

La motivation, essentielle dans la mise en place d'une activité physique régulière en kinésithérapie

RÉSUMÉ | SUMMARY

La motivation est un mécanisme complexe. Elle conditionne la réussite de la mise en place d'un programme d'activité physique régulière en kinésithérapie. En effet, il existe trois degrés de motivation (l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque) qui dépendent de trois besoins fondamentaux de l'être humain que sont l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale. Ces trois besoins fondamentaux dépendent eux-mêmes de nombreux facteurs dont le plus important est l'attitude du thérapeute. Il est donc indispensable d'instaurer une relation thérapeute-patient dans un climat soutenant l'autonomie.

Motivation is a complex mechanism. It determines the success of the establishment of a regular physical activity program in physiotherapy. Indeed, there are three degrees of motivation (lack of motivation, extrinsic motivation and intrinsic motivation) which depend on three fundamental needs of human beings which are autonomy, competence and social belonging. These three fundamental needs are themselves dependent on many factors, the most important is the attitude of the therapist. It is therefore essential to establish a patient-therapist relationship in a climate which supports independence.

MOTS CLÉS | KEYWORDS

▶ Activité physique ▶ Attitude du thérapeute
▶ Maladie chronique ▶ Motivation

▶ Physical activity ▶ Attitude therapist
▶ Chronic disease ▶ Motivation

Si les bienfaits de l'activité physique (AP) ne sont plus à démontrer, nous pouvons cependant rencontrer des difficultés à mettre en place une AP avec les patients entre les séances, notamment parce qu'ils manquent de motivation.

D'après une étude qualitative menée par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) [1], les 3 obstacles principaux à mener une AP sont l'argent, le temps et la motivation. Nous considérons que, dans la majorité des cas, le manque de temps et d'argent dépendent en réalité de la motivation du patient ; c'est ce facteur « motivation » qui va particulièrement nous intéresser et qui sera développé dans cet article.

LA MOTIVATION

■ Définition de la motivation

La motivation est l'ensemble des facteurs déterminant l'action et le comportement d'un individu pour atteindre un objectif ou réaliser une activité. C'est la combinaison de l'ensemble des raisons conscientes ou non, collectives et individuelles, qui incite l'individu à agir.

La motivation détermine donc le changement de comportement du patient vis-à-vis de l'activité physique.

▶ Tableau I

Continuum de l'autodétermination avec les différents types de motivation et de régulation

Type de motivation	Amotivation	Motivation extrinsèque			Motivation intrinsèque	
Type de régulation	Non régulée	Régulation externe	Régulation introjectée	Régulation identifiée	Régulation intégrée	Régulation intrinsèque
Qualité du comportement	Non autodéterminée				Autodéterminée	

■ Les niveaux de motivation

Selon la théorie de Deci *et al.* [2], il existe différentes motivations organisées selon un continuum d'autodétermination¹. En effet, ils distinguent l'amotivation, la motivation extrinsèque (ME) et la motivation intrinsèque (MI) avec le plus haut niveau d'autodétermination (tab. I).

■ L'amotivation

Elle se définit comme l'absence de motivation autodéterminée chez l'individu.

¹ Action de décider par soi-même, choisir librement.

Marine VALENSI

Kinésithérapeute
DIU Spécialité en masso-kinésithérapie du sport
DIU Acteurs relais de la prévention de l'obésité, du diabète et des maladies cardio-vasculaires
Saint-Duen (93)

Sophie BERTIN

Kinésithérapeute
DIU Acteurs relais de la prévention de l'obésité, du diabète et des maladies cardio-vasculaires
Nice (06)

Les auteurs déclarent ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

La motivation, essentielle dans la mise en place d'une activité physique régulière en kinésithérapie

Un individu est amotivé lorsqu'il ne perçoit pas de relation entre ses actions et les résultats obtenus. Il a alors l'impression que ses résultats sont déterminés par des facteurs indépendants de sa volonté. Cette perception d'une absence totale d'impact de son action sur l'environnement fait que le patient est résigné. Tant que le patient ne voit pas les résultats escomptés de son action, il restera dans cette résignation apprise.

Des patients amotivés peuvent tenir ce discours :

« *J'ai fait de l'activité physique mais je n'ai pas perdu de poids.* ».

Il convient alors de leur apprendre ou de leur rappeler que « *l'AP ne peut pas faire perdre de poids sans une alimentation adaptée. Cependant, avez-vous pu remarquer que vous êtes moins essoufflé(e) en montant vos escaliers ou que vous êtes capable de marcher plus longtemps ?* ».

Ainsi, le patient prend conscience de l'impact de son action et évolue dans son autodétermination.

La perception de non-contrôle n'entraîne pas forcément une résignation. Il peut y avoir, de la part du sujet, une tentative pour restaurer le contrôle perdu. Si le contrôle est rapidement repris, le patient sort de ce statut d'amotivation pour évoluer vers une motivation extrinsèque.

■ La motivation extrinsèque

Le sujet agit dans l'intention d'obtenir une conséquence qui se trouve en dehors de l'activité même. Par exemple, recevoir une récompense, éviter de se sentir coupable, ou gagner l'approbation sont des motivations extrinsèques. Deci *et al.* [3] ont nuancé son modèle en décrivant 4 types de motivation extrinsèque selon le *continuum* d'autodétermination :

– **la régulation externe** : le comportement est contrôlé par des sources extérieures à la personne, comme des récompenses ou des personnes extérieures. Par exemple, pour la pratique d'une activité physique : « *Parce que le médecin veut que je fasse du sport.* » ;

– **la régulation introjectée** : l'individu commence à intérioriser les contraintes externes en se culpabilisant. L'action n'est pas encore librement choisie puisque l'individu agit pour éviter une conséquence désagréable qu'il s'impose en

se culpabilisant. Par exemple, pour le suivi d'une AP : « *Parce que je me sentirais mal face à moi-même de ne pas faire de sport.* » ;

– **la régulation identifiée** : même si, au final, l'activité est réalisée à des fins externes, elle devient valorisée et importante pour l'individu qui s'identifie alors à cette activité. Par exemple, pour le suivi d'une activité physique : « *Parce que j'aimerais améliorer ma santé.* ».

– **la régulation intégrée** : le patient s'approprie l'action et trouve des sources d'automotivation complémentaires à la source externe à l'origine de l'action. Par exemple, pour le suivi d'une activité physique : « *Parce qu'à travers le sport, je sens que je peux maintenant prendre la responsabilité d'améliorer ma santé.* ».

Nous venons de voir, selon le *continuum* d'autodétermination, les 4 motivations extrinsèques. Seules les régulations identifiées et intégrées sont considérées comme des motivations autodéterminées tout comme la motivation intrinsèque qui en est le degré le plus élevé.

■ La motivation intrinsèque

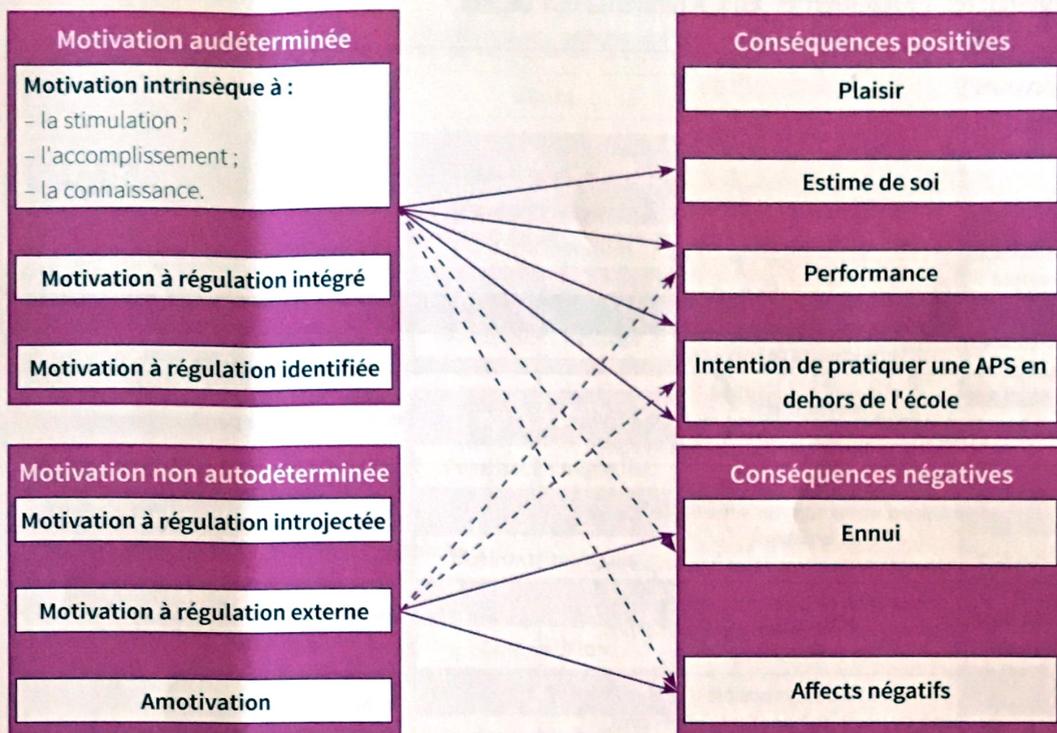
La motivation intrinsèque est la satisfaction ressentie et retirée d'une activité. Une personne est intrinsèquement motivée lorsqu'elle pratique une activité pour son intérêt propre, mais aussi pour le plaisir et la satisfaction qu'elle en retire.

Vallerand et Blais [4] distinguent 3 formes de motivation intrinsèque :

– la motivation intrinsèque **aux stimulations** : faire une activité afin de ressentir des sensations spéciales d'excitation, d'amusement, de plaisir sensoriel et d'esthétisme. Par exemple, suite à un exercice physique, *la personne ressent un bien-être grâce aux endorphines libérées* ;

– la motivation intrinsèque **à la connaissance** : effectuer une activité pour la satisfaction et le plaisir d'apprendre, de découvrir et d'explorer. Par exemple, *il est indispensable de renouveler régulièrement le programme d'autorééducation à pratiquer entre les séances. Il est donc important de stimuler la curiosité en proposant différents choix d'AP* ;

– la motivation intrinsèque **à l'accomplissement** : faire une activité pour la satisfaction et le plaisir d'accomplir cette activité ou encore de relever un défi optimal. *Un patient qui éprouve de la satis-*



► Figure 1

Synthèse des effets de la motivation autodéterminée

Les flèches pleines renseignent des liens positifs entre les variables concernées
 Les flèches pointillées renseignent des liens négatifs entre les variables concernées

faction et du plaisir à essayer d'atteindre ses objectifs sportifs fait preuve de motivation intrinsèque à l'accomplissement.

La motivation intrinsèque, qui correspond à des comportements réalisés librement et par plaisir, est donc positionnée au niveau d'auto-détermination le plus élevé.

Selon Deci *et al.*, le niveau de motivation, et donc d'autodétermination, devrait entretenir une relation directement proportionnelle avec le bien-être psychologique. En effet, la motivation autodéterminée (MI, ME intégrée et ME identifiée) est associée aux conséquences psychologiques positives (plaisir, estime de soi, performance), tandis que les motivations non autodéterminées (ME introjectée, externe et amotivation) seraient davantage associées à des conséquences négatives (ennui, affects négatifs) (fig. 1). Ils considèrent que la motivation humaine repose sur la perception de 3 besoins fondamentaux.

■ **Les besoins fondamentaux de la motivation et facteurs l'influençant**

Les besoins fondamentaux de la motivation sont les besoins **d'autonomie**, de **compétence** et **d'appartenance sociale**. En effet, la satisfaction

de ces 3 besoins psychologiques est essentielle pour chaque individu car elle détermine la nature de la motivation à l'origine des comportements [2]. Ainsi, la satisfaction de ces besoins augmente la motivation autodéterminée et diminue la motivation non déterminée.

À l'inverse, la non-satisfaction de ces besoins augmente la motivation non déterminée et diminue la motivation autodéterminée. De plus, le contexte et les facteurs sociaux et environnementaux peuvent faciliter ou nuire à la perception de ces besoins. Quels sont donc ces facteurs ?

Prenons comme modèle les études faites sur l'éducation physique à l'école [5]. Si **le genre** (fille ou garçon), **la culture** et **les expériences antérieures** sont des facteurs influençant la perception des besoins fondamentaux, les résultats de ces études montrent que la qualité de la motivation des élèves dépend en grande partie du climat motivationnel instauré dans la classe par l'enseignant.

Un climat motivationnel se définit comme « un environnement psychologique orientant les buts et les motivations d'un individu. » [6]. C'est un facteur important qui facilite ou entrave la motivation autodéterminée des élèves.

Les recherches mettent ainsi en évidence qu'un enseignant qui instaure un **climat soutenant**

La motivation, essentielle dans la mise en place d'une activité physique régulière en kinésithérapie

► **Tableau II**

Comparaison de l'attitude du thérapeute dans un climat soutenant l'autonomie et dans un climat contrôlant

Climat soutenant l'autonomie	Climat contrôlant
L'empathie du thérapeute	Absence d'empathie, pression
Libre choix du patient Ex. : la possibilité de choisir d'entrer dans le programme, laisser le choix entre différentes activités physiques	L'imposition de choix de la part du thérapeute
Les négociations intégratives : mise en place d'un compromis entre le thérapeute et le patient Ex. : la relation patient/thérapeute est plus un partenariat	Des négociations distributives : le thérapeute dirige le patient Ex. : relation patient/thérapeute de type patient-expert
Énonciation de buts intrinsèques Ex. : la santé, le plaisir ou le progrès personnel par le thérapeute	Énonciation de buts extrinsèques Ex. : un score
Des feedbacks positifs Ex. : outils de photo-comparaison avant-après, encouragements	Des feedbacks négatifs Ex. : dévalorisation
L'apprentissage coopératif	Individualisme et comparaison sociale

l'autonomie des élèves aura une influence positive sur la motivation autodéterminée des élèves car il facilite la satisfaction de leurs besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale. Dans ce type de climat, l'enseignant est perçu comme quelqu'un qui écoute beaucoup, perd très peu de temps en consignes organisationnelles, offre la possibilité aux élèves de faire des choix et de prendre des responsabilités, donne beaucoup de temps aux élèves pour travailler de manière autonome, ne donne pas la solution aux situations-problèmes rencontrés, les encourage, se préoccupe de leurs attentes et accepte que les élèves ressentent des émotions négatives envers l'activité proposée.

À l'opposé, les enseignants qui adoptent un **climat contrôlant** vont avoir tendance à mettre la pression, à abuser des expressions autoritaires de type « *Il faut...* », à imposer le contenu et les règles qui régissent le cours, à installer de la compétition entre les élèves, à prescrire les bonnes solutions et à poser des questions contrôlantes (questions fermées) [7]. Ce type de climat est négatif pour la motivation autodéterminée car l'élève se sent manipulé ou contrôlé par un levier extérieur.

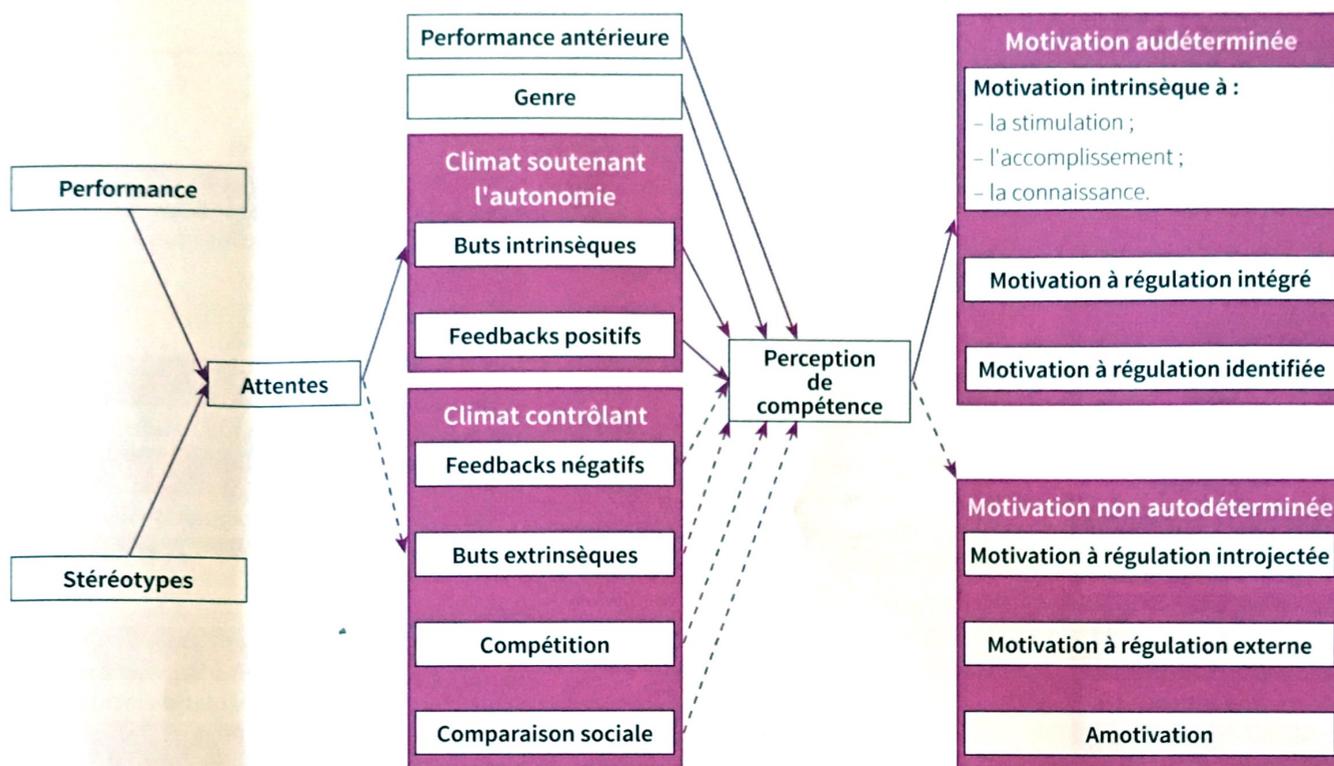
Si nous appliquons ce modèle à un patient qui devrait augmenter son AP, le facteur le plus important qui joue sur la perception des compétences,

de l'autonomie, et de l'appartenance sociale du patient est **l'attitude du thérapeute et le climat motivationnel** qu'il instaure. En effet, un climat soutenant l'autonomie augmente la perception de ces 3 besoins fondamentaux. Ainsi, il conviendra que le thérapeute tende à instaurer un climat soutenant et non contrôlant. Comment instaurer ce climat ?

L'ATTITUDE DU THÉRAPEUTE ET LE CLIMAT MOTIVATIONNEL

Un bon **climat motivationnel** est un **climat soutenant l'autonomie** (tab. II). Pour l'instaurer, le thérapeute doit impérativement être dans **l'empathie**. Bien que ce terme soit connu de pratiquement tous les soignants, il suffit de leur demander de l'expliquer pour voir fleurir différentes définitions : « *Res sentir ce que ressent le patient* », « *Souffrir en même temps que le patient* », « *S'identifier au patient* », « *Comprendre le patient* », « *Savoir ce que ressent le patient* », « *Se mettre à la place du patient* »...

À première vue, toutes ces définitions peuvent présenter une grande similitude. En réalité, certaines ne s'appliquent absolument pas à l'empathie – c'est le cas des trois premières – et certaines



► Figure 2

Synthèse des facteurs et des effets de la perception de compétence
 Les flèches pleines renseignent des liens positifs entre les variables concernées
 Les flèches pointillées renseignent des liens négatifs entre les variables concernées

restent encore trop vagues – les trois dernières, comme nous le verrons par la suite. Nous avons donc trouvé nécessaire de redéfinir l'empathie.

D'après Carl Rogers [8], l'empathie est définie aujourd'hui dans les sciences humaines comme une aptitude intellectuelle à comprendre l'autre mais elle exclut les sentiments personnels. Par exemple, « *je suis capable de me représenter la tristesse lorsque je vois quelqu'un qui souffre mais je ne ressens pas pour autant forcément la même émotion que lui. Je ne me sens pas plus proche de lui d'un point de vue affectif et cette compréhension de son émotion ne fait pas naître chez moi de sentiment particulier ou même une envie d'agir.* ».

L'empathie est simplement la capacité de percevoir les états mentaux de l'autre, elle n'est pas la tendance à s'en préoccuper.

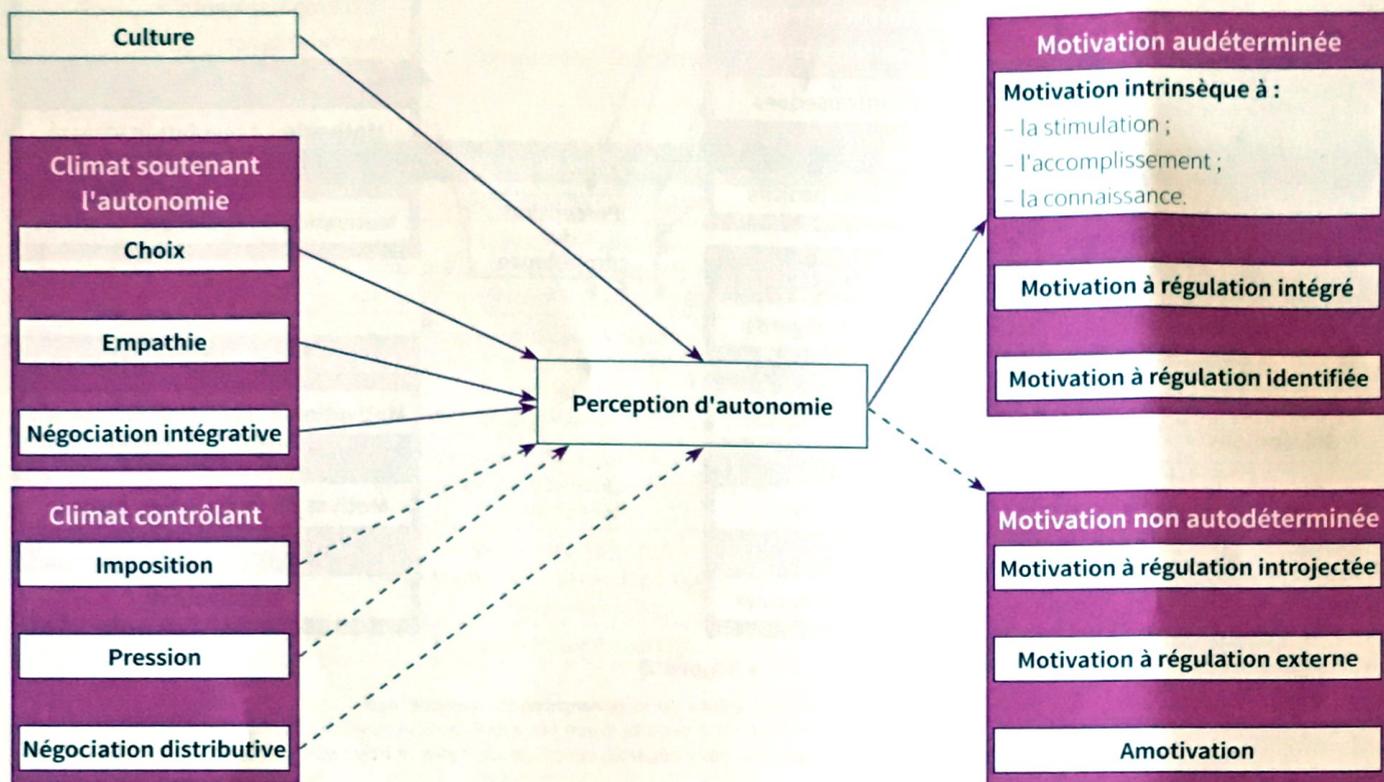
Par ailleurs, pour instaurer un climat soutenant, il est important de laisser **le choix** au patient tant dans les activités physiques qu'il souhaite pratiquer que dans leur organisation (durée, fréquence). Cependant, il faudra mettre en place des compromis entre le thérapeute et le patient : ce sont **les négociations intégratives**. Elles s'opposent aux négociations distributives où le thérapeute dirige le patient. La relation patient-thérapeute de type partenariat est donc à privilégier à une relation de type patient-expert.

Finalement, l'empathie, le libre choix donné au patient et les négociations intégratives sont trois attitudes qui jouent positivement sur la perception d'autonomie du patient. Au contraire, la pression, imposition de choix par le thérapeute et négociations distributives influent négativement sur la perception d'autonomie (fig. 2).

L'énonciation de **butts intrinsèques** favorise également le climat soutenant l'autonomie du patient. Par exemple, nous parlerons davantage d'objectifs de santé, de plaisir ou de progrès personnels que de scores à atteindre. De plus, des **feedbacks positifs** renforceront ces objectifs intrinsèques qu'ils soient oraux ou sous forme d'outils.

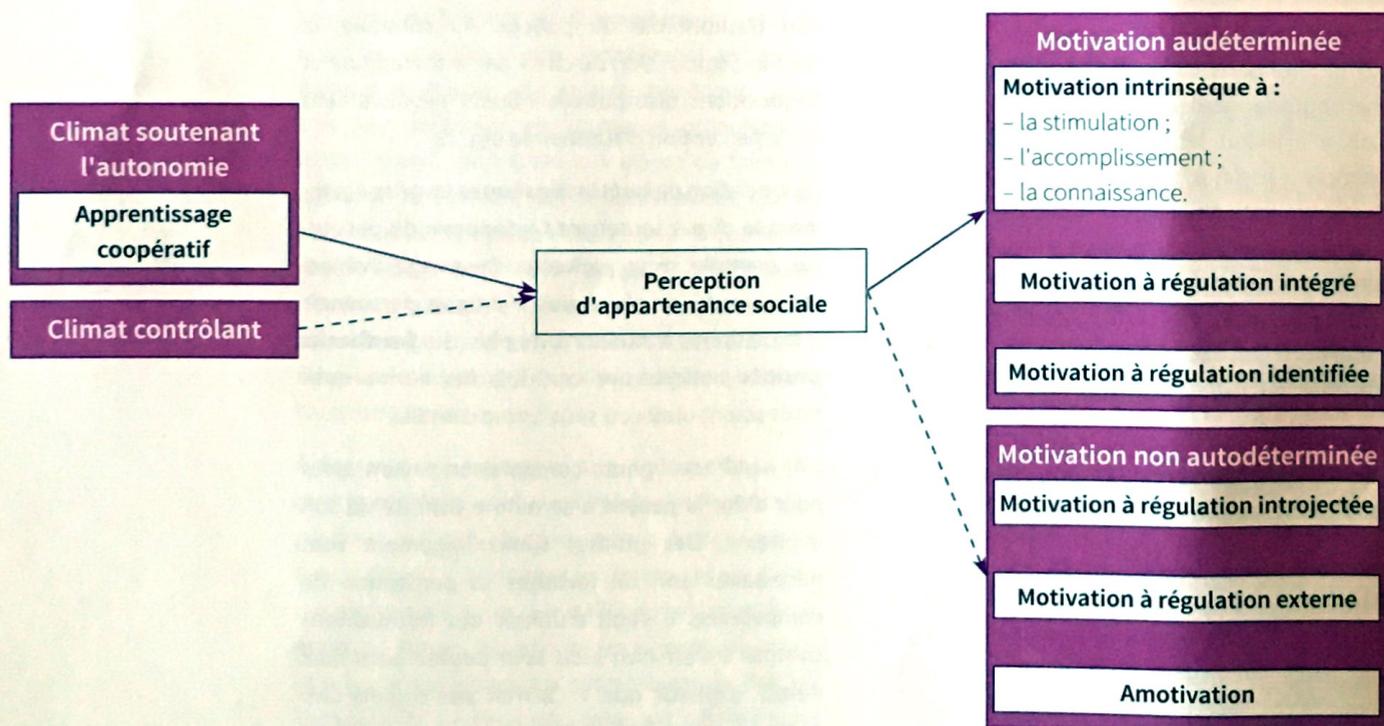
Un outil de photo-comparaison avant-après peut aider le patient à se rendre compte de son évolution. Des phrases d'encouragement sont nécessaires afin de favoriser sa perception de compétence. Il s'agit d'utiliser des formulations comme « *C'est bien mais vous pouvez aussi faire ainsi...* », plutôt que « *Ce n'est pas comme cela que vous devez faire, c'est de cette façon...* ». Ainsi, les butts intrinsèques et les feedbacks positifs influencent positivement la perception de compétence, contrairement aux feedbacks négatifs et aux butts extrinsèques tout comme la compétition et la comparaison sociale (fig. 3).

La motivation, essentielle dans la mise en place d'une activité physique régulière en kinésithérapie



► Figure 3

Synthèse des facteurs et des effets de la perception d'autonomie
 Les flèches pleines renseignent des liens positifs entre les variables concernées
 Les flèches pointillées renseignent des liens négatifs entre les variables concernées



► Figure 4

Synthèse des facteurs et des effets de la perception d'appartenance sociale
 Les flèches pleines renseignent des liens positifs entre les variables concernées
 Les flèches pointillées renseignent des liens négatifs entre les variables concernées

Cette comparaison sociale diminue également la perception d'appartenance sociale de même que l'individualisme. Ainsi nous favoriserons **l'apprentissage coopératif** qui favorise la perception d'appartenance sociale (fig. 4).

Il convient de noter que le climat motivationnel mis en place par le thérapeute, est lui-même influencé par les attentes de ce même thérapeute. En effet, celles-ci peuvent influencer le climat motivationnel, dans le sens où si le thérapeute « juge » le patient compétent et motivé, les attentes seront dites élevées et le climat sera plutôt soutenant l'autonomie. Alors que si le thérapeute a pour un patient des attentes faibles, patient « jugé » moins compétent et motivé, le climat sera plutôt contrôlant.

Les attentes du thérapeute sont fondées sur deux indices :

- **les performances** : indice objectivé par le thérapeute lors des premières séances. Prenons l'exemple d'une personne qui présente un mauvais schéma corporel² lors de la première séance de kinésithérapie et qui a des difficultés pour réaliser les exercices. Plutôt que de juger faibles ses chances de réussite, il s'agit pour le thérapeute de prendre le temps nécessaire pour fournir des explications supplémentaires ;
- **les stéréotypes** : indice subjectif comme le sexe, le physique ou l'éthnie. Prenons le cas d'un patient obèse qui lors du bilan initial présente une faible condition physique et ne montre pas d'intérêt pour l'AP. Si le thérapeute se permet d'émettre un jugement négatif quant à ses chances de réussite, il entrave celles-ci.

Le comportement jugeant du thérapeute est donc à bannir !

Ainsi, l'attitude du thérapeute est le premier facteur influençant la perception de compétence, d'autonomie et d'appartenance sociale du patient par le climat qu'il instaure. Elle influe donc sur le type de motivation du patient : positivement sur la motivation autodéterminée et négativement sur la motivation non autodéterminée. Cette motivation joue directement sur le comportement du patient et sur ses chances de réussite.

² Représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps en tant qu'entité statique et dynamique : position dans l'espace, posture respective des divers segments, mouvements qu'il exécute, contact avec le monde environnant.

CONCLUSION

La réussite de la mise en place d'une AP en kinésithérapie dépend de la motivation du patient qui elle-même dépend de l'attitude du thérapeute.

Une fois que le thérapeute adopte l'attitude adéquate, le niveau de motivation du patient est à prendre en compte et à entretenir. En effet, la motivation extrinsèque va engendrer une demande de changement et la motivation intrinsèque va pérenniser le changement. Ainsi, l'utilisation des deux types de motivation est importante pour tout traitement ayant pour objectif un changement de mode de vie comme la mise en place d'une AP régulière dans le cas d'une maladie chronique. ✘



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). *L'activité physique au quotidien protège votre santé*. Dossier de presse, 2001 : 9. www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp040211.pdf (consulté en janvier 2014).
- [2] Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *Rev Am Psychol* 2000 Jan.
- [3] Deci EL, Ryan RM. Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In: *Handbook of self-determination research*. New York: University of Rochester Press, 2002: 3-33.
- [4] Vallerand RJ, Bisais MR. *Vers une conceptualisation tripartite de la motivation intrinsèque : la motivation intrinsèque à la connaissance, à l'accomplissement et aux sensations*. Laboratoire de Psychologie sociale - Université du Québec, Montréal, 1987.
- [5] Vallerand RJ, Pelletier LG et al. The academic motivation scale: A measure of intrinsic, extrinsic and amotivation in education. *Educ Psychol Measur* 1992;52:1003-17.
- [6] Dupont JP et coll. Déterminants et effets de la motivation des élèves en éducation physique : revue de la littérature. *Cah Rech Educ Form* 2009 Sept;73.
- [7] Sarrazin P et coll. Climat motivationnel instauré par l'enseignant et implication des élèves en classe : l'état des recherches. *Rev Franç Pédago* 2006 Oct-Déc:147-77.
- [8] Azoulay G. Qu'est-ce que l'empathie ? In: *Définir l'empathie* [en ligne]. www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie/ (consulté le 2 août 2014).



QUIZ

Réponses page 65

1. Quel est le plus haut degré d'autodétermination ?

- A- L'amotivation
- B- La motivation intrinsèque
- C- La motivation extrinsèque à régulation introjectée

2. Quels sont les 3 besoins fondamentaux de la motivation ?

- A- L'autonomie
- B- Le divertissement
- C- L'appartenance sociale
- D- La compétence
- E- La compétition

3. Les conséquences positives de la motivation autodéterminée peuvent être :

- A- le plaisir
- B- l'estime de soi
- C- la performance

4. Les conséquences négatives de la motivation non-autodéterminée peuvent être :

- A- l'ennui
- B- la dévalorisation
- C- l'anxiété