes jugent nécessaire de donner les explications auprès des patients posant peu de questions. Bien que 50.6% (44) des masseurs-kinésithérapeutes expliquent régulièrement la pathologie et la prise en soins au patient, nous pouvons supposer que leur conception de la motivation n'est que ponctuelle (en fonction de ce que le patient donne comme signe clinique de démotivation).

Analyse des cas cliniques

Afin d'analyser la réaction et les moyens mis en œuvre par les masseurs-kinésithérapeutes face à un patient qui présente des signes de démotivation, nous avons retranscrit deux cas cliniques. Ces cas cliniques se devaient d'être potentiellement vécus par tous les masseurs-kinésithérapeutes, c'est pourquoi nous avons choisi deux situations vécues en stage et sans spécificité de prise en soins.

Le premier cas clinique nous permet d'évaluer les stratégies mises en œuvre par les masseurs-kinésithérapeutes face un patient qui montre de plus en plus de signes de démotivation, qui arrive en retard aux séances et qui ne suit pas les conseils donnés par son masseur-kinésithérapeute.

Les différentes questions posées sont élaborées à partir des 5 attitudes verbales qui ne facilitent pas l'expression du patient.

Premièrement 89.7% (78) des masseurs-kinésithérapeutes continuent la prise en soins de ce patient tandis que 10.3% (9) l'arrêtent. Nous pouvons constater que *94.3% (82) insiste sur les risques d'une mauvaise observance et sur les enjeux de la rééducation. Donner l'exemple d'un autre patient est l'une des stratégies mis en place par 40.2% (35) alors que 58.6% (51) ne l'utilisent pas. Pour 89.7% (78) des masseurs-kinésithérapeutes donner des solutions au patient semble être plutôt*

approprié. Un temps d'échange, afin de discuter des raisons de la démotivation, est mis en place par 86.2% (75) des professionnels.

Globalement l'ensemble des réponses nous laisse penser qu'une grande partie des masseurs-kinésithérapeutes a recours à l'utilisation de leviers qui ne facilitent pas l'expression du patient, qui ne peut exprimer ses raisons de démotivation. L'analyse croisée ne montre ni dépendance, ni lien entre l'utilisation de ces techniques et la durée de travail.

Le second cas clinique a été créé dans le seul but de **déterminer l'utilisation ou non du pronom « ON » lors des séances de rééducation**. Pour se faire, dans un premier temps nous avons demandé aux masseurs-kinésithérapeutes de retranscrire les paroles qu'ils diraient à la patiente. Parmi les réponses, 35.6% (31) n'ont pas respecté la consigne qui demandait de retranscrire les paroles. Parmi les réponses pouvant être pris en compte, 64.3% (36) laissent apparaître l'utilisation du « ON » lors des consignes ou explications données aux patients.

La seconde question concernant ce cas clinique invite le masseur-kinésithérapeute à cocher les réponses qu'il aurait pu donner pour encourager la patiente à continuer l'exercice qui semble difficile pour elle. Les deux réponses qui apparaissent en tête sont « On se redresse et on regarde droit devant soi Mme B. » et « Allez Mme B. on lève un peu les pieds » respectivement à hauteur de 48.3% (42) et 36.8% (32). Ce sont les deux seules réponses contenant le pronom « ON » dans les propos.

Ces résultats sont donc en accord avec les observations faites sur le terrain et confirment donc l'utilisation du « ON » lors des consignes données ou lors de l'explication des exercices pendant les séances de masso-kinésithérapie.

IV. Discussion

IV.1 Les limites de la méthode de recherche

Dans le but de répondre aux questions que je me suis posées, j'ai pris la décision de scinder ma recherche en deux parties. La première partie, basée sur la littérature, était essentielle afin de comprendre réellement les mécanismes de la motivation et de la communication. En parallèle j'ai réalisé mon questionnaire à l'aide des différents éléments que j'avais d'ores et déjà retenus à travers mes lectures. J'ai donc diffusé mon questionnaire avant d'avoir totalement terminé mes lectures, dans l'objectif de laisser plus de temps aux masseurs-kinésithérapeutes souhaitant répondre.

Distinction soins chroniques – soins aigus

Mes dernières lectures terminées, je trouve qu'il aurait été intéressant d'inclure certaines questions. Une distinction entre les soins concernant les pathologies aigus et les pathologies chroniques semble manquer pour certains masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu à mon questionnaire. En effet il paraît intéressant d'analyser les difficultés de motivation relatées par les masseurs-kinésithérapeutes en terme de soins aigus ou de soins chroniques, afin de savoir si les difficultés de motivation apparaissent en proportions équivalentes. Cette question avait été envisagée lors de l'élaboration du questionnaire, mais une difficulté résidait dans les définitions de soins aigus et chroniques. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une pathologie chronique est une maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses et susceptibles de réduire la qualité de vie du patient.

Afin de palier aux difficultés d'observance chez les patients atteints de maladie chronique, l'éducation thérapeutique a été créée. Elle permet un accompagnement individualisé de chaque patient. *Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* (article L.1161-1 du code de la santé publique). Une question se pose donc à nouveau, qu'en est-il pour les soins aigus ? Des soucis de motivation apparaissent-ils lors des prises en soin ?

Recherche quantitative

L'élaboration et la diffusion du questionnaires auprès des masseurs-kinésithérapeutes, avec 87 réponses, permet de faire une analyse quantitative et de comparer les différents groupes de réponses. Ainsi il est possible de constater que 83.9% des masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire connaissent *parfois* des difficultés de motivation avec certains de leurs patients. Pour une grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes, lorsque le patient n'adhère pas à sa prise en charge c'est qu'il n'a pas compris les enjeux de sa prise en soin et qu'il n'a pas une bonne estime de lui. De plus 86% des masseurs-kinésithérapeutes considèrent que la motivation est dictée par les facteurs internes. Suite à cette analyse quantitative, il aurait été judicieux d'interroger les masseurs-kinésithérapeutes de manière plus qualitative. Pour ce faire un entretien semi-directif aurait permis aux masseurs-kinésithérapeutes de s'exprimer librement, notamment quant aux raisons d'un manque de motivation chez certains patients.

Mode de diffusion du questionnaire

L'obtention du plus grand nombre de réponses au questionnaire était une de mes priorités, la diffusion via internet me paraissait la plus adaptée. De ce fait 69% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés ont moins de 30 ans, 58.6% travaille depuis moins de 3 ans et 74.7% travaille dans une structure libérale. Il aurait été intéressant d'avoir autant de réponses de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et hospitaliers. Cependant, lors du recensement des professionnels de santé réalisé au 1^{er} janvier 2012 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 78% des masseurs-kinésithérapeutes exercent en milieu libéral.

Et le ON alors ?

L'utilisation du « ON » dans les soins est en réalité le premier questionnement que je me suis posé. Il m'a été quasiment impossible de trouver des écrits traitant ce sujet. Cette notion est également abordée lors de la formation Aide-Soignant, dans le module 5 « Relation – Communication » et notamment lors des mises en situations

professionnelles. Après des discussions auprès d'infirmières et d'aides soignantes, il apparaît que ce sujet est abordé en comité de bientraitance des personnes âgées.

En effet, utiliser le « ON » trop régulièrement pendant les soins, tels que la toilette par exemple, semble être considéré comme de la « non-bientraitance » (autrefois appelée maltraitance). Le patient n'est pas intégré à part entière à l'acte de la toilette, alors que c'est à lui de la réaliser, avec une plus ou moins grande aide de la part de l'aide-soignante.

Lors de mes stages, j'ai pu faire le constat que j'utilisais très régulièrement ce pronom lors des exercices avec les patients, ou même parfois lors des installations.

Les résultats des deux cas cliniques de mon mémoire, qui avaient pour but de déterminer si les masseurs-kinésithérapeutes utilisaient le ON, montrent que le ON apparaît de manière spontanée dans les réponses des masseurs-kinésithérapeutes.

Les résultats des questionnaires ainsi que les observations de terrain, permettent d'affirmer que les masseurs-kinésithérapeutes font usage du ON.

Il serait donc intéressant de mener une recherche beaucoup plus approfondie quant à ce fameux pronom qui ne trouve pas sa place dans les autres langues usuelles utilisées de part le monde. Les masseurs-kinésithérapeutes l'utilisent, mais peut-être existe-t-il une raison ? il est possible d'émettre plusieurs hypothèses à ce sujet. Le masseur-kinésithérapeute souhaite-il donner des indications moins directives et éviter d'utiliser l'impératif qui peut paraître trop directif ? Ou alors, le thérapeute s'implique réellement dans l'action demandée, et cherche à former une véritable équipe, un duo avec le patient.

De plus, l'intérêt d'une nouvelle recherche se porterait sur le ressenti des patients face à l'utilisation du ON, quelles en sont les conséquences sur leur motivation ? Se sentent-ils impliqués de part la communication de leurs thérapeutes ? N'est-ce pas justement une source de motivation et d'encouragement ?

IV.2 Réflexion sur ma pratique professionnelle

Mes lectures, l'analyse de mes questionnaires et enfin les discussions que j'ai pu avoir avec différents masseurs-kinésithérapeutes m'ont permis de prendre du recul. En effet, je me rends compte que les difficultés à susciter la motivation chez certains patients ne me sont pas propres, et que pour les masseurs-kinésithérapeutes les changements de motivation chez leurs patients apparaissent de manière plus ou moins récurrente.

Grâce à mes lectures concernant les différentes notions de communication je comprends d'autant plus la réaction de certains patients, ainsi que l'utilité de donner le plus d'informations possibles afin de les intégrer dans leur prise en soins et qu'ils se sentent réellement impliqués dans leur prise en charge parfois complexe.

Les dernières périodes de stages sont donc l'occasion pour moi de mettre en pratique les différents leviers à ma disposition lorsque cela s'avère nécessaire. Je prête donc une attention toute particulière au premier contact avec le patient et réalise mon BDMK en prenant soin de l'impliquer et de lui expliquer la nécessité des actes effectués.

Je peux également me rendre compte qu'il n'y a pas de solution miracle, que chaque prise en soins est unique. Il est donc important que nous sachions qu'en tant que thérapeute nous avons une possibilité d'action sur la motivation du patient et que notre manière de communiquer doit être adaptée à chaque patient.

IV.3 Les limites de cette méthode de communication

Lorsque la prise en soin du patient se trouve ralentie voire inefficace à cause d'un manque de motivation, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent donc s'approprier les différentes techniques de communication afin d'en comprendre les raisons et impliquer le patient. Grâce aux interventions verbales du thérapeute le patient peut ainsi mettre un mot, un nom, une raison sur le manque de motivation. Cependant il n'est pas possible d'utiliser cette méthode avec tous les patients. Les techniques centrées sur le patients sont difficilement utilisables chez les enfants par exemple, ou lorsqu'il y a des troubles cognitifs, des troubles de la compréhension.

V. Conclusion

La relation soignant-soigné fut tout au long de mes études un sujet fascinant et les rencontres avec professionnels et patients entraînèrent une succession de remises en questions.

Les difficultés que j'ai éprouvées à plusieurs reprises à mener une rééducation auprès d'un patient présentant un manque de motivation m'ont naturellement dirigée vers la problématique suivante : ***De par sa communication, le masseur-kinésithérapeute peut-il avoir un impact sur la motivation du patient ?***

Il est important de considérer le patient comme une entité, et non comme une pathologie à traiter. Les patients se rendent chez le masseur-kinésithérapeute dans le but de retrouver une autonomie, des capacités fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute œuvre donc dans cette optique là, mais ne doit en aucun cas négliger le contexte environnemental du patient. Certaines histoires de vie peuvent entraîner un manque de motivation, et le thérapeute doit pouvoir et savoir s'en accommoder.

Au cours des séances, l'utilisation des techniques de communications centrées sur le patient, pourraient permettre de favoriser l'expression du patient et ainsi débloquer une situation. Cela pourrait être une solution éventuelle, lorsque les masseurs-kinésithérapeutes se sentent démunis face à une rééducation. Il n'est pas question de pratiquer l'entretien d'aide, mais de pouvoir en utiliser les bases.

Cette réflexion amène de nouveaux éléments d'ordre relationnel que le masseur-kinésithérapeute peut intégrer à la très grande diversité de moyens et d'outils tant relationnels que techniques qu'il possède déjà.

Une piste de recherche s'ouvre au monde masso-kinésithérapique et paramédical : le thérapeute a incontestablement une action sur le patient et sa motivation, et doit régulièrement trouver des outils afin de favoriser la motivation et la participation du patient. Mais quelles sont les conséquences du caractère parfois récurrent du manque de motivation des patients sur le thérapeute ? N'y a-t-il pas un risque d'épuisement professionnel ?

Bibliographie référencée

- [1] **F. FENOUILLET**, La motivation, 2e édition éd., Dunod, 2012.
- [2] **A. GOLAY, G. LAGGER et A. GIORDAN**, Comment motiver le patient à changer ?, Maloine, 2010.
- [3] **P. TATE**, Soigner (aussi) sa communication, De Boeck & Larcier, 2005.
- [4] **A. BIOY, F. BOURGEOIS et I. NEGRE**, La communication entre soignant et soigné, Repères et pratiques, 2e édition éd., Breal, 2009.
- [5] **C. IANDOLO**, Guide pratique de la communication avec le patient, techniques, art et erreurs de la communication, MMI Masson, 2004.
- [6] **W. MILLER et S. ROLLNICK**, L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, InterEditions-Dunod, 2011.
- [7] **R. MUCCHIELLI**, L'entretien de face à face dans la relation d'aide, 21 éd., ESF, 2011.
- [8] **J.-C. ABRIC**, Psychologie de la communication, Théorie et Méthodes, 3e édition éd., Armand Colin, 2008.

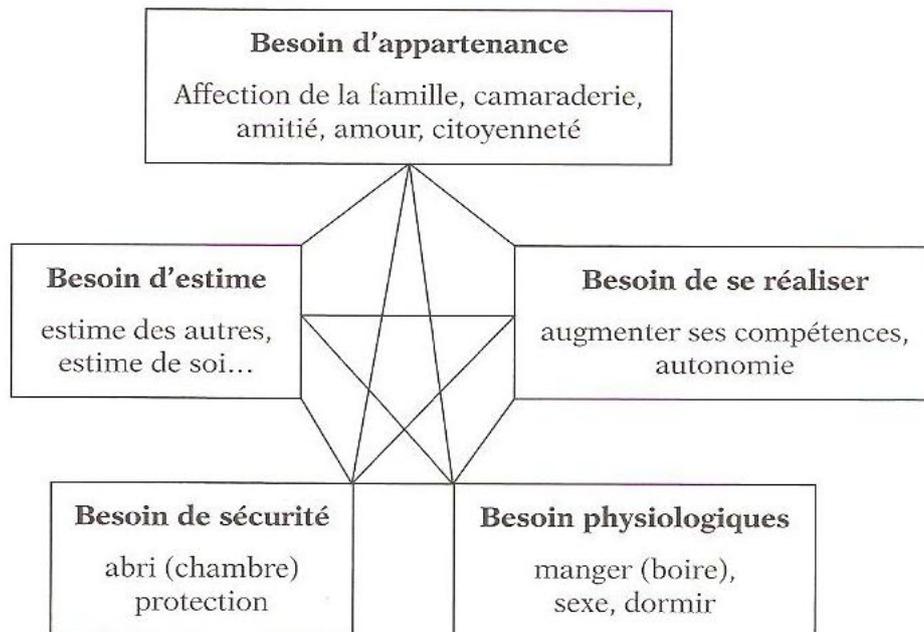
Bibliographie non référencée

- L. BARDIN**, L'analyse de contenu, 3e édition éd., Presses Universitaires de France, 2011.
- J. ANDRE**, Eduquer à la motivation, cette force qui fait réussir, L'Harmattan, 2005.
- A. MUCCHIELLI**, Les motivations, Presses Universitaires de France, 2011.
- A. RAOULT**, Démarche relationnelle, relation d'aide et relation d'aide thérapeutique, Vuibert, 2004.
- J. SALOME**, Relation d'aide et formation à l'entretien, 3e édition éd., Septentrion Presses Universitaires, 2011.

ANNEXES

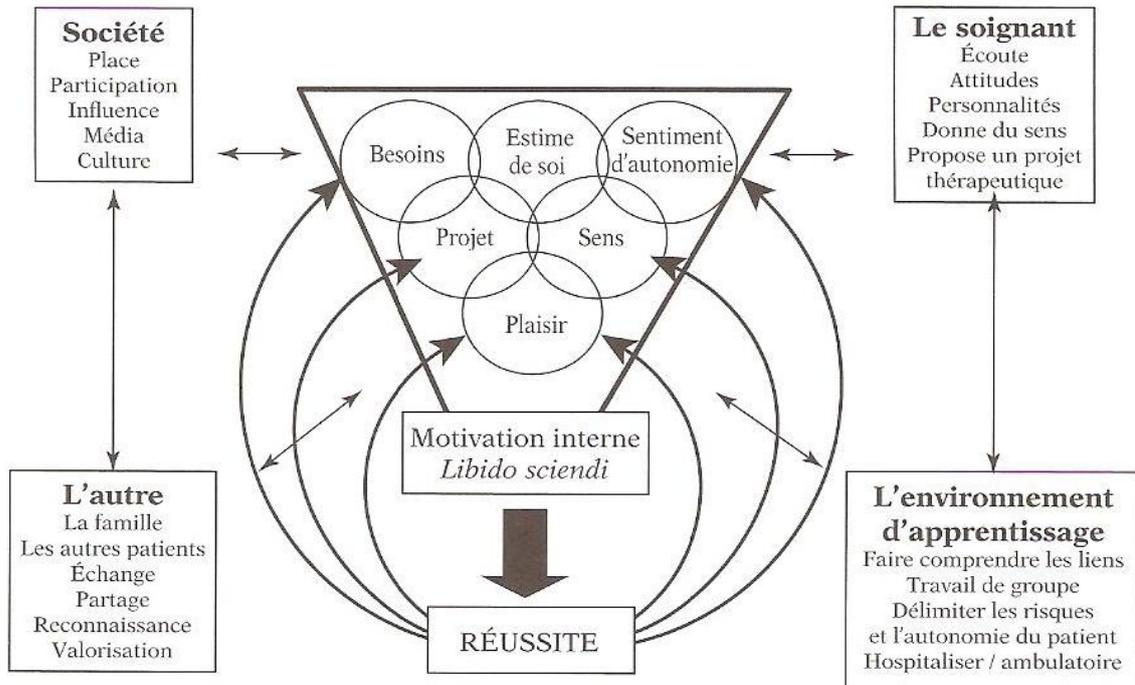
ANNEXE 1 : Les besoins fondamentaux tels qu'ils apparaissent aujourd'hui [2]

Les besoins fondamentaux tels qu'ils apparaissent aujourd'hui



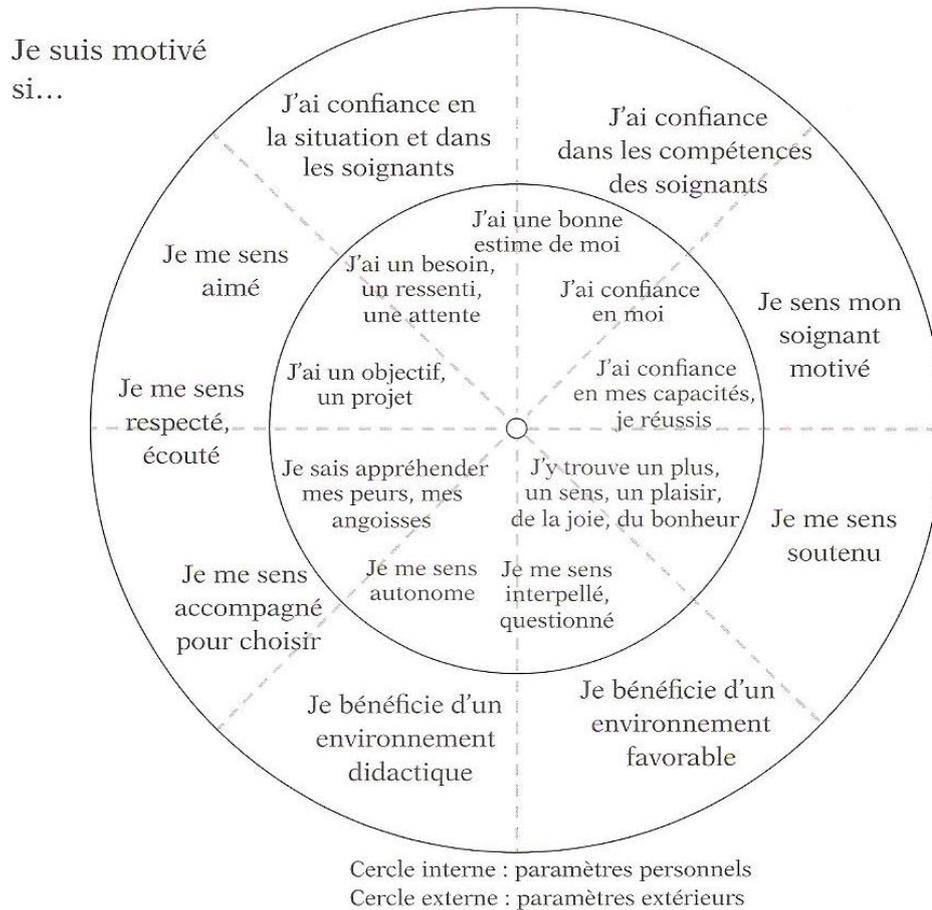
ANNEXE 2 : Schéma de synthèse des facteurs internes et externes influençant la motivation [2]

Facteurs internes et externes influençant la motivation



ANNEXE 3 : Paramètres d'un environnement motivant [2]

Paramètres d'un environnement motivant



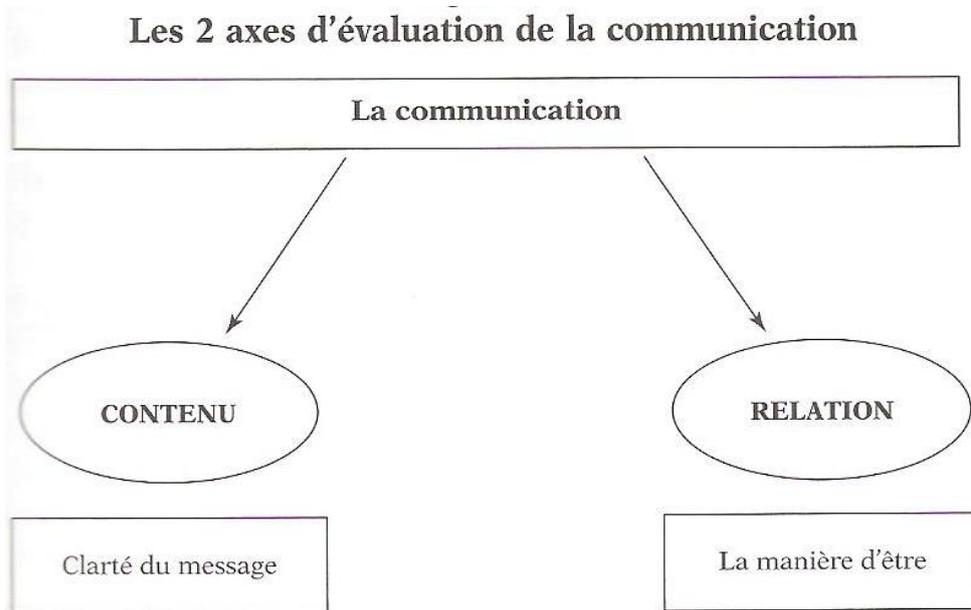
ANNEXE 4 : Cycle de la communication [5]

Schéma VI, 1
(d'après Schröder, modifié)



Le message se déplace des sphères centrale et périphérique de l'émetteur vers les sphères périphérique et centrale du récepteur. Pour que la transmission du message soit complète, c'est-à-dire qu'une communication s'établisse, le récepteur doit monter à l'émetteur qu'il a bien compris le message. C'est le feed-back ou la rétroaction.

ANNEXE 5 : Les deux axes d'évaluation de la communication [2]



La qualité de la relation établie avec le patient est essentielle à la future collaboration entre le patient et son thérapeute. Selon Roter (1991), du point de vue du malade, la communication soignant-soigné s'inscrit dans un modèle d'échanges réciproques.

La communication est évaluée selon les deux axes suivant :

- Le contenu : les messages que le thérapeute souhaite faire passer au patient doivent être clairs, sans ambiguïté.
- La relation : c'est la manière d'être, avec notamment le degré d'empathie dont fait preuve le thérapeute.

ANNEXE 6 : Le cycle de formation d'un patient [3]

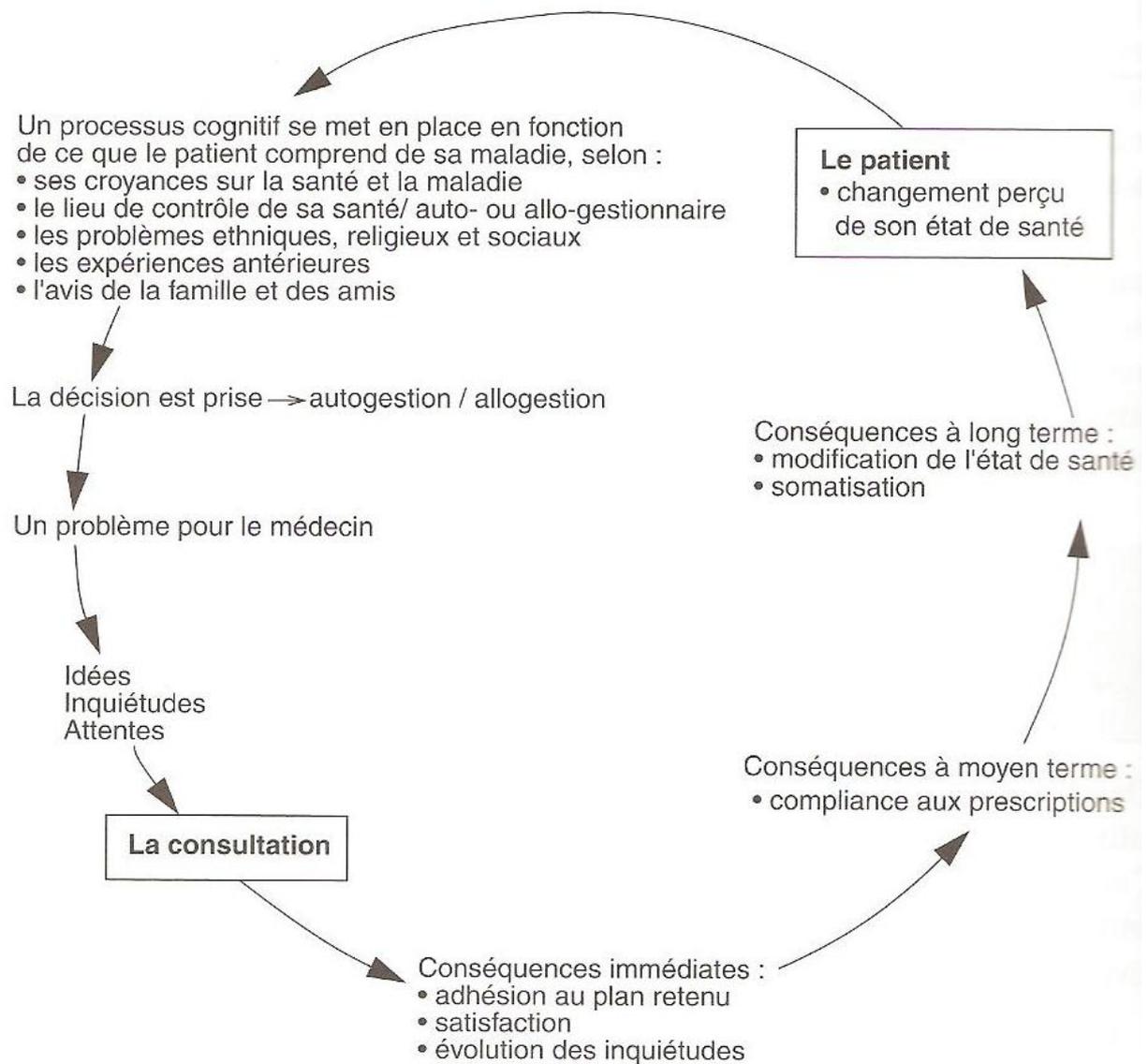
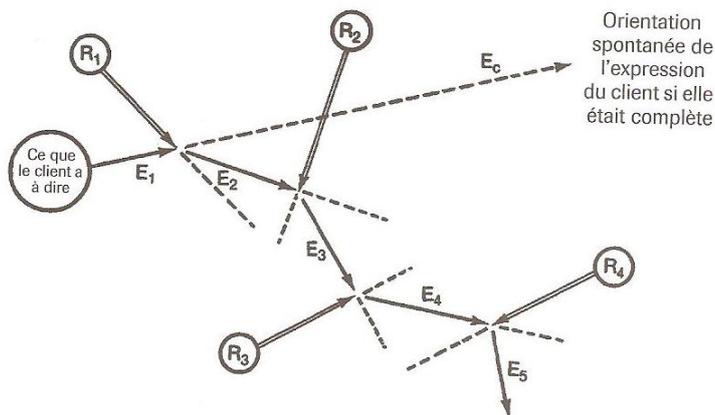
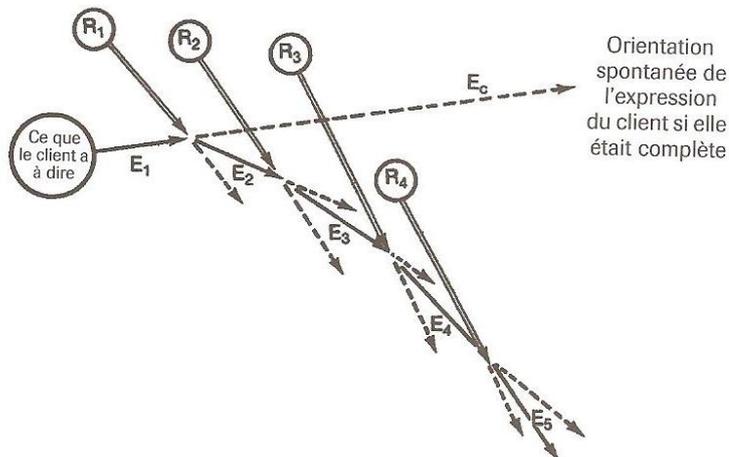


Figure 4.1 : Le cycle de formation du patient

ANNEXE 7 : Orientation de l'expression du patient lors de l'intervention du thérapeute [2]

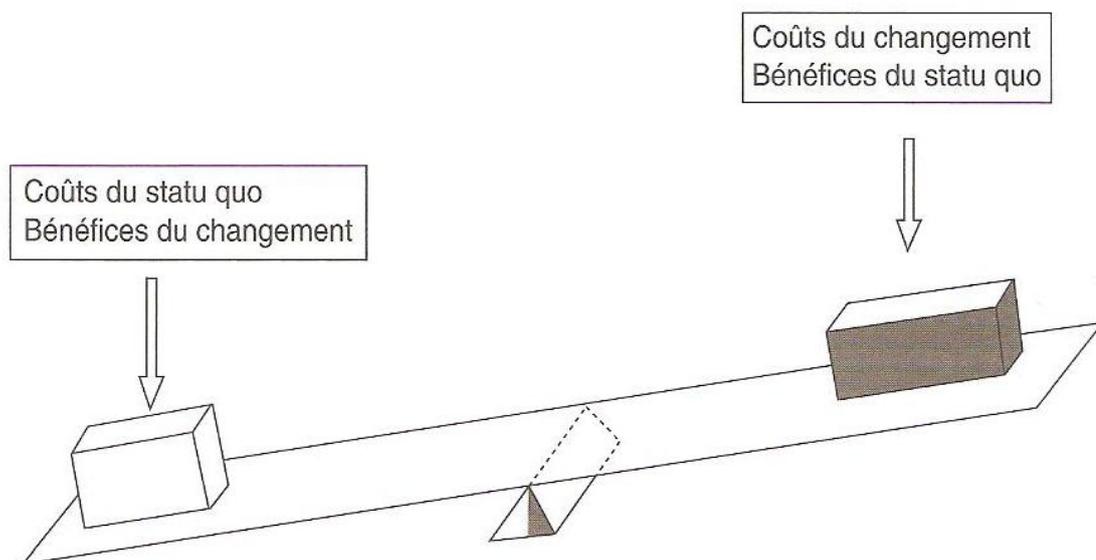


R1, R2, R3, R4 ... représentent les interventions verbales du thérapeute.

E1, E2, E3, E4 .. représentent les expressions successives du patient.

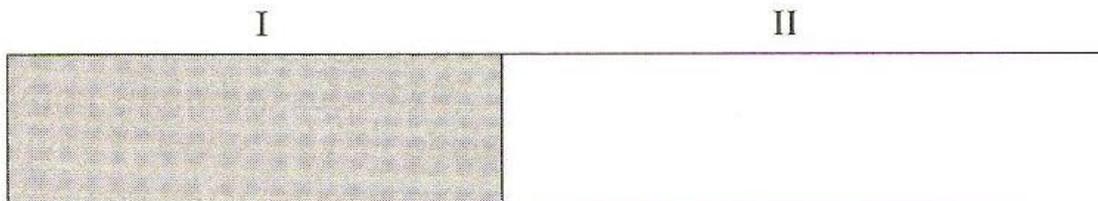
L'expression du patient est orientée par les nombreuses interventions du thérapeute. Le patient ne va pas au bout de ce qu'il voulait dire si le thérapeute intervient trop régulièrement. Cela nous permet donc de comprendre qu'en tant que thérapeute, sans nous en rendre compte, nous avons une influence sur ce que le patient nous dit.

ANNEXE 8 : La balance décisionnelle [6]



ANNEXE 9 : Variations de l'ampleur du savoir du patient [5]

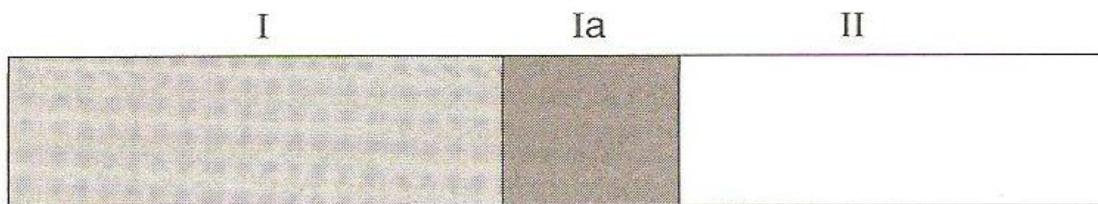
Schéma I, 6
État A (avant réception de la nouvelle)
(d'après Schröder)



I = Ampleur du savoir actuel

II = Ampleur du savoir manquant (sphère d'incertitude)

Schéma II, 6
État B (après réception de la nouvelle)
(d'après Schröder)



I = Ampleur du savoir actuel

Ia = Ampleur de l'augmentation d'information, ou quantité du « non su »
éliminé = information

II = Ampleur du savoir encore manquant

ANNEXE 10 : Questionnaire pour les masseurs-kinésithérapeutes

Je suis actuellement en 3ème année de formation à l'Institut Régional de Formations Sanitaires et Sociales du Limousin. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je réalise un questionnaire anonyme portant sur la relation soignant-soigné. Je vous remercie pour votre aide précieuse apportée en remplissant ce questionnaire. Une seule réponse est demandée par question, sauf si précision dans la question.

*Obligatoire

Votre âge : *

- 20 - 30 ans
- 31 - 40 ans
- 41 - 50 ans
- 51 - 60 ans
- 61 - 70 ans

Votre sexe *

- Féminin
- Masculin

Depuis combien de temps travaillez-vous ? *

- moins d' 1 an
- 1 à 3 ans
- 4 à 10 ans
- 10 ans et plus

Dans quel type de structure travaillez-vous ? * Jusqu'à 3 réponses

- Cabinet libéral
- Centre hospitalier
- Centre de rééducation
- Autre :

Dans quel(s) domaine(s) prenez-vous principalement des patients en charge ? *
Jusqu'à 3 réponses

- Rhumatologie
- Orthopédie
- Cardiologie
- Neurologie
- Pneumologie
- soins palliatifs
- Gériatrie
- Pédiatrie
- Sportifs
- Autre :

Selon vous, les objectifs d'un premier contact avec le patient sont atteints lorsque *
Jusqu'à 2 réponses possibles

- Vous avez répondu aux questions qu'il se pose sur sa pathologie
- Vous avez pris le temps de lui expliquer sa prise en charge
- Le patient vous a expliqué les démarches qu'il a entreprises avant de vous consulter
- Le patient s'est montré attentif à vos explications
- Autre :

Vous réalisez votre Bilan Diagnostic Masso-Kinésithérapique : *

- De manière structurée, en suivant un plan pré-établi
- De manière moins structurée, en fonction du patient

Avez-vous déjà rencontré des difficultés à motiver vos patients vis à vis de leur prise en charge ? *

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Dans votre pratique ces difficultés se sont présentées principalement *

- Dès la première séance
- Au cours des premières séances
- Plus tard

Dans quels domaines ces difficultés de prises en charge se sont davantage manifestées ? * Jusqu'à 3 réponses

- Rhumatologie
- Orthopédie
- Cardiologie
- Neurologie
- Pneumologie
- Soins palliatifs
- Gériatrie
- Pédiatrie
- Sportifs
- Autre :

Selon vous, pourquoi certains patients n'adhèrent pas à leur prise en charge ? *
Jusqu'à 3 réponses

- Le patient n'a pas compris les enjeux de la prise en charge
- Vous n'avez pas réussi à établir une relation de confiance
- Le patient ne vous apprécie pas
- Votre attitude n'a pas été adaptée
- Vous n'avez pas réussi à définir des objectifs avec votre patient
- Le patient n'a pas une bonne estime de lui

Selon vous, la motivation est principalement dictée par : *

- Les facteurs internes, propres au patient (projets, envies)
- Les facteurs externes, dictés par son environnement (entourage, thérapeute)

Au début de votre prise en charge vous expliquez au patient sa pathologie : *

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Toujours

Les explications sur la pathologie sont données :

- A la demande du patient
- De votre propre initiative

Les patients que vous prenez actuellement en charge vous posent-ils des questions sur le but recherché des exercices et sur le déroulement des phases de traitement ? *

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Toujours

Dans le cas où les explications ne vous sont pas demandées, elles vous paraissent nécessaires : * Jusqu'à 2 réponses

- En priorité avec les patients qui présentent une baisse de motivation
- Avec les patients qui posent peu de questions sur leur prise en charge
- Lorsqu'un exercice est manifestement difficile pour le patient

Je vous propose maintenant deux cas cliniques,

Vous avez pris en charge M. A pour 20 séances de réadaptation à l'effort. Celui-ci ne semble pas impliqué dans sa prise en charge et ne suit pas les conseils que vous lui aviez donnés en début de prise en charge (marche régulière, etc). Depuis quelques jours, il arrive en retard aux séances.

Arrêtez-vous la prise en charge ? *

- Oui
- Non

Afin de motiver ce patient,

Vous insistez sur les risques d'une mauvaise observance et les enjeux de la rééducation : *

- Oui
- Non

Vous lui donnez l'exemple d'un autre patient ayant la même pathologie : *

- Oui
- Non

Vous mettez en place un temps d'échange et de discussion avec le patient, afin de discuter des raisons de la démotivation : *

- Oui
- Non

Vous lui donnez des solutions pour suivre des conseils donnés (marche en groupe, association) : *

- Oui
- Non

Vous êtes en séance avec Mme B, 88 ans, nécessitant des séances de rééducation pour chutes à répétitions et reprise de la marche. Vous aidez Mme B à marcher dans le couloir, mais aujourd'hui elle ne semble pas motivée et souhaite s'arrêter dès le début de la séance, elle traîne même des pieds.

Afin de la motiver à continuer la séance, que lui diriez-vous ? * Veuillez retranscrire vos propos



Mme B. continue de traîner les pieds, que lui dites-vous ? * Jusqu'à 2 réponses

- Allez Mme B. on lève un peu plus les pieds
- Essayez de lever les pieds Mme B.
- Il faut vous redresser et lever vos pieds Mme B.
- Il faudrait lever vos pieds Mme B.
- On se redresse et on regarde droit devant soi Mme B.

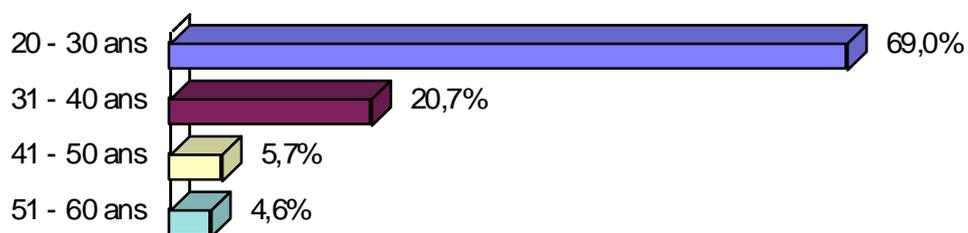
Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Avez-vous des commentaires à faire ?



ANNEXE 11 : Résultats des questionnaires

Votre âge :



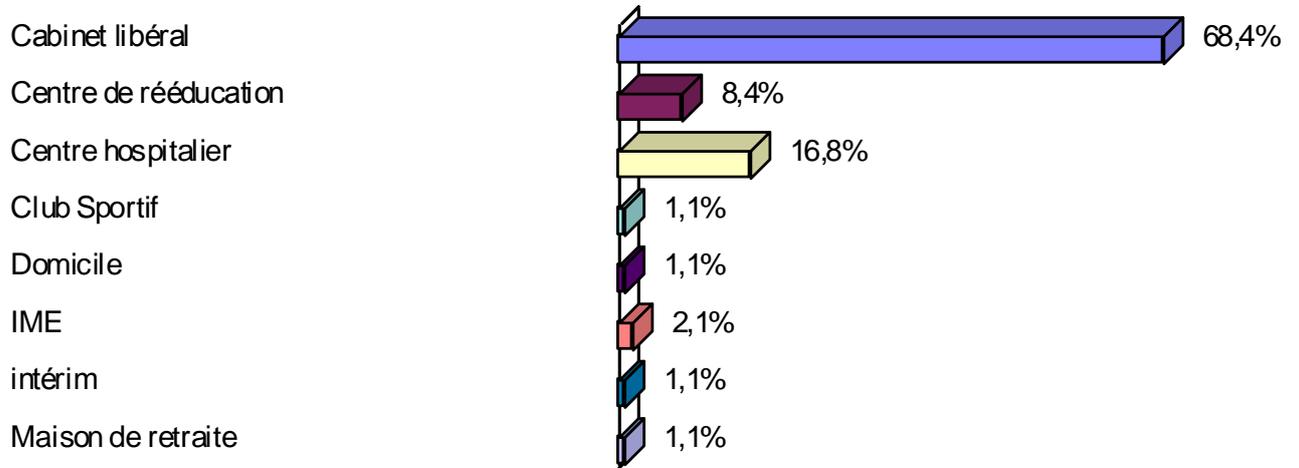
Votre sexe



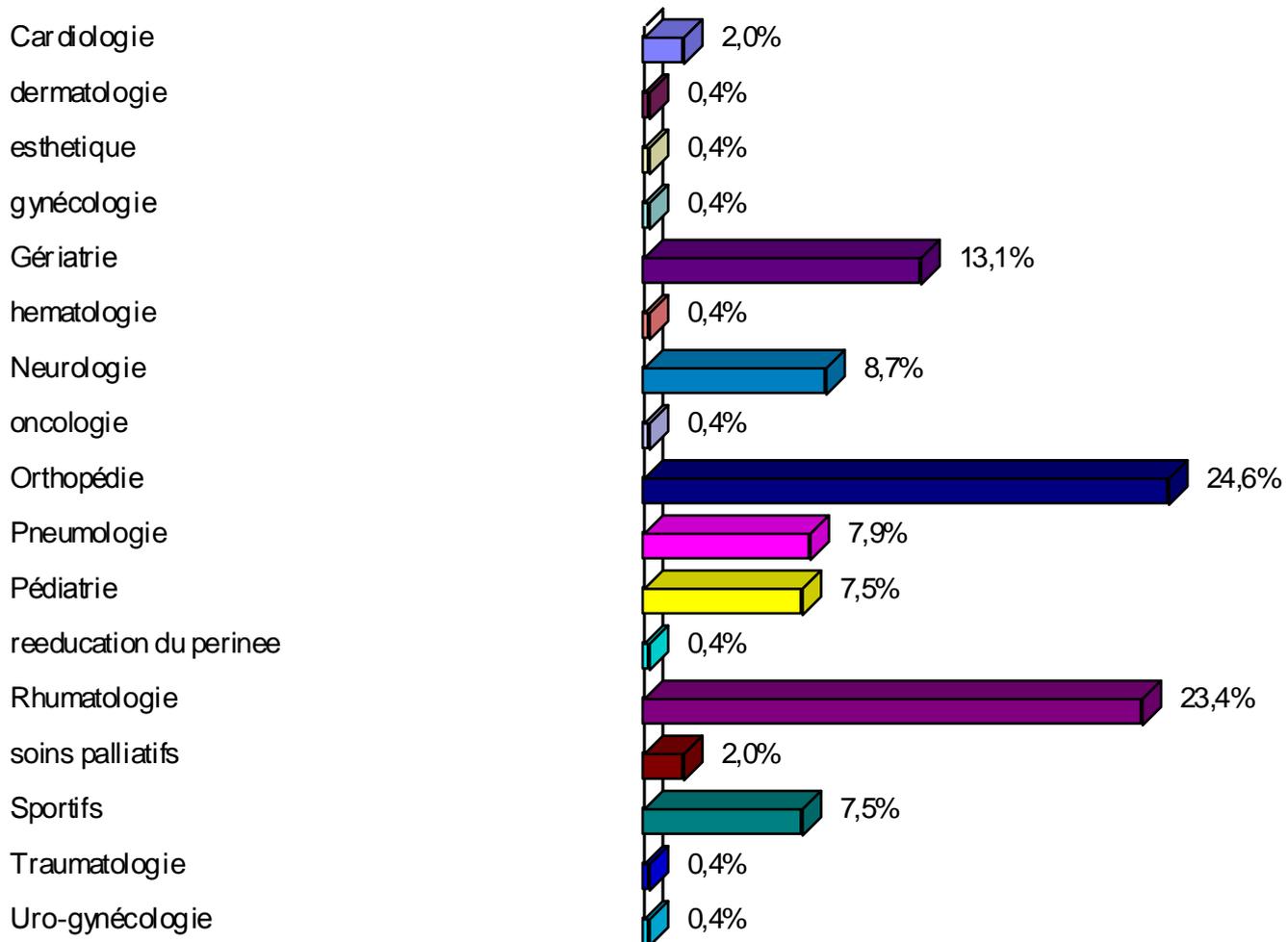
Depuis combien de temps travaillez-vous ?



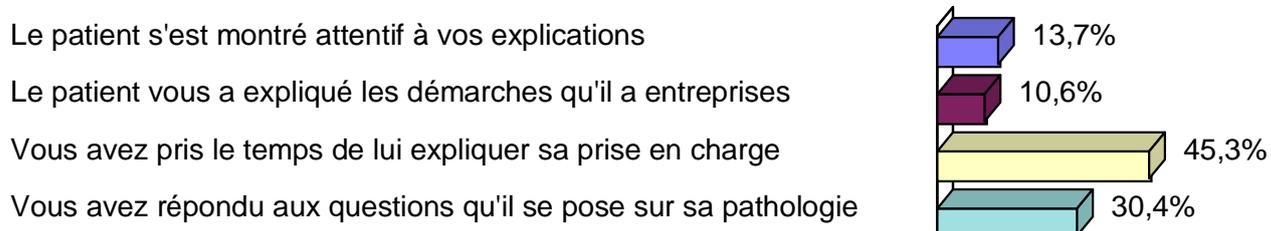
Dans quel type de structure travaillez-vous ?



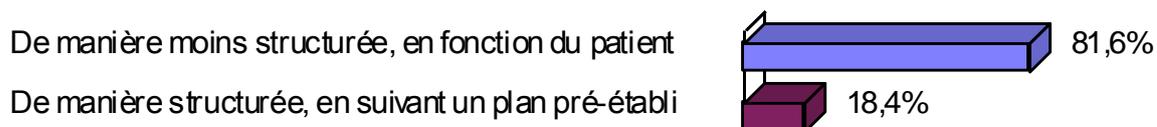
Dans quel(s) domaine(s) prenez-vous principalement des patients en charge ?



Selon vous, les objectifs d'un premier contact avec le patient sont atteints lorsque :



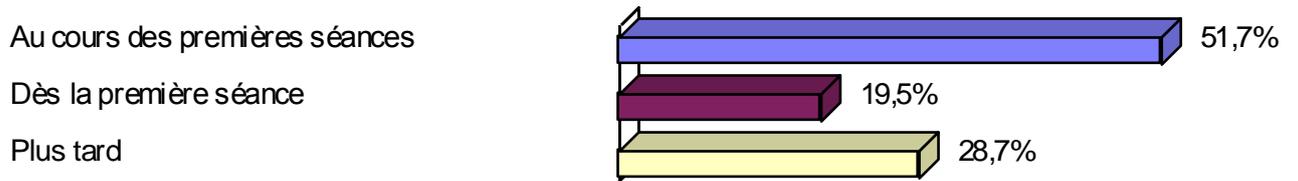
Vous réalisez votre Bilan Diagnostic Masso Kinésithérapique



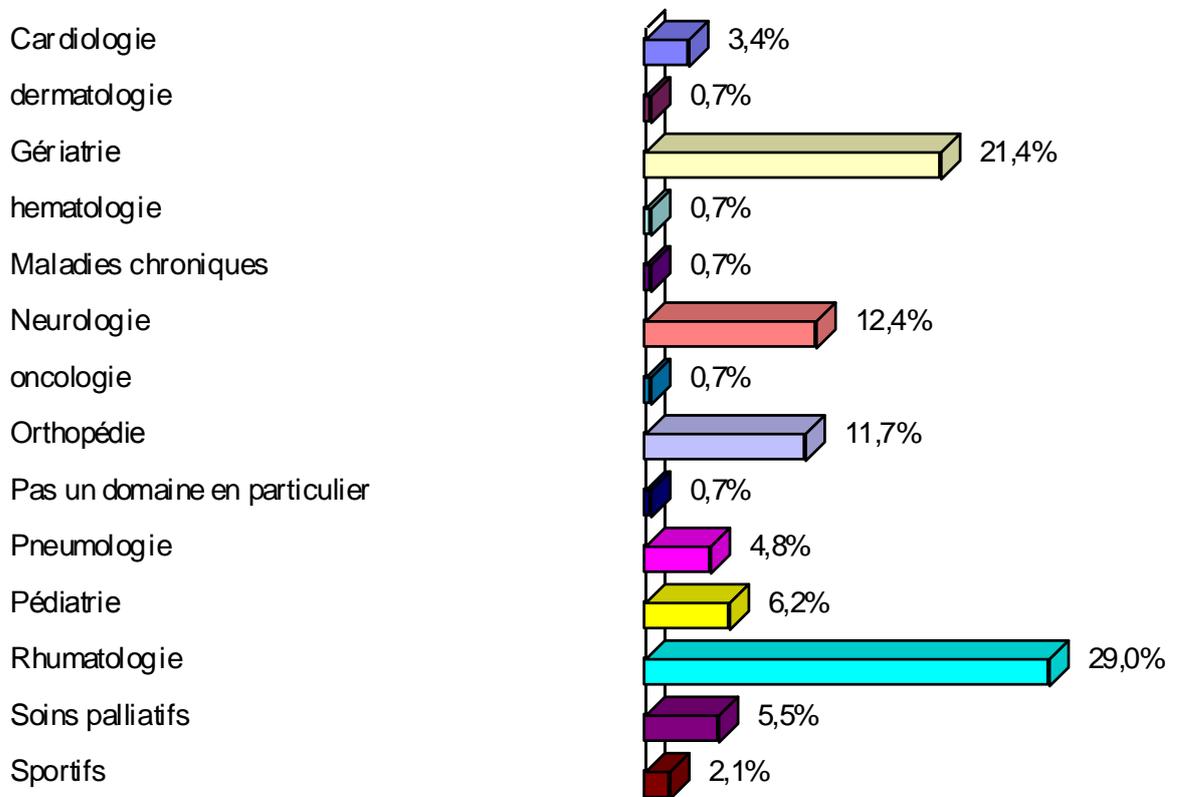
Avez-vous déjà rencontré des difficultés à motiver certains patients ?



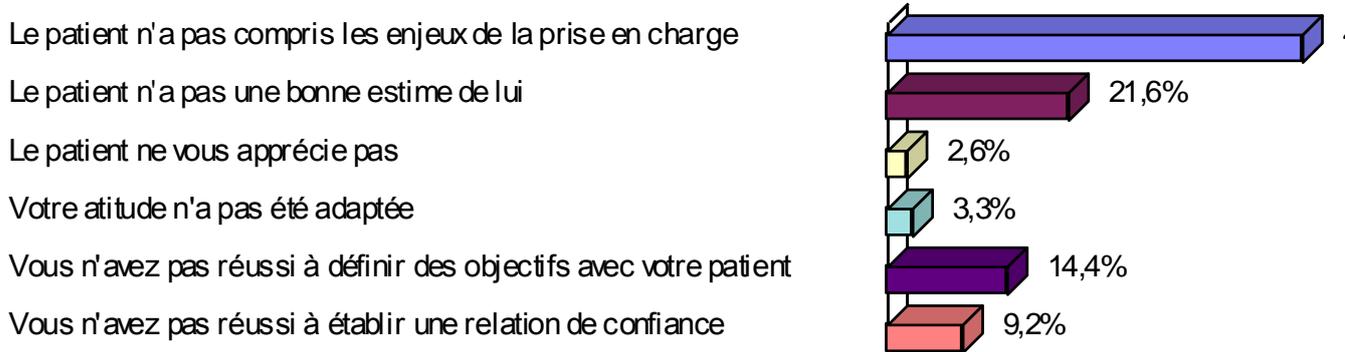
Dans votre pratique ces difficultés se sont principalement manifestées :



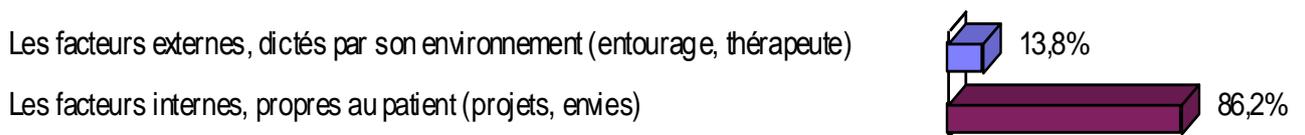
Dans quels domaines ces difficultés de prise en charge se sont principalement manifestées ?



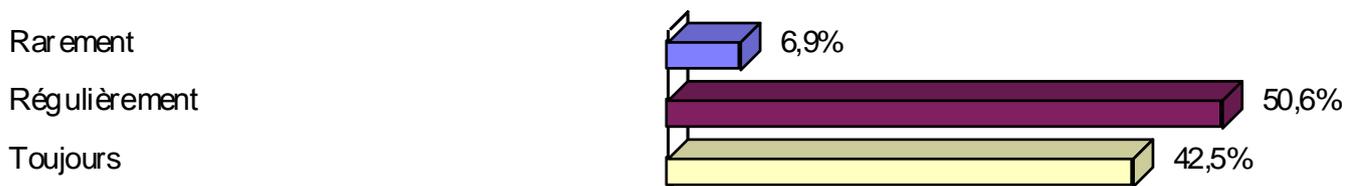
Selon vous, pourquoi certains patients n'adhèrent pas à leur prise en charge ?



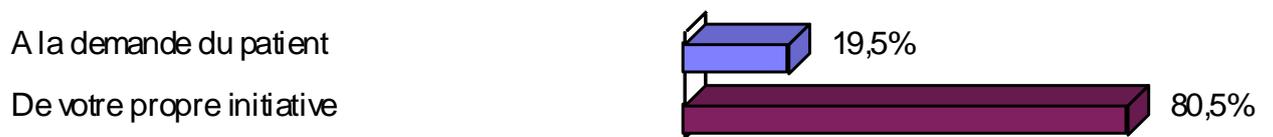
Selon vous, la motivation est principalement dictée par :



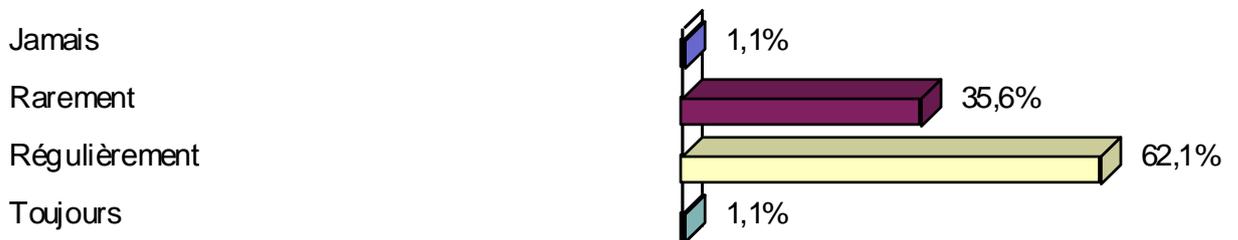
Au début de votre prise en charge vous expliquez au patient sa pathologie :



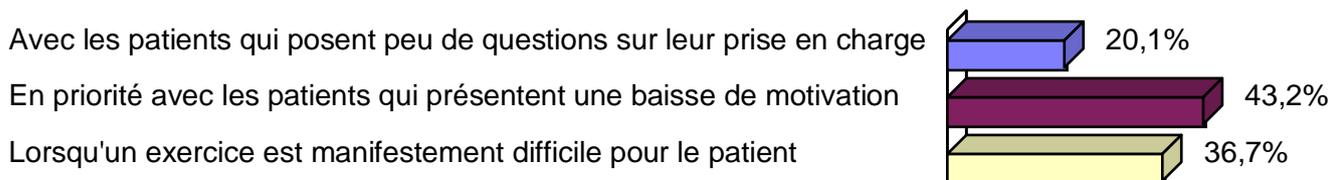
Les explications sur la pathologie sont données :



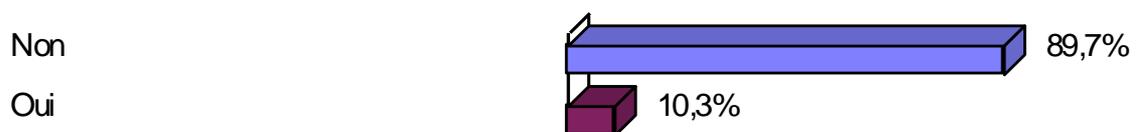
Les patients vous posent des questions sur le but des exercices et les phases de rééducation :



Dans le cas où les explications ne sont pas demandées, elles vous paraissent nécessaires :



Arrêtez-vous la prise en charge ?



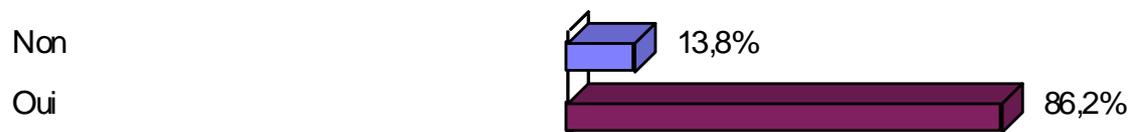
Vous insistez sur les risques d'une mauvaise observance et les enjeux de la rééducation :



Vous lui donnez l'exemple d'un autre patient ayant la même pathologie :



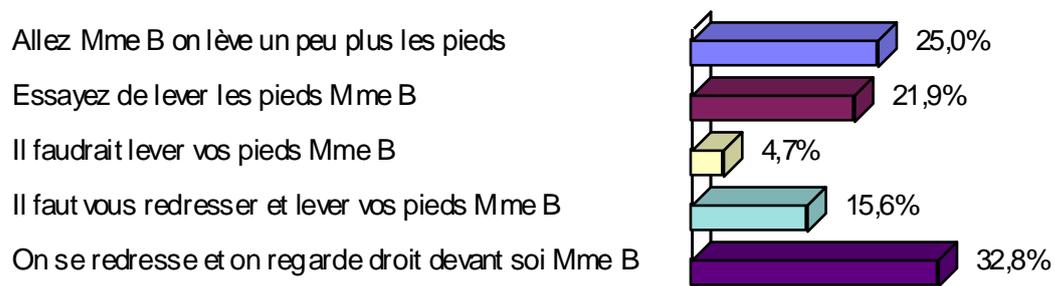
Vous mettez en place un temps d'échange avec le patient :



Vous lui donnez des solutions pour suivre les conseils donnés :



Mme B continue de trainer les pieds, que lui dites-vous ?



RESUME

La motivation du patient est un sujet peu abordé dans les recherches masso-kinésithérapiques. Afin d'atteindre les objectifs fixés en début de rééducation, le patient doit être acteur de sa prise en soins et donc se sentir motivé.

Cette initiation à la recherche présente, dans un premier temps, les différents facteurs qui influencent la motivation, puis dans un second temps, les moyens de communication que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent mettre en place afin de susciter la motivation chez leur patient. Parallèlement, une enquête par questionnaires auprès des masseurs-kinésithérapeutes permet d'appréhender leur ressenti vis-à-vis des problèmes de motivation qu'ils peuvent rencontrer avec leurs patients.

Mots clés : communication verbale, implication, motivation, thérapies centrées sur le patient

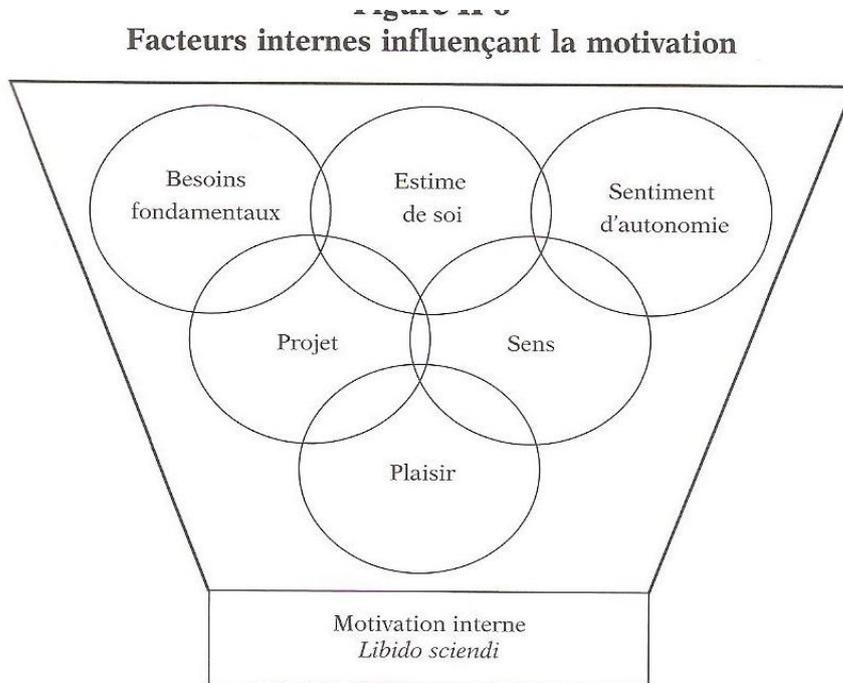
ABSTRACT

Patient motivation is a subject little discussed in physiotherapist's research. To achieve the objectives set at the beginning of therapy, the patient must be an actor of his care, and therefore feel motivated. This introduction to research set first the various factors that influence motivation, then in second step, the means of communication that physiotherapists can implement to build motivation in their patients. Meanwhile, a questionnaire survey among physiotherapists allows us to understand physiotherapist's feeling about motivation's problems they may encounter with their patients.

KeyWords : verbal communication, involvement, motivation, patient-centered therapie

Verso de la page 5

Les facteurs internes influençant la motivation [2]



Verso page 10

Communication et répertoires de signes [5]

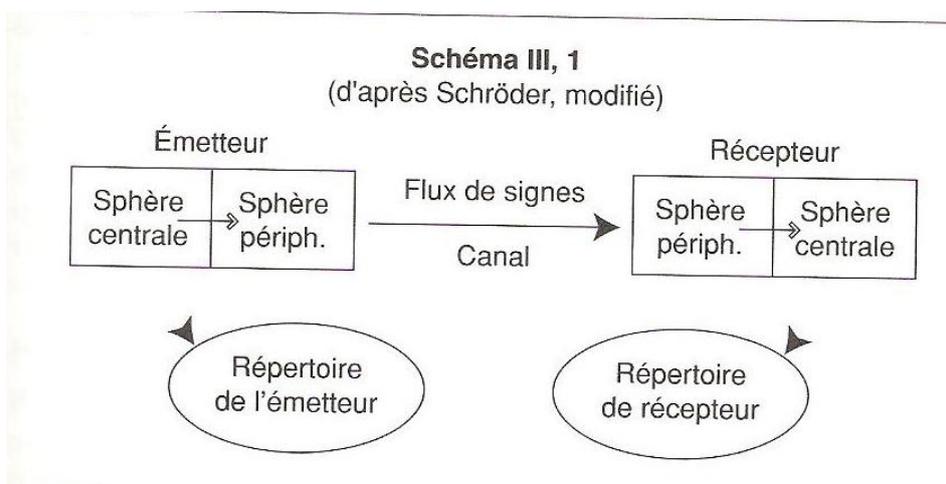
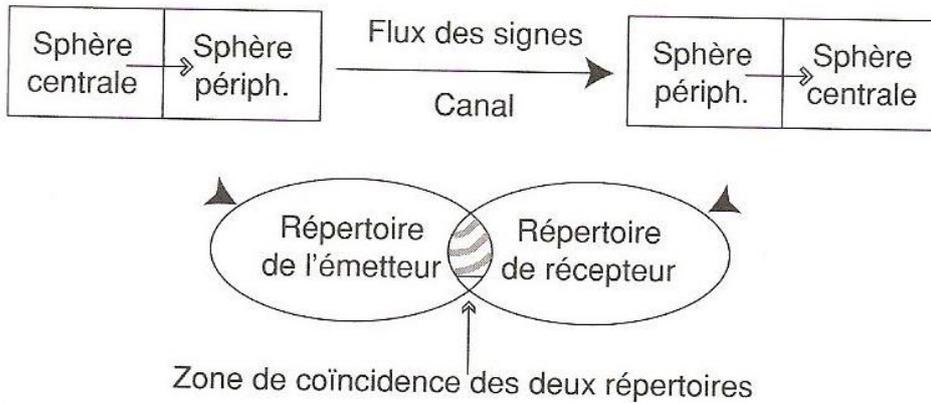


Schéma IV, 1
(d'après Schröder, modifié)



Verso page 13

Les priorités en consultation [3]

