

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

MODÈLE MOTIVATIONNEL DU RETOUR EN EMPLOI CHEZ LES
INDIVIDUS PRÉSENTANT UN TROUBLE MUSCULO-SQUELETTIQUE.

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
JULIE CHAREST

JUIN 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cet essai doctoral est la finalité d'un long processus d'apprentissages, d'adaptations, de remises en question et de persévérance. Sans les encouragements, la présence, la participation et la supervision de personnes exceptionnelles, ce projet ne serait pas le même; le voyage aurait été différent. C'est l'occasion pour moi de vous remercier. Au cours des différentes étapes de ce projet, vous m'avez aidé chacun à votre façon et soutenue parallèlement dans mon projet de vie. Je suis très reconnaissante de votre aide.

Je tiens d'abord à remercier ma superviseuse d'essai doctoral, madame Nathalie Houlfort. La professeure Houlfort, qui m'a accueillie dans son laboratoire de recherche, a soutenu mon autonomie dans toutes les étapes de cet essai doctoral et m'a permis de le mener à termes. Son expertise avec le cadre théorique de la théorie de l'autodétermination, se fait ressentir tant au niveau de la recherche que dans le cadre de la relation de supervision. Son ouverture, sa patience, ses conseils, ses encouragements, sa compréhension, son savoir-être et savoir-faire, m'ont certainement permis de terminer ce projet avec rigueur et fierté.

Je tiens à remercier madame Julie Ménard, professeure au département de psychologie de l'UQAM pour tous vos conseils, révision, discussions et plus particulièrement de votre expertise qui a fait que ce projet a évolué de façon constructive avec rigueur scientifique. Merci également à madame Sophie Meunier, professeure au département de psychologie de l'UQAM d'accepter de réviser et faire évoluer le projet dans sa forme finale. Votre engagement envers cet essai doctoral est essentiel.

Un grand merci va au comité d'administration de Clinique Action Sport Physio. Merci d'avoir permis qu'une annonce soit affichée chez les franchisés afin de permettre le recrutement de travailleurs. Un grand merci va aussi à monsieur Patrick Lauzon, ancien coach en chef de l'équipe NOIR et OR Football du Collège de Valleyfield pour avoir permis d'afficher dans la chambre des joueurs les coordonnées pour participer à l'étude et de m'avoir mis en contact avec d'autres coachs en chef d'équipe de football de niveau collégial et universitaire membre du RSEQ. Sans oublier les participants, travailleurs, joueurs de football et physiothérapeutes sans qui, l'étude ne serait pas possible, merci de votre temps.

Un merci spécial va à Andréanne Laframboise et François-Albert Laurent, étudiants au doctorat en psychologie, membres de l'équipe de recherche, pour votre contribution en assistance de recherche et partenaires d'écriture.

Finalement, un merci à ma sœur Sophy Charest, pour les lunchs du dimanche, ainsi qu'à Leticia Simard, ma nièce de 13 ans, partenaire d'écriture et DJ de musique encourageantes. Merci à Julie Guibord, amie, ça veut tout dire! Merci à Jimmy Lavoie pour le fameux sandwich dans un moment important. Merci à Isabelle Cabot, partenaire d'écriture et ancienne collègue de travail. Merci à Claudine Dalpé, amie, pour les jeux et les fous rires. Merci à Martin Cayouette, pour les œufs et le café, mais encore plus pour ton empathie et tes encouragements.

DÉDICACE

Aux professionnels de la réadaptation, à vous
qui aidez, qui contribuez grandement à la
fierté du retour en emploi et aux activités de la
vie quotidienne, à vous qui intervenez
directement auprès des accidentés, et ce, dans
une relation privilégiée de proximité de soins,
un grand merci au nom de ceux et celles que
vous aidez.



AVANT-PROPOS

Le genre masculin est utilisé dans cet essai doctoral afin d'alléger le texte.

TABLES DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	XV
RÉSUMÉ	XVII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS	9
1.1 Le traitement physiothérapeutique des TMS	9
1.1.1 Les facteurs personnels qui influencent le retour en emploi chez les personnes ayant un TMS.....	10
1.2 La théorie de l'autodétermination.....	13
1.2.1 L'application de la théorie de l'autodétermination au domaine de la santé	17
1.3 Question de recherche et hypothèses	23
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE.....	25
2.1 Méthodologie du volet quantitatif	25
2.1.1 Population, échantillon, procédure et participants	25
2.1.2 Instruments de mesures	28
2.2 Méthodologie de recherche volet qualitatif.....	33
CHAPITRE III RÉSULTATS	37
3.1 Résultats des analyses du volet quantitatif	37
3.1.1 Analyses préliminaires	37
3.1.2 Analyses principales.....	39
3.2 Résultats des analyses du volet qualitatif	45

3.2.1 Analyses	46
CHAPITRE IV DISCUSSION	51
4.1 Interprétation des résultats	51
4.2 Implications théoriques et appliquées.....	55
4.3 Limites de l'étude et étude futures.....	59
CONCLUSION.....	61
ANNEXE A QUESTIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET QUESTIONNAIRE	62
ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	70
ANNEXE C CANEVAS D'ENTREVUE	73
ANNEXE D AFFICHE RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS.....	76
RÉFÉRENCES.....	79

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Modèle hypothétique du retour en poste pré-lésionnel.....	22
3.1 Résumé schématique des résultats obtenus	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Corrélations, moyennes et écart-types des variables à l'étude.	38
3.2 Relations entre le soutien à l'autonomie perçu et les sentiments d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale	40
3.3 Relations entre la motivation autodéterminée, le soutien à l'autonomie perçu et le sentiment de compétence	41
3.4 Catégories et unités de significations tirées de l'analyse des verbatims	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et la sécurité du travail
TAD	Théorie de l'autodétermination
TMS	Trouble musculosquelettique

RÉSUMÉ

Dans un contexte de réadaptation physique en vue d'un retour en poste, la relation privilégiée qu'entretient le physiothérapeute avec son patient, joue un rôle central dans l'autorégulation du patient. L'objectif du présent essai doctoral est de proposer et tester un modèle motivationnel du retour en emploi pré-lésionnel dans un contexte de réadaptation des patients ayant un TMS. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude transversale corrélationnelle auprès de 62 patients ayant un trouble musculosquelettique. Les résultats suggèrent que le soutien perçu de la part des physiothérapeutes est positivement relié à la satisfaction des besoins d'autonomie et de compétence à faire des exercices prescrits, ainsi qu'au besoin d'affiliation sociale. La satisfaction du sentiment d'autonomie est reliée positivement au retour en poste alors que le sentiment de compétence est relié positivement à l'adhésion au traitement. L'adhésion au traitement est reliée positivement au retour en emploi. Afin d'intervenir auprès des patients, 5 physiothérapeutes interviewés proposent d'agir directement sur la relation thérapeutique en écoutant le patient et en adoptant une approche soutenante, tout en donnant des choix d'exercices et des explications claires et adaptées selon le patient quant aux façons de faire les exercices. Ainsi, en favorisant l'autonomie et la compétence, le patient peut davantage faire preuve d'autorégulation et devenir l'agent actif de son bien-être et ce, grâce à la relation thérapeutique.

Mots clés :

Théorie de l'autodétermination, soutien perçu, retour en poste, réadaptation, adhésion au traitement, relation thérapeutique.

INTRODUCTION

Au Québec, depuis 1985, la loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP), prévoit que lorsqu'un salarié subit un accident de travail, celui-ci fait une réclamation auprès de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Cette loi a pour objet la réparation des lésions professionnelles et comprend la fourniture des soins nécessaires au traitement et à la consolidation (guérison fonctionnelle) d'une lésion professionnelle. Dans ce contexte, la réadaptation des accidentés du travail est un enjeu important. D'une part, elle entraîne des coûts financiers associés à la formation du personnel qui remplace les accidentés pendant leur absence, à l'augmentation des taux de cotisation de l'employeur à la CNESST et à la réadaptation en termes de soins (e.g., des coûts de traitement de physiothérapie). D'autre part, la réadaptation ne se fait pas sans heurt auprès du travailleur. Par exemple, elle entraîne souvent une diminution des contacts sociaux, une perte de source de valorisation et une diminution de salaire. Bien que la loi prévoit l'indemnité de remplacement du revenu, il y a un maximum salarial assurable. De plus, il appert qu'elle ne garantit pas que le travailleur sera apte à refaire le même emploi qu'il exerçait avant qu'apparaisse la lésion pour laquelle il est traité (LATMP, art 145 à 187, 2011).

L'article 166 de la LATMP (LATMP, art 166, 2011) prévoit que *«la réadaptation professionnelle a pour but de faciliter la réintégration du travailleur dans son emploi ou dans un emploi équivalent ou, si ce but ne peut être atteint, l'accès à un emploi convenable»* et non pas que *«la réadaptation professionnelle a pour but de faciliter la réintégration du travailleur dans son emploi, ou si cet objectif ne peut être atteint, son retour au travail dans un emploi équivalent, ou si ce dernier objectif ne peut être*

atteint, l'accès à un emploi convenable». Ainsi, la réadaptation professionnelle a pour objectif de ramener le travailleur en emploi, et ce sans nécessairement avoir une guérison complète de la lésion. Idéalement, le travailleur retourne dans le même emploi qu'avant l'accident. Cette situation n'étant pas toujours possible, il se peut que le travailleur se voit attribuer un autre type d'emploi. Ce nouvel emploi doit être le plus connexe possible à ancien emploi.

La réintégration en emploi se fait de quatre différentes façons, selon le niveau de consolidation (guérison fonctionnelle) de la lésion. Ainsi, on nomme le *retour en emploi pré-lésionnel* lorsque le travailleur reprend le même travail qu'il exerçait lorsqu'il s'est blessé, et ce, tel quel. On nomme *emploi équivalent*, lorsque le travailleur reprend le même travail, mais avec des modifications qui ne changent pas la nature intrinsèque du travail (ex : même travail mais avec un clavier adapté). Si le retour en emploi pré-lésionnel ou équivalent n'est pas possible, à cause des limitations fonctionnelles, le travailleur peut se voir attribuer un *emploi dit convenable* tel que défini par la loi. Un emploi est dit convenable lorsqu'il respecte les limitations fonctionnelles du travailleur, et ce, tout en assurant un maintien d'un niveau d'études ou de qualifications professionnelles, de salaire, de conditions de travail, et d'expertise comparable à l'emploi pré-lésionnel. Finalement, la dernière possibilité est *l'incapacité permanente* et le travailleur ne pourra plus exercer un emploi rémunéré en lien avec la sévérité de son incapacité fonctionnelle. Il devient alors beaucoup plus évident que la problématique de la réadaptation peut être complexe et couteuse pour tous.

Actuellement, la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) dus à un accident de travail est une cible de prévention primordiale pour la CNESST. Entre les années 2014 et 2017, les lésions de type TMS ont augmenté de 10,1% (CNESST, 2018). En 2017, les TMS au niveau de la région lombaire et de la région dorsale représentaient 77% des TMS. Depuis 2014, les TMS au niveau du dos et de l'épaule sont les plus fréquentes années après années (CNESST, 2018). La CSST (2011) indique

qu'en moyenne, une blessure au dos représente 51 jours d'absence du travail et coûte environ 2800\$ en frais de réadaptation. Au total, les coûts directs associés aux TMS se chiffrent entre 6 et 12 milliards annuellement en dollar canadien (Statistique Canada, 2014). Cette situation est donc préoccupante et nous amène à nous intéresser aux facteurs qui peuvent améliorer le processus de réadaptation à la suite d'un accident de travail. Plus spécifiquement, cet essai doctoral s'intéresse à l'application de la théorie de l'autodétermination dans un contexte thérapeutique de réadaptation.

Les facteurs de risques associés au développement des TMS sont principalement les postures contraignantes, l'effort et la répétition du mouvement. Travailler au froid, avec des outils vibratoires ou dans des postures statiques sont aussi des facteurs de risques. Les facteurs de risques psychosociaux et organisationnels sont principalement la cadence, le climat de travail et la surcharge. Les trois modulateurs sont l'intensité, la durée et la fréquence. Ainsi, plus un facteur de risque est fréquent, perdure dans le temps et est intense, plus il a y a des risques de développer un TMS (Simoneau, St-Vinent et Chicoine, 2016).

La recherche en physiothérapie s'est grandement intéressée à l'efficacité des traitements en fonction des types de blessures ainsi qu'à l'adhésion thérapeutique. L'adhésion aux traitements est une variable déterminante au rétablissement en physiothérapie (Scheen et Giet, 2010). Scheen et Giet (2010) définissent l'adhésion aux traitements comme étant multidimensionnels. Selon eux, l'adhésion aux traitements comporte : 1) l'adhérence primaire (accepter le traitement proposé), 2) l'observance (respect des recommandations) et 3) la persistance. Avec l'étude des lombalgies, la recherche a permis d'identifier plusieurs facteurs d'ordre psychologique et palliatif en lien avec l'adhésion aux traitements. En termes de facteurs psychologiques, la recherche en réadaptation au travail en lien avec un mal de dos s'est surtout intéressée à des variables telle que la dramatisation de la douleur, la kinésiophobie (peur du mouvement) ainsi que la présence d'un diagnostic en santé mentale comme un trouble

anxieux ou de l'humeur (Sullivan, 2004). Selon Sullivan (2004), les résultats des études montrent que plus les accidentés du travail tendent à dramatiser la douleur, à avoir peur du mouvement, à être anxieux ou déprimés, en retour plus leur temps de réadaptation sera long. En termes de facteurs palliatifs et environnementaux, la prise de médication visant à gérer la douleur a été un facteur très étudié, tout comme le lieu du traitement. Plus spécifiquement, dans la revue de littérature de Clark, King-Shier, Spaling, Duncan, Stone, Jaglal, et leurs collègues (2013), on constate que plus un patient habite loin ou que le transport est ardu pour se rendre sur le lieu de son traitement, moins il adhère aux traitements pharmacothérapeutiques et physiothérapeutiques. Bien que les TMS ayant pour siège la région lombaire soient les plus fréquentes et les plus onéreux en termes de réadaptation au travail, la convergence des facteurs perçus comme étant des obstacles au retour en emploi est tellement élevée d'un siège de TMS à un autre, que les accidentés sont maintenant vus comme une seule et même population et ce, sans égard au siège de TMS (Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel et Lachance, 2017).

Depuis les dernières années, l'Institut de Recherche Robert Sauvé en Santé et Sécurité du Travail (IRSST) contribue grandement au développement de projets de recherches qui examinent le contexte thérapeutique des traitements de réadaptation. Ainsi, on constate un changement dans le volet réadaptation de leur programme de recherche qui fait en sorte d'intégrer les facteurs psychologiques et palliatifs dans un modèle optimal de traitement de réadaptation. Ces facteurs ont longtemps été négligés voire exclus totalement des modèles de traitements de réadaptation. Ce changement nous apparaît très positif et est congruent avec l'état actuel des recherches sur la réadaptation. Par exemple, Main, Sowden, Hill, Watson, et Hay (2011) proposent un modèle optimal d'intervention pour les lombalgies. Ce modèle d'intervention, nommé StarT Back, propose une approche intégrée qui inclut à la fois l'intervention physique et psychologique dans le traitement de la lombalgie. La qualité de la relation entre le physiothérapeute et le client est centrale dans cette proposition de traitement

intégrateur. Plus spécifiquement, les auteurs proposent un modèle de traitement en physiothérapie qui intègre des composantes psychosociales au moment des interventions physiques. La conception de ce modèle est fondée sur de récentes recherches qui indiquent qu'en élargissant leur rôle, les physiothérapeutes peuvent contribuer à faciliter la réadaptation de leurs patients. De leur côté, Sullivan, Adams, Rhodenizer, et Stanish (2006) puis Lamb et ses collègues (2010) ont montré les bienfaits de l'intervention cognitive-comportementale sur des facteurs psychosociaux. Ainsi, en aidant les patients à gérer leurs émotions à l'aide d'une approche cognitivo-comportementale, les patients observaient une diminution de la douleur perçue. Selon la conception de Main et ses collègues (2011) le physiothérapeute pourrait agir à titre d'intervenant psychosocial. Cette extension du rôle du physiothérapeute apparaît tout à fait logique compte tenu du fait que le physiothérapeute est en contact direct avec le patient lombalgique et doit adapter son traitement en fonction de ce dernier. Le physiothérapeute pourrait intervenir au niveau de l'adhérence primaire, soit aider à l'acceptation du traitement proposé. Le physiothérapeute devient ainsi un acteur important important dans la réadaptation des patients en entretenant une relation thérapeutique. Cependant, cet effet demeure à être examiné empiriquement.

Cet essai doctoral s'inscrit dans cette volonté d'amélioration du processus de réadaptation en examinant la relation entre le physiothérapeute et l'accidenté du travail ayant un TMS. Cet essai s'intéresse à la problématique de la réadaptation professionnelle à l'aide d'une perspective psychosociale de la motivation humaine, laquelle permet de tenir compte de facteurs intrapsychiques, interpersonnels et contextuels. Ainsi, en se basant sur la théorie de l'autodétermination (TAD; Deci et Ryan, 1985, 1991, 2002; Ryan et Deci, 2017), la question de recherche suivante est proposée : *Est-ce que le soutien à l'autonomie du physiothérapeute peut faciliter le retour en emploi des patients ayant un TMS?* Pour y répondre un modèle motivationnel du retour en emploi pré-lésionnel dans un contexte de réadaptation sera testé. Plus spécifiquement, ce projet vise à examiner les liens entre les perceptions de l'accidenté

à propos de sa relation avec son physiothérapeute, de son sentiment d'autonomie, de son sentiment de compétence envers les exercices prescrits par son physiothérapeute, de son sentiment d'affiliation avec son physiothérapeute, puis de sa motivation à poursuivre son traitement, à faire ses exercices et ce, dans l'optique d'un retour prompt et durable dans l'emploi pré-lésionnel. Une étude transversale utilisant un devis quantitatif réalisée auprès d'une population ayant un TMS nous a permis d'examiner ces liens. Ce volet quantitatif fut complété par un volet qualitatif, dans lequel des entrevues ont été réalisées auprès de physiothérapeutes afin d'obtenir le point de vue du personnel soignant.

Cet essai doctoral comporte quatre chapitres. Le premier chapitre consiste à préciser le sujet de recherche, à présenter une revue des écrits scientifiques pertinents et à présenter les objectifs. Les hypothèses de recherches sont aussi présentées. Il est notamment question des études en réadaptation physique et des facteurs associés au retour en emploi. La TAD est ensuite présentée. Plus spécifiquement, il est question des postulats et des applications de cette théorie motivationnelle dans divers domaines de vie, incluant celui du travail et de la réadaptation. Une synthèse de la problématique et des écrits scientifiques recensés qui permettent d'avancer des hypothèses de recherche et de conceptualiser le modèle testé sont présentés.

Le deuxième chapitre présente la méthode de recherche des deux volets constituant le présent projet de recherche. Il est question des participants à l'étude, de la procédure et des instruments de mesure utilisés.

Le troisième chapitre présente les analyses effectuées et les résultats obtenus aux deux volets de l'étude.

Le quatrième chapitre consiste à soulever les implications théoriques et appliquées des résultats obtenus, les limites de la présente étude et les pistes de recherches

futures. En conclusion, la problématique du retour en emploi des accidentés est discutée en lien avec l'application de la théorie de l'autodétermination.

CHAPITRE I

CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

Dans ce chapitre, il est question de présenter une revue de la littérature scientifique pertinente à la réalisation de cet essai doctoral. L'objectif de ce chapitre est de formuler des hypothèses cohérentes à partir des résultats de recherches antérieures sur les antécédents du retour en emploi dans un contexte d'accident de travail, puis de proposer l'application de la théorie de l'autodétermination dans un contexte de réadaptation des TMS.

1.1 Le traitement physiothérapeutique des TMS

Dans le traitement des TMS, le physiothérapeute utilise deux grands types de méthodes, soit passives et actives. Dans la forme passive, les exercices sont faits par le physiothérapeute ou un appareil, alors que dans la forme active, le patient est actif et c'est lui qui fait les exercices. Dans la forme passive, le patient reçoit des traitements sans faire d'effort; telles que les tractions et les mobilisations exécutées par le physiothérapeute ou la neurostimulation transcutanée (TENS) ou le massage thérapeutique (Jackson, 2001). Dans la forme active, le physiothérapeute prescrit des exercices sur appareils, avec des poids libres ou des étirements à faire par le patient. Le physiothérapeute montre comment faire les exercices et remet des feuilles explicatives. Par la suite, le patient doit effectuer ses exercices et étirements entre ses traitements de type passifs.

1.1.1 Les facteurs personnels qui influencent le retour en emploi chez les personnes ayant un TMS

Par l'étude des caractéristiques des lombalgiques et des traitements de physiothérapie, les recherches actuelles fournissent une partie de la solution pour un retour prompt et durable en emploi pré-lésionnel. Les études en physiothérapie accordent peu d'attention aux variables intrapsychiques et interpersonnelles lors de la réadaptation, telle que la relation thérapeutique, la relation de soutien ou les types de motivation. Ces variables sont davantage étudiées dans les études en psychologie. Ainsi, il appert qu'une douleur intense, un faible niveau de scolarité et une satisfaction antérieure au travail moins élevée sont des facteurs diminuant les chances d'un retour en emploi (Hansen, Daykin et Lamb, 2010). Néanmoins, Sullivan et ses collègues (2006) se sont principalement intéressés au rôle des facteurs psychologiques dans le retour en emploi pré-lésionnel, leurs résultats suggèrent que la présence de dramatisation de la douleur, d'anxiété et de dépression sont des facteurs de risque associés négativement au retour en emploi. Ces facteurs sont conceptualisés comme des variables faisant obstacles à la réadaptation. Il est important de noter que la majorité de ces études ont étudiés des populations de lombalgiques chroniques (Hansen *et al.* 2010) et non des populations en douleur aiguë ou subaiguë. Les douleurs aiguës ou subaiguës sont des douleurs qui persistent depuis moins de six mois, comparativement aux douleurs chroniques qui généralement s'installent après une période de six mois. Ainsi, il apparaît moins probable que certains facteurs de risques viennent entraver le processus de réadaptation et ainsi nuire au retour en emploi chez une population en douleur aiguë ou subaiguë. Plus spécifiquement, il est facile de s'imaginer qu'en début de processus de réadaptation, les difficultés financières rapportées par les douloureux chroniques pèsent moins sur les épaules des accidentés en phase aiguë. Dans ce contexte d'essai doctoral, il nous semble plus pertinent de se concentrer sur une population en douleur aiguë et avoir moins de facteurs à contrôler qui s'installent au fil du temps, comme les problèmes financiers. De plus, l'apport possible de cette étude en phase aiguë pourrait

être bénéfique à l'intervention universelle et préventive du développement de la chronicité.

Malgré l'information fournie par ces variables quant à la probabilité de retour en emploi des accidentés, le portrait demeure incomplet. Par ailleurs, les variables intra et interpersonnelles sont rarement examinées dans les études sur le retour en emploi. Pourtant, selon Main et ses collègues (2011) la relation entre le physiothérapeute et le patient lombalgique jouerait un rôle central qui bonifierait les traitements physiques, et contribuerait à un retour en emploi prompt et durable. Basé sur la proposition de Main et de ses collègues (2011), on en arrive à se poser des questions. Mais en quoi cette relation pourrait être bénéfique? Cette relation pourrait servir à influencer positivement le patient à exécuter la partie active de son traitement (faire les exercices prescrits). Ces questions sont actuellement sans réponses vérifiées empiriquement. Dans la phase active de son traitement, le patient doit faire les exercices prescrits chez lui et ou à la clinique de physiothérapie. Pour faire les exercices prescrits, il devra comprendre les exercices à faire, puis les faire en tant que tel en surmontant, entre autres la douleur.

Dans les études qui ont examinés les facteurs psychologiques dans le domaine de la réadaptation, on retrouve l'étude du sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1977). Le sentiment d'efficacité personnelle réfère à la croyance qu'un individu entretient par rapport à ses capacités à organiser et exécuter des actions ou de se trouver des stratégies d'adaptation dans l'atteinte d'un but ou d'une performance donnée. En langage courant, on peut dire que le sentiment d'efficacité personnelle se traduit par : j'y parviendrai ou bien j'y arriverai. En se basant sur les résultats d'études empiriques, Barlow (2011) souligne la pertinence de l'utilisation du sentiment d'efficacité personnelle dans le contexte de réadaptation, ainsi que son rôle dans ce qu'elle nomme la modification de résultats pertinents en réadaptation. Dans une étude, de Sullivan, Lacroix, Russo, et Katon (1998) qui montrent que le sentiment d'efficacité personnelle des patients coronariens influençait positivement la prise en charge du patient et sa

prise de médication. Dans leur étude avec une population coronarienne, les chercheurs se sont intéressés au lien entre le sentiment d'efficacité personnel (SEP) à contrôler leur état physique à la suite d'une chirurgie. Plus spécifiquement, dans une étude prospective, 198 patients ayant eu une intervention avec un cathéter ont répondu à un questionnaire 6 mois après l'intervention. Les résultats montrent qu'en contrôlant pour l'anxiété et la dépression, les patients ayant un SEP plus élevé avaient un meilleur contrôle de leur état physique (mesuré avec les données médicales de sténose de l'artère) que ceux qui avaient un SEP moins élevé. De plus, les résultats de Rejeski, Ettinger, Martin, et Morgan (1998) montrent que le sentiment d'efficacité personnelle influence positivement le changement des habitudes au niveau de l'exercice physique chez les personnes atteintes de gonarthrose (arthrite du genou). Dans leur étude prospective, des patients ont été distribués aléatoirement dans trois groupes d'intervention, soit le groupe recevant des cours d'aérobic, des cours d'aérobic et de musculation, puis le groupe d'éducation à la santé physique. Les résultats montrent que les patients des deux groupes d'activités physiques rapportent un meilleur sentiment d'efficacité personnelle perçue à réussir à faire l'exercice d'escaladeur que ceux ayant seulement reçu la documentation. Dans la même lignée, Corbière et ses collègues (2017), valident leur questionnaire intitulé *Obstacles au Retour en Travail Et Sentiment d'Efficacité à les Surmonter (ORTESES)* auprès de travailleurs ayant un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique et ce, dans un modèle biopsychosocial. Plus spécifiquement, les résultats de leur recherche identifient dix obstacles au retour en emploi. Ces dix obstacles sont 1) appréhension d'une rechute, (2) difficultés cognitives, (3) difficultés liées aux médicaments, (4) exigences du poste de travail, (5) sentiment d'injustice organisationnelle, (6) relation difficile avec le supérieur immédiat, (7) relations difficiles avec les collègues, (8) relations difficiles avec la compagnie d'assurance, (9) conciliation famille-travail difficile, (10) perte de motivation à retourner au travail. Jumelé à ces obstacles, Corbière et ses collègues (2017) ont également identifié le sentiment d'efficacité à surmonter ces obstacles comme prédicteur important du retour en emploi.

Ainsi, les études démontrent qu'au-delà du traitement physique, les facteurs intra et interpersonnels sont primordiaux à la guérison et à la réadaptation. D'autres facteurs méritent d'être considérés dans cette équation, telle que la motivation. La littérature portant sur la motivation humaine peut apporter un nouvel éclairage sur la problématique de réadaptation des accidentés ayant un TMS. Plus spécifiquement en mettant en lumière le rôle privilégié du physiothérapeute et de sa relation avec son patient à l'aide de la TAD. En effet, un tel cadre théorique permettrait de tenir compte des facteurs intrapsychiques, interpersonnels et contextuels associés au retour en emploi pré-lésionnel. L'étude des perceptions de l'accidenté permettrait possiblement d'appuyer l'extension du rôle du physiothérapeute qui privilégie une relation particulière avec son patient, et ce, dans un contexte de retour en emploi.

1.2 La théorie de l'autodétermination

La TAD (Deci et Ryan, 1985, 1991, 2002) stipule que lorsque l'individu perçoit son milieu comme soutenant ses besoins d'autonomie (se sentir libre de choisir et d'agir en fonction de ses valeurs), de compétence (sentir que l'on a un impact sur son environnement ou sur soi) et d'affiliation sociale (se sentir relié aux autres), ceci favorise le fonctionnement optimal de deux mécanismes qui lui procurent l'énergie (la motivation) nécessaire à sa vitalité, à son développement et à son ajustement psychologique. Les deux mécanismes sont la motivation intrinsèque et l'apprentissage par intériorisation (i.e., la motivation identifiée et intégrée) des valeurs ou attentes sociales pertinentes au contexte. La motivation intrinsèque réfère à l'énergie que l'individu déploie lorsqu'il poursuit une activité pour le plaisir ou la satisfaction qu'il en retire. L'apprentissage par intériorisation correspond à la tendance chez l'individu à assimiler dans son soi les valeurs ou attentes véhiculées au sein du groupe social dont

il fait partie. Dans ce dernier cas, il ne poursuit pas l'activité par plaisir, mais plutôt parce qu'il considère important de le faire.

Selon cette perspective, l'être humain est un organisme actif doué d'une tendance innée vers la croissance et le développement personnel. Les gens seraient alors enclins à s'investir dans des activités qui procurent un défi optimal et qui ont le potentiel de satisfaire leurs besoins psychologiques. Deci et Ryan (1985, 1991, 2002, 2017) proposent que les sentiments d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale représentent d'importants déterminants de la motivation et que les événements qui affectent ces besoins, influencent en retour la motivation. La satisfaction des trois besoins contribue au fonctionnement optimal de la motivation intrinsèque et de l'apprentissage par intériorisation et, par conséquent à la motivation autodéterminée. Une motivation davantage autodéterminée est habituellement associée à des conséquences positives pour la personne. Ainsi, l'autodétermination est associée à un meilleur fonctionnement psychologique (Deci, 1980, Deci et Ryan, 2011, Dysvik, Kuvaas et Gagné, 2013, Ryan et Deci, 2002), à une estime de soi plus élevée (Vallerand, 1993), à des affects plus positifs (Blanchard, Amiot, Perrault, Vallerand et Provencher, 2009), à la persévérance scolaire (Koestner, Taylor, Losier et Fichman, 2010) et à la performance sportive (Vallerand et Gillet, 2016). Dans un essai clinique ayant comme cadre théorique la TAD, les résultats de Milne, Wallman, Gordon et Courneya (2008), ont étudié l'impact positif d'enseigner un programme d'exercices physiques immédiatement après une chirurgie chez les patientes atteintes du cancer du sein versus l'enseignement 12 semaines plus tard, sur la motivation autodéterminée et sur l'adhérence à plus long terme de ce programme de changement vers des saines habitudes de vie. Plus spécifiquement, 58 patientes réparties dans 2 groupes (groupe immédiat, groupe 12 semaines plus tard) ont eu l'enseignement d'un programme d'exercices physique. Leurs niveaux de satisfaction des besoins physiologiques ont été mesurés de manière répétée, ainsi que leur motivation autodéterminée. Finalement, leur adhérence au programme a été mesurée 24 semaines plus tard. Les résultats montrent

que la satisfaction des besoins psychologiques favorisait la motivation autodéterminée à faire des exercices physiques chez les patients et à adhérer au programme dans les 2 groupes.

La théorie de l'autodétermination a été appliquée dans divers domaines de vie, incluant l'éducation, les loisirs, le sport, les relations amoureuses, la politique et le travail. De façon générale, les résultats d'études suggèrent que plus la personne perçoit son environnement social comme soutenant, plus sa motivation est autodéterminée (par ex., Koestner et Losier, 2002 ; Vallerand, Fortier et Guay, 1997). Par exemple les résultats de Vallerand et ses collègues (1997), concernant l'intention de quitter l'école secondaire, suggèrent que plus l'élève perçoit que ses parents, ses enseignants et l'administration scolaire le soutiennent, plus il se sent compétent et autonome à l'école. De plus, les sentiments accrus de compétence et d'autonomie chez l'élève sont associés positivement à sa motivation autodéterminée face à l'école. En retour, plus l'élève est autodéterminé, moins il est enclin à vouloir quitter l'école secondaire. Enfin, les intentions de quitter l'école prédisent le décrochage scolaire (Vallerand *et al.*, 1997). Toujours dans le domaine scolaire, les résultats de l'étude de Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon et Deci (2004) montrent que le soutien à l'autonomie perçu et des raisons davantage intrinsèques pour faire les études sont reliés positivement à une meilleure performance scolaire chez les étudiants du secondaire. Les résultats de Ratelle, Duchesne et Guay (2017), sont particulièrement intéressants. Leur échantillon était constitué de 522 adolescents (233 garçons et 389 filles), 535 mères et 296 pères. Les résultats montrent que plus les élèves du secondaire perçoivent que leurs parents soutiennent leur autonomie, plus ils s'ajustent positivement à l'école, en termes de faire face à la tâche scolaire demandée. En plus, leurs résultats montrent que ce lien est davantage appuyé lorsque les mères rapportent elle-même être soutenant. Ces résultats confirment l'importance du soutien à l'autonomie perçu mais également le soutien à l'autonomie rapporté par l'entourage (particulièrement la mère dans ce cas-ci) sur le fonctionnement optimal en milieu scolaire.

Dans les sports, une rétroaction positive semble associée à un surpassement de soi chez l'athlète. Les résultats de Brière, Vallerand, Blais et Pelletier (1995) suggèrent que plus l'athlète perçoit son environnement comme soutenant, plus il fait preuve de persévérance et meilleure est sa performance. Toujours dans le domaine des sports, les résultats de l'étude de Blanchard, Amiot, Perreault, Vallerand et Provencher (2009) montrent qu'un style contrôlant chez l'entraîneur est relié négativement au sentiment d'autonomie de l'athlète, que le sentiment d'autonomie est relié positivement à la motivation autodéterminée et en retour est relié positivement aux émotions positives vécues par l'athlète. Ainsi, le soutien à l'autonomie semble être un facteur important à considérer afin de mieux comprendre la persévérance face à des obstacles et la motivation autodéterminée. Carpentier et Mageau (2016) décrivent comment le soutien à l'autonomie de la part de l'entraîneur envers les athlètes peut être fait. Dans leur étude, 49 athlètes ont tenu un journal de bord pendant 15 semaines. Les athlètes devaient remplir leur journal de bord et rapporter leurs perceptions par rapport au soutien à l'autonomie de la part de leur entraîneur lors de la période de rétroaction de leur performance. De façon générale, les résultats soulèvent les bienfaits du soutien à l'autonomie de la part de l'entraîneur, par le biais d'une rétroaction davantage descriptive qu'évaluative, puis ayant comme caractéristiques l'empathie, de donner des choix de solution pour résoudre les problèmes, des trucs pour s'améliorer, un certain ton de voix, basé sur des buts clairs et atteignables. Ces caractéristiques permettraient aux athlètes d'intégrer le soutien à l'autonomie et de se sentir un ingrédient actif dans la résolution de problème, ce qui serait, en retour associé à des conséquences positives.

Dans le domaine du travail, plusieurs études suggèrent que le soutien à l'autonomie est associé à des conséquences physiques et psychologiques positives pour les employés. Ryan (1995) avance que les conditions favorisant le sentiment d'affiliation sociale apparaissent comme des déterminants importants de la motivation, de l'engagement, de la satisfaction et du bien-être dans un milieu de travail. Les résultats de Richer, Blanchard, et Vallerand (2002) révèlent que la satisfaction des besoins de compétence

et d'appartenance sociale facilite la motivation autodéterminée, laquelle mènerait à une diminution des intentions de quitter le travail. Ces résultats soutiennent les postulats de la théorie de l'autodétermination, selon lesquels l'appartenance sociale et la compétence facilitent le développement d'une motivation autodéterminée, en l'occurrence face au travail. Dans la TAD, le soutien à l'autonomie est conceptualisé comme étant un ensemble de comportements/facteurs qui, dans une relation interpersonnelle, permet de favoriser la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. Dans le contexte du travail par exemple, le supérieur peut soutenir l'autonomie de ses subordonnés, en leur transmettant la perception que leur volonté est importante. En milieu scolaire, les enseignants qui sont à l'écoute des besoins et sentiments de leurs élèves et qui permettent à ceux-ci de faire certains choix significatifs soutiennent l'autonomie de leurs élèves. Ainsi, les comportements qui favorisent la perception du soutien à l'autonomie sont 1) reconnaître et faire valoir la perception de la personne, 2) expliciter les raisons d'une demande ou d'une règle en donnant de l'information, 3) offrir des choix, 4) et utiliser un langage non contrôlant (Koestner, Ryan, Bernieri et Holt, 1984). À l'inverse, les comportements qui sont perçus comme étant contrôlant sont : 1) avoir des propos culpabilisant, 2) faire des menaces ou des insultes (critiques non constructives), 3) manipuler via des récompenses et 4) adopter une attitude autoritaire en donnant des ordres (Deci, Connell et Ryan, 1989; Forest et Mageau, 2008; Gagné et Deci, 2005).

1.2.1 L'application de la théorie de l'autodétermination au domaine de la santé

La théorie de l'autodétermination a aussi été appliquée au domaine de la santé et plus particulièrement celui des saines habitudes de vie. Par exemple, les résultats de Williams et ses collègues (2006), dans une étude longitudinale d'essai clinique de type Consort concernant l'abandon du tabagisme, ont démontré que le soutien à l'autonomie et à la compétence de la part du clinicien (médecin traitant, intervenant social) était relié à la motivation de cesser, puis de s'abstenir de fumer. Plus spécifiquement, les

chercheurs ont d'abord mesuré le sentiment de compétence à cesser de fumer de base, ainsi que la motivation autodéterminée à cesser de fumer de base des 1006 (297 dans le groupe d'aide communautaire et 714 dans le groupe d'intervention intensive) participants recrutés via les journaux qui devaient ensuite s'inscrire dans une clinique. Pendant un mois, les patients ont reçu du soutien à l'autonomie afin de cesser de fumer. Un mois plus tard, puis 6 mois plus tard, les patients devaient répondre à nouveau à un questionnaire qui mesurait le sentiment de compétence à cesser de fumer mesurée avec l'échelle de sentiment de compétence à cesser de fumer de William et ses collègues (2002), ainsi que la motivation autodéterminée à cesser de fumer adaptée du questionnaire d'auto-régulation envers le traitement de William et ses collègues (2002). Après 6 mois, une mesure de cessation de fumer était aussi demandée. Les résultats montrent que dans le groupe ayant reçu l'intervention intensive (matériels de cessation de fumer, appels téléphoniques et rencontre d'intervention de soutien) ont davantage cessé de fumer que ceux du groupe d'aide communautaire (matériel de cessation de fumer uniquement), ainsi, le soutien à l'autonomie est aidant dans l'abandon du tabagisme. Dans une recherche ultérieure sur l'abandon du tabagisme, le soutien à l'autonomie de la part du thérapeute a positivement influencé l'abstinence pendant 12 mois (Williams *et al.*, 2016). Dans le traitement du diabète, l'étude de Williams, McGregor, King, Nelson et Glasgow (2005) a montré que le soutien à l'autonomie de la part du médecin augmentait le sentiment de compétence du patient, ce qui influençait positivement sa motivation autodéterminée à adhérer au traitement pharmacologique, puis en retour, le contrôle de l'état diabétique. Williams et ses collègues (2009) poursuivent l'étude de l'application de la SDT dans le domaine de la santé, tout en ayant comme objectif d'étudier l'impact du soutien à l'autonomie perçu de la part de l'équipe soignante sur la satisfaction des besoins psychologiques, qui en retour aurait des effets positifs de sur la qualité de vie des patients et sur l'adhérence au traitement pharmacothérapeutique. Plus spécifiquement, entre les années 2003 et 2004, 2973 patients diabétiques ont répondu à un questionnaire concernant la perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe de soins, leur sentiment d'autonomie face

à la prise de médication, leur sentiment de compétence face à l'utilisation de la médication et au contrôle de leur état diabétique, ainsi qu'à des conséquences positives associées. Leurs résultats montrent que le soutien à l'autonomie perçu de la part de l'équipe soignante sur le sentiment d'autonomie et de compétence à utiliser la médication et à contrôler leur état diabétique, sont reliés positivement à l'adhérence au traitement (vérifié avec le pharmacien), à une meilleure qualité de vie et à de meilleurs indicateurs physiologiques (contrôle du cholestérol, niveau de glucose; vérifié avec les prises de sang). Chez des patients coronariens, les résultats de Williams, Gagné, Mushlin, et Deci (2005) montrent que la perception du soutien à l'autonomie de la part du médecin prédit la motivation autodéterminée à poursuivre son traitement qui à son tour prédit l'adhésion à l'exercice et à la diète. Dans la même lignée, les résultats de Stamp et ses collègues (2016), soulèvent que le soutien de la famille envers le patient coronarien aide le patient à s'autoréguler face à son traitement. Plus spécifiquement, une infirmière a enseigné aux membres de la famille du patients coronariens, comment intervenir positivement en soutenant l'autonomie. Placés en dyade, les membres de la familles et l'infirmière ont à tour de rôle expérimenté une façon d'être moins critique envers le patient, puis comment appliquer les méthodes de résolutions de problèmes en famille et de laisser davantage d'autocontrôle sur la santé du patient, ainsi que de lui refléter sa compétence à se prendre en charge. Un DVD et des dépliants leur ont aussi été remis afin de donner plus d'exemples de soutien à l'autonomie. Ce résultat est intéressant et pourrait être transposé au soutien du physiothérapeute envers son patient qui à son tour pourrait s'autoréguler face à son traitement.

Bien qu'il y ait très peu d'étude dans le domaine de la réadaptation physique, les résultats des études citées, les résultats de ces études montrent que la théorie de l'autodétermination offre un cadre théorique pertinent pour comprendre le processus de la réadaptation. D'ailleurs une étude particulièrement intéressante pour le présent projet d'essai doctoral est celle de Chan, Lonsdale, Ho, Yung et Chan (2009), dont l'objectif était d'examiner l'impact du soutien à l'autonomie de la part du

physiothérapeute envers la motivation à faire le traitement et l'adhésion des patients face aux recommandations après une chirurgie d'un ligament croisé antérieur (ACL). Dans leur étude rétrospective, 115 (94 hommes et 21 femmes) patients âgés en moyenne de 23 ans, d'une clinique universitaire de Hong Kong ont répondu à un questionnaire 6 mois après avoir été opérés pour une chirurgie d'ACL. Les patients ont rapporté leur perception face au soutien à l'autonomie de leur physiothérapeute, à leur motivation à faire les exercices demandés par le physiothérapeute et à leur adhésion au traitement de physiothérapie à la maison, qui est défini comme étant des exercices prescrits. Les résultats de cette étude montrent que l'adhésion au programme d'exercice est positivement influencée par le soutien à l'autonomie perçu de la part du physiothérapeute et que cette relation est d'autant plus élevée lorsque la motivation à faire les exercices est davantage autodéterminée.

Ces études ayant comme cadre théorique la théorie de l'autodétermination, nous ramène aux propositions de Main, Sowden, Hill, Watson et Hay (2011), avec leur modèle d'intervention StarT Back qui propose une approche intégrée qui inclut à la fois l'intervention physique et psychologique dans le traitement de la lombalgie. La qualité de la relation entre le physiothérapeute et le client est centrale dans cette proposition de traitement intégrateur. Plus spécifiquement, les auteurs proposent un modèle de traitement en physiothérapie qui intègre des composantes psychosociales au moment des interventions physiques. La conception de ce modèle est fondée sur de récentes recherches qui indiquent qu'en élargissant leur rôle, les physiothérapeutes peuvent contribuer à faciliter la réadaptation de leurs patients. Les auteurs soulèvent plusieurs pistes d'interventions telles que le physiothérapeute donnerait des choix d'exercices à faire et s'adapterait davantage à son patient. Basé sur le cadre théorique de la TAD, on peut penser que le physiothérapeute peut soutenir l'autonomie du patient en lui donnant des choix et en adoptant une attitude qui favorise l'appropriation des exercices à exécuter. Prenons l'exemple dans lequel le physiothérapeute prescrit une série d'exercices qui visent à renforcer les muscles abdominaux de son patient

lombalgique. Le physiothérapeute connaît plusieurs façons de renforcer ces muscles et une façon de soutenir l'autonomie de son patient est de lui montrer quelques alternatives pour un muscle ciblé. De plus, le physiothérapeute peut encourager le patient à poser des questions concernant ses exercices et prendre le temps de comprendre comment son patient perçoit les exercices à faire, et comment il se sent par rapport à ceux-ci. Ainsi, le physiothérapeute rend l'expérience davantage axée sur l'ouverture et l'échange entre lui et son patient plutôt qu'une expérience dans laquelle le physiothérapeute demande simplement l'exécution des exercices.

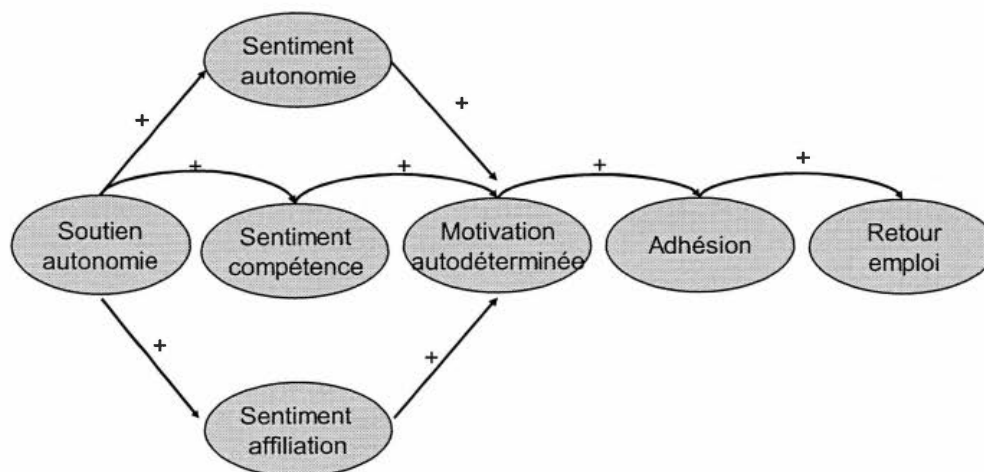
Les résultats de recherches dans un contexte de réadaptation ayant utilisée le cadre théorique de l'autodétermination appuient l'utilisation de la TAD dans la présente recherche doctorale. La présente étude vise donc à appliquer la théorie de l'autodétermination dans la problématique du retour en emploi pré-lésionnel chez l'accidenté du travail ayant un trouble musculosquelettique. À la lumière des écrits recensés et en accord avec la théorie de l'autodétermination, un modèle hypothétique est proposé (voir Figure 1.1, p.22).

Ce modèle est basé sur les écrits recensés et sur les postulats de la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985, 1991, 2002; Ryan et Deci, 2017). Selon cette théorie, les sentiments d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale représentent d'importants déterminants de la motivation. Ainsi, les événements qui affectent ces sentiments, influenceront en retour la motivation autodéterminée envers la poursuite du traitement de physiothérapie. Ensuite, une motivation davantage autodéterminée influencera positivement l'adhérence aux traitements, qui elle influencera positivement le retour en emploi. La théorie de l'autodétermination propose aussi que des conséquences positives soient attendues d'une motivation plus autodéterminée.

Ainsi, le modèle hypothétique complet propose qu'un style interpersonnel soutenant l'autonomie de la part du physiothérapeute tel que perçu par le patient sera relié

positivement au sentiment d'autonomie à faire les exercices prescrits, au sentiment de compétence à faire les exercices de physiothérapie prescrits, ainsi qu'au sentiment d'affiliation sociale avec le physiothérapeute. Ensuite, le modèle hypothétique propose que plus le patient se perçoit autonome et compétent à suivre le traitement de physiothérapie prescrit, en l'occurrence à exécuter ses exercices, ainsi que plus affilié à son physiothérapeute, plus il développera une motivation autodéterminée à poursuivre le traitement prescrit. Il est ensuite proposé qu'une motivation davantage autodéterminée à poursuivre le traitement favorisera l'adhésion thérapeutique. Finalement, le modèle hypothétique propose que l'adhésion thérapeutique soit reliée positivement à un retour en emploi.

Figure 1.1. Modèle hypothétique du retour en emploi pré-lésionnel.



Dans un contexte de réadaptation, les études de Williams, Gagné, Mushlin et Deci (2005), ainsi que ceux de Chan, Lonsdale, Ho, Yung et Chan (2009) ont soulevés les bienfaits associés au soutien à l'autonomie des intervenants envers les patients. Dans ces deux études, les chercheurs ont mesuré les perceptions des patients. La relation thérapeutique étant bidirectionnelle (Diamond et Yeomans, 2008), il est important de comprendre à la fois le point de vue des patients et celui des physiothérapeutes. Néanmoins, étant donné les difficultés à recruter des participants issus de notre population (cette limite sera explicitée dans la discussion) c'est pourquoi la présente étude s'est attardée à tester le modèle hypothétique, de façon quantitative avec les patients, et explorer le point de vue des physiothérapeutes quant au processus de réadaptation, et particulièrement leur rôle dans ce processus, avec une méthode de recherche qualitative. Ainsi, dans un premier temps, les perceptions des patients sont mesurées et ensuite les perceptions des physiothérapeutes sont explorées. La prochaine section présente le modèle hypothétique qui a été testé.

1.3 Question de recherche et hypothèses

Le présent essai vise à répondre à la question générale suivante : *Est-ce que le soutien à l'autonomie du physiothérapeute peut faciliter le retour en emploi des patients ayant un TMS?* De façon plus spécifique, cet essai vise deux objectifs. Dans un premier temps, cet essai vise à tester un modèle où la perception du soutien à l'autonomie de la part du physiothérapeute est associée positivement aux sentiments d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale du patient. En retour, il est postulé que ces sentiments sont associés positivement à la motivation autodéterminée qui par la suite est associée positivement à l'adhésion au traitement puis finalement au retour en emploi, et ce via une relation positive sur la motivation autodéterminée à poursuivre les exercices prescrits (voir Figure 1.1 p.22). Dans un deuxième temps, le présent essai vise à explorer le point de vue des physiothérapeutes quant au processus de

réadaptation, soit une exploration des facteurs facilitant et les entraves au processus de réadaptation, ainsi que leur rôle dans ce processus.

Cette étude est l'une des rares études qui s'intéresse à l'application de la TAD dans un contexte de réadaptation à la suite d'un TMS. De plus, cette étude est la seule étude à notre connaissance qui étudie la population non hospitalière, qui n'est pas dans un centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier. De plus la présente étude va au-delà de l'adhérence au traitement en s'intéressant aussi au retour en poste. Finalement, l'exploration du point de vue des physiothérapeutes quant au processus de réadaptation et des facteurs essentiels au retour en poste de façon qualitative est une première. Ainsi, la présente étude pourrait appuyer la validation de la TAD dans un contexte de retour en poste et de voir sa valeur ajoutée quant au possible rétablissement de l'état fonctionnel du patient. Il pourrait aussi être possible d'outiller les physiothérapeutes à l'aide d'une approche soutenante et satisfaisantes pour les besoins fondamentaux des patients dans le but d'apporter une façon de plus dans les méthodes d'interventions. Les patients pourraient ainsi bénéficier des avantages positifs d'un retour en emploi.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, la méthode de recherche utilisée afin de réaliser le projet de recherche est présentée. Ce chapitre est divisé en deux grandes parties, soit la méthode de recherche utilisée pour le volet quantitatif du projet et la méthode de recherche utilisée pour le volet qualitatif du projet. Chacune des parties est divisée de façon à présenter les participants et la méthode de recrutement, suivi de la procédure, puis des instruments de mesures utilisés.

2.1 Méthodologie du volet quantitatif

Le volet quantitatif de cet essai doctoral vise à tester le modèle hypothétique, tel que présenté à la Figure 1.1.. Il vise essentiellement à recueillir les perceptions des accidentés par voie de questionnaire.

2.1.1 Population, échantillon, procédure et participants

La taille de la population était initialement déterminée par le nombre d'accidentés indemnisé par la CSST et était de 14 659 en 2008 (CSST, 2008). Au départ, cette étude visait la population des accidentés du travail indemnisé par la Commission de la Santé et de la Sécurité au Travail (CSST) ayant un trouble musculosquelettique (TMS) de

type lombalgie et qui reçoivent des traitements de physiothérapie. Les cliniques privées de physiothérapie qui traitent le plus de travailleurs ayant une lombalgie aigüe ou subaiguë en traitent 443 par année (Blais, Poitras, Swaine et Rossignol, 2005). Devant cette population clinique restreinte, la difficulté de recrutement de cette population et le consensus en émergence de voir les patients atteints de différents types de TMS comme une seule et même population (Corbière *et al.*, 2016), nous avons redéfini les critères d'inclusion et d'exclusion pour le projet. Ainsi, les critères d'inclusion sont 1) faire partie de la population active et ainsi être âgé entre 18 et 65 ans, 2) maîtriser la langue française ou anglaise 3) avoir eu un diagnostic de TMS, 4) avoir reçu des traitements de physiothérapie, et 5) avoir été en arrêt de travail ou d'un sport qui comporte une tâche spécifique/position. Nous avons élargi ce dernier critère afin d'inclure des sportifs de haut calibre étant donné la difficulté à recruter les travailleurs blessés suivant un traitement en physiothérapie dans les cliniques ayant accepté de participer. Les sportifs de haut calibre, tout comme les travailleurs, ont un poste avec des postures et des tâches spécifiques à faire, ce pourquoi nous avons choisis d'inclure ces participants. Il est à noter que les critères d'inclusion ont été établis en fonction de la nature de l'étude et des critères d'inclusion des études antérieures pertinentes (Chan *et al.*, 2009; Corbière *et al.*, 2016; Hansen *et al.*, 2009; Yvanes-Thomas *et al.*, 2002).

Les critères d'exclusions sont 1) avoir un diagnostic de douleur chronique relié à la lésion actuelle, 2) avoir des procédures judiciaires en cours avec la CNESST, 3) avoir une blessure antérieure non consolidée, 4) avoir subi une chirurgie en lien avec la lésion traitée et 5) avoir un TMS concomitant à la blessure traitée. Le critère d'exclusion 1 vise à éviter que le retour en emploi soit très faible, dû à la chronicité. Le critère d'exclusion 2 vise à éviter qu'un facteur de maintien soit présent. Le critère d'exclusion 3 vise à éviter que la difficulté de réadaptation soit due à une blessure autre que celle actuellement traitée et que cela devienne une limite à l'étude. Les critères d'exclusion 4 et 5 sont congruents avec les études en réadaptation physique de l'Institut de

Recherche en Santé Robert-Sauvé (IRSST) dont l'étude de Blais et ses collègues (2005).

Étant donné les objectifs visés par l'étude, la nature clinique de l'étude, ainsi que la taille de la population, les participants ont été recrutés de plusieurs façons. Premièrement, une affiche a été déposée dans trois cliniques de physiothérapie franchisées Action Sport Physio (Annexe D, p.76). Tout d'abord, un courriel a été envoyé au conseil d'administration des cliniques Action Sport Physio, pour demander leur participation comme milieu de recherche. Le message du courriel incluait une présentation de l'étude et de l'équipe de recherche, ainsi qu'une affiche en pièce jointe. Les informations disponibles sur l'affiche étaient les suivantes : une brève description de l'étude et de ses objectifs, les critères d'inclusion et d'exclusion, la tâche demandée aux participants, l'adresse URL pour répondre au questionnaire en ligne et la façon de se procurer un questionnaire en version papier via l'équipe de recherche, si telle était la préférence du participant. Un responsable du conseil d'administration a soumis la demande au conseil pour fin d'approbation. À la suite de leur rencontre, aucune modification à la procédure ni à l'affiche n'a été demandée et ils ont eux-mêmes envoyés le courriel à leurs propriétaires franchisés, car la sollicitation directe n'était pas permise. Des 27 cliniques de la bannière Action Sport Physio, trois cliniques ont acceptés de mettre l'affiche dans leur clinique. Une clinique a affiché pendant une période de 3 mois, de mars à mai 2014, et les deux autres cliniques ont affichés pendant plus de 6 mois et ce, à 2 reprises, en 2014 et en 2015. Deuxièmement, entre les mois d'octobre 2014 et novembre 2015, une invitation par voie de médium social fut lancée via le Facebook de la chercheuse principale. L'invitation incluait une brève description de l'étude ainsi que les critères d'inclusion. Les utilisateurs de Facebook étaient invités à cliquer directement sur le lien URL de l'étude et à partager l'annonce. Troisièmement, un courriel a été envoyé à l'entraîneur en chef d'une équipe de football collégial ayant gagné des bols d'or dans les 5 dernières années et faisant partie d'une division de haut calibre afin de l'inviter à publier une affiche du projet dans la chambre

des joueurs de son équipe. L'entraîneur a accepté et l'affiche fut affichée entre les mois d'août et juin 2014 et 2015. Sur cette affiche, l'étude était brièvement présentée, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. L'adresse URL pour remplir le questionnaire était également présentée, ainsi que l'adresse courriel pour contacter l'équipe de recherche afin de recevoir une version papier du questionnaire selon leur préférence. Finalement, un courriel de sollicitation tout comme pour les cliniques de physiothérapie a été envoyé à trois entraîneurs en chef de football de niveau universitaire et à 11 entraîneurs en chef de football de niveau collégial. Le courriel incluait une description de l'étude et le lien URL pour participer. On demandait aux entraîneurs en chef de faire suivre le courriel directement à tous leurs joueurs. Les courriels ont été envoyés en 2014 et 2015.

Entre le mois d'avril 2014 et octobre 2015, 130 personnes ont répondu au questionnaire électronique. De ces 130 personnes, une personne n'a pas pu participer à l'étude car elle répondait à un des critères d'exclusion. Les 129 participants (93 joueurs de football, 25 travailleurs via Facebook et 11 travailleurs via les cliniques de physiothérapies) à l'étude ont rempli un questionnaire électronique et aucune personne n'a demandé un questionnaire version papier. Le temps de passation du questionnaire, incluant le consentement des sujets était entre 10 à 15 minutes.

2.1.2 Instruments de mesures

Les données sociodémographiques habituelles telles que l'âge, le sexe, le revenu familial habituel, la scolarité et le statut marital étaient demandées. Afin d'obtenir de l'information concernant la lésion et pour contrôler certaines variables qui pourraient biaiser l'interprétation des données les questions suivantes étaient incluses dans le questionnaire : la date de l'évènement (accident), le nombre de traitement de physiothérapie reçu pour la lésion, le type de lésion, les autres traitements reçus (ostéopathie, massothérapie, etc.) et s'il y a présence ou non de pharmacothérapie. Des questions concernant les critères d'exclusion étaient également incluses afin de

s'assurer que les sujets de l'échantillon correspondent aux critères. La partie sociodémographique du questionnaire est présentée à l'Annexe A, p.62. Tous les instruments de mesure se retrouvent à l'Annexe A, p. 63. Avant de débiter à compléter le questionnaire, les participants devaient lire et signer le formulaire de consentement (voir annexe B, p.70).

2.1.2.1 Échelle de soutien à l'autonomie perçue

Cette échelle contient 14 énoncés visant à mesurer à quel point un patient perçoit son physiothérapeute comme soutenant son autonomie. Elle est adaptée du Health-Care Climate Questionnaire (HCCQ) en remplaçant l'expression « health-care providers » par « physiothérapeute »; elle a été traduite en français pour cette étude. Pour l'adaptation en français, un membre de l'équipe de recherche a traduit les énoncés de l'échelle originale en anglais vers le français et un autre membre de l'équipe de recherche a fait une rétro-translation en anglais (*backward translation*; Vallerand, 1989). Les énoncés des deux versions anglaises ont ensuite été comparés et puisqu'aucune disparité de sens n'a été décelée, la traduction a été conservée et utilisée dans le cadre de ce projet. Le choix de cet instrument repose sur le fait qu'elle a été construite à partir du cadre théorique de la théorie de l'autodétermination et elle a obtenu de bonnes qualités psychométriques avec un alpha variant entre .73 et de .92 dans l'étude de Chan et ses collègues (2009), ainsi que dans celles de Williams et ses collègues (1996, 2002, 2005, 2006). Un exemple d'énoncé est : « Je sens que mon physiothérapeute me donne des choix et des options ». Les participants doivent répondre aux énoncés en utilisant une échelle de réponse de type Likert, allant de 1 « pas du tout en accord » à 7 « très fortement en accord » (voir annexe A, p.65). Un score moyen est ensuite calculé à partir de tous les énoncés. Plus le score est élevé, plus le

patient perçoit que son physiothérapeute soutien son autonomie. Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach est de .93 et la moyenne est de 5.99.

2.1.2.2 Échelle du sentiment d'autonomie

Cet instrument est adapté de l'Échelle d'autonomie perçue dans les domaines de vie de Blais et ses collègues (1990, cité dans Blais, Lachance et Richer, 1992). Il sert à mesurer à quel point les patients se sentent autonomes d'exercer leurs exercices prescrits. L'échelle comporte quatre énoncés qui forment une seule dimension. Un exemple d'énoncé est : « En physiothérapie, je sens que je fais les exercices que je veux ». Les participants doivent répondre aux énoncés en utilisant une échelle de réponse de type Likert, allant de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « très fortement d'accord ». La moyenne des réponses aux trois énoncés est ensuite calculée. Un score moyen élevé correspond à un sentiment d'autonomie davantage satisfait (voir annexe A, p. 66). Dans les études antérieures, l'alpha de Cronbach se situe entre .80 et .87 (William et ses collègues, 2004;2006). Dans la présente étude, nous avons conservé 3 items. L'item 2 a été retiré puisque l'analyse de cohérence interne diminuait considérablement lorsque nous conservions les 4 items. Plus spécifiquement, l'alpha de Cronbach était de .62 en conservant les quatre items. Dans la présente étude en conservant 3 items, l'alpha de Cronbach est de .80 et la moyenne est de 4.53.

2.1.2.3 Échelle du sentiment de compétence

Cette échelle est adaptée en français du Perceived Competence for Diabetes Scales (PCDS; Williams, Freedman, et Deci, 1998). Pour l'adaptation en français, un membre de l'équipe de recherche a traduit les énoncés de l'échelle originale en anglais vers le français et un autre membre de l'équipe de recherche à fait une rétro-translation en anglais (backward translation; Vallerand, 1989). Les énoncés des deux versions anglaises ont ensuite été comparés et puisqu'aucune disparité de sens n'a été décelée, la traduction a été conservée et utilisée dans le cadre de ce projet. Cette échelle contient

quatre énoncés et a pour but de mesurer à quel point le patient se sent compétent à faire les exercices de physiothérapie. Dans différents contextes de soins, cette échelle a obtenu de bonnes qualités psychométriques avec un alpha de Cronbach variant entre 0.87 et 0.94 (Williams *et al*, 2005; Williams *et al*, 2006; Williams, Gagné, Mushlin et Deci, 2005). Un exemple d'énoncé est : « Je suis capable de faire mes exercices régulièrement ». Les participants doivent répondre aux énoncés en utilisant une échelle de réponse de type Likert, allant de 1 « pas du tout en accord » à 7 « très fortement en accord » (voir annexe A, p.66). La moyenne des quatre énoncés est utilisée comme score. Plus le score est élevé, plus le patient se perçoit comme étant compétent à accomplir les exercices prescrits par le physiothérapeute. Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach est de .93 et la moyenne est de 5.99.

2.1.2.4 Échelle du sentiment d'affiliation sociale

Cet instrument de Richer et Vallerand (1998), mesure le sentiment d'acceptation et d'intimité avec les collègues de travail (voir annexe A, p. 67). Cette échelle unidimensionnelle comporte dix énoncés. Dans l'étude de Carpentier et Mageau (2016) l'alpha est satisfaisant avec un alpha de .77. Un exemple d'énoncé est : « Dans ma relation avec mon/ma physiothérapeute, je me sens...près d'elle/de lui ». Les réponses de type Likert correspondent aux bornes 1 « pas du tout d'accord » et 7 « très fortement d'accord », avec 4 « moyennement d'accord » comme point milieu. La moyenne des réponses aux cinq énoncés sert de score pour le sentiment d'appartenance sociale. Un score moyen élevé correspond à un sentiment d'affiliation sociale envers le

physiothérapeute davantage élevé. Dans la présente étude, l'alpha est de .93 et la moyenne est de 5.33.

2.1.2.5 Échelle de motivation à poursuivre un traitement

Cette échelle contient six énoncés et a pour but de mesurer la qualité de la motivation des patients à s'engager et à poursuivre leurs traitements de physiothérapie. Cette échelle est adaptée en français à partir du Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) de Levesque et ses collègues (2007). Pour l'adaptation en français, un membre de l'équipe de recherche a traduit les énoncés de l'échelle originale en anglais vers le français et un autre membre de l'équipe de recherche a fait une rétro-translation en anglais (*backward translation*; Vallerand, 1989). Les énoncés des deux versions anglaises ont ensuite été comparés et puisqu'aucune disparité de sens n'a été décelée, la traduction a été conservée et utilisée dans le cadre de ce projet. Cette échelle a obtenu de bonnes qualités psychométriques avec un alpha variant entre .85 et .93 pour chacune des études (Chan *et al.*, 2009; Williams *et al.*, 1996, 2005, 2006). Un exemple d'énoncé est: « Je veux poursuivre mes traitements prescrits car je veux être responsable de ma santé ». Les participants doivent répondre aux énoncés en utilisant une échelle de réponse de type Likert, allant de 1 « pas du tout en accord à » à 7 « très fortement en accord » (voir annexe A, p. 68). Plus le score est élevé, plus le patient est motivé à poursuivre ses traitements de façon autodéterminée. Dans la présente étude, l'alpha est de .83 et la moyenne est de 6.09.

2.1.2.6 Échelle d'adhésion au traitement

Cette mesure a pour but d'évaluer à quel point les patients font les exercices recommandés par le physiothérapeute. Cette mesure est adaptée de Toobert et Glasgow (1994) et qui a été initialement développée pour mesurer l'observance de la diète chez les diabétiques avec un alpha à plus de .70 (Williams et ses collègues, 2005; 2009).

Pour des fins de compréhensions pour les patients, nous conservons le terme adhésion aux traitements plutôt que le terme observance. L'échelle originale étant en anglais, elle fut traduite en français par un membre bilingue de l'équipe de recherche, pour être ensuite rétro-traduite en anglais de façon indépendante par un second membre bilingue de l'équipe (« *backward translation* », Vallerand, 1989). Les versions anglaises originale et rétro-traduite furent ensuite comparées afin d'en identifier et d'en corriger les disparités. Aucune modification n'eut à être apportée à la traduction française initiale de l'échelle puisque qu'aucune disparité significative ne fut décelée. Cette mesure contient 1 seul énoncé : « Dans les 7 derniers jours, à quel point avez-vous fait les exercices prescrits par votre physiothérapeute? » Cette échelle est de type Likert et s'échelonne de 1 « jamais » à 5 « toujours » (voir annexe A, p. 68). Plus la moyenne des scores est élevée, plus le patient dit qu'il a fait ses exercices tels que prescrits. Dans cette étude, la moyenne est de 3.83.

2.1.2.7 Retour en emploi

Cette mesure a pour but de mesurer si le travailleur est retourné chez l'employeur, ou dans le cas des joueurs de football, le retour dans la même position qu'avant le TMS. Il s'agit d'une variable dichotomique indiquant si oui (1) ou non (0) le participant est retourné dans son emploi pré-lésionnel. Dans cette étude, 14 participants n'étaient pas de retour en poste alors que 48 étaient de retour. Ce résultat signifie que la majorité des travailleurs et des joueurs étaient retournés en emploi ou au jeu, dans leur poste pré-lésionnel pour les travailleurs et dans leur position initiale de jeu pour les footballeurs ou qu'elle avait réintégré un emploi ou une position temporaire (Voir annexe A, p.69).

2.2 Méthodologie de recherche volet qualitatif

Le volet qualitatif a pour but de soutenir les relations du modèle théorique postulé en ayant cette fois-ci la perception des physiothérapeutes à l'égard des facteurs facilitants

et les entraves au processus de réadaptation de leurs clients, ainsi qu'à l'égard de leur rôle dans ce processus. À l'aide d'entrevues individuelles semi-structurées, différents antécédents et conséquences du modèle ont été explorés. Le canevas d'entrevue est présenté à l'Annexe C, p. 73.

Trois méthodes de recrutement de physiothérapeutes ont été utilisées. Initialement, les propriétaires de 2 cliniques de physiothérapie avaient mentionné à leurs employés, qu'ils pouvaient participer au volet qualitatif de l'étude. Cependant, à la suite d'un message reçu des administrateurs des franchisés, les employés n'ont pas pu participer, préférant garder leur offre de participants au niveau du volet quantitatif, par soucis de possibilité de conflit de rôle et/ou d'intérêt envers leur principal fournisseur de clients de type tiers payeurs. La deuxième méthode de recrutement prévue a donc été mise de l'avant en publiant une annonce sur le médium social Facebook de la chercheuse principale et de l'assistante de recherche, indiquant de contacter l'équipe de recherche par courriel et que par la suite, un appel téléphonique serait fait. Les critères d'inclusion pour participer étaient : 1) être diplômé en physiothérapie, 2) avoir un minimum d'un an d'expérience après la diplomation avec une clientèle ayant un TMS et 3) travailler à temps plein. Ces critères d'inclusion ont été choisis afin de s'assurer que les participants avaient un minimum d'un an d'expérience à temps plein. Cinq physiothérapeutes ont manifesté rapidement leur intérêt en avril 2015. Un appel téléphonique a été fait avec les cinq physiothérapeutes intéressés pour leur expliquer les buts de l'étude et leur implication s'il décidait de participer. Par la suite une rencontre individuelle a été fixée par l'assistante de recherche afin de procéder à l'entrevue semi-structurée, cette rencontre avait lieu par téléphone ou en personne, selon la préférence du participant. L'entrevue était enregistrée à la suite de l'obtention du consentement libre et éclairé du participant (voir formulaire annexe B, p. 70). L'entrevue a été d'une durée d'une heure pour quatre participants et plus d'une heure trente pour un des participants. Les entrevues ont eu lieu en avril 2015 et une en juillet 2015 (à son retour de vacances). Ainsi, quatre femmes et un homme âgé entre 28 et 33

ans avec une expérience en tant que physiothérapeute variant de 2 à 9 ans avec les travailleurs accidentés et les sportifs de haut calibre ont participé à l'entrevue.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, il est question d'expliquer les démarches statistiques ayant permis de tester le modèle proposé et de présenter les résultats des analyses. Ce chapitre est divisé en deux sections, premièrement les analyses statistiques du volet quantitatif de l'étude sont présentées, suivi des analyses du volet qualitatif de l'étude.

3.1 Résultats des analyses du volet quantitatif

3.1.1 Analyses préliminaires

Dans un premier temps, la banque de données fut nettoyée suivant les postulats de Tabachnick et Fidell (2013). Des 129 participants initiaux, 67 ont répondu à moins de 75% du questionnaire. Ces 67 répondants ont été retirés des analyses. Une fois ces 67 répondants enlevés, il restait 62 participants à l'étude. Dans les données des 62 participants, il n'y avait que 3,5% de données manquantes. Les données manquantes ont été traitées selon les recommandations de Tabachnick et Fidell (2013). Ainsi, puisque les données manquantes de ces 62 participants se distribuaient normalement et qu'elles constituaient moins de 5% des données (excluant les données manquantes des 67 participants déjà éliminés), les données manquantes furent remplacées par la moyenne de l'énoncé. Les résultats des analyses préliminaires montrent que les variables sont normales avec des scores d'asymétrie et d'aplatissement variant

majoritairement entre -1 et +1. L'échantillon final (N=62) se compose de 12 femmes (19.4%) et de 50 hommes (80.6%). L'âge moyen est de 26.47 ans ($\hat{E}.T.=11.63$).

Dans le Tableau 3.1, p.38, on présente les corrélations, les moyennes et les écart-types des variables à l'étude. Les résultats de la matrice de corrélation montrent que le soutien à l'autonomie est relié positivement aux sentiments d'autonomie ($r = .34, p < .01$), de compétence ($r = .72, p < .01$) et d'affiliation sociale ($r = .69, p < .01$) ainsi qu'à la motivation autodéterminée ($r = .29, p < .05$). Le sentiment d'autonomie est relié positivement au sentiment de compétence ($r = .37, p < .01$) et d'affiliation sociale ($r = .46, p < .01$), ainsi qu'au retour en emploi ($r = .33, p < .01$). Le sentiment de compétence est relié positivement au sentiment d'affiliation sociale ($r = .42, p < .01$) et à la motivation autodéterminée ($r = .30, p < .05$), ainsi qu'à l'adhérence au traitement ($r = .25, p < .05$). L'adhérence au traitement est reliée positivement au retour en emploi ($r = .27, p < .05$). Les analyses de corrélations montrent également que l'âge est relié négativement aux sentiments d'affiliation sociale ($r = -.26, p < .05$) et d'autonomie ($r = -.26, p < .05$). Nous avons donc contrôlé pour l'âge dans les analyses subséquentes pertinentes.

Tableau 3.1. Corrélations, moyennes et écart-types des variables à l'étude.

Mesures	M	É-T	AGE	1	2	3	4	5	6
AGE	26,47	11,63							
SEXE	-	-	-.567**						
1.SOUT	5,99	,82	-,051						
2.AUT	4,53	1,80	-.257*	.338**					
3.COMP	5,99	,90	-,141	.720**	.370**				
4.REL	5,33	,99	-.258*	.686**	.456**	.418**			
5.AUTO	6,09	,78	-,109	.290*	.146	.298*	.152		
6.ADH	3,83	,80	,096	,094	,118	.251*	.085	.134	
7.RETOUR	-	-	-,045	,111	.333**	,119	,043	-,020	.265*

N=62, * $p < .05$, ** $p < .01$. 1. soutenant l'autonomie, 2. autonomie, 3. compétence, 4. affiliation sociale, 5. motivation autodéterminée, 6. Adhésion au traitement et 7. retour en emploi

3.1.2 Analyses principales

Le but des analyses principales est de tester le modèle hypothétique proposé à la Figure 1. Néanmoins, étant donné le nombre limité de participants ($n=62$) et le nombre de variables dans le modèle, une analyse acheminatoire qui aurait permis de tester l'ensemble des liens de façon simultanée n'était pas recommandée (Kline, 1998). Nous avons donc procédé en réalisant une série de régressions hiérarchiques afin de tester, de façon séquentielle, les liens postulés par le modèle hypothétique, et une régression logistique afin de prédire le retour en emploi. Dans un premier temps, pour chacune des régressions effectuées, les postulats de base à respecter pour réaliser la régression furent vérifiés, soit, 1) l'association linéaire entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante, 2) l'absence de multicollinéarité entre les variables, 3) l'homoscédasticité, 5) l'absence de valeurs aberrantes, et 4) une distribution normale des résiduels. Les postulats furent tous respectés. Afin de faciliter la lecture des résultats, ceux-ci sont présentés par section, en fonction des liens postulés par le modèle hypothétique.

Relation entre le soutien à l'autonomie perçu et les sentiments d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. Afin de tester ces liens, trois régressions hiérarchiques furent réalisées. À l'étape 1, l'âge fut inclus dans l'équation comme variable contrôle, puisque cette variable est associée négativement à deux des trois besoins psychologiques, suivi du soutien à l'autonomie perçu à l'étape 2 (voir Tableau 3.2). Les résultats (voir Tableau 3.2, p.40) montrent que le soutien à l'autonomie perçu par les patients est associé positivement aux sentiments d'autonomie ($\beta=.33, p<.01; F(1,59) = 6.13, p <.05$), de compétence ($\beta=.72, p<.01, F(1,59) = 33.17, p <.01$), et d'affiliation sociale ($\beta=.67, p<.01; F(1,59) = 31.98, p <.01$), et ce même en contrôlant pour l'âge des participants.

Tableau 3.2

Résultats des analyses des régressions hiérarchiques pour tester les relations entre le soutien à l'autonomie perçu et les sentiments d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale

Prédicteurs	Sentiments					
	Autonomie		Compétence		Affiliation sociale	
	R ²	β	R ²	β	R ²	β
Étape 1	.07*		.02		.07*	
Âge		-.26*		-.14ns		-.26*
Étape 2	.10*		.51**		.45**	
Sout à l'autonomie		.33*		.72**		.67**
R2 Total	.17		.53		.52	

Note : * = p<.05 ; ** = p<.01

Relation entre les sentiments d'autonomie, de compétence, d'affiliation sociale et la motivation autodéterminée. Afin de tester ces liens, une régression hiérarchique fut réalisée. Puisque les analyses corrélationnelles indiquent que le soutien à l'autonomie est associé positivement aux sentiments d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale, et que la théorie de l'autodétermination postule que le soutien à l'autonomie peut prédire la motivation autodéterminée, le soutien à l'autonomie fut donc inclus dans l'équation de la régression. Par ailleurs, puisque les corrélations entre les variables indépendantes sont élevées l'index VIF fut utilisé afin de vérifier un possible problème de multicollinéarité entre les variables. Le VIF le plus élevé révèle un ratio de 3,38, soit un ratio sous le seuil de 5, suggéré par Sheater (2009), ces variables furent donc conservées dans l'équation.

Ainsi, à l'étape 1, le soutien à l'autonomie fut inclus et à l'étape 2, le sentiment d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale furent inclus. Les résultats (voir Tableau 3.3, p.41) montrent à l'étape 1 de la régression que le soutien à l'autonomie perçu est relié positivement à la motivation autodéterminée ($\beta = .29, p < .05; F(1,60) = 5.49, p < .05$), expliquant 8% de la variance dans la variable motivation autodéterminée. L'étape 2 du test omnibus était non significatif ($F(3,57) = 1.67, p = .17$, suggérant qu'aucun des prédicteurs inclus dans cette deuxième étape de l'équation ne permet d'expliquer davantage de variance.

Tableau 3.3

Résultats des analyses pour tester les relations entre la motivation autodéterminée, le soutien à l'autonomie perçu, le sentiment d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale

Prédicteurs	Motivation autodéterminée	
	R ²	β
Étape 1	.08*	
Soutien à l'autonomie		.29*
Étape 2	.02	
Sentiment d'autonomie		.05
Sentiment de compétence		.16
Sentiment d'affiliation sociale		-.09
R2 Total	.10	

Note : * = $p < .05$

Relation entre la motivation autodéterminée et l'adhérence au traitement. La corrélation entre la motivation autodéterminée et l'adhérence au traitement n'étant pas significative (absence de relation linéaire), aucune régression simple ne fut réalisée avec cette variable. Le rôle minime de la motivation autodéterminées envers les exercices prescrits dans l'adhésion au traitement sera discuté plus longuement dans la discussion du présent essai.

Néanmoins, une régression simple fut réalisée afin de confirmer le pourcentage expliquée de l'adhérence au traitement par le sentiment de compétence, étant donné la corrélation positive significative entre ces deux variables. Pour ce faire, le sentiment de compétence fut inclus comme variable indépendante et l'adhérence au traitement comme variable dépendante. Les résultats indiquent une association positive entre le sentiment de compétence et l'adhérence au traitement fut décelée ($\beta=.25, p<.05$), permettant d'expliquer 6% de la variance ($F(1,61) = 4,05, p < .05$).

Relation entre l'adhérence au traitement et le retour en poste. Afin de tester ce lien, une régression logistique fut réalisée. Puisque les analyses corrélationnelles indiquent que le sentiment d'autonomie et l'adhérence au traitement sont positivement associés au retour en poste, ces deux variables indépendantes furent incluses dans l'équation afin d'évaluer leur impact sur la probabilité que les participants rapportent être retournés en poste. Le test Hosmer et Lemeshow confirme le respect du postulat de la linéarité dans le logit ($\chi^2(2, N=62) = 8,18, p=.42$) et l'examen de la distribution des fréquences attendues révèlent que toutes les cellules ont au moins une fréquence de un et moins de 20% des cellules ont une fréquence de moins de cinq (Tabachnick et Fidell, 2007).

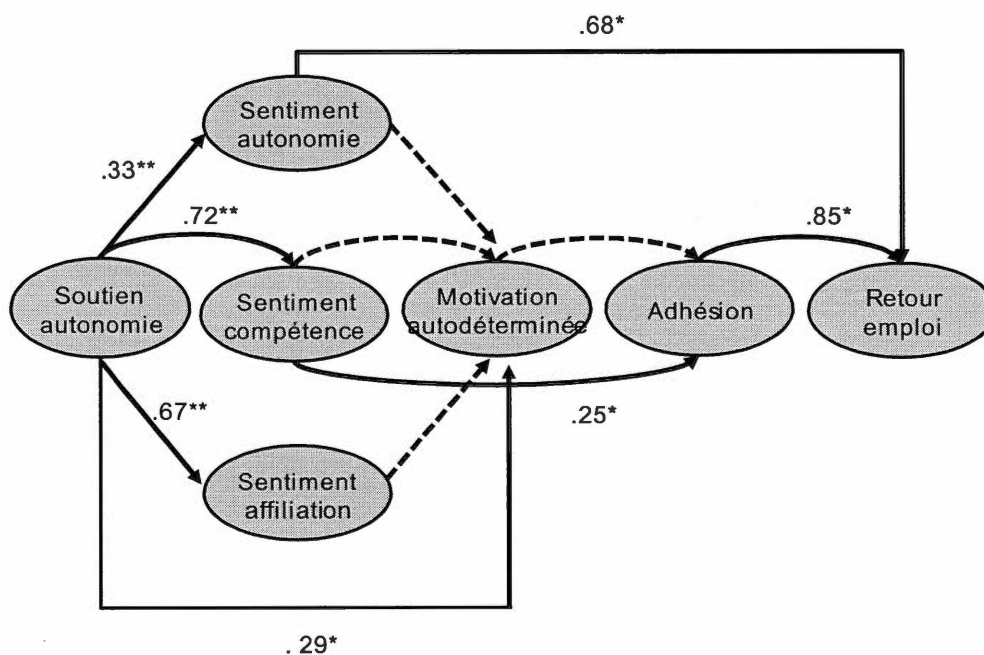
Le modèle complet contenant tous les prédicteurs était statistiquement significatif $\chi^2(2, N=62) = 11,29, p<.01$, indiquant que le modèle est en mesure de distinguer entre les participants qui ont rapporté être retournés en poste de ceux qui n'y

sont pas retournés. Le modèle complet expliquait entre 17% (Cox and Snell R au carré) et 25% (Nagelkerke R au carré) de la variance dans le statut de retour en poste et classifiait correctement 85,5% des cas. Néanmoins, en examinant plus attentivement le tableau de classification, on note que le modèle obtenu permet une excellente classification des cas de retour en poste (97,9%) mais une classification médiocre des cas de non-retour en poste (42,9%; le seuil étant de 59% de participants bien classés au hasard). Ceci est possiblement dû à la petite taille de notre échantillon et au fait que la majorité des participants soient de retour en poste. Néanmoins, le sentiment d'autonomie ($B=.68, p<.05$) et l'adhérence au traitement ($B=.85, p<.05$) font tous deux une contribution significative au modèle. Ainsi, pour chaque 1-point d'augmentation sur la variable sentiment d'autonomie, les probabilités de retour en poste augmentent de 1,97 (odds ratio), et pour chaque 1-point d'augmentation sur la variable adhérence au traitement, les probabilités de retour en poste augmentent de 2,36 (odds ratio).

La figure suivante présente de façon schématique les résultats pertinents obtenus (Figure 3.1, p.44)

Figure 3.1

Résumé schématique des résultats obtenus



Note : les traits pleins représentent des liens positifs significatifs; les traits pointillés représentent des liens non-significatifs.

Nous avons poursuivi les analyses en testant le possible rôle médiateur de certaines variables. Afin de tester une médiation avec une variable dépendante dichotomique et obtenir la proportion de l'effet qui est médié, le test Sobel est robuste aux variables dépendantes dichotomiques, ce qui caractérise le cas présent (retour en poste / non-retour en poste). Ainsi, dans un premier temps, le rôle médiateur du sentiment

d'autonomie dans la relation entre le soutien à l'autonomie et le retour en poste fut testé. Le test Sobel s'est avéré non significatif (Sobel $Z = 1,47$, $p = .07$).

Afin de vérifier les autres effets médiateurs, nous avons utilisé le macro Bayesian pour les effets indirects pour les modèles de régression créé et validé par Falk et Biesanz (2016). Cette macro permet de calculer les coefficients d'intervalles – CI – de type Bayesian, qui performant mieux que les autres méthodes d'estimation en termes des erreurs de Type 1 et Type 2 (Biesanz, Falk et Savalei, 2010; Falk et Biesanz, 2016). Ainsi, le rôle médiateur du sentiment de compétence dans la relation entre le soutien à l'autonomie et l'adhérence au traitement fut testé. Les résultats des effets indirects suggèrent que le sentiment de compétence agit comme variable médiatrice entre le soutien à l'autonomie et l'adhérence au traitement (95% CI = [0.015, 0.549], $p < .05$). Enfin, le rôle médiateur de l'adhérence au traitement dans la relation entre le sentiment de compétence et le retour en poste fut testé. Les résultats des effets indirects suggèrent que l'adhérence n'agit pas comme variable médiatrice entre le sentiment de compétence et le retour en poste (95% CI = [-0.003, 0.128], $p > .05$).

3.2 Résultats des analyses du volet qualitatif

Le but des analyses qualitatives de cet essai doctoral est de recueillir de l'information concernant les perceptions des physiothérapeutes quant aux facteurs facilitants et les entraves au processus de réadaptation de leurs clients, ainsi qu'à l'égard de leur rôle dans ce processus. Les verbatim des entrevues semi-structurées furent analysés afin d'évaluer les perceptions des physiothérapeutes en regard à ce qu'ils croient importants de privilégier dans un contexte de soins de réadaptation en vue d'un retour au travail chez les patients ayant un TMS. Les analyses du volet qualitatif concernent donc les cinq physiothérapeutes qui ont été reçus en entrevue.

3.2.1 Analyses

Les analyses principales du volet qualitatif de cet essai doctoral reposent sur l'approche générale d'analyse inductive de Thomas (2006, dans Brais et Martineau 2006). Les auteurs mentionnent plusieurs situations dans lesquelles il est approprié d'utiliser l'approche générale d'analyse inductive. Par exemple, lorsque la taille de l'échantillon à analyser est petit ou que l'étude est de nature exploratoire. De plus, cette méthode serait aussi appropriée lorsque les questions de recherches sont basées sur un cadre théorique connu a priori. La démarche de l'approche générale d'analyse par induction comporte quatre étapes : 1) la préparation des données brutes, 2) la lecture attentive et approfondie des verbatims, 3) l'identification et la description des premières catégories, et 4) la poursuite de la révision et le raffinement des catégories.

Dans cet essai doctoral, la première étape de préparation des données brutes a été faite par la transcription intégrale des cinq entrevues en verbatim. Une assistante de recherche a retranscrit chacune des entrevues dans un tableau, question par question. La deuxième étape de lecture attentive et approfondie fut réalisée en relisant à plusieurs reprises le contenu de chacune des entrevues en détail afin d'avoir une bonne vue d'ensemble du contenu. Cette étape a été faite par la chercheuse principale et la directrice du laboratoire de recherche. La troisième étape, soit l'identification et la description des premières catégories, fut réalisée par l'équipe de recherche en prenant des segments du texte, qui ont une signification unique (unité de sens, voir Brais et Martineau, 2006), de les étiqueter et de les relier entre eux afin de faire émerger des catégories. La quatrième étape a été de poursuivre la révision et le raffinement des catégories par la relecture des verbatims et des catégories existantes puis de tenter de créer des sous-catégories. La finalité du processus de codification des catégories est de créer des catégories émergentes à partir des unités de significations. Les catégories importantes identifiées par l'analyse des verbatims sont présentées dans le Tableau 3.4.

Tableau 3.4. Catégories et unités de significations tirées de l'analyse des verbatims.

	Catégorie	Unité de signification
C1	Antécédents de la motivation	Relation thérapeutique Relation de confiance Psychoéducation Thérapeute confiant que le patient est compétent à faire ses exercices Le patient progresse Appartenance sociale Un bon plan d'intervention Autonomie du patient Compétence et empowerment Adhésion au traitement
C2	Composantes de la relation thérapeutique	Relation thérapeutique Attentes du patient S'informer du patient Être jovial Ne pas avoir trop d'exigence
C3	Besoins des patients	Se sentir bon Le patient voit que lui-même peut s'aider Patient ressent que le physiothérapeute est de leur côté Patient a des choix Patient moins seul
C4	Intervenir sur la motivation	Patient voit progression/impact/amélioration Relation thérapeutique Ajuster le plan de traitement Informé/faire de la psychoéducation Adhésion au traitement Appartenance sociale Confiance T envers compétence de P Rendre le patient autonome Encourager Féliciter
C5	Intervenir sur la relation thérapeutique	S'informer du patient/le questionner Traiter comme une personne et non une blessure-corps Écouter Revoir les exercices avec le patient
C6	Intervenir sur les besoins	Développer l'autonomie du patient Évaluation initiale Fixer des objectifs Donner des choix d'exercices PI progressif pour éviter la douleur

		Informer sur les mécanismes-psychoéducation S'assurer que le patient a bien compris exercice - compétence Confiance du patient envers ses exercices Adaptation du plan d'intervention Donner des choix Rassurer par rapport à l'augmentation de la douleur Rendre le patient actif plutôt que passif
C7	Prédicteur du retour en emploi/obstacles	Personnalité Expérience antérieure emploi/sport Manque de support social Manque de support de l'employeur Aimer son travail Patient fait les exercices

L'ensemble des résultats du volet qualitatif montrent sept catégories, soit les antécédents de la motivation, les composantes de la relation thérapeutique, les besoins des patients, les façons d'intervenir sur la motivation, sur la relation thérapeutique et sur les besoins des patients et finalement les prédicteur/obstacles du retour en emploi. Une fois cette étape réalisée, les catégories ont été raffinées en deux grandes catégories. Ces catégories, tel que proposé dans la démarche inductive sont en lien direct avec les composantes de la TAD.

Intervenir sur les besoins d'autonomie et de compétence des patients : Les patients doivent faire des exercices que les physiothérapeutes prescrivent. Les physiothérapeutes ont nommé des façons d'intervenir sur les besoins des patients en lien avec les exercices. Les cinq physiothérapeutes ont nommé l'autonomie et la compétence comme besoin. Un exemple de façon d'intervenir sur l'autonomie selon un des physiothérapeutes « *ça serait des options, spécialement lorsque ça fait un bout de temps que la personne fait le même exercice, de donner des alternatives, remplacer certains exercices par d'autres pour assurer que le patient n'a pas trop d'exercices ou de combiner avec d'autres activités (nage, vélo, marche), comme ça le patient reste autonome dans son choix puis de continuer dans le programme* ». Une autre

mentionne « *je propose 2 ou 3 exercices, c'est important de donner des choix, comme ça le patient choisi et il se sent plus actif dans son traitement* ». Ceci vient appuyer l'importance de satisfaire le sentiment d'autonomie des patients ayant un TMS. Concernant la compétence à faire les exercices prescrits, les physiothérapeutes mentionnent que « *le patient parte et il est confiant et comprend comment bien le faire, on le fait avec, un modèle puis on le rassure qu'il les fasse bien.* » Ils nomment aussi l'attention portée à certaines caractéristiques individuelles, comme par exemple : « *Pour les anxieux, ils ont beaucoup de misère et un a déjà dit « oh je n'aimais mieux pas le faire pour ne pas me blesser ». Donc, tu les rassures, tu leur dis qu'ils l'ont bien fait puis ça favorise leur motivation. Alors, ça confirme qu'ils l'ont bien fait* ». Ceci vient appuyer l'importance de satisfaire le sentiment de compétence des patients ayant un TMS et ce, de façon concrète.

Effet de levier de la relation thérapeutique : Tous les physiothérapeutes interviewés dans cette étude ont soulevé l'importance de la relation thérapeutique dans le fait que les patients feront les exercices. Ils ont nommé l'apport que peut avoir cette relation sur la motivation à faire leurs exercices et ce, en passant par les besoins. Premièrement, ils ont mentionné des façons de favoriser la création de la relation thérapeutique dans cet optique. Des façons de faire sont : « *Ne pas donner des ordres, tu les encourages, tu les soutiens là-dedans, trouver des solutions, s'adapter au patient* », « *il faut être à l'écoute, comprendre le patient et lui montrer que tu le comprends...le patient sait que tu es là pour l'aider* ». Deuxièmement, il ressort que la relation thérapeutique peut être un levier pour la motivation à faire les exercices. Des exemples de l'impact de la relation thérapeutique sont : « *j'explique le pourquoi de l'exercice et l'importance de l'exercice, c'est dans la façon que tu l'explique, faut pas les stresser, c'est important de prendre le temps de le faire avec et d'expliquer pourquoi on ira plus loin... en créant un lien avec le patient, le patient ne veut pas décevoir le thérapeute, ça l'aide, ça le motive, à faire leur exercices.* » et « *avec la relation de confiance ça sera plus facile à le motiver à faire ses exercices* ». Du point de vue des physiothérapeutes interviewés,

la relation thérapeutique joue un rôle important sur le bien-être des patients ayant un TMS.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs sont congruents, ainsi les résultats montrent que plus le patient perçoit du soutien à l'autonomie de la part du physiothérapeute, plus les sentiments d'autonomie et de compétence sont élevés et en retour, plus les patients retournent en emploi dans leur poste pré-lésionnel et plus ils sont motivés de façon autodéterminée à faire les exercices qui leur sont prescrits. Les résultats qualitatifs montrent que les physiothérapeutes perçoivent que leur soutien et que la relation thérapeutique est importante. Ils nomment l'importance des besoins d'autonomie et de compétence face aux exercices prescrits. Ils nomment aussi les bienfaits du soutien envers la motivation à faire les exercices prescrits, puis au retour en emploi. Les résultats qualitatifs montrent aussi comment les physiothérapeutes interviennent, donc comment ils appliquent leur compréhension des ingrédients importants de la réadaptation physique dans un cadre de retour en emploi. Dans la section suivante, les résultats quantitatifs et qualitatifs seront discutés et interprétés selon les écrits scientifiques recensés et les pistes d'intervention en vue de l'application du cadre théorique de la théorie de l'autodétermination.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Ce chapitre comporte quatre sections. Premièrement, l'interprétation des résultats du présent projet de recherche est présentée en fonction des hypothèses de recherches et des écrits recensés. Deuxièmement, les implications théoriques et pratiques des résultats seront discutées. Troisièmement, les limites de la présente étude sont présentées. Finalement, des pistes pour les recherches futures sont formulées.

4.1 Interprétation des résultats

Le but de cet essai doctoral était de proposer et de tester un modèle motivationnel du retour en emploi chez les accidentés ayant un TMS, puis de proposer des pistes d'interventions en lien avec les résultats obtenus. Selon le modèle empirique mis à l'examen, la perception du style interpersonnel soutenant l'autonomie est associée positivement aux sentiments d'autonomie et de compétence envers les exercices prescrits, et positivement avec le sentiment d'affiliation sociale envers son physiothérapeute. Ces résultats confirment l'une des prémisses de base de la TAD, soit que l'environnement social d'un individu peut faciliter ou entraver la satisfaction de ses besoins psychologiques fondamentaux. Dans le cadre de cette étude, ces résultats suggèrent que le physiothérapeute, par son style interpersonnel, peut favoriser la satisfaction des besoins de ses patients. En effet, en étant à l'écoute des besoins et des difficultés de ceux-ci, en leur proposant des choix quant aux exercices prescrits et leur

programme de réhabilitation, en leur expliquant clairement la valeur ajoutée des exercices proposés et du programme, et en adoptant un langage non contrôlant, le physiothérapeute est en mesure de favoriser la satisfaction des besoins de ses patients. Ces résultats, sont congruents avec ceux de Williams et ses collègues (2005, 2009) dans le traitement de patients coronariens et ceux ayant eu une chirurgie du ACL. En effet, ces résultats démontrent que le soutien à l'autonomie du personnel soignant envers ses patients favorise la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. Les résultats de la présente étude répliquent les conclusions de William et ses collègues (2005), mais au sein d'un autre type de traitement, soit la satisfaction des besoins psychologiques avec une population de patients dans le contrôle de leur état diabétique. Ces résultats sont aussi congruents avec ceux de Carpentier et Mageau (2016) qui montrent que le soutien à l'autonomie de la part de l'entraîneur prédit positivement la satisfaction des besoins physiologiques.

Les résultats de la présente étude n'ont pu démontrer un lien entre la satisfaction des besoins et la motivation autodéterminée à faire les exercices prescrits. Ces résultats sont surprenants puisque selon la TAD, la satisfaction des besoins est précurseur à la motivation autodéterminée. Entre autres, ces résultats ne sont pas congruents avec les résultats de Chan et ses collègues (2016) avec les patients coronariens, qui montrent que la satisfaction des besoins psychologiques prédit positivement la motivation autodéterminée à poursuivre un traitement. Par ailleurs, il est intéressant de noter que le soutien à l'autonomie perçu est associé positivement et significativement à la motivation autodéterminée, suggérant un lien direct entre ces variables, sans l'intervention médiatrice de la satisfaction des besoins.

Selon les résultats obtenus auprès de notre échantillon, la motivation autodéterminée envers le programme de physiothérapie, ne permet pas d'expliquer l'adhérence au traitement des patients, ni leur retour en poste. Une hypothèse émerge de ces résultats et concernent les caractéristiques de la population à l'étude. Premièrement, la

population à l'étude est une population clinique ayant un TMS dans une phase sous-aigüe et aigüe et non une population de douleur chronique. Ainsi, cette population retourne majoritairement en emploi après une moyenne de 51 jours d'absences au travail (CSST, 2011). Ainsi, il est possible que la force de la satisfaction des besoins par le soutien des physiothérapeutes soit assez satisfaisante pour amener un retour en poste, puisque la problématique se situe dans une phase de court terme avec des résultats habituellement positifs. Ce qui est particulièrement intéressant dans ce résultat, c'est que la relation thérapeutique est assez significative et semble indiquer que le patient n'a pas nécessairement besoin d'être motivé de façon autodéterminée à faire les exercices pour retourner en emploi, mais plutôt se sentir actif, libre et autonome dans son rétablissement. Il doit se sentir compétent à faire les exercices prescrits et soutenu par son physiothérapeute. Ce résultat est fort intéressant avec le tournant majeur que prend les CISSS et les CIUSSS avec l'appellation du patient partenaire. Au centre de son rétablissement, le patient est vu comme faisant partie intégrante des soins. De cet angle, la satisfaction des besoins d'autonomie et de compétences seraient des facteurs de protections dans un contexte de retour en emploi. Une deuxième hypothèse pouvant expliquer que dans notre étude, la motivation autodéterminée ne prédit pas le retour en emploi et n'est pas non plus expliquée par la satisfaction des besoins est reliée à notre échantillon. Plus spécifiquement, 72% de l'échantillon est composé de joueurs de football de haut calibre qui gravitent dans un monde très compétitif et qui aspirent au repêchage professionnel. Ils doivent jouer pour faire évoluer leurs compétences et pour garder leur poste. Si un joueur s'absente pour un TMS, il est remplacé et n'est pas vu par les repêcheurs. Il court le risque d'être remplacé par un autre joueur. Ainsi, la motivation semble d'être au jeu, c'est-à-dire, en poste comme on le nomme dans le milieu sportif de haut calibre. Les particularités de ce milieu se sont fait connaître il y a très peu de temps avec la sensibilisation concernant les commotions cérébrales. Malheureusement, des joueurs blessés, retournent au jeu trop rapidement, nient ou ne divulguent tout simplement pas leur blessure. Devant cette particularité, il est possible de penser que certains joueurs ont effectués les exercices

demandés, soutenu par leur physiothérapeute et avec différentes possibilités de faire les exercices, ils sont retournés tôt au jeu. Cette hypothèse est congruente avec l'avis des physiothérapeutes comme quoi, au travail comme au jeu, il y a des adaptations qui font en sorte que le retour au travail peut être fait plus tôt. Par exemple, un employé au service à la clientèle au téléphone qui a une tendinite du genou pourrait se sentir mieux au travail qu'à la maison. Du fait des particularités de son poste de travail, des accommodations sont possibles pour une tendinite du genou, dans une position assise, avec une chaise adaptée et, par sa posture, la répétitivité faible de son mouvement impliquant le genou et l'intensité faible de la charge, car il est assis. De plus, le patient peut poursuivre les traitements une fois de retour au travail et au jeu de haut calibre de façon concomitante et ainsi poursuivre sa réadaptation vers son rétablissement.

Néanmoins, les résultats montrent que le sentiment de compétence des patients envers les exercices effectués est associé positivement et significativement à l'adhérence au traitement. Ceci suggère que plus un patient se sent compétent dans la réalisation de ses exercices de physiothérapie, plus il aura tendance à adhérer à son plan de traitement. Ainsi, les physiothérapeutes ont tout avantage à travailler sur le sentiment de compétence de leurs patients : donner des explications claires quant à la façon de faire les exercices, leur donner une rétroaction constructive sur l'exécution des exercices et les progrès faits, les encourager, etc. D'autant plus que l'adhérence au traitement est associée positivement et significativement au retour en poste.

Le retour en poste est également associé positivement et significativement au sentiment d'autonomie. En d'autres termes, plus un patient perçoit avoir un niveau d'autonomie dans l'exécution et le choix de ses exercices de physiothérapie, plus il sera en mesure de retourner en emploi. Ces résultats sont aussi congruents avec les résultats des entrevues avec les physiothérapeutes, comme quoi que le physiothérapeute puisse agir sur le retour en emploi des patients en soutenant son autonomie envers les exercices prescrits.

4.2 Implications théoriques et appliquées

Du point de vue théorique, on se rend compte que notre étude valide en partie la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985, 1991, 2002; Ryan et Deci, 2017) dans un contexte de réadaptation physique. Ainsi, le soutien à l'autonomie de la part des physiothérapeutes est significativement relié à la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale chez les patients ayant un TMS. De plus, en jouant un rôle important sur la satisfaction du besoin d'autonomie, le soutien du physiothérapeute joue un rôle important dans l'adhésion au programme de traitement de physiothérapie et dans le retour en emploi. Ainsi, nos résultats soutiennent le modèle StarTback qui propose que la relation thérapeutique soit au cœur du rétablissement des lombalgiques et que, en outillant les physiothérapeutes en matière de relation soutenante, cette stratégie améliorerait significativement le rétablissement des accidentés. Précisément, lors des entrevues qualitatives avec les physiothérapeutes, ceux-ci ont systématiquement soulevé l'importance de la relation thérapeutique et de soutien, ainsi que de la satisfaction des besoins d'autonomie et de compétence dans la problématique de la motivation à faire la partie active du traitement (les exercices prescrits), ainsi que du retour en emploi. Plus spécifiquement, les physiothérapeutes ont nommé l'importance de prendre le temps d'écouter le patient, de l'accueillir, de lui donner des choix d'exercices et de les adapter pour qu'il se sente capable de faire les exercices prescrits. Ils ont nommé l'importance de s'adapter aux styles et aux besoins des patients, mais que malheureusement, cette compétence n'est pas enseignée dans leur formation universitaire. Les résultats empiriques et les résultats qualitatifs sont donc congruents avec l'apport positif et significatif du soutien à l'autonomie des physiothérapeutes et ainsi, sont en faveur de l'intégration de cours en relation d'aide dans le cursus universitaire des physiothérapeutes.

L'application des résultats de notre étude est cohérente avec l'explication de comment favoriser le soutien perçu à l'aide du cadre théorique de la TAD (Deci, Connell et Ryan,

1989; Forest et Mageau, 2008; Gagné et Deci, 2005). Plus spécifiquement, dans notre volet qualitatif, les physiothérapeutes ont nommé l'importance et le désir d'avoir des cours de relation d'aide comme il est présent dans d'autres formations universitaires de donneurs de soins. Par exemple, des cours de relation d'aide sont présents dans les cours des infirmières et cela donne de bons résultats comme dans ceux de Stamp et ses collègues (2016) qui ont montrés que lorsque les infirmières soutenaient la satisfaction des besoins psychologiques de leurs patients coronariens, ces derniers étaient capables de s'autoréguler dans leur traitement et devenir actifs dans leur plan de rétablissement. Les infirmières ont procédé en donnant de l'information et des explications sur les raisons sous-jacentes de l'importance de faire les traitements, puis comme faire les traitements. Les infirmières étaient accueillantes, non directives, elles expliquaient les raisons sous-jacentes de l'importance de suivre le traitement et de faire le programme d'exercice et ce, sans être directive. Ces résultats sont particulièrement prometteurs pour l'application des résultats de notre étude. Les résultats de notre étude permettent donc de soulever la congruence entre le cadre théorique et l'application de la TAD au domaine clinique.

Les résultats sont particulièrement intéressants en termes d'interventions possibles. D'emblée, les physiothérapeutes ont nommé le rôle central de la relation thérapeutique dans leur contexte de soins. Ils ont nommé les ingrédients essentiels à la motivation à faire les exercices, puis à l'importance de leur rôle en tant que thérapeute. Les physiothérapeutes interviewés ont rapporté leurs stratégies d'intervention concernant la relation thérapeutique, la satisfaction des besoins des patients, ainsi que sur le retour en emploi. Premièrement, les physiothérapeutes ont nommé que des obstacles au retour en emploi est le manque de support social, ainsi que le patient ne fasse pas ses exercices prescrits. Les physiothérapeutes mentionnent qu'ils interviennent sur la relation thérapeutique en s'informer du patient, en l'écoutant, en le traitant comme une personne et non une blessure. De plus, ils nomment qu'il est important de revoir les exercices avec le patient. Donner des choix d'exercices, de rendre le patient autonome

face à ses exercices et de faire en sorte qu'il se sente bon à les faire sont des interventions pertinentes, de plus qu'ils mentionnent d'informer les patients et de fixer des objectifs de façon progressive. Finalement pour eux, encourager, féliciter et adapter les exercices et le plan d'intervention sont des moyens à la fois pour améliorer la motivation des patients à faire les exercices et de soutenir la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence/confiance des patients. Ainsi, plusieurs pistes d'interventions émergent de nos résultats, telles que d'offrir des choix d'exercices à faire et s'assurer que le physiothérapeute s'adapte davantage à son patient. Basé sur le cadre théorique de la TAD, on peut penser que le physiothérapeute peut soutenir l'autonomie du patient en lui donnant des choix et en adaptant une attitude qui favorise l'appropriation des exercices à exécuter. Prenons l'exemple dans lequel le physiothérapeute prescrit une série d'exercices qui visent à renforcer les muscles abdominaux de son patient lombalgique. Le physiothérapeute connaît plusieurs façons de renforcer ces muscles et une façon de soutenir l'autonomie de son patient est de lui montrer quelques alternatives pour un muscle ciblé. De plus, le physiothérapeute peut encourager le patient à poser des questions concernant ses exercices et prendre le temps de comprendre comment son patient perçoit les exercices à faire, et comment il se sent par rapport à ceux-ci. Ainsi, le physiothérapeute rend l'expérience davantage axée sur l'ouverture et l'échange entre lui et son patient plutôt qu'une expérience dans laquelle le physiothérapeute demande simplement l'exécution des exercices. De cette façon, le soutien perçu, devient un vecteur positif du rétablissement des patients ayant un TMS et ces derniers, en voit les bienfaits. En entretenant une relation soutenante avec son patient, le physiothérapeute pourra mieux comprendre les obstacles, les réticences ou le refus de faire les exercices en trouvant des solutions, en s'adaptant à la réalité de son patient. En résumé, le physiothérapeute doit entrer en relation avec son patient d'une manière à favoriser l'échange d'expertise, d'une part de l'expert en physiothérapie et d'autre part avec l'expertise du patient qui a son propre vécu intra et interpersonnel. Le physiothérapeute sait comment le corps humain est fait et comment intervenir sur les blessures, le patient, lui sait comment il apprend, ce qu'il préfère, ce qu'il vit et ce qu'il

ressent. Le soutien à l'autonomie, qui s'apparente en partie à la relation empathique n'en serait que positivement favorisé. En étant considéré comme un partenaire actif de sa santé, le patient aura plus de chance d'adhérer aux traitements et tendre vers un retour en emploi.

Dans une méta-analyse, Gillison, Rouse, Standage et Sebire (2019) ont recensés des techniques d'intervention visant à promouvoir la motivation à adopter des comportements reliés à la santé dans un contexte de réadaptation. Gillison et ses collègues, mentionnent qu'il n'y a pas de techniques spécifiques qui s'appliquent à tous les contextes de santé. Malgré qu'elle ne soit pas directement appliquée aux TMS, une des études recensées a examiné le rôle du soutien à l'autonomie des physiothérapeutes dans la promotion de la motivation à adopter des comportements reliés à la santé. Cette étude réalisée par Lonsdale et ses collègues (2012), conclue en identifiant des moyens concrets pour favoriser la motivation des patients. Plus spécifiquement, les moyens suivants sont proposés et, fait intéressant, ces moyens sont cohérents avec les propos des physiothérapeutes interviews dans notre étude :

Les 5 « A »:

1. Ask : le physiothérapeute utilise principalement des stratégies afin de promouvoir une bonne relation thérapeutique
2. Advise : le physiothérapeute travaille à augmenter l'autonomie et le sentiment d'efficacité (compétence) du patient tout en les éduquant sur leur condition et les options de traitement
3. Agree : le physiothérapeute fixe des buts selon la méthode S.M.A.R.T en collaboration avec le patient

4. Assist : le physiothérapeute travaille conjointement avec le patient afin d'identifier les obstacles potentiels à l'adhésion ainsi que des méthodes afin de les surpasser.

5. Arrange : le physiothérapeute supporte le patient en lui demandant de tenir un journal de bord sur sa réadaptation et son progrès afin de stimuler son autonomie, son sentiment de compétence et d'affiliation sociale. Le thérapeute s'assure que le patient possède toutes les ressources nécessaires pour mener à bien son traitement.

4.3 Limites de l'étude et étude futures

Bien que l'ensemble des résultats montrent une congruence entre les perceptions des patients et des perceptions des physiothérapeutes, le volet qualitatif étant de nature exploratoire, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés pour l'instant. En effet, la petite taille d'échantillon demeure une limite importante de la présente étude. Aussi, il est possible que l'expérience des travailleurs et des joueurs de haut calibre ayant participé à cette étude ne puisse se comparer totalement, les implications d'une blessure ayant des retombées différentes. Malgré cela, les résultats soulèvent le rôle central des interventions des physiothérapeutes et ouvrent la porte à des pistes de recherches futures avec un plus grand échantillon et un groupe de participants plus homogène. La présente étude demeure transversale, ce qui nous a permis de prendre une photo de la situation à un moment donné. Par ailleurs, ce type de devis nous limite quant à la compréhension de la dynamique sous-jacente des concepts étudiés et leur évolution dans le temps. Des études utilisant un devis longitudinal permettraient de suivre les patients dans le temps, capter leur progression thérapeutique et ainsi mieux cerner le rôle de la relation thérapeutique à différents points dans le temps. En effet, il est possible que le soutien à l'autonomie de la part du physiothérapeute au début du traitement, permette surtout de satisfaire le besoin d'affiliation sociale, ingrédient essentiel afin de satisfaire par la suite le besoin de compétence et d'autonomie. Il serait

également intéressant d'examiner la fin de la relation thérapeutique et les enjeux y étant liés. Par exemple, comment pouvons-nous s'assurer que les traitements et exercices soient bien intégrés au sein de l'individu et puissent survivre à la fin de la relation thérapeutique. Afin de mieux cibler les interventions au domaine clinique de la physiothérapie et leur contribution quant au retour en emploi, les prochaines études devront examiner plus précisément les actions et les plans de traitement déployés par les physiothérapeutes. Ceci permettrait d'identifier plus clairement les actions qui permettent de soutenir l'autonomie des patients et celles qui y font obstacle. Finalement, une étude appliquée qui viserait à examiner l'effet d'un programme de formation en relation d'aide sur l'adhérence au traitement et au retour en emploi serait particulièrement intéressante. Plus spécifiquement, un cours de relation d'aide, tel que proposé par le programme StarT Back pourrait examiner directement l'effet pré et post test.

CONCLUSION

Le présent essai doctoral s'inscrit dans une problématique importante de réadaptation dans un contexte de TMS. Plus spécifiquement, cet essai doctoral met en lumière l'importance du savoir-être et du savoir-faire de la psychologie en relation thérapeutique au profit du rôle privilégié qu'a le physiothérapeute en contexte de soins. Au-delà de la validation partielle de la théorie de l'autodétermination dans ce contexte, il apparaît évident que la relation thérapeutique entre le physiothérapeute et son patient est centrale au retour en emploi. Ainsi, en adoptant un style interpersonnel soutenant l'autonomie de son patient, le physiothérapeute rend son patient actif dans son traitement, puis en retour, celui-ci en récolte les bienfaits d'une autorégulation, ainsi que de la fierté du retour en emploi. Afin d'entrer en relation de soutien à l'autonomie, le physiothérapeute devrait être empathique à la condition spécifique de son patient. De plus, il devrait donner plusieurs choix d'exercices prescrits afin d'offrir une variété avec laquelle le patient se sentira bien. Le physiothérapeute s'attardera aussi à s'assurer que son patient se sent compétent face à ses exercices et il tentera d'expliquer aussi les raisons pour lesquelles son patient doit faire les exercices, par exemple en disant à quoi les exercices servent. Ainsi, c'est en favorisant les conditions gagnantes pour que son patient se sente écouté et supporté qu'il y aura le plus de bénéfices vers un retour en emploi.

ANNEXE A

QUESTIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET QUESTIONNAIRE

Questions sociodémographiques

Date d'aujourd'hui : _____ (année, mois, jour)

1- Quel est votre âge : _____ années et _____ mois

2- Sexe : Féminin Masculin

3- Quel est votre revenu annuel familial habituel?

- a. Entre 12 000\$ et 25 000\$
- b. Entre 25 000\$ et 40 000\$
- c. Entre 40 000\$ et 55 000\$
- d. 55 000\$ et plus

4- Quel est votre plus haut degré de scolarité atteint?

- a. 6^e année
- b. Entre la 6^e et la 9^e année
- c. Entre la 9^e et la 11^e année
- d. Un diplôme secondaire 5
- e. Un diplôme d'études professionnelles
- f. Un diplôme collégial
- g. Un diplôme universitaire
- h. Autre (spécifié) _____

5- Quel est votre statut civil?

- a. Célibataire
- b. Conjoint de fait
- c. Marié (e)
- d. Séparé (e) ou divorcé (e)
- e. Veuf ou veuve
- f. Autre (spécifiez) _____

6- Quel est la date de l'événement pour lequel vous êtes actuellement traité?

_____ - ____ - ____ (Année-mois-jour)

- 7- Combien de traitements de physiothérapie avez-vous reçu entre la date de l'évènement et aujourd'hui?
_____ traitements de physiothérapie.
- 8- Prenez-vous actuellement une médication pour soulager votre douleur?
Oui ___ Non ___
- 9- Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune douleur et 10 étant la pire douleur ressentie, quel est votre niveau de douleur présentement?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 10- Combien de fois avez-vous reçu un diagnostic de lombalgie (mal de dos) au court des 10 dernières années?
_____ fois
- 11- Autre la physiothérapie, consultez-vous un de ces professionnels de la santé pour soigner votre mal de dos? (Encerclez une ou plusieurs réponses)
- a. Chiropraticien
 - b. Massothérapeute
 - c. Ostéopathe
 - d. Kinésiologue
 - e. Autre (spécifiez) _____
-

Échelle de soutien à l'autonomie perçue

Voici une série d'énoncés pouvant décrire ce que vous ressentez vis-à-vis de votre relation avec votre physiothérapeute. Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun de ces énoncés.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

1. Je sens que mon thérapeute me donne des choix et des options.
 2. Je me sens compris par mon thérapeute.
 3. Je suis capable de m'ouvrir auprès de mon thérapeute durant nos rencontres.
 4. Mon thérapeute me fait comprendre qu'il a confiance en ma capacité à faire mes exercices.
 5. Je sens que mon thérapeute m'accepte.
 6. Mon thérapeute s'assure que je comprenne ma condition physique et pourquoi j'ai besoin de faire mes exercices.
 7. Mon thérapeute m'encourage à poser des questions.
 8. Je ressens une grande confiance envers mon thérapeute.
 9. Mon thérapeute répond à mes questions pleinement et soigneusement.
 10. Mon thérapeute écoute comment j'aimerais faire les choses.
 11. Mon thérapeute est très supportant envers les émotions que je ressens.
 12. Je sens que mon thérapeute se préoccupe de moi en tant que personne.
 13. Mon thérapeute tente de comprendre comment je vois les choses avant de me proposer de nouveaux exercices.
 14. J'ai le sentiment de pouvoir partager ce que je ressens avec mon thérapeute.
-

Échelle du sentiment d'autonomie

Voici une série d'énoncé pouvant décrire ce que vous ressentez vis-à-vis de votre poste. Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun de ces énoncés.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

1. En physiothérapie, je sens que je fais le type d'exercices que je veux.
 2. Il faut que je me pousse dans le dos pour faire mes exercices.
 3. Je sens une liberté d'action dans l'ensemble de mes exercices prescrits.
 4. Les exercices prescrits correspondent réellement à mes choix et mes goûts.
-

Échelle de perception de compétence à faire les exercices prescrits

En présumant que vous faites vos exercices prescrits par votre physiothérapeute, indiquez à quel point vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

1. Je me sens confiant(e) en ma capacité à faire mes exercices prescrits régulièrement.
 2. Je me sens capable de pratiquer régulièrement mes exercices prescrits.
 3. Je suis capable de faire mes exercices prescrits régulièrement.
 4. Je peux surmonter les défis concernant mes exercices prescrits.
-

Échelle du sentiment d'affiliation sociale

Voici une liste de sentiments que vous pouvez éprouver face à votre physiothérapeute.

Veillez indiquer votre degré d'accord vis-à-vis de chacun de ces sentiments.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

Dans mes relations avec mon physiothérapeute, je me sens ...

1. appuyé (e).
 2. près d'elle ou près de lui.
 3. compris (e).
 4. attaché (e).
 5. écouté (e).
 6. lié (e).
 7. estimé (e).
 8. uni (e) à elle ou à lui.
 9. en confiance avec
 10. un (e) ami (e).
-

Échelle de motivation autodéterminée à poursuivre un traitement.

Voici une série d'énoncé pouvant décrire ce que vous ressentez vis-à-vis de votre traitement. Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun de ces énoncés.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

1. Je veux être responsable de ma santé.
 2. Je suis convaincu que c'est la meilleure chose à faire pour ma santé.
 3. J'y ai beaucoup réfléchi et je pense que c'est important pour plusieurs aspects de ma vie.
 4. C'est très important pour moi d'être le plus en forme possible.
 5. Je veux vraiment faire ce choix important pour moi.
 6. Je pense que c'est cohérent avec mes buts dans la vie.
-

Échelle d'adhésion au traitement

Dans les 7 derniers jours, à quel point avez-vous fait les exercices prescrits par votre physiothérapeute?

- a) Jamais
 - b) Un peu
 - c) Moyennement
 - d) Souvent
 - e) Toujours
-

Mesure du retour en emploi

Concernant le retour en poste à la suite de votre blessure. Laquelle de ces situations vous concerne le mieux? Encerclez une réponse et complétez au besoin.

Êtes-vous retourné en emploi ou en poste? Oui Non

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Modèle motivationnel du retour en poste à la suite d'une blessure.

Veuillez imprimer cette page et la conserver dans vos dossiers personnels.

RESPONSABLE DU PROJET

Julie Charest, M.A.Ps.
Étudiante au doctorat en psychologie, UQAM
Département de psychologie de l'UQAM
Case Postale 8888, Succ. Centre-ville,
Montréal (Québec) H3C 3P8
514 987 3000 poste 1592
Juliecharest99@hotmail.com

MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Nathalie Houlfort, PhD., Université du Québec à Montréal

OBJECTIF

Le présent projet de recherche a pour objectif de mieux cerner l'importance de la relation entre le travailleur lombalgique accidenté et son (sa) physiothérapeute, puis son effet sur différentes perceptions et comportements.

PROCÉDURES

Afin de collecter les données nécessaires à cette étude, la présente méthode de recherche comporte la complétion d'un questionnaire d'une durée approximative de 15 à 20 minutes.

AVANTAGES et INCONVÉNIENTS

En participant à cette étude, vous pouvez contribuer à l'avancement des connaissances sur les causes du retour en emploi pré-lésionnel et sur le bien-être psychologique dans le domaine de la réadaptation au travail.

Il est possible que le fait de répondre à une question suscite des réflexions ou des sentiments désagréables. Si cela se produisait, nous vous encourageons à communiquer avec nous et une ressource d'aide pourra vous être suggérée. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une telle question. En tout temps, vous pouvez communiquer avec le CLSC de votre région.

CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels et seront conservés sur l'ordinateur du laboratoire de recherche dans un bureau à l'UQAM, fermé à clé. Seuls les membres de l'équipe de recherche ont accès à ce laboratoire. La liste des adresses de courriel sera détruite une fois que la loterie aura eu lieu.

Aucune analyse ne se fera sur un participant en particulier. Une fois la recherche terminée, les données seront conservées pendant une période de sept ans suivant la fin du projet dans l'éventualité d'autres recherches.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, et ce, sans préavis. Advenant le cas, vos renseignements seront détruits. Votre participation implique également, que les renseignements recueillis pourront être utilisés à des activités découlant de cette recherche tels publications et conférence. Aucune information sur un participant en particulier ne sera dévoilée dans les publications ou présentations issues de cette étude.

COMPENSATION

Pour vous remercier de votre participation, les participants qui compléteront le questionnaire seront admissibles à un tirage d'un lot de 100\$. Le gagnant sera contacté par l'équipe de recherche.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Si vous avez des questions ou des commentaires concernant le questionnaire ou la recherche en général, n'hésitez pas à nous contacter au (514) 987-3000 poste 1592 Ce protocole a été étudié par le Comité d'éthique départemental de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM. Pour les questions concernant les responsabilités des chercheurs ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter Nathalie Houlfort PhD (directrice de recherche) au (514) 987-3000 poste 1592.

REMERCIEMENTS

Votre participation est importante à la bonne réalisation de ce projet et nous tenons à vous remercier de votre précieuse collaboration. Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de cette recherche. Je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps, et ce sans préavis.

S'il vous plaît, veuillez cocher :

J'accepte

Je refuse

ANNEXE C

CANEVAS D'ENTREVUE

Canevas d'entrevue avec les physiothérapeutes

Q1 : Quels sont les facteurs qui peuvent influencer un accidenté ayant un TMS à consulter?

Q2 : Est-ce que le physiothérapeute peut influencer la motivation des patients à faire leur traitement de physiothérapie? Si oui, que peuvent-ils influencer?

Q3 : Comment font-ils? Choisissez-vous ensemble les exercices? Avez-vous un programme proposé et enseigné?

Q4 : Que se passe-t-il entre la décision de prescrire des exercices aux patients et le départ du patient avec ses exercices?

Q5 : Est-ce qu'il y a des exceptions à ce déroulement typique? Lesquelles?

Q6 : Quel est le pourcentage des patients qui font les exercices prescrits?

Q7 : Parmi ceux qui les font, à quelle fréquence les exercices prescrits sont faits en réalité?

Q8 a: Est-ce qu'il a des indicateurs ou des indices qui vous permettent d'identifier qui fera ou non les exercices prescrits?

Q8b : Quels patients ont plus besoin d'aide au niveau de la motivation à faire les exercices?

Q9 : Est-ce que la relation entre le physiothérapeute et le patient peut influencer la motivation à les faire? De quelles façons?

Q10 : Travaillez-vous la relation avec vos patients dans un but de les motiver à faire leurs exercices? De quelles façons?

Q11 : Quelle façon fonctionne le mieux selon vous?

Q12 : Selon-vous quelle façon est à éviter? Pourquoi?

Q13 : De quelles façons les facteurs d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale pourraient influencer la motivation?

Q14 : De quelles façons ces facteurs pourraient être soutenus, encouragés et satisfaits par le physiothérapeute?

Q15 : Avez-vous déjà tenté de modifier les exercices prescrits? Comme en donnant des choix d'exercices?

Q16 : Quels sont les facteurs permettant de prédire un retour en emploi avec succès?

Q17 : Est-ce que votre formation universitaire vous permet d'avoir assez de connaissances et de pratique en relation d'aide?

Q18 : Avez-vous des suggestions pour améliorer votre formation et vous sentir plus à l'aise en relation d'aide avec vos patients qui ont un TMS?

ANNEXE D

AFFICHE RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS

Nous recherchons des adultes qui consultent un physiothérapeute afin de répondre à un court questionnaire. En répondant au questionnaire d'une durée d'environ 15 minutes vous courez la chance de gagner 100\$!

Pour faire partie de l'étude, vous devez :

- Avoir 18 ans et plus;
- Recevoir des traitements de physiothérapie;
- Avoir interrompu votre journée de travail ou avoir dû vous absenter du travail dû à la raison pour laquelle vous consultez.

L'objectif de notre étude est de mieux cerner l'importance de la relation entre le travailleur lombalgique accidenté et son (sa) physiothérapeute, puis son effet sur différentes perceptions et comportements.

Afin de collecter les données nécessaires à cette étude, la présente étude comporte la complétion d'un questionnaire en ligne ou papier. Le questionnaire est d'une durée approximative de 15 minutes. Votre participation est volontaire et vous serez éligible pour un tirage de 100\$ en complétant le questionnaire.

Les données seront traitées de façon confidentielle et à tout moment, vous pourrez mettre fin à votre participation et ce, sans contrainte.

Pour les questions concernant les responsabilités des chercheurs ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter Nathalie Houlfort Ph.D (directrice de recherche) au (514) 987-3000 poste 1592.

Pour participer et obtenir plus de renseignements, veuillez prendre une étiquette détachable et allez à l'adresse indiquée.

RESPONSABLE DU PROJET

Julie Charest, M.A.Ps.
Étudiante au doctorat en psychologie, UQAM
Département de psychologie de l'UQAM
Case Postale 8888, Succ. Centre-ville,
Montréal (Québec) H3C 3P8
(514) 836-5130
charest.julie@courrier.uqam.ca

MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Nathalie Houlfort, Ph.D., Université du Québec à Montréal

RÉFÉRENCES

- Barlow, J. (2011). *Le sentiment d'efficacité personnelle dans le contexte de la réadaptation*. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A., Adams, N. E. et Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Biesanz J. C., Falk C. F. et Savalei V. (2010). Assessing mediational models: Testing and interval estimation for indirect effects. *Multivariate Behavioral Research*, 45, 661-701
- Blais, R., Poitras, S., Bonnie, S. et Rossignol, M. (2005). *Pratiques cliniques des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos aigus et subaigus*. (IRSST Rapport R-438), IRSST, 74 pages.
- Blanchard, C.M., Amiot, C.E., Perreault, S., Vallerand, R.J. et Provencher, P. (2009). Cohesiveness and psychological needs: Their effects on self-determination and athletes' subjective well-being. *Psychology of Sport & Exercice*, 10, 545-551.
- Brière, N. M, Vallerand, R. J., Blais, M. R. et Pelletier, L. G. (1995). Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif : L'échelle de motivation dans les sports (EMS). *International Journal of Sport Psychology*, 26, 465-489.
- Carpentier, J. et Mageau, G. A. (2016). Predicting sport experience during training: The role of change-oriented feedback in athletes' motivation, self-confidence and needs satisfaction fluctuations. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 38, 45-58.
- Chan, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S. H. et Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to post-surgery rehabilitation exercise

recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy supportive behaviours. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90, 1977-1982.

Clark AM, King-Shier KM, Spaling MA, Duncan AS, Stone JA, Jaglal SB. et al. (2013). Factors influencing participation in cardiac rehabilitation programmes after referral and initial attendance: qualitative systematic review and meta-synthesis. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(10):948-59.

Commission des normes et de l'équité en santé et sécurité au travail. CNESST. Recueil des politiques en matière d'indemnisation et de réadaptation. Récupéré de : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/Pages/listepublications.aspx?ChoixThemePublication=Retour%20au%20travail&ChoixLangue=Fran%C3%A7ais>

Commission des normes et de l'équité en santé et sécurité au travail. CNESST. Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2014-2017. Récupéré de : https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Pages/DC_300_322.aspx

Corbière, M., Negrini A., Durand, M., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J., Loisel, P. et Lachance, J. (2017). Validation du questionnaire Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique. *Prévention au travail-R938 IRSST*.

D'Angelo, M. S., Reid, R. D. et Pelletier, L. G. (2007). A model for exercise behaviour change regulation in patients with heart disease. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 29, 208-224.

Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, (M.A.): D.C. Heath.

Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New-York: Plenum Press.

Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Éd.), *Nebraska symposium on motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.

- Diamond, D. et Yeomans, F. (2008). La relation patient-thérapeute : impacts de la théorie de l'attachement, de la fonction réflexive et de la recherche, *Santé mentale au Québec*, 33 (1), 61-87.
- Dysvik, A., Kuvaas, B. et Gagné, M. (2013). An investigation of the unique, synergistic and balanced relationships between basic psychological needs and intrinsic motivation. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(5), 1050-1064.
- Gagné, M. et Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362
- Falk, C.F. et Biesanz, J.C. (2016). Two cross-platform programs for inferences and interval estimation about indirect effects in mediational models. *SAGE Open*, 6
- Forest, J., & Mageau, G. A. (2008). La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Québec*, 25, 33-36.
- Fortinsky, R.H, Bohannon, R.W, Litt, M.D, Tennen, H., Maljanian, R., Fifield, J., Garcia, R.I. et Kenyon, L. (2002). Rehabilitation therapy self-efficacy and functional recovery after hip fracture. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25(3), 241-6.
- Hansen, Z., Daykin, A. et Lamb, S.E. (2010). A cognitive-behavioural programme for the management of low backpain in primary care: a description and justification of the intervention used in the Back Skills Training Trial (BeST; ISRCTN 54717854). *Physiotherapy*, 96, 87-94.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: The Guilford Press.
- Koestner, R., Ryan, R. M., Bernieri, F. et Holt, K (1984). Setting limits on children's behavior: The differential effects of controlling versus informational styles on children's intrinsic motivation and creativity. *Journal of Personality*, 54, 233-248.
- Koestner, R. et Losier, G. F. (2002). Distinguishing three ways of being highly motivated : A closer look at introjection, identification, and intrinsic motivation. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Éds.). *Handbook of self-determination research (pp.101-121)*. Rochester, New-York: University of Rochester Press.

- Koestner, R., Taylor, G., Losier, G. F. et Fichman, L. (2010). Self-regulation and adaptation during and after college: A one-year prospective study. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 869-873.
- Lamb, S.E, Hansen, Z., Lall, R., Castelnovo, E., Withers, E.J, Nichols, V, *et al.* (2010) Group cognitive behavioral treatments for low back pain in primary care. A pragmatic randomised controlled trial with economic evaluation. *The Lancet*, in press.
- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. LATMP. (2011). IV La réadaptation. Art. 145 à 187. Récupéré de <https://services.tat.gouv.qc.ca>
- Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B. et Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the treatment self-regulation questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 21, 691-702.
- Lonsdale C, Hall AM, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N, Murray A. et Hurley. D.A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC musculoskeletal disorders*. 13:104
- Main, C.J., Sowden, G., Hill, J.C., Watson, P.J. et Hay, E.M. (2011). Integrating physical and psychological approaches to treatment in low back pain: the development and content of the STarT Back trial's 'high-risk' intervention (StarT Back; ISRCTN 37113406), *Physiotherapy*.
- Milne, H. M., Wallman, K. E., Guilfoyle, A., Gordon, S. et Courneya, K. S. (2008). Self-determination theory and physical activity among breast cancer survivors. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30(1), 23-38.
- Ratelle, C.F., Duchesne, S. et Guay, F. (2017). Predicting students' adjustment from multiple perspectives on parental behaviors. *Journal of Adolescence*, 54, 60-72
- Rejeski WJ, Ettinger WH Jr, Martin K. et Morgan T. (1998). Treating disability in knee osteoarthritis with exercise therapy: a central role for self-efficacy and pain. *Arthritis Care Research*, 11(2):94-101.
- Richer, S. F., Blanchard, C. et Vallerand, R. J. (2002). A motivational model of work turnover. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 2089-2113.

- Richer, S. F. et Vallerand, R. J. (1998). Construction et validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 48,129-137.
- Ryan, R. M. (1995). The integration of behavioral regulation within life domains. *Journal of Personality*, 63, 397-428.
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2017). Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development and wellness. New York, NY : Guilford Press
- Scheen A, Giet D. (2010). Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Revue médicale de Liege*. 65(5-6):239-45.
- Sheather, S. (2009). A modern approach to regression with R. New York, NY: Springer. ISBN 978-0-387-09607-0.
- Simoneau, S., St-Vincent, M. et Chicoine. D. (2016). *Les TMS des membres supérieurs; Mieux les comprendre pour mieux les prévenir*. 2^e édition. IRSST. 56 pages
- Sullivan, M.J.L., Adams, H., Thibault, P., Corbiere, M. et Stanish, W.D. (2006). Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioural intervention for chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16; 63 - 74.
- Sullivan, M.J.L., Adams, H. et Sullivan, M.E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: Social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain*, 107, 220-226.
- Sullivan MD, LaCroix AZ, Russo J. et Katon WJ (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Medecine*, 60(4):473-478.
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson
- Toobert, D. J. et Glasgow, R. E. (1991). Problem solving and diabetes self-care. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 71-86.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue

française [Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.

- Vallerand, R. J. (1993). La motivation intrinsèque et extrinsèque en contexte naturel: implications pour les secteurs de l'éducation, du travail, des relations interpersonnelles et des loisirs. In R. J. Vallerand & E. E. Thill (Éd.), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 533-581). Montréal: Éditions Études Vivantes.
- Vallerand, R. J., Fortier, M. S. et Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1161-1176.
- Vallerand, R. J. et Gillet, N. (2016). Les effets de la motivation sur la performance sportive au regard de la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Française*, 61(4)
- Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K. M. et Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: The synergistic role of intrinsic goals and autonomy-support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 246-260
- Williams, G. C., Freedman, Z. R. et Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.
- Williams, G. C., Gagné, M., Mushlin, A. I. et Deci, E. L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health Education*, 105, 304-321.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C. et Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: Relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, 57, 39-45.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management. *Health Psychology*, 23(1), 58-66.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C. S., Kouides, R. W., Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for

motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25, 91-101.

Yvanes-Thomas, M., Calmels, P., Béthoux, F., Richard, A., Nayme, P., Payre, D., & Laurent, B. (2002). Validité de l'utilisation de la version francophone de l'échelle de Québec chez des lombalgiques chroniques de culture française. *Joint Bone Spine*, 69, 399-405