

# UNIVERSITÉ DE TOURS

*ÉCOLE DOCTORALE « Humanités & Langues »*

**E.A. 2114 Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation**

**THÈSE** présentée par :

**Guillaume SOUESME**

soutenue le : 07 décembre 2018

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Tours**

Discipline/ Spécialité : Psychologie

**Soutien à l'autodétermination, personnalité et  
conséquences émotionnelles chez des patients  
hospitalisés en service de soins de suite et  
réadaptation  
Apport de la théorie de l'autodétermination - Tome 1**

**THÈSE dirigée par :**

**Madame FERRAND Claude**

Professeure, université de Tours

**RAPPORTEURS :**

**Madame D'ARRIPE-LONGUEVILLE Fabienne**  
**Madame GUILLET-DESCAS Emma**

Professeure, université de Nice Sophia Antipolis  
Maîtresse de Conférences HDR, université de  
Lyon 1

**JURY :**

**Monsieur CAMUS Vincent**  
**Madame D'ARRIPE-LONGUEVILLE Fabienne**  
**Madame FERRAND Claude**  
**Madame GUILLET-DESCAS Emma**

Professeur, Praticien Hospitalier, université de Tours  
Professeure, université de Nice Sophia Antipolis  
Professeure, université de Tours  
Maîtresse de Conférences HDR, université de  
Lyon 1

**MEMBRES INVITEES :**

**Madame BAILLY Nathalie**  
**Madame OUELLET Marie Christine**

Maîtresse de Conférences HDR, université de Tours  
Chercheuse, Centre interdisciplinaire en réadaptation  
et intégration sociale, université de Laval, Canada

*Bien des choses peuvent nous changer, mais tout commence et se termine avec la famille.*

*Anthony Brandt*

*A mon papy.*



# Remerciements

Je voudrais en premier lieu adresser mes remerciements à ma directrice de thèse, la Professeure Claude Ferrand qui a su depuis mon entrée en master 2 m'encourager, me pousser et me montrer que par le travail, la persévérance et l'écoute, tout projet peut devenir réalité. Je vous voue un immense respect, car peu importe les moments qu'ils puissent être ou non difficiles, vous avez su être à mon écoute et présente.

Je remercie également l'ensemble des membres du jury, pour avoir accepté de lire et d'évaluer ce travail doctoral. J'aurais beaucoup de plaisir à écouter vos remarques et vos conseils, c'est pourquoi j'attends ce jour avec intérêt.

Je souhaiterais avoir une pensée particulière pour les patients et leur entourage pour le temps qu'ils m'ont accordé et la patience dont ils ont fait preuve. Grâce aux échanges que nous avons pu avoir, je ressors de ce travail doctoral enrichi humainement.

J'adresse mes remerciements aux établissements de soins qui m'ont ouvert leurs portes. À aucun moment, je n'ai senti de réticences de leur part quant à la mise en place de ces travaux. J'ai toujours été accueilli de la meilleure des manières et j'ai pu compter sur leur entière collaboration.

Je remercie également les membres du laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation et j'ai une pensée particulière et un merci à adresser à Brigitte Geffray, notre aide statistique, notre compagnon de route de la salle 418, avec qui ça a toujours été un plaisir d'échanger.

J'adresse également un grand merci à l'axe D pour votre aide, nos échanges, votre bienveillance et tout particulièrement à Caroline Giraudeau et Guillaume Martinent pour leur grande aide !

Un merci également aux camarades ☺ docteur-e-s, doctorant-e-s ou non, Charlotte (MA grande sœur), Clémentine, Sandra, Grand Guillaume, Leïla, Océane, Donia et tous ceux que j'ai pu croiser sur ma route. C'était un plaisir de venir au laboratoire quotidiennement et échanger avec vous. Ce bureau va me manquer...

### Mes indispensables...

J'adresse une pensée affectueuse à ceux qui ont su comprendre que le travail de thèse était un « vrai » travail et qu'il engendrait des compromis. Merci de votre compréhension, de votre soutien et de votre patience : Alexis, Astrid, Benjamin, Chloé, tonton Dany & tatate Nadine, tonton Gilles & tatate Véro et toutes les valeurs ajoutées comme diraient papy et mamy ! À vous Aline et François, je vous fais part de mon soutien, je suis le seul des cousins *Sousou* à ne pas encore être venu vous voir et j'en suis sincèrement désolé. Promis, bientôt je viendrai vous rendre visite. Enfin, à toi Maureen, je voulais m'excuser de ne pas avoir pu venir à ton mariage et je t'adresse toutes mes félicitations !

Merci, un grand merci à Aude, Benoit, Charlene et Julien. Je ne vous ai pas vu souvent ces dernières années mais je sais que vous êtes là à me soutenir ! C'est une fierté de vous avoir autour de moi... J'aime vous voir même s'il ne faut pas que ces moments soient trop longs... ;) Merci à Ségolène et Antoine pour les moments de pause parisiens, européens et californiens.

Je souhaiterais adresser une pensée chaleureuse à mon frère Alexandre, sa femme Alix et leurs trois p'tits loups (Maëlys, Antonin et Inès). Merci pour l'amour que vous me portez et qui me rend très heureux. Je ne sais pas ce que je ferais sans vous... Ce travail est le fruit de votre soutien, de votre patience et de votre bienveillance. J'espère que mes nièces et mon neveu sont fiers de leur tonton.

Mille mercis à toi ma chou qui m'a accompagné 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 dans ce projet ! Merci pour ton immmmmense aide, ta générosité, ta patience face à mes noooooooooombreuses questions ... et le temps incalculable que tu m'as consacré malgré ton aventure similaire. Je t'aime fort !

À nous l'Écosse !?!

Je tiens à adresser ma profonde gratitude à mes parents. Vous avez toujours su me guider et m'orienter dans la bonne direction. Vous avez toujours su comprendre et respecter mes choix qu'ils soient professionnels ou personnels. C'est évidemment en me basant sur vos repères que j'en suis arrivé là

aujourd'hui. Je vous aime. Papa, je sais que je te fais « *louper* » un jour de chasse, mais promis c'est le dernier, car oui... c'est important pour moi que vous soyez là tous les deux.

Mamy, c'est avec toi que je souhaiterais conclure ces remerciements. Malgré le fait que ces trois années n'ont pas été faciles pour toi, tu as toujours eu à cœur de me demander où en était mon travail, de par l'inquiétude que ça génère d'être encore à l'école à 28 ans, bientôt 29 en plus... Merci du fond du cœur pour ton soutien. J'espère que tu es fière de moi, car moi j'ai toujours été fier d'être ton petit-fils, je t'aime fort !

Enfin, je n'oublie pas qu'au début de ce travail, papy était là...

« Je me souviens...

26 ans que je fais tout pour que tu sois fier de moi. Pour avoir le privilège d'entendre un « C'est bien. ».

Venant de toi, c'était le compliment ultime ! »

Alors j'espère qu'aujourd'hui, d'où tu es, tu es fier de moi et que tu murmureras un « C'est bien. » car ça y est, je peux enfin vous le dire à toi et mamy, l'école est finie !

## Résumé

L'hospitalisation représente une étape de vie à laquelle doit faire face une grande majorité des personnes âgées. Cette expérience trop souvent accompagnée d'un déclin tant physique que psychologique marque pour beaucoup « *le début de la fin* ». Basé sur les fondements théoriques de la théorie de l'autodétermination (TAD), ce travail doctoral a deux objectifs. (1) Définir qualitativement le soutien à l'autodétermination dans les services de soins de suite et réadaptation dits SSR (i.e., comportements et attitudes mis en place par les professionnels de santé et perception de ces derniers par les patients). (2) Connaître l'impact des orientations de causalité des patients sur la perception de soutien ou de contrôle à l'autodétermination et les conséquences motivationnelles et émotionnelles associées. Afin d'atteindre ces objectifs, trois études ont été réalisées. L'étude 1 a démontré que les professionnels de santé mettaient en avant une image « *idéalisée* » de leur environnement de soins et de leurs actions. Les patients ont de leur côté (étude 2), indiqué de nombreuses contraintes qui, ensemble, atténuent l'effet de cette vision positive d'un environnement soutenant l'autodétermination et réduisent leur possibilité de l'expérimenter. L'étude 3 a démontré que les orientations de causalité du patient étaient une variable qui en interaction avec la perception de l'environnement des services SSR, n'induisait pas les mêmes conséquences motivationnelles et émotionnelles. Ainsi, ce travail doctoral contribue à l'enrichissement de la littérature scientifique portant sur la TAD dans le domaine de la santé en montrant le rôle déterminant de la motivation des patients. Il apparaît alors nécessaire que les professionnels de santé puissent être capables de nourrir, entretenir et soutenir la motivation de leurs patients. A la lumière de l'apport de la théorie de l'autodétermination, une réflexion sur les recommandations pratiques et des axes de recherches futurs seront proposés.

*Mots clés* : théorie de l'autodétermination (TAD), personnes âgées, soins de suite et réadaptation (SSR), soutien à l'autodétermination, orientations de causalité.

# Abstract

Hospitalization is a life stage that faces a large majority of older people. This experience is often accompanied by both physical and psychological declines and means, for most of older people "*the beginning of the end*". Based on the self-determination theory (SDT), this doctoral dissertation has two objectives. (1) To qualitatively define an autonomy supportive environment in after-care and rehabilitation services (ACRS; behaviours and attitudes set up by healthcare professionals and how they have been perceived by patients). (2) To know the impact of causality orientations on patients' perceptions of an autonomy supportive or controlled environment and the associated motivational and emotional consequences. In order to achieve these objectives, three studies have been conducted. Study 1 showed that healthcare professionals conveyed an "*idealized*" image of their work environment and the care they provide. Patients (study 2) indicated many constraints that mitigated the effect of this positive view of an autonomy supportive environment and reduced their ability to experience it. Study 3 demonstrated that patient's causality orientations were a variable which interacted with the perception of ACRS environment, did not induce the same motivational and emotional consequences. Thus, these studies contribute to the self-determination theory in the health setting by showing the determining role of patients' motivation. It is therefore necessary for healthcare professionals to be able to feed, maintain and support patients' motivation. In the light of the contribution of the self-determination theory, a reflexion about practical recommendations and future lines of research will be proposed.

*Keywords:* self-determination theory (SDT), older people, after-care and rehabilitation services (ACRS), autonomy support, causality orientations.



# Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>6</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>7</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>8</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>13</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>15</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>16</b>
<b>Chapitre 1 Introduction générale .....</b>	<b>17</b>
Préambule .....	18
Les services de soins de suite et réadaptation.....	21
La théorie de l'autodétermination.....	29
L'environnement sociocontextuel.....	40
<b>Chapitre 2 Approche qualitative du soutien à l'autodétermination dans les SSR : points de vue des professionnels de santé et des patients Études 1 et 2.....</b>	<b>48</b>
1 Introduction théorique .....	49
<b>Étude 1 : professionnels de santé.....</b>	<b>63</b>
2 Matériel et méthode.....	64
2.1 Procédure.....	64
2.2 Participants .....	64
2.3 Matériel .....	66
2.3.1 Guide d'entretien du focus group .....	66
2.3.2 Traitements des données .....	67

3	Résultats.....	67
3.1	La dimension <i>structure</i> .....	67
3.1.1	Offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins .....	68
3.1.2	Offrir un projet de soins de qualité .....	71
3.1.3	Construire / définir un projet de soins individualisé.....	73
3.2	La dimension <i>implication</i> .....	76
3.2.1	Établir une communication positive à chaque instant.....	76
3.2.2	Reconnaître et respecter le patient en tant que personne .....	77
3.2.3	Mise en avant des efforts.....	78
3.3	La dimension <i>autonomie</i> .....	81
3.3.1	Mise en place de stratégies.....	81
3.3.2	Liberté d'adhésion.....	82
3.3.3	Liberté d'expression.....	83
4	Discussion de l'étude 1.....	85
	<b>Étude 2 : patients .....</b>	<b>91</b>
5	Matériel et méthode.....	92
5.1	Procédure.....	92
5.2	Participants .....	92
5.3	Matériel .....	93
5.3.1	Guide d'entretien du focus group .....	93
5.3.2	Traitements des données .....	94
6	Résultats.....	94
6.1	La dimension <i>structure</i> .....	94
6.1.1	Offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins .....	94
6.1.2	Offrir un projet de soins de qualité .....	95

6.1.3	Construire / définir un projet de soins individualisé.....	97
6.2	La dimension <i>implication</i> .....	99
6.2.1	Établir une communication positive à chaque instant.....	99
6.2.2	Reconnaître et respecter le patient en tant que personne .....	100
6.2.3	Mise en avant des efforts.....	101
6.3	La dimension <i>autonomie</i> .....	103
6.3.1	Mise en place de stratégies .....	103
6.3.2	Liberté d'adhésion.....	103
6.3.3	Liberté d'expression.....	104
7	Discussion de l'étude 2.....	107
8	Discussion générale sur les convergences et les divergences entre les études 1 et 2. ....	110
8.1	Les convergences.....	110
8.1.1	Structure .....	110
8.1.2	Implication.....	113
8.2	Les divergences .....	115
8.2.1	Structure .....	115
8.2.2	Implication.....	117
8.2.3	Autonomie .....	118
9	Limites et perspectives théoriques .....	123

### **Chapitre 3 Orientations de causalité et conséquences émotionnelles chez des patients**

<b>hospitalisés en SSR Étude 3.....</b>	<b>127</b>
1	Introduction théorique .....
2	Matériel et méthode.....
2.1	Procédure.....



2.2	Participants .....	141
2.3	Matériel .....	143
2.3.1	Échelle des orientations générales à la causalité .....	144
2.3.2	Échelles de satisfaction des besoins fondamentaux.....	145
2.3.3	Échelle des comportements interpersonnels.....	146
2.3.4	Échelle de motivation à l'exercice en contexte de santé.....	147
2.3.5	Échelle des affects positifs et négatifs .....	147
2.3.6	Échelle de l'inventaire apathie.....	148
2.3.7	Échelle de disposition à l'ennui.....	148
2.3.8	Échelle de dépression gériatrique .....	149
3	Résultats.....	150
3.1	Analyses préliminaires.....	150
3.2	Analyses de parcours par la méthode des moindres carrés.....	155
3.2.1	Principes généraux.....	155
3.2.2	Élaboration du modèle structurel.....	159
4	Discussion.....	165
5	Limites et perspectives théoriques .....	172
<b>Chapitre 4 Discussion générale.....</b>		<b>174</b>
Articulation des différentes études.....		175
Apport de la théorie de l'autodétermination.....		175
Recommandations pratiques.....		186
<b>Conclusion et perspectives futures .....</b>		<b>190</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>195</b>

<b>Annexes .....</b>	<b>225</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>318</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>318</b>

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1.</b> Comportements associés à la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination des étudiants dans le domaine de l'éducation (Reeve et al., 2008)..	41
<b>Tableau 2.</b> Corrélations des variables étudiées dans l'étude de Souesme et collaborateurs (2016).	43
<b>Tableau 3.</b> Résultats des analyses de variances univariées.	45
<b>Tableau 4.</b> Éléments liés à la dimension <i>structure</i> .	56
<b>Tableau 5.</b> Éléments liés à la dimension <i>implication</i> .	57
<b>Tableau 6.</b> Éléments liés à la dimension <i>autonomie</i> .	57
<b>Tableau 7.</b> Âge, sexe, statut professionnel et répartition des professionnels de santé dans chacun des quatre focus group ainsi que l'effectif professionnel et le nombre de lits disponibles au sein des quatre services SSR.	65
<b>Tableau 8.</b> Catégories, représentativité et comportements associés à chacune d'entre elles pour la dimension <i>structure</i> .	75
<b>Tableau 9.</b> Catégories, représentativité et comportements associés à chacune d'entre elles pour la dimension <i>implication</i> .	80
<b>Tableau 10.</b> Catégories, représentativité et comportements associés à chacune d'entre elles pour la dimension <i>autonomie</i> .	84
<b>Tableau 11.</b> Tableau récapitulatif des résultats issus des points de vue des professionnels de santé.	90
<b>Tableau 12.</b> Âge, sexe, origine de la venue et répartition des patients dans chacun des trois focus group.	93
<b>Tableau 13.</b> Catégories, représentativité et comportements positifs et négatifs associés à chacune d'entre elles pour la dimension <i>structure</i> .	98

<b>Tableau 14.</b> Catégories, représentativité et comportements positifs et négatifs associés à chacune d’entre elles pour la dimension <i>implication</i> . .....	102
<b>Tableau 15.</b> Catégories, représentativité et comportements positifs et négatifs associés à chacune d’entre elles pour la dimension <i>autonomie</i> . .....	106
<b>Tableau 16.</b> Tableau récapitulatif des résultats issus des points de vue des patients. ....	109
<b>Tableau 17.</b> Moyennes, écarts-types et corrélations entre les variables mesurées dans l'étude 3. ....	154
<b>Tableau 18.</b> Propriétés psychométriques.....	158
<b>Tableau 19.</b> Modèle structurel.....	163

## Liste des figures

<b>Figure 1.</b> Les services de soins de suite et réadaptation dans le parcours de soins du patient.	24
<b>Figure 2.</b> Continuum d'autodétermination.....	34
<b>Figure 3.</b> Répercussions de la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination sur la satisfaction des besoins fondamentaux et la motivation académique / à l'exercice des étudiants / athlètes. ....	60
<b>Figure 4.</b> Schéma récapitulatif des environnements mis en place au sein des services SSR issus des points de vue des professionnels de santé et des patients et leurs liens avec la satisfaction des besoins fondamentaux.....	123
<b>Figure 5.</b> Estimation de chemins tirée du modèle de l'étude de Chan et al., 2011. ....	133
<b>Figure 6.</b> Modèle spécifiant les liens positifs attendus par la modélisation par équation structurelle de l'étude 3. ....	139
<b>Figure 7.</b> Modèle spécifiant les liens négatifs attendus par la modélisation par équation structurelle de l'étude 3.....	140
<b>Figure 8.</b> Résultats de la modélisation par équation structurelle de l'étude 3.....	164

## Liste des annexes

<b>Annexe 1.</b> Guide d'entretien des focus group.....	226
<b>Annexe 2.</b> Échelle de motivation à l'exercice en contexte de santé.....	228
<b>Annexe 3.</b> Échelle des comportements interpersonnels .....	230
<b>Annexe 4.</b> Échelle des orientations générales à la causalité .....	232
<b>Annexe 5.</b> Échelle de dépression gériatrique.....	234
<b>Annexe 6.</b> Échelle de disposition à l'ennui.....	235
<b>Annexe 7.</b> Échelle de l'inventaire apathie .....	237
<b>Annexe 8.</b> Échelle des affects positifs et négatifs .....	239
<b>Annexe 9.</b> Échelle de satisfaction des besoins fondamentaux .....	241
<b>Annexe 10.</b> Original article - Archives of Gerontology and Geriatrics.....	243
<b>Annexe 11.</b> Short communication (Edinburgh, Scotland).....	272
<b>Annexe 12.</b> Book chapter (Porto, Portugal).....	275
<b>Annexe 13.</b> Poster communication (Victoria, Canada) .....	287
<b>Annexe 14.</b> Original article - International Journal of Older People Nursing .....	289

# Chapitre 1

## Introduction générale

### Publication et communication associées à ce chapitre

---

- **Souesme, G.,** Martinent, G., & Ferrand, C. (2016). Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65, 70-78. doi: 10.1016/j.archger.2016.03.001

→ Annexe 10

- **Souesme, G.,** Martinent, G., & Ferrand, C. (Juin 2016). *Perceived autonomy support by older people during a stay in geriatric care units: A key factor to satisfy basic psychological needs*. Participation à la VI<sup>e</sup> International Conference on Self-Determination Theory, Victoria (BC), Canada.

→ Annexe 13

## Préambule

**L**orsque je regarde mon parcours universitaire, il m'arrive de m'interroger sur le sens que les « *autres* » lui octroient. Pourquoi une licence en biologie ? Pourquoi une année de master en comportement animal et humain ? Et pourquoi le choix de finir par une deuxième année de master en cognition, neurosciences et psychologie ? Quelle est la logique derrière ce parcours ? Si au premier abord le lien n'est pas évident, il transparait pourtant, à mes yeux, une logique dans ce cheminement.

Animé depuis le jeune âge par le rêve de « *sauver les tigres* », j'ai surtout développé durant toutes mes années de collège et de lycée, l'envie de comprendre l'origine des comportements pouvant régir une telle espèce animale. Quels sont les mécanismes ou règles « *sociales* » sous-jacents ? C'est pourquoi j'ai souhaité orienter mon cursus vers des formations me permettant d'acquérir des bases solides nécessaires à la compréhension de ces mécanismes, aussi bien biologiques qu'éthologiques. Plus concrètement, après une licence axée sur la biologie des organismes, j'ai eu la possibilité de travailler durant ma première année de master, auprès de populations animales, telle que les singes ou les abeilles et d'étudier certaines variables sociales (e.g., influences sociales au sein d'un groupe, leadership). C'est à ce moment dans mon cursus, que je me suis questionné sur mes réelles motivations et envies de projets professionnels. En parallèle de ces interrogations, je me suis aperçu au fur et à mesure de cette première année de master, par les enseignements en psychologie qui nous étaient dispensés, que ce n'était pas l'éthologie, mais bien la psychologie pour laquelle j'avais le plus de curiosité. Après un an hors des sentiers de l'université, l'intérêt, né à la fin du master 1, s'est amplifié et m'a convaincu de poursuivre mes études dans un master 2 où d'autres concepts de la psychologie pouvaient être abordés. Cela m'ouvrait ainsi à d'autres méthodes de recherche (entretiens et questionnaires en plus de l'expérimentale réalisée durant mon année de master 1)



me permettant ainsi d'acquérir des connaissances et de l'expérience dans les différentes approches utilisables en recherche. Ainsi, je traversais le pont si court soit-il reliant ces deux disciplines tant celles-ci sont proches et continuent réciproquement de s'influencer. Cette deuxième année de master est venue confirmer mes intérêts et mes motivations à travailler sur un modèle conceptuel (celui de la théorie de l'autodétermination de Deci & Ryan) et s'est achevée par l'obtention d'un financement régional sur 3 ans me permettant de poursuivre mes investigations en thèse.

Ainsi, couplé aux motivations présentées ci-dessus, s'ajoute le choix de continuer une thèse axée sur les personnes âgées<sup>1</sup>. Le vieillissement altère souvent la sphère cognitive, et plus ou moins rapidement l'autonomie physique. La compétence des personnes âgées est loin d'être toujours reconnue et l'autodétermination peut ainsi être gravement menacée. Le choix du contexte environnemental à savoir le milieu hospitalier a été déterminé par le fait que j'ai été bercé par les paroles de ma maman travaillant en tant qu'infirmière auprès de cette population, mais également au fait que je l'entendais régulièrement « *discuter* » des conditions environnementales des différents services de santé dans lesquels elle a pu évoluer et les conséquences que celles-ci pouvaient avoir sur les patients. L'hospitalisation représente une étape de vie à laquelle doit faire face une grande majorité des personnes âgées. Cet événement qui peut nous paraître anodin a cependant été pointé du doigt comme étant lié à l'aggravation du déclin cognitif (Mazzonna & Peracchi, 2012 ; Wilson et al., 2012), mais aussi à une diminution du bien-être physique, social et psychologique. M'intéresser à la problématique du vieillissement en santé, aux processus qui peuvent optimiser les possibilités pour les individus d'améliorer ou de préserver leur santé, mais aussi leur bien-être psychologique, leur autodétermination et leur qualité de vie constituent le soubassement de cette thèse.

---

<sup>1</sup> En référence au contexte d'étude, nous avons choisi par convention le terme patient-s- pour nommer les personnes âgées de 65 ans et plus.

Parallèlement à ces considérations, le vieillissement de la population est une variable impactant l'ensemble des pays occidentaux. Ainsi, selon l'agence européenne Eurostat<sup>2</sup> relayée à l'échelle nationale par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE ; 2016, 2017), la projection d'augmentation de la population française âgée de plus de 65 ans atteindrait 1,5% par an jusqu'en 2050 aboutissant à une population âgée de 65 ans et plus représentant plus de 20 millions de Français et Françaises (soit + 8,6 millions par rapport à 2013). Au sein de ces 20 millions d'individus, plus de 13,7 millions seraient âgés de 75 ans et plus (soit + 7,8 millions par rapport à 2013). En France, l'utilisation des services de santé MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) par la population âgée de 65 ans et plus a augmenté de 3,5% entre les années 2013 et 2014. De même, parmi les 12 millions de personnes hospitalisées au cours de l'année 2016, les personnes âgées représentent un tiers de la population hospitalisée. Nous constatons également que le recours aux services de santé suit l'évolution démographique du pays. Ainsi, le nombre d'hospitalisations de la génération du baby-boom de l'après-guerre a augmenté de 6,9% et 10,7%, respectivement pour les tranches d'âges 65-69 ans et 70-74 ans. Ces augmentations en parallèle de celle de l'allongement de la durée de vie soulignent alors l'urgence de prendre en charge de manière optimale la population âgée afin de désengorger les services de médecines traditionnelles. La mise en place d'unités plus adaptées à la prise en charge d'une population nécessitant des soins ponctuels tels que les services de soins de suite et réadaptation se veut une réponse à cette constante augmentation du nombre de séjours hospitaliers. Dans l'optique de réussir à répondre à cette problématique, ces services ont été créés avec le double objectif d'assurer une prise en charge de qualité et un accès optimal aux soins ainsi qu'une volonté d'améliorer la qualité de l'hospitalisation. La durée moyenne des séjours des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation tourne autour d'un mois ( $m =$

---

<sup>2</sup> Eurostat : direction générale de la Commission européenne chargée de l'information statistique à l'échelle communautaire.

34,8 jours ; Coquelet & Valdelièvre, 2011). Grâce à l'offre de soins qu'ils proposent, les services de soins de suite et réadaptation ont la volonté de lutter contre la détérioration de l'autonomie fonctionnelle et l'augmentation de la dépendance qui sont toutes deux des conséquences de l'avancée en âge (Berkman, Leipzig, Greenberg, & Inouye, 2001). En effet, il apparaît d'autant plus important de lutter contre celles-ci, qu'il a été montré que ces deux conséquences étaient liées à une admission plus rapide en maison de retraite ou à une mortalité (Hartgerink, Cramm, Bakker, Mackenbach, & Nieboer, 2015).

### **Les services de soins de suite et réadaptation**

*« L'activité de soins de suite et réadaptation (...) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion »* (Code de la santé publique, 2008b).

À l'initiative du ministère des Solidarités et de la Santé, les services de « *soins de suite et réadaptation* » dits SSR sont des établissements qui ont vu le jour progressivement après qu'une réflexion globale de réorganisation et un état des lieux des services de santé français aient vu le jour au début des années 1990. Ce travail de réflexion sur le devenir de la prise en charge hospitalière des personnes indépendamment de leur âge s'est ensuite poursuivi durant les années 2000. En effet, les missions des services dits de « *moyen séjour* » étant très proches, les aspects soins de suite et les aspects rééducation ont été regroupés aboutissant à un changement de réglementation en 2008. Ce dernier fixe le cadre, le rôle, les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation applicables à l'activité des services SSR. Les établissements sont alors autorisés à se dénommer services SSR s'ils sont capables d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient,
- des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage,
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle (Code de la santé publique, 2008c).

Une fois que ce cadre législatif et administratif a été posé, les établissements (e.g., maisons de réadaptation fonctionnelle, centre de convalescence, maison de repos, centre de moyen séjour, etc.) se sont alors vus contraints de faire une nouvelle demande d'autorisation d'exercer sous la dénomination « *soins de suite et réadaptation* » auprès du ministère des Solidarités et de la Santé. En effet, l'autorisation de se dénommer soins de suite et réadaptation a été soumise à la condition que ces services soient capables d'instaurer les conditions nécessaires et suffisantes à l'offre de soins pluridisciplinaire destinée au patient. Ainsi, en fonction de l'offre de soins proposée par le service SSR, celui-ci se voit agréer pour (1) la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies et sera appelé SSR spécialisé (e.g., SSR spécialisé dans les pathologies cardiovasculaires, dans la prise en charge des grands brûlés ou encore à une population dépendante ou à risque de dépendance) ou (2) la prise en charge du patient (réadaptation, rééducation et réinsertion) adaptée à la pathologie et sera appelé SSR polyvalent.

Concernant l'origine des admissions, la venue d'un patient dans un service SSR peut être due à de multiples causes, mais doit respecter l'article R.6123-119 (décret N°2008-377) fixant les critères d'admission (Code de la santé publique, 2008d). Ainsi d'après ce décret, « *il convient d'accueillir en SSR uniquement le patient pour lequel un projet thérapeutique pourra être défini en termes d'objectifs de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation. L'orientation et l'admission en structure de SSR doivent être pertinentes et adéquates, c'est-à-*



*dire réfléchies et non le résultat du hasard des disponibilités, de façon à correspondre au projet thérapeutique et social* ». Nous retrouvons comme critères d'admission :

- Un patient présentant des déficiences, incapacités, handicaps, pour lequel un projet de soin nécessitant une approche pluridisciplinaire aura été réalisé,
- Un patient présentant un potentiel évolutif positif et participatif, lequel aura été vu en préadmission par le médecin coordinateur.

Ainsi la venue du patient dans un service SSR peut donc faire suite à (1) une maladie chronique des suites d'un événement ponctuel, notamment lorsque la ou les pathologies entraîne-nt une restriction de participation ou des limitations d'activités quotidiennes importantes altérant la qualité de vie ou (2) à une hospitalisation due à une intervention chirurgicale. La continuité du parcours de soins du patient semble donc bien ordonnée et se fait grâce à la volonté de mettre en place un travail d'équipe et une approche globale et pluridisciplinaire. Par approche globale et pluridisciplinaire, on entend que le patient va pouvoir bénéficier d'une prise en charge associant une optimisation du traitement médicamenteux grâce à l'expertise du médecin qui occupe un rôle central de chef d'orchestre, un plan d'activité physique adapté avec des corps médicaux spécialisés (e.g., masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, etc.), une prise en charge éducative, et la mise en place, au besoin, d'aides pour une réinsertion socioprofessionnelle. Enfin, l'amélioration ainsi que le maintien de l'autonomie fonctionnelle dans le lieu de vie passeront par un travail coordonné de l'équipe soignante pendant la durée de son séjour et seront poursuivies avec le travail de l'assistante sociale, une fois que le patient sera rentré chez lui. L'objectif principal avoué de ce travail d'équipe est de centrer le projet de soins sur les besoins et les attentes du patient grâce à l'implication de celui-ci dès le début de son séjour. En effet, la volonté affichée des services SSR est de faire du patient un membre à part entière de cette équipe patient-soignants pour une co-synergie via l'utilisation des moyens disponibles (interdisciplinarité) en fonction des contraintes institutionnelles et par le maintien

de son autodétermination. La Figure 1 résume la place des services SSR dans le parcours de soins du patient.



Figure 1. Les services de soins de suite et réadaptation dans le parcours de soins du patient.

Le ministère des Solidarités et de la Santé comptabilise pour l'année 2018, environ 1800 établissements SSR. Fort de cette volonté d'améliorer la prise en charge et l'offre de soins destinée à la personne, un premier bilan a pu être réalisé en 2013, soit cinq ans après la naissance officielle de ces services. Les résultats tendent à démontrer la vitalité de ces services ainsi que la nécessité accrue de répondre à la demande et aux exigences de patients en avancée en âge et nécessitant de recevoir des soins pluridisciplinaires et ponctuels. En effet, le dernier recensement d'activité effectué par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2011) met en avant une population âgée de plus de 70 ans représentant 50,8% de l'activité des services SSR. Au sein même de cette tranche d'âge, environ 50% sont âgés de 80 à 89 ans et les deux tiers des patients âgés de plus de 70 ans représentent des femmes. Ainsi, sans pour autant être destinés aux personnes âgées, les services SSR doivent s'orienter vers une adaptation optimale à cette population au regard du coût financier que peut engendrer la prise en charge d'une population polypathologique.

Concernant la finalité de ces séjours, les services SSR ont pour objectif de faire regagner le domicile aux patients. On peut noter que plus de 82% des patients y séjournant regagnent leur domicile ou une structure d'accueil médico-sociale (maison de retraite, EHPAD), 13% sont orientés vers un service de médecine, de chirurgie ou obstétrique et 5% décèdent durant leur

passage en service SSR (Coquelet, 2015). Tout au long de la prise en charge hospitalière, peuvent être réalisées des permissions thérapeutiques. Celles-ci interviennent lorsque le séjour touche à sa fin, permettant le temps d'une sortie journalière, d'une nuit ou d'un weekend d'évaluer en situation écologique les difficultés rencontrées et les besoins du patient dans son environnement familial. Pour permettre à plus des deux tiers de la population hospitalisée de retourner au domicile, les services SSR mettent en avant des valeurs centrées sur une coopération entre le patient et les professionnels de santé. Cela passe par une approche pluridisciplinaire au travers de la réalisation d'un bilan et / ou d'un projet thérapeutique discuté entre l'ensemble des professionnels de santé et le patient. Une fois la mise en place d'un projet concret, c'est le médecin coordinateur qui endosse le rôle de chef, et qui par l'intermédiaire de sa fonction permet le bon déroulé et l'avancement de la rééducation. En d'autres termes, ces services de santé pourraient se rapprocher d'une prise en charge « *centrée sur le patient* » (Stewart, 2001). Cette volonté que prônent les services SSR de mettre le patient au centre du débat, vient s'appuyer sur un nombre important d'études scientifiques montrant les intérêts d'une telle approche. Tout d'abord, The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016) a défini les soins centrés sur le patient en mentionnant le fait que les « *soins centrés sur le patient signifiaient que les valeurs et les préférences des individus avaient été demandées et, une fois exprimées, guidaient tous les aspects des soins relatifs à la santé, en soutenant leurs objectifs réalistes en matière de santé et de vie. Les soins centrés sur la personne sont possibles grâce à une relation dynamique entre les individus (i.e., tous ceux qui leur sont importants et tous les partenaires concernés). Cette collaboration façonne la prise de décision partagée dans la mesure où l'individu le souhaite.* » Ce même panel d'experts a également rassemblé les éléments clés essentiels à la mise en place et à la bonne tenue d'une approche de soins centrée sur le patient. Nous retrouvons en premier lieu (1) un plan de soins individualisé, axé sur les objectifs et basé sur les préférences du patient, (2) un examen continu

des objectifs et du plan de soins du patient, (3) des soins pris en charge par une équipe pluridisciplinaire dans laquelle le patient fait partie intégrante, (4) une personne ressource coordonnant la réalisation du parcours de soins, (5) une coordination active entre les différents intervenants médicaux, non médicaux et de soutien, (6) un partage continu d'informations et une communication efficace, (7) de l'éducation et de la formation pour les intervenants médicaux et non médicaux et, le cas échéant, le patient et les personnes importantes pour lui, et enfin (8) une mesure du rendement et d'amélioration de la qualité des soins prodigués via l'utilisation de retours informationnels de la part du patient et des différents intervenants. Cela réfère ainsi à « *traiter le patient en tant qu'individu unique* » (Redman, 2004). L'instauration de ces caractéristiques dans les services de santé destinés à la réhabilitation a été associée à des conséquences positives sur le parcours de soins du patient. Dans des études menées en 2013 et 2015, il a été montré que l'approche de soins centrée sur le patient engagé en radio-oncologie permettait à celui-ci de gérer plus efficacement sa maladie, d'augmenter sa satisfaction et son engagement dans les soins qui lui sont dispensés, de réduire son anxiété ou encore d'améliorer sa qualité de vie (Rose & Yates, 2013, 2015). Également, chez les patients présentant une maladie chronique, cette approche a été reliée à des conséquences physiques et psychologiques positives telles qu'une meilleure santé physique, une augmentation d'adhérence et de satisfaction aux soins dispensés et une meilleure qualité de vie (Michie, Miles, & Weinman, 2003). Une autre étude a examiné des patients atteints une nouvelle fois de maladie chronique et a mis en évidence que ceux engagés dans un programme de soins individualisés présentaient une amélioration du taux de l'HbA1c, de la lipoprotéine à basse densité et de la pression artérielle systolique par rapport à ceux ne suivant pas de programme individualisé (Rocco, Scher, Basberg, Yalamanchi, & Baker-Genaw, 2011). Cela montre que les patients impliqués dans un programme de soins individualisés nécessitant de l'autogestion obtiennent de meilleurs résultats concernant leur santé sur le long terme. Bertakis et Azari (2011) ont démontré que



l'utilisation d'une approche de soins centrée sur le patient permettait de réduire l'utilisation des services de santé par la population générale. Enfin, de multiples études s'accordent sur le fait que cette approche est liée à une augmentation de la satisfaction des patients, une meilleure qualité de vie et un meilleur engagement dans les soins dispensés (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002 ; Ebell et al., 2004 ; Fredericks, Lapum, & Hui, 2015 ; Fung, Lim, Mattke, Damberg, & Shekelle, 2008 ; Hudson, Owen, Thrush, Armitage, & Thapa, 2008 ; Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo, & Hoffman, 2008).

Il semble alors ressortir de la littérature scientifique un consensus vis-à-vis des conséquences positives associées à la mise en place d'un projet de soins centré sur le patient. Seules, quelques études n'ont pas établi de conséquences positives pour les patients, démontrant même l'existence de conséquences négatives (Kinmonth, Woodcock, Griffin, Spiegel, & Campbell, 1998 ; Mead, Bower, & Hann, 2002). À cela s'ajoute le fait que si l'on décortique de plus près l'ensemble de ces recherches, on constate que toutes ces études ont été menées dans des pays différents de la France. Il est alors légitime de se pencher sur son application dans les services de santé français, plus spécifiquement dans les services SSR qui revendiquent une approche des soins basée sur la coopération entre le patient et les professionnels de santé.

Si l'on en revient aux volontés affichées des services SSR, l'acquisition et / ou le maintien de l'autodétermination du patient apparaissent comme une variable essentielle. Dans le droit commun, la notion d'autodétermination renvoie à un processus qui permet à la personne d'avoir un contrôle et une connaissance de ce qu'elle va entreprendre. Autrement dit, appliqué au domaine médical, le droit à l'autodétermination du patient constitue « *la liberté de décision du patient* », que l'on peut circonscrire comme étant « *le droit du patient de définir et de poursuivre sa propre vision de ce qui est bon* ». En cela, l'autodétermination est liée à l'autonomie décisionnelle. La recherche d'Ekelund, Dahlin-Ivanoff et Eklund (2014) a montré

que ces deux notions (i.e., autodétermination et autonomie décisionnelle) sont souvent comprises de manière identique et induisent un biais quant à la compréhension réelle de ce qu'est l'autodétermination dans le domaine médical, car ces deux notions bien que proches présentent des nuances. À la différence de ce que nous avons pu dire précédemment sur l'autodétermination, l'autonomie décisionnelle renvoie elle, à « *la capacité de décider, de choisir l'orientation de ses actes et les risques que l'on est prêt à courir pour les assumer* ». Portées par l'utilisation synonymique de ces deux notions, de nombreuses études sont venues les confondre (pour exemple : Elander & Hermerén, 1989) et le concept d'autonomie au sens large est par la suite venu les englober. À l'heure actuelle, l'autonomie qui représente l'un des quatre principes fondamentaux de l'éthique biomédicale (Beauchamp & Childress, 2009) ne converge pas vers une définition consensuelle (Kramer & Schmalenberg, 2008). Il a en effet été montré, que les patients et les professionnels de santé issus de cinq pays européens n'avaient pas les mêmes perceptions concernant le concept d'autonomie (Scott et al., 2003) et que celui-ci pouvait regrouper à la fois l'autonomie fonctionnelle, décisionnelle et l'autodétermination.

Par ailleurs, Ekelund et collaborateurs (2014) ont associé également l'utilisation de l'approche de soins centrée sur le patient, prônée par les services SSR à l'acquisition de l'autodétermination et vice-versa. Deci et Flaste (2018) appuient et généralisent ce propos, mentionnant que, pour qu'un individu s'implique vraiment et efficacement, il lui est nécessaire d'acquérir de l'autodétermination. La théorie de l'autodétermination stipule elle clairement qu'un environnement soutenant l'autodétermination est indispensable à son acquisition. Autrement dit, un environnement soutenant l'autodétermination de l'individu lui permet d'acquérir de l'autodétermination, et cette acquisition lui permet *in fine* de s'impliquer totalement dans la tâche demandée (e.g., processus de soins centré sur le patient). Similairement, la théorie de l'autodétermination étudie les différents facteurs déterminants et l'ensemble des conditions qui permettent aux individus de prendre les décisions via leurs

propres choix, car il apparaît évident que mettre en place un environnement soutenant l'autodétermination des individus ne peut être le seul prérequis à l'acquisition de cette dernière. C'est en cela, que notre réflexion théorique se portera sur les apports de la théorie de l'autodétermination et de ses mini-théories (Deci & Ryan, 1985a, 2000 ; Ryan & Deci, 2007). Une clarification de ce qu'est l'autodétermination au sein de la théorie de l'autodétermination sera entreprise grâce à l'étude des connaissances, du rôle de la personne et des conditions nécessaires à la prise de décision (e.g., environnement soutenant l'autodétermination). Parmi ces conditions et renvoyant aux prémisses selon laquelle l'être humain a un besoin fondamental de vivre des expériences d'autodétermination, la théorie de l'autodétermination stipule que plus ces expériences sont reproduites, plus elles influencent la qualité de vie et la santé de ces derniers. Ces expériences contribuent au développement de différentes formes de motivation qui correspondent à des niveaux différents d'autodétermination, lesquels, en retour, induisent des réactions comportementales (e.g., implication) ou émotionnelles distinctes (e.g., affects).

C'est ainsi tout naturellement que nous avons souhaité appréhender la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985a, 2000 ; Ryan & Deci, 2002, 2007, 2017) au sein des services SSR car cette dernière aborde l'ensemble de ces construits.

### **La théorie de l'autodétermination**

En effet, à ce contexte spécifique que représentent le monde médical et ses différentes sections tel que les services SSR, la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985a, 2000 ; Ryan & Deci, 2002, 2007, 2017) apparaît comme un soubassement théorique intéressant à explorer quant à l'importance de la motivation dans la mise en place de conséquences émotionnelles bénéfiques. En effet, la théorie de l'autodétermination est une macro théorie de la motivation humaine prônant que l'homme est naturellement orienté vers le développement de ses potentialités. Cette théorie adhère donc au postulat (1) « *organismique* » selon lequel

*les êtres humains sont des organismes actifs, naturellement portés vers le développement, la maîtrise des défis issus de l'environnement, l'actualisation de leurs potentialités, et l'intégration des nouvelles expériences dans un moi cohérent et unifié* » et (2) « *« dialectique » selon laquelle les différences de motivation, de rendement ou de bien-être sont le fruit de l'interaction entre la nature active inhérente à l'individu et les différents environnements sociaux qui la soutiennent ou l'entravent* » (Sarrazin, Pelletier, Deci, & Ryan, 2011). Ainsi, au sein de cette théorie, c'est bien le concept de motivation qui est utilisé comme le « *construit hypothétique* » décrivant « *les forces internes et / ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* » (Vallerand & Thill, 1993, p. 18). Si cette théorie est dénommée macro théorie de la motivation humaine c'est qu'elle regroupe en son sein cinq mini-théories. Développées au cours des quarante dernières années, ces différentes mini-théories se sont construites et développées au fur et à mesure que les recherches sur la motivation apportaient des résultats exploitables pour la communauté scientifique. Ces cinq mini-théories sont interconnectées renvoyant au fait qu'elles partagent toutes entre elles les deux postulats présentés ci-dessus. Ainsi, nous allons exposer ces mini-théories de manière chronologique basée sur leur année d'apparition.

### *Théorie de l'évaluation cognitive*

Deci (1975) souhaitait expliquer les effets singuliers des facteurs environnementaux et sociaux sur la motivation intrinsèque des individus. En développant cette mini-théorie, il posait le fait que les comportements intrinsèquement motivés étaient ceux qui permettraient à l'individu de se sentir compétent et autodéterminé. C'était donc pour lui, le sentiment de compétence et d'autodétermination animant l'individu qui était à l'origine de la variation dans la motivation mise en place par l'individu. Deci (1975) distinguait à cette occasion deux types de motivation : intrinsèque et extrinsèque. La première (i.e., motivation intrinsèque) se



distinguaient par la réalisation d'une activité par l'individu pour la satisfaction qu'elle lui procurait en elle-même, et non pour une conséquence qui en découlerait alors que la seconde (i.e., motivation extrinsèque) voyait l'individu s'engager dans une activité dans le but d'atteindre un résultat quelconque qui lui était associé. Préalablement aux travaux de Deci, de Charms (1968) a mentionné que les individus intrinsèquement motivés percevaient un lieu de causalité interne signifiant qu'ils étaient à l'« *origine* » des comportements qu'ils entreprenaient. Inversement, il a parlé de lieu de causalité externe lorsque les individus percevaient ce qui les poussait à s'engager dans une activité comme étant à l'extérieur d'eux-mêmes. Autrement dit, la motivation était d'autant plus intrinsèque que le lieu de causalité attribué par l'individu à l'action qu'il engageait se situait en lui. Ainsi, lorsque Deci (1975) a souhaité étudier les effets des facteurs environnementaux et sociaux influençant la motivation intrinsèque, il postula que deux processus cognitifs étaient en jeu : (1) les changements du lieu de causalité perçu (renvoyant au besoin fondamental d'autonomie) tel que mentionné précédemment et (2) les changements dans la compétence perçue (associés au besoin fondamental de compétence). Pour ce deuxième processus, cela signifiait que l'individu voyait sa motivation intrinsèque augmentée ou diminuée en fonction de l'aspect informationnel ou contrôlant qu'il attribuait à l'événement. Autrement dit, un feedback (retour) positif (= aspect informationnel) renvoyait à l'individu une information d'efficacité ou de compétence ce qui avait pour conséquence d'augmenter sa motivation intrinsèque alors que le même événement (feedback perçu négativement ; = aspect contrôlant) véhiculait un moindre sentiment de compétence ou d'efficacité à l'individu ce qui tendrait à diminuer sa motivation intrinsèque.

### *Théorie des orientations de causalité*

Conçue par Deci et Ryan (1985b), la théorie de l'autodétermination souscrivant à « *une approche interactionniste selon laquelle, la motivation, le comportement et l'expérience*

*manifestés et éprouvés dans une situation particulière dépendent à la fois du contexte social immédiat et des ressources internes de la personne* » (Sarrazin et al., 2011), a laissé la mini-théorie des orientations de causalité s'intéresser spécifiquement et de plus près aux ressources internes. Cette mini-théorie conceptualise les ressources internes comme des différences individuelles dans la manière globale d'être motivé dans la vie. Trois types d'orientations de causalité définies comme des variables de personnalité sont présentes au sein de cette théorie : l'orientation à l'autonomie, au contrôle et impersonnelle. Celles-ci seront explicitées plus en détail au sein du chapitre 3 de ce travail doctoral.

### *Théorie de l'intégration organismique*

En poussant leurs investigations quant à l'étude de la motivation, Deci et Ryan (1985a, 2000) ont postulé que plusieurs formes de motivation extrinsèque existaient et que l'autodétermination de ces différentes formes de motivation extrinsèque s'intensifiait au fur et à mesure du processus d'internalisation. En effet, au quotidien la plupart des activités que réalisent les individus ne sont pas intrinsèquement satisfaisantes. À partir de ce constat, il a semblé nécessaire de comprendre comment et pourquoi les individus s'engageaient malgré tout dans ces activités. Ainsi, la mini-théorie de l'intégration organismique détaille les différentes formes de motivations extrinsèques et les facteurs contextuels susceptibles de favoriser ou d'empêcher l'internalisation et l'intégration de la régulation de ces comportements (Ryan & Deci, 2000b). L'internalisation ainsi que l'intégration représentent le degré plus ou moins important d'intégration au soi du comportement et des raisons pour lesquelles l'individu va s'engager dans ce comportement. Ainsi, en allant de la moins internalisée à la plus internalisée, la théorie de l'intégration organismique comporte : la motivation extrinsèque à régulation externe, la motivation extrinsèque à régulation introjectée, la motivation extrinsèque à régulation identifiée et la motivation extrinsèque à régulation intégrée. La première représente

la forme la moins autodéterminée de la motivation extrinsèque et correspond au type de motivation extrinsèque définie au sein de la mini-théorie de l'évaluation cognitive. Deuxièmement, la motivation extrinsèque introjectée correspond à une intériorisation qui n'est pas efficace et où l'individu agit pour éviter de se sentir coupable. Ici, le lieu de causalité est encore un peu externe renvoyant cette régulation à une forme peu autodéterminée. Troisièmement, la motivation extrinsèque identifiée est présente au-delà du seuil d'autodétermination, car le lieu de causalité est peu interne. Cela signifie que l'individu agit parce que les valeurs attachées à ce comportement lui sont importantes. Enfin, la motivation extrinsèque intégrée correspond à la forme la plus complète d'intériorisation renvoyant au fait que le lieu de causalité attribué par l'individu est interne. Le comportement effectué par l'individu est alors en accord avec ses valeurs et priorités. Ces différents types de motivation sont synthétisés dans la Figure 2 inspirée des travaux de Ryan et Deci (2000b) et Sarrazin et al. (2011) et incluent la motivation intrinsèque et l'amotivation. Notons que pour faciliter la lecture dans la suite de cette thèse, la motivation intrinsèque ainsi que les motivations extrinsèques à régulations intégrée et identifiée ont été regroupées sous la terminologie de « *motivation autonome* ».

La théorie de l'intégration organismique postule qu'il existe un « *processus actif et naturel d'intériorisation et d'intégration des mœurs, coutumes ou demandes sociales, perçus par l'individu comme étant utiles pour son fonctionnement* » (Sarrazin et al., 2011). Les individus seront d'autant plus disposés à réaliser spontanément une demande sociale si le processus d'intériorisation s'est exécuté de manière efficace et s'ils l'ont intégré dans leurs systèmes de priorités ou de valeurs. Enfin, la théorie de l'intégration organismique mentionne également que la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux influence grandement le processus d'intégration.

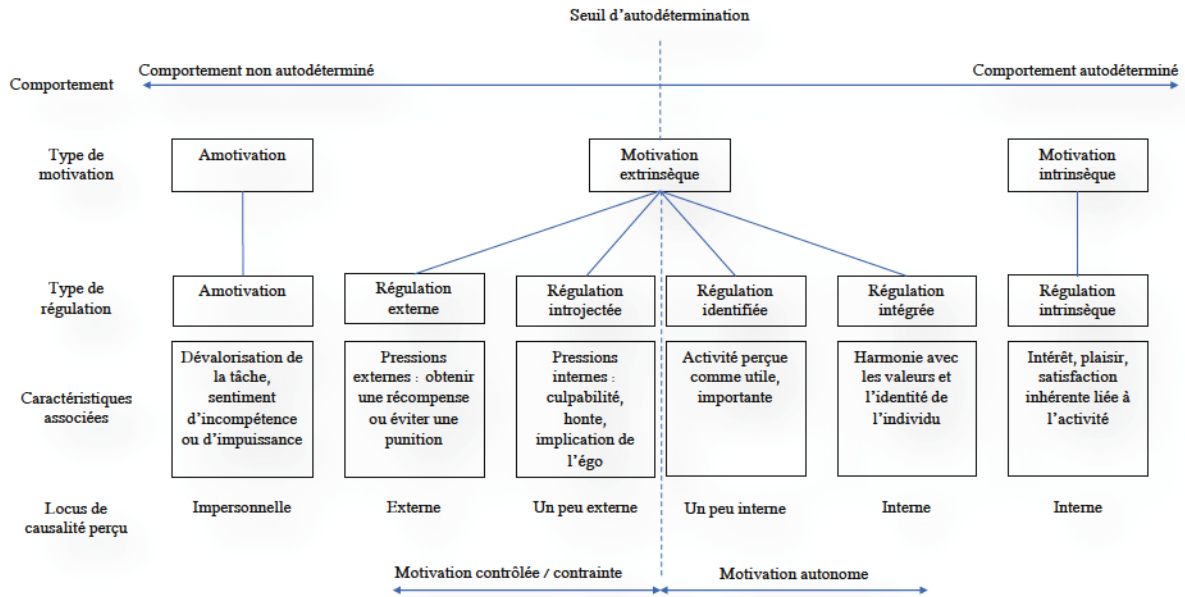


Figure 2. Continuum d'autodétermination.

### Théorie du contenu des buts

Élaborée sur une base eudémonique du bien-être qui postule que la poursuite et l'atteinte de certains buts favorisent plus la satisfaction des besoins fondamentaux et le bien-être psychologique, la théorie du contenu des buts différencie les aspirations intrinsèques et extrinsèques (Deci & Ryan, 2000 ; Kasser & Ryan, 1993). Autrement dit, c'est la dynamique qui anime la satisfaction des besoins fondamentaux, le bien-être et les objectifs de vie qui est au centre de cette mini-théorie. Ainsi, les aspirations intrinsèques (e.g., développement de soi, de relations importantes ou encore la volonté de contribuer à la communauté et d'y apporter son aide) peuvent amener les individus à voir leurs besoins fondamentaux satisfaits. En effet, selon Ryan, Sheldon, Kasser et Deci (1996) « *la poursuite et l'atteinte de certains buts ou aspirations de vie peuvent fournir une plus grande satisfaction des besoins par rapport à d'autres, et donc entraîner un bien-être plus ou moins grand* ». A contrario, les aspirations extrinsèques (e.g., devenir riche et / ou célèbre) sont moins liées à la satisfaction des besoins fondamentaux, mais davantage à une recherche d'approbation ou peuvent être vues comme un



moyen d'arriver à d'autres fins, elles aussi extrinsèques. De plus, les aspirations intrinsèques ont été corrélées positivement à la vitalité ou l'actualisation et négativement à l'anxiété et la somatisation (Kasser & Ryan, 1993, 1996, 2001).

### *Théorie des besoins fondamentaux*

Enfin, au sein de cette macro théorie qu'est la théorie de l'autodétermination, la mini-théorie des besoins fondamentaux (Ryan, 1995) est venue formaliser, clarifier le sens donné aux concepts de besoins fondamentaux utilisés dans l'élaboration des mini-théories précédentes et préciser leur rôle dans la santé mentale et le bien-être de l'individu similairement aux besoins physiologiques (e.g., manger, dormir, boire). En effet, leur frustration ou leur non satisfaction nuiraient au développement de l'individu de manière identique à la non satisfaction ou frustration des besoins physiologiques. Ainsi, ces besoins fondamentaux définis comme une nécessité (= nutriment) de santé de la part de l'organisme de l'individu et contribuant au bon développement psychologique, à la croissance personnelle et à l'intégrité de la personne sont au nombre de trois. On trouve en premier lieu le besoin fondamental d'autonomie qui se définit par le besoin d'expérimenter ses propres choix et sentiments, et de se sentir initiateur de son action (deCharms, 1968). Un comportement sera totalement autonome s'il est endossé et approuvé par l'individu, autrement dit quand les ressources internes guident et restent alignées aux comportements manifestés (Ryan & Deci, 2002). Un lieu de causalité interne sera perçu par l'individu, qui se sentira alors libre de choisir. Cela aura pour conséquence de le faire adhérer pleinement au comportement qu'il engage sans ressentir de pression (Reeve, Nix, & Hamm, 2003). Puis, vient le besoin fondamental de compétence qui fait référence au désir d'interagir efficacement avec son environnement, d'exprimer ou d'exercer ses capacités et de surmonter les défis (Deci, 1975 ; White, 1959). À elle seule, l'efficacité ne suffit pas toutefois à susciter le sentiment d'être compétent, elle doit comprendre aussi le sentiment de la prise en

charge personnelle de l'effet à produire (LaGuardia & Ryan, 2000). L'individu doit se poser la question : « *Est-ce que tous les moyens sont mis en œuvre pour réussir ?* ». Le besoin de compétence de l'individu sera alors satisfait lorsqu'il se sentira apte à exécuter une tâche à la hauteur de ses habiletés et à atteindre les résultats escomptés. Enfin, en dernier lieu, vient le besoin fondamental d'affiliation qui se définit par le besoin de se sentir connecté, d'être supporté par des personnes significatives, de créer des liens sociaux permettant un respect mutuel, de la confiance et une attention soutenue (Baumeister & Leary, 1995 ; Ryan, 1995). Ressentir une attention agréable et sympathique confirme alors qu'on est quelqu'un de signifiant pour d'autres personnes et objet de sollicitude de leur part (Reis, 1994). Cela permet aux individus d'intérioriser leurs valeurs et comportements. Ces trois besoins fondamentaux sont indépendants du genre, de la culture, de la classe sociale et sont qualifiés d'universels et d'indispensables du jeune âge à la fin de vie (Deci et al., 2001 ; Jang, Reeve, Ryan, & Kim, 2009 ; Luyckx, Vansteenkiste, Goossens, & Duriez, 2009 ; Lynch, La Guardia, & Ryan, 2009 ; Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000). Aussi, ces trois besoins fondamentaux ne recouvrent pas et n'épuisent évidemment pas toutes les sources de motivation de l'humain. Ils peuvent aussi ne pas être supportés de façon équivalente et valorisés de la même manière dans tous les contextes (Ferrand, Martinet, & Charry, 2015 ; LaGuardia & Ryan, 2000 ; Rahman, Hudson, Thøgersen-Ntoumani, & Doust, 2015 ; Ryan & Deci, 2008).

Les apports de ces cinq mini-théories se veulent être un atout dans la compréhension des mécanismes motivationnels des individus. Il est également à noter que l'ensemble des recherches actuelles s'appuient le plus souvent sur l'une ou l'autre mini-théorie, mais aucune n'intègre les cinq mini-théories ensemble. Or, cette théorie étant organismique et dialectique demanderait à tenir compte davantage de l'imbrication des mini-théories les unes avec les autres dans le but d'obtenir des modèles plus intégratifs.

En poursuivant notre travail d'investigation dans la littérature scientifique traitant de la théorie de l'autodétermination, nos recherches ont permis de mettre en évidence qu'au sein des différents domaines d'application de celle-ci, la satisfaction des besoins fondamentaux occupait le rôle de médiateur entre la perception qu'avaient les individus de l'environnement dans lequel ils évoluaient et la mise en place de comportements positifs. Ainsi, dans le domaine du sport, le lien entre la perception de l'environnement et le sentiment d'agréabilité à pratiquer celui-ci et à la volonté de ne pas abandonner chez de jeunes joueurs amateurs âgés de 9 à 15 ans a été mis en évidence par Ryan (1995) comme étant médié par la satisfaction des besoins fondamentaux. Il en va de même lorsque l'entraîneur met en place un leadership transformationnel<sup>3</sup> (Stenling & Tafvelin, 2014). La perception de l'environnement qui en est engendrée permet la satisfaction des besoins fondamentaux qui *in fine* permet aux athlètes d'obtenir des scores de bien-être supérieurs. Dans le domaine de l'éducation, van Aart, Hartman, Elferink-Gemser, Mombarg et Visscher (2017) ont montré que la volonté d'acquérir des compétences locomotrices, de contrôle d'objet ou encore d'équilibre pour de jeunes adolescents âgés de 9 à 12 ans était médiée par la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. D'autres recherches encore, ont montré que les étudiants voyaient leur motivation s'améliorer dans un contexte où leur enseignant permettait la mise en place d'un environnement supportant leur autodétermination, car cela, leur permettait de satisfaire leurs besoins fondamentaux (Cox & Williams, 2008). Seulement, pour que les élèves puissent prétendre à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, les enseignants (= assimilés à la figure d'autorité) se doivent d'adopter une attitude et un comportement motivationnel (= style motivationnel) permettant que les élèves (= assimilés aux subordonnés) perçoivent celui-ci comme soutenant leur autodétermination. De même, il est important de noter que dans le domaine du travail, Van den Broeck, Ferris, Chang

---

<sup>3</sup> Capacité d'un encadrant à transformer les énergies de ses collaborateurs en les dirigeant vers l'atteinte des buts organisationnels et individuels, par le biais d'une attitude charismatique, d'une motivation inspirante, d'une stimulation intellectuelle, et d'une considération individualisée (Bass & Avolio, 2004).

et Rosen (2016), ont montré dans une méta-analyse de 99 études que la satisfaction des trois besoins fondamentaux était significativement et positivement associée à la fois à un bien-être supérieur (satisfaction de vie, bien-être général, affects positifs, engagement au travail et affectif, satisfaction au travail) et significativement et négativement à des variables organisationnelles telles que la pression au travail, l'intention de turnover, le burnout ou les affects négatifs. De leur côté, Olafsen, Halvari, Forest et Deci (2015), ont montré que la satisfaction des besoins fondamentaux était reliée à la mise en place d'une motivation autonome chez les individus.

Lorsque l'on parle d'universalité de cette théorie, cela se reflète au niveau de ces contextes d'application. En effet, comme nous avons pu le décrire et avant d'aborder le champ de la santé, il est important de noter que cette théorie semble à priori transposable à l'ensemble des contextes où l'Humain évolue. Ainsi, une équipe de chercheurs a montré que la théorie de l'autodétermination s'appliquait également à l'environnement du quotidien de sociétés dites « *sociétés consommatrices* » occidentales telles que le Royaume-Uni ou sociétés sud-américaines en proie à un essor économique rapide tel que le Chili. Ils se sont attachés à montrer que tout individu ayant une orientation de consommation dite « *matérialiste* » possédait des scores de bien-être plus faibles aboutissant à un bien-être émotionnel et une satisfaction de vie plus faibles et des scores de mal-être plus élevés parvenant à un mal-être émotionnel et des symptômes physiques plus conséquents. Là où cette étude est novatrice, c'est en montrant que la satisfaction (ou frustration) des besoins fondamentaux était le facteur explicatif de ces scores obtenus (Unanue, Dittmar, Vignoles, & Vansteenkiste, 2014). Chen et collaborateurs (2015), ont quant à eux montré que ces résultats s'établissaient à l'ensemble des âges de la vie et étaient interculturellement identiques.

Enfin si l'on porte notre attention au domaine de la santé, on s'aperçoit que l'application de la théorie de l'autodétermination fait de plus en plus partie intégrante du questionnement



quant à la possibilité d'amélioration des soins que l'on peut dispenser aux patients. En effet, la théorie de l'autodétermination semble faire l'unanimité quant aux conséquences positives et bénéfiques que peut avoir la satisfaction des besoins fondamentaux sur la santé des individus. Ng et collaborateurs (2012) ont montré dans une méta-analyse que les changements de comportement étaient plus efficaces et se maintenaient dans le temps lorsque les patients étaient motivés de manière autonome. Pour illustrer cela, Hricova, Orosova et Bacikova-Sleskova (2018) ont montré dans une étude s'intéressant aux troubles de l'alimentation qu'il existait une relation significative et négative entre la satisfaction des besoins fondamentaux et ces troubles de l'alimentation.

Néanmoins et comme il a pu être mentionné précédemment, si ces trois besoins fondamentaux sont négligés ou faiblement satisfaits, ils auront un impact négatif sur le bien-être psychologique de l'individu (Deci & Ryan, 2008a). Une étude de Souesme, Martinet et Ferrand (2016), dans des services SSR a montré que, bien que 78% de la population étudiée<sup>4</sup> ait perçu leurs besoins fondamentaux satisfaits de manière modérée à élevée, sous-tendant un rôle bénéfique de l'environnement, une fraction de la population étudiée n'a pas perçu ses besoins fondamentaux comme satisfaits : cette population a éprouvé un sentiment de mal-être psychologique caractérisé par une augmentation de symptômes dépressifs et / ou de l'apathie. La perception de soutien à l'autodétermination de l'environnement pourrait être une variable importante impactant la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Ainsi, même si cette étude n'indique pas la direction de cette relation, il nous paraît nécessaire d'examiner de manière plus approfondie les variables pouvant définir un environnement supportant l'autodétermination des patients dans le but d'améliorer la qualité du séjour des patients en SSR.

---

<sup>4</sup> La population étudiée correspondait à 100 patients âgés de 65 ans et plus, voir annexe 10.

## L'environnement sociocontextuel

La notion de soutien à l'autodétermination, appelée « *autonomy support* » dans la littérature scientifique anglophone renvoie à la capacité qu'ont les environnements dans lesquels les individus évoluent à être en mesure de rassembler toutes les conditions nécessaires à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. C'est également au sein de la théorie de l'autodétermination que cette notion a émergé et a été plus spécifiquement définie via le contexte de l'éducation. Ainsi, selon Deci et Ryan (1985a), le soutien à l'autodétermination se définit par « *le comportement interpersonnel que les enseignants fournissent pendant l'enseignement pour identifier, nourrir et développer les sources de motivation intérieure des élèves* ». Autrement dit, cela correspond à « *une atmosphère où les étudiants ne sont pas poussés à se comporter d'une manière spécifique, et où ils sont, au contraire, encouragés à être eux-mêmes* » (Ryan & Deci, 2004). Cela sous-tend qu'un environnement qui prônerait le soutien à l'autodétermination d'un individu favoriserait son sentiment d'autodétermination et la perception qu'il en a lors de l'établissement de ses comportements (Adie, Duda, & Ntoumanis, 2008). De récentes recherches dans des contextes différents se sont intéressées à l'influence d'un environnement soutenant. On peut citer dans le domaine sportif, la recherche de Cheval, Chalabaev, Quested, Courvoisier et Sarrazin (2017), qui a montré que la perception de soutien à l'autodétermination de l'entraîneur permettait aux joueurs professionnels de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Ainsi, et comme nous avons pu le voir dans la description de la mini-théorie du contenu des buts (TCB)<sup>5</sup>, cette satisfaction représente le facteur médiateur leur permettant d'obtenir des scores supérieurs aux variables vitalité et estime de soi et des scores inférieurs à l'échelle de burnout. Il en va de même dans la vie quotidienne où la perception d'un soutien à l'autodétermination de la part de ses parents ou de ses frères et

---

<sup>5</sup> Voir page 34



sœurs est positivement liée au bien-être quotidien de l'enfant (van der Kaap-Deeder, Vansteenkiste, Soenens, & Mabbe, 2017), ou encore dans le domaine de l'éducation où l'implication des élèves se voit améliorée (Reeve, Jang, Carrell, Jeon, & Barch, 2004).

De ce fait, Reeve à la fin des années 1990, début des années 2000 s'est particulièrement intéressé à l'environnement comme support d'autodétermination. Pour que l'environnement de classe dans lequel les élèves étudient soit soutenant de leur autodétermination, ce chercheur a mis en avant des conditions suffisantes et nécessaires à adopter. Ainsi, cet environnement doit donner la possibilité aux étudiants de s'exprimer afin qu'ils posent des questions ou qu'ils spécifient quels sont leurs besoins et / ou attentes, d'avoir des explications de la part de leur enseignant, (...), d'être encouragés ou encore d'avoir des conseils de sa part (Reeve, Deci, Ryan, & Jang, 2008). L'ensemble de ces comportements sont rassemblés dans le Tableau 1. En effet, si l'environnement ne permet pas l'établissement de ces différentes conditions, l'élève ne satisfera pas ses besoins fondamentaux et il s'en suivra des conséquences négatives (baisse de sa motivation (De Meyer et al., 2014) ou de son engagement (Jang, Reeve, & Deci, 2010) pouvant conduire à un décrochage scolaire (Archambault, Janosz, Fallu, & Pagani, 2009)).

Tableau 1. Comportements associés à la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination des étudiants dans le domaine de l'éducation (Reeve et al., 2008).

Comportements pédagogiques spécifiques validés en tant que moyens d'instaurer un environnement soutenant l'autodétermination des étudiants
Écoute
Demander ce que les étudiants veulent, ont besoin
Créer des temps de travail autonome
Encourager les étudiants à s'exprimer
La disposition de la classe
Fournir des explications
Émettre des louanges en retour de travaux réussis
Offrir des encouragements
Offrir des conseils
Être réactif
Adopter un comportement empathique

Si l'on s'intéresse à un autre domaine d'application de la théorie de l'autodétermination, là encore on constate à quel point le soutien à l'autodétermination est important et joue un rôle bénéfique dans le domaine du travail à la fois pour les employés comme pour les entreprises. Par ailleurs, il semble évident que la mise en place d'un tel environnement doit passer par des compétences individuelles de la part des leaders ou supérieurs comme cela a pu être mis en évidence dans le domaine de l'éducation avec les enseignants (cf. Tableau 1). Cependant, nous ne l'aborderons pas, mais nous allons nous focaliser davantage sur les conséquences de celui-ci dans ce domaine. Gillet, Fouquereau, Huyghebaert et Colombat (2016), ont montré qu'un environnement soutenant l'autodétermination de ses employés permettait la satisfaction de leurs besoins fondamentaux et *in fine* conduisait à un niveau d'anxiété au travail et à un épuisement professionnel plus faible ou encore que cet environnement permettait d'augmenter la performance au travail (Wickramasinghe & Wickramasinghe, 2017).

Enfin, en ce qui concerne le domaine de la santé, de nombreuses études ont également mis en avant le rôle bénéfique d'un environnement soutenant l'autodétermination sur l'adoption de comportements de santé bénéfiques pour le patient. Cela part tout d'abord d'un constat qu'Horwitz et Horwitz (1993) ont établi, indiquant que la non adhérence d'un patient à un traitement représentait un « *monumental problème* » pour les soins liés à la santé. Il apparaît alors nécessaire au regard de ces dires de soutenir le patient dans ses décisions et dans son implication dans les différents soins qui peuvent lui être proposés. Cela est d'autant plus important de le soutenir dans sa réhabilitation à la fois physiquement, mentalement et psychologiquement que les patients atteints de symptômes dépressifs peuvent voir leur qualité de vie altérée (Buijck et al., 2014). En nous appuyant sur les résultats obtenus par Buijck et collaborateurs (2014) et sur notre étude préliminaire, nous constatons que la perception d'un environnement soutenant l'autodétermination des patients par les professionnels de santé apparaît comme un facteur clé lié à la satisfaction des trois besoins fondamentaux et à une

amélioration de la qualité de vie après un passage en service SSR ou équivalent. Buijck et collaborateurs (2014) ont mis en évidence le fait que les professionnels de santé devaient fournir un soutien à l'autodétermination des patients afin d'éviter le développement des symptômes dépressifs. Souesme et collaborateurs (2016), quant à eux, ont montré que le soutien perçu à l'autodétermination des patients était corrélé significativement et positivement à la satisfaction des trois besoins fondamentaux et significativement et négativement aux affects négatifs (symptômes dépressifs et apathie). Le Tableau 2 montre les corrélations obtenues dans cette étude.

Tableau 2. Corrélations des variables étudiées dans l'étude de Souesme et collaborateurs (2016).

Variables	Satisfaction du besoin			Symptômes dépressifs	Apathie
	d'autonomie	de compétence	d'affiliation		
Soutien perçu à l'autodétermination	0,46**	0,47**	0,62**	-0,49**	-0,57**

$p < 0,01$

Cependant à l'inverse, tous les environnements ne permettent pas à l'individu de le percevoir comme soutenant son autodétermination. Ainsi, par opposition à un environnement dit soutenant est utilisé le terme d'environnement contrôlant. Selon Ryan (1982), un environnement contrôlant peut se définir par une régulation externe ou interne des comportements. En ce qui concerne le premier type de contrôle dit « *externe* », cela consisterait à adopter un comportement dans le but d'obtenir une récompense ou éviter une punition. Il est à noter que sous le contrôle de ces différentes variables l'individu agit malgré tout intentionnellement (Soenens & Vansteenkiste, 2010). Concernant le second type de régulation dit « *interne* », celui-ci fait référence à l'utilisation de stratégies déclenchant des pressions internes dites introjectées (i.e., si un supérieur (médecin) dit à ses subordonnés (patients) : « *Tout le monde est capable de marcher jusqu'à l'ascenseur* »). Cela aura pour conséquence

de créer une pression interne chez l'individu, qui deviendra le facteur responsable de l'adoption de comportement orienté dans le but d'atteindre l'objectif demandé. Enfin, il est important de noter que peu importe les domaines d'application, un environnement contrôlant apparaît comme une menace à la satisfaction des besoins fondamentaux (Soenens, Sierens, Vansteenkiste, Dochy, & Goossens, 2012).

Pour Reeve (2009), dans le domaine de l'éducation, un environnement contrôlant consisterait à forcer les étudiants à adopter le point de vue de l'enseignant, à influencer leurs pensées, sentiments et actions et à pousser ces derniers à penser, sentir et se comporter d'une manière spécifique. De nombreuses études viennent appuyer ces dires. Tout d'abord, pour rester dans le domaine de l'éducation, De Meyer et collaborateurs (2014) ont mis en avant un lien positif entre un environnement de classe contrôlant instauré par les enseignants et l'adoption d'une motivation contrôlée pouvant aller jusqu'à une amotivation de la part des étudiants. Également, dans une étude longitudinale menée par Bartholomew et collaborateurs (2017), il a été montré que la perception d'un environnement contrôlant mis en place par les enseignants était positivement corrélée à une frustration des besoins fondamentaux, eux-mêmes associés à des scores plus élevés de peur de l'échec et d'évitement de situations difficiles durant les cours d'éducation physique ainsi qu'à des scores d'estime de soi inférieurs. Enfin, De Meyer et collaborateurs (2016) se sont intéressés à l'influence que peut avoir la nature de la motivation de l'étudiant (variant sur le continuum d'autodétermination ; cf. Figure 2) sur la réponse (implication et défi oppositionnel) de celui-ci lorsqu'il se trouve dans un environnement soutenant son autodétermination ou la contrôlant. Les résultats mettent en avant le fait que pour les étudiants, quelle que soit leur motivation, l'augmentation de leur implication et la baisse d'opposition face à ce qu'il leur est demandé passe par la promotion d'un environnement soutenant leur autodétermination.



Dans le domaine du sport, un environnement contrôlant mis en place par l'entraîneur serait à l'origine de l'établissement de comportements antisociaux de la part des partenaires via la non satisfaction de leurs besoins fondamentaux (Hodge & Gucciardi, 2015). Ramis, Torregrosa, Viladrich et Cruz (2017) ont, quant à eux, montré que le style motivationnel contrôlant était associé directement à l'anxiété des athlètes ou encore relié négativement à la satisfaction du besoin fondamental d'autonomie (Isoard-Gauthier, Guillet-Descas, & Lemyre, 2012).

Dans le domaine de la santé, ces résultats se retrouvent également. Si nous nous appuyons de nouveau sur les résultats de l'étude de Souesme et collaborateurs (2016), nous constatons que le profil à satisfaction faible-moderée (profil 1) est celui qui perçoit le moins l'environnement dans lequel il évolue comme soutenant son autodétermination. Nous notons aussi que ce profil 1 à satisfaction faible-moderée des besoins fondamentaux est celui associé à des scores de symptômes dépressifs et d'apathie les plus élevés. Il semble donc y avoir un lien entre la perception du soutien à l'autodétermination des patients dispensé par les professionnels de santé, la satisfaction de leurs besoins fondamentaux et la mise en place d'affects négatifs (symptômes dépressifs et apathie). Le Tableau 3 résume ces points.

Tableau 3. Résultats des analyses de variances univariées.

<i>N</i> = 100	Profil 1		Profil 2		Profil 3		Test post hoc de Tukey
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	
Soutien perçu à l'autodétermination	5,37	1,9	6,77	1,3	7,91	1,07	1 < 2 1 < 3 2 < 3
Symptômes dépressifs	7,38	2,57	6,7	3,12	4,37	2,26	1 > 3 2 > 3
Apathie	15,13	8,81	7,34	6,32	2,79	4,39	1 > 2 1 > 3 2 > 3



C'est pourquoi, dans la continuité des travaux de Reeve, Deci, Ryan et Jang (2008) qui dans le domaine de l'éducation ont regroupé onze attitudes permettant aux enseignants d'instaurer un environnement soutenant l'autodétermination des étudiants en classe (cf. Tableau 1), il nous a semblé pertinent de connaître les éléments qui, à leur tour, pouvaient permettre aux professionnels de santé de mettre en place un tel environnement.

Ainsi, si un grand nombre d'études ont travaillé sur le soutien ou le contrôle à l'autodétermination des étudiants, employés, athlètes et / ou patients, ils l'ont fait via l'utilisation de questionnaires auto ou hétéro évalués dont le Health Care Climate Questionnaire de Williams et Deci (2001). De plus, si l'étude de Souesme et collaborateurs (2016) dans des services SSR a fait état d'un lien entre la perception du soutien à l'autodétermination, la satisfaction des trois besoins fondamentaux et la présence d'affects négatifs, elle a mesuré la perception du soutien à l'autodétermination à partir de quatre items (e.g., avez-vous le sentiment d'être écouté-e au niveau de vos souhaits, de vos attentes par le personnel ? ; avez-vous le sentiment d'être pris-e en compte au niveau de vos souhaits, de vos attentes par le personnel ? ; avez-vous le sentiment d'avoir un manque d'information des actions mises en place par le personnel ? ; avez-vous le sentiment d'avoir une difficulté de compréhension des actions mises en place par le personnel ?) issus des travaux de Cardoso (2009) traitant de la participation active des patients atteints d'une pathologie neurologique et / ou neurovasculaire dans un service SSR. Aucun de ces items n'a porté sur l'aspect contrôlant de l'environnement (van der Kaap-Deeder et al., 2014). Enfin, si la littérature par l'intermédiaire de la méta-analyse de Kayser, Cossette et Alderson (2014) relate les effets bénéfiques d'une mise en place d'interventions soutenant l'autodétermination des patients, elle déplore le manque de données qualitatives dans le domaine médical.

Trois études ont été réalisées dans cette thèse portant sur « Soutien à l'autodétermination, personnalité et conséquences émotionnelles chez des patients hospitalisés

en services de soins de suite et réadaptation - apport de la théorie de l'autodétermination ». Les deux premières études qualitatives regroupées dans le chapitre 2 ont été menées auprès de professionnels de santé médicaux et non médicaux (e.g., infirmières, médecins, aides-soignantes, psychologue, assistante sociale, etc.) et de patients, alors que la troisième étude quantitative constituant le chapitre 3 a concerné uniquement des patients. Nous avons focalisé notre attention sur ces deux types de populations, car celles-ci occupent des positions centrales dans le système de santé. Le dernier chapitre (i.e., chapitre 4) et la conclusion permettront de dresser une synthèse des études menées, de leurs implications méthodologiques et pratiques, tout en abordant une réflexion sur la pratique des professionnels de santé et de futures recherches.

# Chapitre 2

## Approche qualitative du soutien à l'autodétermination dans les SSR : points de vue des professionnels de santé et des patients

### Études 1 et 2

#### Publications et communications associées à ce chapitre

---

- **Souesme, G., & Ferrand, C. (2017).** What is an autonomy supportive environment in geriatric care services for healthcare professionals? *Journal of Palliative Care and Medicine*, 7(5), 43. doi: 10.4172/2165-7386-C1-011

→ Annexe 14

- **Souesme, G., & Ferrand, C. (en révision).** What is an autonomy supportive environment in geriatric care units? Focus group interviews with healthcare professionals. *International Journal of Older People Nursing*.

- **Souesme, G., & Ferrand, C. (Septembre 2017).** *What is an autonomy supportive environment in geriatric care services for healthcare professionals?* Participation à la VII<sup>e</sup> International Conference Geriatrics Gerontology and Palliative Nursing, Edinburgh, Ecosse.

→ Annexe 11

- **Souesme, G., & Ferrand, C. (Mai 2018).** *Healthcare professionals and patients about an autonomy supportive environment in French geriatric care services: What they say?* Participation à l'International Psychological Applications Conference and Trends (InPACT), Porto, Portugal.

→ Annexe 12

# 1 Introduction théorique

L'un des objectifs de ces deux premières études a consisté à définir qualitativement par les points de vue des professionnels de santé et des patients le concept de soutien à l'autodétermination dans le domaine de la santé. Pour enrichir les connaissances associées à ce concept au sein des services SSR, nous avons souhaité identifier les convergences et divergences pouvant exister entre les points de vue des professionnels de santé et la perception que peuvent en avoir les patients. Ainsi, l'exploration des points de vue de l'ensemble des acteurs intervenant dans ces services a été décomposée en deux temps avec une première étude consacrée aux professionnels de santé (médicaux et non médicaux) et une deuxième étude portée sur le point de vue des patients. Également, bien que les quatre services SSR participants à cette étude soient dits polyvalents, ce n'est qu'uniquement vers des personnes âgées de 65 ans et plus que notre attention va se porter. En effet, peu d'études s'intéressent spécifiquement à la personne âgée et celles traitant des services de réadaptation se concentrent à étudier des populations spécifiques (réadaptation psychiatrique, réadaptation liée à l'addiction-s) dans des services non pas polyvalents, mais spécialisés (Bauler et al., 2014). Ce choix est d'autant plus judicieux que les personnes âgées constituent la majeure partie de la population ayant recours aux services médicaux polyvalents (Conroy, Stevens, Parker, & Gladman, 2011).

L'autonomie en milieu hospitalier est considérée comme une conséquence importante fortement associée à l'idée que les individus devraient être capables ou autorisés à prendre des décisions autonomes lorsqu'il s'agit de leur santé (Beauchamp & Childress, 2009 ; Pardessus, Durocher, & Di Pompeo, 2000). En effet, la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 (Journal officiel de la République Française, 2002) a marqué une profonde reconnaissance des droits des usagers en France. Grâce aux droits fondamentaux qui sont reconnus au patient, celui-ci peut s'il le veut devenir un réel acteur de sa prise en charge et accéder aux informations le concernant. Ces

droits fondamentaux sont au nombre de sept et commencent par (1) le droit au respect de sa dignité et de sa vie privée. Les professionnels de santé médicaux et non médicaux se doivent d'adopter des comportements adaptés tels que la politesse ou le respect de l'intimité. Viennent ensuite, (2) le principe de non discrimination stipulant que tout établissement de santé doit permettre l'égal accès aux soins à toute personne dont l'état le nécessite ; (3) le soulagement de la douleur pour lequel les soignants ont le devoir de l'évaluer et de contribuer à soulager la douleur ; (4) le respect de la vie et de l'accompagnement de la fin de vie pour lesquels les médecins doivent prendre les décisions avec le patient, sa famille ou la personne de confiance, analyser les bénéfices-risques afin de proposer une solution raisonnable à la fin de vie, donner la possibilité de rédiger des directives anticipées et donner le choix au patient de refuser un traitement qu'il jugerait déraisonnable ; (5) le droit à l'information et cela concerne tous les aspects de la prise en charge tels que l'organisation de son séjour, les résultats d'examens ou diagnostic ou les bénéfices-risques d'un traitement. Il est important pour ce droit que les professionnels de santé médicaux comme non médicaux adaptent leur discours, car ce principe indique clairement que les informations fournies au patient doivent être claires et compréhensibles ; (6) le droit d'exprimer sa volonté (consentement, personne de confiance, droit de refuser les soins) et enfin (7) le droit de se plaindre. Ainsi, c'est bien l'ensemble de ces droits qui confère au patient la possibilité d'être autonome, informé et lui donne la capacité de prendre des décisions le concernant en lien étroit avec les professionnels de santé. Pour que l'autonomie du patient en milieu hospitalier soit en pratique effective, il faut que les professionnels de santé se tiennent à ces directives et les appliquent dans les services de santé dont ils dépendent, et ce, en accord avec la politique de leur établissement. Cependant, comme nous avons pu le voir précédemment, la définition de l'autonomie est sujette à diverses controverses, la principale étant l'ambiguïté entre la définition du besoin fondamental d'autonomie et le concept d'autonomie.



Ainsi, si nous étayons davantage notre réflexion sur la question du concept d'autonomie de l'individu qu'il soit patient ou non, professionnel de santé ou non, on remarque que ce concept d'autonomie ne peut se définir facilement tant les perceptions à son égard sont divergentes entre les différents acteurs (e.g., professionnels de santé et patients ; Scott et al., 2003), mais également, tant l'histoire et la culture influencent son interprétation. En effet, plusieurs courants de pensée ont tenté d'identifier les éléments le sous-tendant. Pour commencer, l'Européen Ricœur (1990) associe à l'autonomie « *le plein déploiement de la capacité humaine à faire le bien* » alors que l'Américaine Macklin (1999) définit l'autonomie comme s'appuyant sur deux conditions essentielles : (1) « *la liberté vue comme indépendante face aux influences contrôlantes* » et (2) « *la capacité d'entreprendre des actions intentionnelles* ». Il y a donc une nuance d'interprétation et s'intéresser à l'étude de l'autonomie du patient demande donc de faire preuve de précaution quant aux différences culturelles que peuvent avoir les cultures européennes elles-mêmes ou la culture américaine. Hardy (2007) et Llorca (2003) quant à eux mentionnent le fait que l'autonomie en milieu hospitalier est un concept possédant en son sein deux prérequis, dont (1) la définition de la personne et (2) le respect voué à la solidarité. Ceux-ci se définissent par la prise en compte de la dignité du patient au travers d'un regard empathique de la part de l'équipe soignante. À cela s'ajoute une approche collective des soins prônant une relation trilogique avec les professionnels de santé, le patient et la collectivité incarnée par les établissements de soins. En effet, c'est bien en leur sein que s'exprime « *une conscience accrue et un respect des valeurs essentielles et fondatrices de l'action médicale que sont le respect de la personne et la solidarité* ». Lorsque l'on prend en compte ces considérations et qu'on les met en parallèle des fondements théoriques du concept d'autonomie, on s'aperçoit que celui-ci est relié à des concepts connexes tels que ceux d'autodétermination, de droit à la vie privée ou de droit à la liberté, à l'origine de la difficulté de le définir. Pour preuve, Kant (1980) invoque que le concept d'autonomie renvoie à « *la*

*reconnaissance que toute personne possède inconditionnellement une valeur morale, chacun ayant la capacité à déterminer sa propre loi, chaque personne étant une fin en elle-même* ». Autrement dit, pour Kant (1980) le concept d'autonomie présuppose que l'individu (i.e., patient) doit être libre de ses « *agir* » et cela ne peut se faire que s'il agit intentionnellement avec une compréhension des enjeux et sans contrôle de la part d'influences (i.e., professionnels de santé) qui orienteraient ses comportements. Enfin, si l'on se base sur la définition attribuée à l'autonomie tirée du dictionnaire français, elle renvoie à la « *capacité à gérer seule sa vie quotidienne* » (<http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=autonomie>). À l'échelle de l'individu, cela fait référence au sentiment de liberté, au pouvoir d'agir en toute indépendance sans obéir aux règles d'autrui. Pour étudier les relations que peuvent avoir chacun des intervenants, professionnels de santé, patients et environnement dans lequel ces acteurs évoluent, il nous faut être capable de les prendre en compte aussi bien individuellement que formant un ensemble. C'est pourquoi notre réflexion théorique s'est orientée vers la théorie de l'autodétermination.

La théorie de l'autodétermination soulève en effet le rôle de l'autonomie, mais nous devons cependant faire attention au sens qu'elle lui accorde. La définition du concept d'autonomie que nous venons de voir est différente de celle du besoin fondamental d'autonomie issue de la théorie de l'autodétermination. Le besoin fondamental d'autonomie renvoie lui au besoin « *de se sentir à la base de ses actions et d'avoir la possibilité de faire des choix entre plusieurs pistes d'action* » (Guay, Vallerand, & Blanchard, 2000) ou encore à la perception d'« *être à l'origine de son propre comportement* » (Ryan & Deci, 2006), ce qui le renvoie à être un synonyme d'autodétermination. En effet, là où les deux définitions divergent (i.e., concept d'autonomie et besoin d'autonomie), c'est dans le lien qu'elles établissent avec le concept d'indépendance. La première voit l'autonomie comme la possibilité pour l'individu d'agir indépendamment des autres, alors que pour la théorie de l'autodétermination,

l'autonomie représente l'antonyme de l'hétéronomie. Plus précisément, cela signifie que les individus peuvent se sentir comme étant à la base de leurs actions tout en se contraignant librement à un autre individu ou une autre règle. L'autonomie telle que définie par Ryan et Deci (2007) n'implique pas nécessairement une absence d'influences externes et surtout n'apparaît pas comme un synonyme d'indépendance. Ainsi, dans la suite de cette thèse, nous avons souhaité conserver le sens donné par la théorie de l'autodétermination à l'autonomie, autrement dit, renvoyant au concept d'autodétermination. Au sein de la théorie de l'autodétermination, la question du soutien à l'autodétermination est en lien avec le besoin fondamental d'autonomie et la perception que peuvent avoir les individus de ce soutien à l'autodétermination dispensé par des personnes significantes (e.g., les professionnels de santé). En effet, le soutien à l'autodétermination tel qu'il a pu être défini précédemment apparaît comme ayant des effets directs et indirects positifs sur la motivation autonome, la satisfaction des besoins fondamentaux ou encore la pérennité des changements de comportements de santé (Deci & Ryan, 1985a ; Pardessus et al., 2000 ; Ryan & Deci, 2000a, 2002).

Concernant les aspects positifs de ce soutien à l'autodétermination dans différents secteurs médicaux, un consensus dans les recherches actuelles émerge. Ainsi Chen, Chang, Tsai et Hou (2017), ont montré que le soutien à l'autodétermination prodigué par les médecins et les infirmières contribuait à améliorer la qualité de vie liée à la santé au travers de la satisfaction des besoins fondamentaux de patients hémodialysés. Également, pour des patients engagés dans un programme de remise en forme (perte de poids), il a été montré un lien entre le soutien à l'autodétermination perçu par les patients et la pérennité des changements associés à ce traitement (Silva et al., 2011). Plus concrètement, cela signifie qu'au bout d'une année d'intervention, les patients ayant participé à un programme soutenant leur l'autodétermination ont vu les changements et les conséquences positives du traitement se maintenir dans le temps comparé aux patients n'ayant pas eu de soutien particulier à leur autodétermination. Ces

résultats se retrouvent également après deux ans d'intervention (Silva et al., 2011). On retrouve des résultats similaires dans une étude consacrée à des patients diabétiques de type 2 où le soutien à l'autodétermination est associé à la capacité pour la personne de gérer ses propres soins : celle-ci se traduisant par la mise en place d'une motivation plus autonome quant au contrôle de leur glycémie (Koponen, Simonsen, Laamanen, & Suominen, 2015). Browne et collaborateurs (2017) se sont quant à eux intéressés à des patients venant de subir un épisode de schizophrénie et ont mis en évidence qu'un programme d'aide nommé NAVIGATE permettait à ces patients de percevoir un soutien à leur autodétermination accru ayant pour conséquence d'améliorer leur qualité de vie et diminuer le score des symptômes liés à la schizophrénie. Au sein de ce programme sont sous-tendus la notion de prise de décision partagée et de soutien à l'autodétermination des patients. Ces conséquences bénéfiques sont confirmées dans une méta-analyse datant de 2012 où Ng et collaborateurs ont recensé l'ensemble des travaux de recherche effectués dans le domaine de la santé traitant de la relation que les patients avaient avec leurs médecins. Ils ont mis en avant que (1) la perception que les patients avaient du soutien à l'autodétermination dispensé par les professionnels de santé était associée à une meilleure qualité de vie, une meilleure vitalité, à la présence d'affects positifs, au maintien de l'arrêt de fumer, à la pratique plus régulière d'activité physique ou d'exercice physique, au maintien de la perte de poids à la suite d'un programme de remise en forme, à un meilleur contrôle de la glycémie, à une meilleure adhérence au traitement, à une meilleure hygiène dentaire et associée à une réduction des affects négatifs (dépression et anxiété) et (2) que le soutien à l'autodétermination se devait d'être approfondie en contexte hospitalier.

En parallèle d'un environnement soutenant l'autodétermination des patients, certains environnements peuvent à contrario être tournés vers le contrôle ne laissant pas au patient la possibilité d'intervenir dans les choix relatifs à sa santé ou le faisant agir en vue d'une éventuelle récompense (Amorose & Horn, 2000 ; Deci, Koestner, & Ryan, 1999 ; Ryan, 1980



; Vansteenkiste & Deci, 2003). Ainsi, à la suite d'études évaluant l'impact d'un environnement de soins contrôlant, les résultats ont montré que celui-ci est associé positivement à une santé mentale négative et négativement à une bonne santé physique (Ng et al., 2012). Ce type d'environnement implique également que les professionnels de santé ne tiennent pas compte des points de vue des patients, leur mettant une pression quant à la réussite des soins ou encore prenant les décisions au nom du patient concernant sa santé sans l'avoir consulté préalablement. Braddock III, Edwards, Hasenberg, Laidley et Levinson (1999) ainsi que Slade, Molloy et Keating (2009) ont montré que les professionnels de santé pouvaient adopter une approche de contrôle dans leur pratique professionnelle.

Il est important de noter que le concept de soutien à l'autodétermination a depuis évolué. En effet, des chercheurs ont réussi à catégoriser en trois dimensions nommées *structure*, *implication* et *autonomie* les attitudes et comportements associés à ce concept et les conséquences positives et / ou négatives de celui-ci (Chan et al., 2013 ; Vansteenkiste et al., 2012). Cette catégorisation s'est établie au travers de nombreuses recherches effectuées dans le domaine traitant de la relation parent-enfant (contexte familial) et ses conséquences sur les compétences scolaires et les modèles transactionnels d'influence de l'enfant (Grolnick & Ryan, 1989) ainsi que dans le domaine de l'éducation (Stroet, Opdenakker, & Minnaert, 2013). Tout d'abord, la dimension *structure* se définit dans le contexte familial par la mesure dans laquelle les parents ou autres aidants créent les conditions nécessaires pour que les enfants développent un sentiment de maîtrise et offrent une aide-permanente pour optimiser le développement des compétences de ceux-ci (Farkas & Grolnick, 2010 ; Grolnick & Pomerantz, 2009 ; Reeve & Halusic, 2009). La structure mise en place par les parents doit fournir de la guidance et des appuis sur lesquels les processus de développement de l'enfant peuvent s'adosser. Le Tableau 4 récapitule l'ensemble des comportements parentaux associés à cette dimension.



Tableau 4. Éléments liés à la dimension *structure*.

---

Aide à l'ajustement des environnements afin qu'ils puissent être maîtrisés par les enfants sans anxiété excessive
Transmettre des attentes cohérentes et claires
Fournir des conseils sur les contingences entre les comportements et les résultats
Offrir une rétroaction informationnelle significative lorsque les enfants participent à des activités
Éléments de soutien axés sur la promotion du sentiment d'efficacité des enfants dans l'action

---

Du côté du contexte scolaire, la dimension *structure* se caractérise par offrir de la clarté, de la guidance, des encouragements et des retours pertinents aux étudiants. Stroet et collaborateurs (2013, p. 67) ont mentionné que cette clarté passait par « *la définition d'instructions claires, compréhensibles, explicites et détaillées* » ainsi qu'un « *encadrement des leçons à venir* ». De leur côté, Jang, Reeve et Deci (2010) ont indiqué que les enseignants devaient offrir de l'aide et du soutien pour que leur fonction de guidance soit opérationnelle et fournir des commentaires constructifs et informatifs afin que ces derniers gagnent en contrôle sur les conséquences bénéfiques à venir. Enfin, Belmont, Skinner, Wellborn et Connell (1992) ont insisté sur le rôle des encouragements afin de développer chez les étudiants leur sentiment de contrôle sur leurs résultats scolaires.

En second vient la dimension *implication*. Celle-ci se définit par le dévouement et la bienveillance d'un parent, qui à la fois soutient l'enfant directement et transmet la parenté et la connexion lorsqu'il ou elle fait face à des défis de développement (Grolnick & Ryan, 1989). Le Tableau 5 mentionne ce que Grolnick et Ryan (1989) ont associé à cette dimension du soutien à l'autodétermination.

Tableau 5. Éléments liés à la dimension *implication*.

---

Le temps que les parents passent avec leurs enfants de façon interactive
Leur connaissance de la vie quotidienne de leurs enfants
Le ton chaleureux du contact interpersonnel

---

En milieu scolaire, la dimension *implication* (e.g., des enseignants) semble être le plus important prédicteur de l'engagement des étudiants (Tucker et al., 2002). Pour Belmont et collaborateurs (1992), les enseignants peuvent exprimer leur implication en montrant de l'affection, en exprimant leur accord en montrant qu'ils comprennent l'étudiant, en consacrant du temps à l'élève et enfin en montrant à celui-ci qu'ils sont fiables et disponibles pour offrir un soutien. En mettant à l'œuvre ces recommandations, des études ont montré que la motivation et l'implication des étudiants étaient plus conséquentes tant dans l'implication à réaliser les devoirs (Daly, Shin, Thakral, Selders, & Vera, 2009 ; Martin, Marsh, McInerney, Green, & Dowson, 2007), qu'à vouloir pousser plus loin leurs connaissances (Murray, 2009), ou encore à être motivés de manière plus autonome (Ryan, Stiller, & Lynch, 1994).

Enfin, la troisième dimension est appelée *autonomie*. Celle-ci est définie par Grolnick et Ryan (1989) par le fait de soutenir l'autre dans son autorégulation et son autogestion. Pour les parents, cela se traduit par une volonté de compréhension accrue et la nécessité de reconnaître le point de vue de l'enfant (cf. Tableau 6).

Tableau 6. Éléments liés à la dimension *autonomie*.

---

Le parent tente de comprendre et de reconnaître le point de vue de l'enfant
---

---

En milieu scolaire, la dimension *autonomie* se caractérise par offrir une possibilité de choix à l'étudiant de manière à ce que ce choix se fasse en accord avec ses préférences et intérêts (Reeve et al., 2004), une pertinence dans les activités proposées en rapport avec les centres d'intérêt de celui-ci (Belmont et al., 1992), et du respect via l'autorisation de la critique par exemple (Assor & Kaplan, 2001).

Plus récemment, Escriva-Boulley, Tessier, Ntoumanis et Sarrazin (2018) ont montré auprès d'une population formée d'un groupe d'enseignants suivant un programme de développement d'enseignement professionnel et d'un groupe d'enseignants n'en suivant pas (groupe contrôle) que fournir un cahier présentant des exercices d'apprentissage avec des instructions détaillées et le matériel nécessaire à leur réalisation pouvait les aider à structurer l'apprentissage et supporter l'autodétermination de leurs élèves. De plus, ce programme leur permettait d'échanger et discuter avec leurs collègues ce qui pour ces chercheurs leur a certainement offert la possibilité d'améliorer la mise en œuvre des stratégies supportant le besoin fondamental de compétence de leurs élèves. Concernant la dimension *implication*, ces chercheurs n'ont pas mis en évidence d'augmentation d'implication de la part des enseignants, mais ont tout de même montré que celle-ci restait stable dans le temps comparativement au groupe contrôle qui voyait leur implication diminuer sans pour autant être capable d'en identifier les raisons. De leur côté, Cheon, Reeve et Ntoumanis (2018) ont montré que des enseignants suivant un programme d'intervention visant à adopter un comportement de soutien à l'autodétermination voyaient une augmentation de leur soutien à l'autodétermination dispensé aux élèves. De plus, les comportements prosociaux et la satisfaction des besoins fondamentaux des élèves s'accroissaient. Dans le même temps, le sentiment de contrôle des enseignants diminuait ainsi que la frustration des besoins fondamentaux et les comportements antisociaux des élèves. Là encore, c'est au travers de la discussion, d'échanges, de la fourniture d'un matériel explicatif de ce qu'est le soutien à l'autodétermination que ces résultats ont pu être mis

en évidence. En ce qui concerne le domaine du sport, Cheon, Reeve, Lee et Lee (2015) ont également montré que la mise en place d'un programme d'intervention visant à développer la capacité des entraîneurs à mettre en place un environnement soutenant l'autodétermination de leurs athlètes (i.e., procédé similaire à celui mis en œuvre dans le domaine de l'éducation) permettait à ces entraîneurs de maintenir leur motivation et leur implication. En effet, les entraîneurs qui n'avaient pas suivi ce programme avaient, eux, vu leur motivation et leur implication à instaurer un environnement soutenant l'autodétermination de leurs athlètes se détériorer. Quant aux athlètes, les résultats obtenus étaient similaires (i.e., détérioration de la motivation et de l'implication) pour ceux dont l'entraîneur n'avait pas suivi le programme. Cependant, ceux dont l'entraîneur avait participé au programme voyaient leur motivation et implication se maintenir ce qui les a conduits à récolter davantage de médailles olympiques. Enfin, l'implication de l'entraîneur a été associée directement et indirectement (via la satisfaction des besoins fondamentaux) à la mise en place d'une motivation autonome chez les athlètes (Reynolds & McDonough, 2015).

D'autres études font état d'un lien entre les trois dimensions du soutien à l'autodétermination (i.e., *autonomie*, *structure* et *implication*) et les trois besoins fondamentaux (i.e., *autonomie*, *compétence* et *affiliation*). À savoir que le besoin fondamental d'autonomie peut être promu au travers d'une attitude soutenant l'autodétermination de l'individu ; le besoin fondamental de compétence peut être supporté en offrant de la structure et le besoin fondamental d'affiliation soutenu par la promotion de comportements affectifs ou de la compassion (Skinner & Belmont, 1993 ; Stroet et al., 2013). Ainsi revenant au domaine de l'éducation, les enseignants jouent un rôle, celui de pièce motrice d'un système permettant à l'étudiant de satisfaire ses besoins fondamentaux et de mettre en place une cascade de comportements bénéfiques via l'instauration d'une motivation autonome. Il semble donc possible grâce à des sessions d'entraînement « *d'éduquer* » les enseignants et / ou entraîneurs

à la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination de leurs élèves ou de leurs athlètes. La Figure 3 représente l'imbrication qu'ont ces variables entre elles.

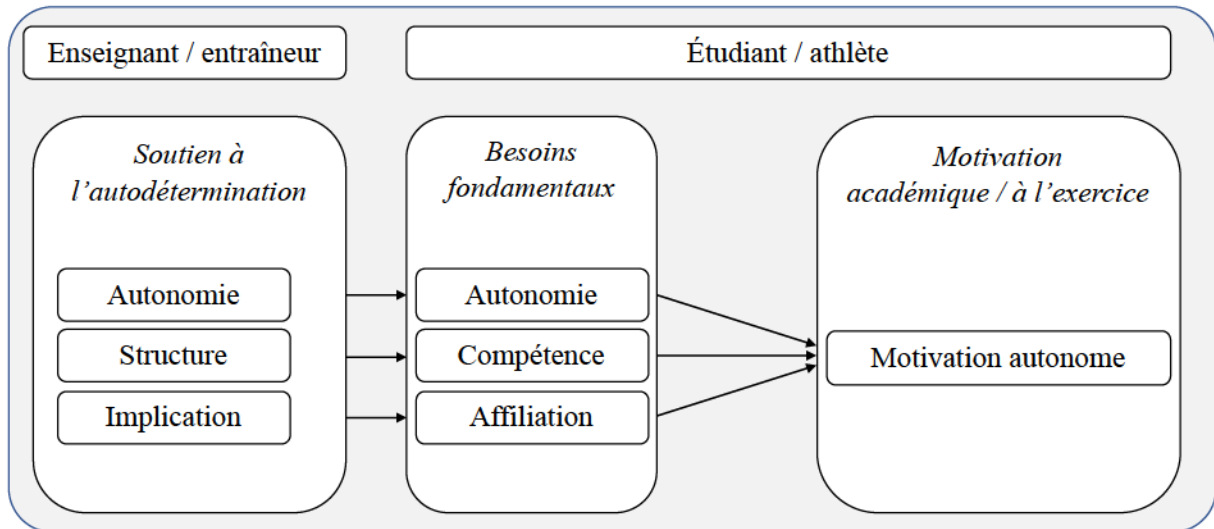


Figure 3. Répercussions de la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination sur la satisfaction des besoins fondamentaux et la motivation académique / à l'exercice des étudiants / athlètes.

Cependant, étant donné le lien spécifique que chacune de ces dimensions a avec chacun des besoins fondamentaux, il apparaît évident que l'ensemble de ces trois dimensions ne peut contribuer de manière équivalente à la création d'un environnement soutenant l'autodétermination des individus et que leur perception peut dépendre des caractéristiques propres de l'individu et de l'environnement lui-même. Lietaert, Roorda, Laevers, Verschueren et De Fraine (2015) ont ainsi montré que les caractéristiques de genre influençaient cette perception et que les garçons étaient moins engagés et percevaient de manière moindre le soutien mis en place par leur enseignant comparativement aux filles. De plus, il est apparu que les dimensions *implication* et *autonomie* étaient des facteurs influençant partiellement la différence entre l'implication des élèves et leur sexe et que les dimensions *structure*



et *implication* contribuaient de manière égale dans l'implication des élèves tous sexes confondus. Cependant, ces résultats n'ont pas été confirmés par Hospel et Galand (2016) pour lesquels seule la dimension *structure* était associée à l'implication des étudiants. Enfin, Wang et Eccles (2013) ont montré que les dimensions *autonomie* et *structure* étaient reliées à la mise en place d'émotions positives de la part des étudiants, et que seule la dimension *autonomie* était négativement reliée aux émotions négatives. Cette relation serait d'autant plus forte que la dimension *structure* est présente. Enfin, d'autres études ont montré que le sentiment d'autodétermination, les affects positifs ou encore l'utilité perçue étaient des mécanismes sous-jacents influençant la perception du soutien à l'autodétermination (Lee & Chatzisarantis, 2017). Ainsi, le soutien à l'autodétermination semble donc dépendre à la fois de caractéristiques personnelles et environnementales qu'il semble pertinent de creuser chez des patients hospitalisés dans un service SSR. À la lecture de ces différentes études, il apparaît que les environnements soutenant l'autodétermination des patients permettraient de développer des comportements favorables à leur santé. S'intéresser d'une part à la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985a ; Ryan & Deci, 2002) et d'autre part aux services SSR pourrait enrichir ce pan de recherches.

Cependant, les recherches effectuées dans le domaine hospitalier s'intéressant au soutien à l'autodétermination n'ont pris en compte soit que les points de vue des uns, soit que les points de vue des autres (i.e., professionnels de santé ou patients). Les dimensions associées (i.e., *autonomie*, *structure* et *implication*) au soutien à l'autodétermination dans le milieu hospitalier sont peu travaillées contrairement aux études dans les domaines du sport ou de l'éducation. Peu d'études ont également utilisé une méthodologie qualitative (De Naeghel, Van Keer, & Vanderlinde, 2014). Ces constats soulignent donc la nécessité d'études approfondissant les connaissances liées au soutien à l'autodétermination dans les services SSR en prenant en compte qualitativement les points de vue de l'ensemble des acteurs intervenants qu'ils soient

professionnels de santé ou patients. Notons par ailleurs que les services SSR bien qu'ayant soufflé leur dixième anniversaire d'existence ne sont que très peu étudiés en France. Or, ces services représentent l'unique alternative à l'engorgement des services de médecine traditionnelle.

Nous nous sommes intéressés au point de vue des acteurs impliqués dans la mise en place d'un tel environnement au travers des points de vue à la fois de ceux des professionnels de santé qu'ils soient médicaux et non médicaux et ceux des patients. Entwistle, Carter, Cribb et McCaffery (2010) ont souligné l'importance pour les professionnels de santé d'établir une relation de qualité et d'interagir avec le patient afin de créer une relation soignant-soigné de qualité et soutenir l'autodétermination du patient. Nous tenterons alors de répondre aux questions suivantes :

*« Par quel-s comportement-s cela peut-il passer ? »*

*« Comment cela peut-il être perçu par les patients ? »*

**A retenir :**

- La théorie de l'autodétermination interroge la place de l'environnement comme variable influençant la motivation autonome mise en place par l'individu.
- Le soutien à l'autodétermination a été étudié et caractérisé dans les domaines de l'éducation et de la famille, mais pas encore dans le domaine médical.
- Il a récemment été associé à ce concept trois autres dimensions (i.e., *autonomie*, *structure* et *implication*) rattachées respectivement aux besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation.
- Aucune étude n'a traité à la fois des points de vue des professionnels de santé et des patients.

## Étude 1 : professionnels de santé

## **2 Matériel et méthode**

### **2.1 Procédure**

Cette première étude a été menée sur une période d'un mois et a consisté en la réalisation de quatre groupes de discussion (focus groups). La permission de conduire cette recherche a été accordée par le Comité d'Éthique pour les Recherches Non-Interventionnelles Tours-Poitiers (dossier n° 2016-02-01). Une lettre d'invitation a été envoyée à huit structures SSR publiques ou privées, toutes situées au sein de la Région Centre-Val de Loire. Quatre services SSR ont répondu positivement à notre appel et ont accepté de participer. Après un accord avec les directeurs d'établissement, une réunion a été réalisée au sein de chacun de ces services avant la réalisation du focus group pour expliquer la présente démarche. Les professionnels de santé médicaux et non médicaux ont été informés de leur droit de ne pas participer à cette étude. L'ensemble des quatre focus group a été mené par le même modérateur au sein de chacun des services SSR dans une salle disposée en demi-cercle de manière à pouvoir être de face-à-face et maximiser les interactions. La durée moyenne des entretiens de groupe était de 75 minutes. Le recueil de données des points de vue des professionnels de santé s'est effectué sur le mois de mars 2016. En lien avec les recommandations de Morgan (1997), chaque focus group était composé de quatre à neuf participants afin de permettre à tous les participants de s'exprimer et d'avoir le temps nécessaire de développer leurs idées.

### **2.2 Participants**

Les données ont été recueillies auprès d'un échantillon de 26 professionnels de santé recrutés dans les services SSR ayant donné leur accord. Tous ont accepté volontairement de participer à l'entretien de groupe. L'échantillon final était composé de l'ensemble des professions médicales et non médicales intervenant au sein des services SSR (21 femmes et 5 hommes). Ainsi 23,08% ( $n = 6$ ) étaient aides-soignantes, 15,38% ( $n = 4$ ) étaient médecins,

15,38% ( $n = 4$ ) étaient infirmières, 11,54% ( $n = 3$ ) étaient agents des services hospitaliers qualifiés, 7,69% ( $n = 2$ ) étaient cadre de santé, 3,85% ( $n = 1$ ) était masseur-kinésithérapeute, 3,85% ( $n = 1$ ) était ergothérapeute, 3,85% ( $n = 1$ ) était assistante sociale, 3,85% ( $n = 1$ ) était diététicienne, 3,85% ( $n = 1$ ) était psychologue, 3,85% ( $n = 1$ ) était directeur d'une structure SSR et 3,85% ( $n = 1$ ) était surveillant général. Les participants étaient âgés en moyenne de 41 ans ( $ET = 9,48$ ). Les données présentant les caractéristiques en termes d'âge, de sexe, de statut professionnel, la répartition des professionnels de santé dans chacun des quatre focus group ainsi que l'effectif professionnel et le nombre de lits disponibles au sein des quatre services SSR sont rassemblées dans le Tableau 7.

Tableau 7. Âge, sexe, statut professionnel et répartition des professionnels de santé dans chacun des quatre focus group ainsi que l'effectif professionnel et le nombre de lits disponibles au sein des quatre services SSR.

Focus group	Profession	Âge	Sexe		Nombre de lits	Effectif du personnel
			Homme	Femme		
1	Médecin	40 et 55	1	1	96	57
	Agent des services hospitaliers qualifié	37	-	2		
	Infirmière	33 et 52	-	1		
	Aide-soignante	28 et 31	-	2		
	Cadre de santé	47	-	1		
2	Assistante sociale	35	-	1	36	27
	Psychologue	27	-	1		
	Diététicienne	48	-	1		
	Cadre de santé	32	-	1		
	Infirmière	22 et 36	-	2		
	Agent des services hospitaliers qualifié	52	-	1		
	Aide-soignante	55	-	1		
3	Ergothérapeute	41	-	1	60	35
	Kinésithérapeute	46	1	-		
	Aide-soignante	39 et 42	-	2		
4	Surveillant général	43	1	-	105	68
	Directeur d'une structure SSR	38	1	-		
	Médecin	33 et 56	1	1		
	Infirmière	52	-	1		
	Aide-soignante	46	-	1		
Total			5	21		



## 2.3 Matériel

### 2.3.1 Guide d'entretien du focus group

L'outil utilisé pour recueillir les points de vue des professionnels de santé est le focus group. Il suit une méthodologie d'un entretien semi-structuré en utilisant une thématique centrale, à savoir mieux cerner le soutien à l'autodétermination dans les SSR (Patton, 2002). La conduite d'un focus group se décompose en trois temps. La première partie de la séance dresse une présentation de la démarche, du modérateur et des participants et souligne la nécessité d'entendre tous les points de vue et que tous sont pertinents. Puis, le focus group débute et cela passe par un questionnement des participants au travers l'utilisation de questions ouvertes (e.g., qu'est-ce qui... ; comment...). Cela permet aux participants d'exprimer leurs expériences via leurs points de vue personnels (Blanchet & Gotman, 2010) (e.g., qu'est-ce que le soutien à l'autodétermination ? ; quelle stratégie mettez-vous en place dans votre service ?). En fonction des réponses des participants, une exploration (e.g., pouvez-vous m'en dire plus sur ce point ?) ainsi qu'une reformulation (e.g., qu'est-ce que vous voulez dire par... ; est-ce qu'il y a d'autres points de vue ?) pouvaient être amenées à être formulées. Également lorsque le modérateur a considéré cela nécessaire, des questions de suivi complémentaires ont pu être posées afin d'accroître la flexibilité et augmenter la qualité des réponses (cf. annexe 1). Enfin, la troisième étape a consisté en une synthèse verbale de la réunion par le modérateur qui par la suite a invité les participants à discuter de tous les problèmes et sujets qui n'ont pu être abordés. Finalement, en portant de l'intérêt au point de vue des professionnels de santé, le modérateur génère un sentiment de sécurité en chacun des participants au travers de l'élaboration d'une discussion fructueuse permettant aux participants d'être honnêtes et ouverts dans leurs réponses, de parler librement de leurs perceptions et de leurs expériences (Merton & Kendall, 1946).

### 2.3.2 Traitements des données

Chacun des focus group a fait l'objet d'un enregistrement sonore et a ensuite été retranscrit mot à mot (donnant 109 pages de texte ; voir tome 2). Les données textuelles ont été analysées avec le logiciel d'analyses qualitatives Nvivo version 10 (QSR-International) au travers d'une approche inductive (Thomas, 2006). Les entretiens ont été lus et relus à de nombreuses reprises par le modérateur et la directrice de la recherche à des fins de familiarisation dans le but de faire émerger des nœuds préliminaires. Le codage s'est ensuite affiné au fur et à mesure des discussions entre le modérateur et sa directrice de recherche ainsi qu'avec d'autres chercheurs considérés comme des « *pairs désintéressés* » (Lincoln et Guba, 1985, p. 308) afin de débattre de l'interprétation des conclusions générales obtenues par ceux-ci. Seulement quelques petites divergences ont été établies entre les chercheurs. Finalement, le logiciel QSR Nvivo 10 a été utilisé pour gérer les données comme suit :

- Pour chaque catégorie, une « *requête pour analyse de texte* » a été effectuée,
- Les mots les plus fréquents ont ensuite été mis en avant,
- Les catégories ont alors pu être associées à des mots et suites de mots extraits des points de vue des professionnels de santé.

## 3 Résultats

### 3.1 La dimension *structure*

Trois catégories ont été identifiées mettant en évidence la dimension *structure* : (1) offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins, (2) offrir un projet de soins de qualité et (3) construire / définir un projet de soins individualisé.

### 3.1.1 Offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins

La première catégorie associée à la dimension *structure* doit permettre aux professionnels de santé d'offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins du patient. Cela va passer par la mise en place de quatre comportements distincts.

Le premier, représentant 21% des points de vue issus des professionnels de santé, consiste à expliquer clairement les événements au patient. Ainsi, le patient prend acte de tout ce qui va être fait et des objectifs à atteindre. Ce premier comportement est illustré par les énoncés suivants :

*« Oui il y a un programme, un plan de soins qu'il faut qu'on fixe dès le début avec le patient, voilà d'où on part, voilà ce qu'il va falloir intégrer dans la récupération et qu'au bout des soucis de santé, ça va se faire plus doucement que quand vous aviez 20 ans, donc il faut apprendre à se remettre debout déjà et en expliquant les choses, ils comprennent tout. Il faut juste prendre le temps de leur expliquer les choses, il y a un contrat. » Médecin*

*« Bah déjà, en leur expliquant déjà toutes les choses qu'on va entreprendre, d'analyser avec eux ce qu'ils peuvent faire ce que ce qu'on peut palier et qu'ils ne peuvent pas faire, voilà en discuter avec eux, pour pouvoir déjà avancer, euh voilà des deux côtés. » Aide-soignante*

Le deuxième représentant 9% des points de vue concerne la valorisation des compétences du patient par des commentaires constructifs et informatifs. Cela impacterait sa motivation et permettrait de le rendre acteur de sa rééducation. Les énoncés suivants illustrent ce point :

*« Après je pense qu'aussi au SSR ce qui est fait c'est qu'effectivement on a beaucoup de personnes qui par exemple ne sont plus en capacité de marcher, mais vous valorisez aussi les autres compétences. »*

*Psychologue*

*« Leur rappeler d'où on part, parce que bien souvent ils disent ouais mais non on a rien, j'avance pas. Rappelez-vous quand vous êtes arrivé, vous ne bougiez pas du tout, maintenant, vous faites un pas, deux pas, vous vous levez, c'est le rythme qu'il faut savoir accepter à votre âge.*

*» Médecin*

*« Ça prend plus de temps. Je crois qu'il faut rester malgré tout positif. Même quand on sait qu'il y a une compétence qu'on sait qu'ils n'auront pertinemment plus, il faut leur expliquer pourquoi, qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour palier. » Médecin*

*« C'est aussi le travail de la réadaptation, c'est oui effectivement là la marche c'est compliqué, mais la toilette du haut, vous en êtes capable, voilà, c'est aussi valoriser les compétences qui restent ce qui n'est pas facile parce que les patients voilà. » Psychologue*

*« Ils sont plus axés sur les, ce qui leur pose le plus de difficulté et ça je pense que vous le faites aussi très bien ici c'est valoriser les compétences qui restent. » Psychologue*

Le troisième représentant 6% de leurs points de vue, concerne l'intérêt de faire des retours réguliers au patient (e.g., feedback). Cela est exprimé de la manière suivante :

*« Bravo, tout de suite on va vers le patient. » Cadre de santé*

*« Il peut arriver qu'il reste très longtemps aussi, que des fois au bout d'un mois ou deux ils ont fait des efforts, mais ils stagnent un petit peu, il faut continuer à avancer, mais on a déjà atteint quelques résultats, et là ils se découragent. Alors, on leur dit, mais rappelez-vous, deux mois en arrière, vous vous rendez compte tous les progrès et du coup ça remet, ça les remet un petit peu en route. » Agent des services hospitaliers qualifié*

Enfin, le dernier comportement représentant 6 % de leurs points de vue concerne l'information du patient sur ce qui va se passer. Cela est exprimé de cette manière :

*« Enfin, la décision d'institution ne peut pas se prendre que par la famille. Si le patient récupère, on est là aussi pour conseiller, informer. » Médecin*

*« La première question, c'est vous comment vous voyez les choses. Enfin, muni de tous les éléments qu'est-ce que vous avez envisagé, comment vous voyez le devenir et puis on réévalue ça, ce n'est pas toujours à la première visite que l'on peut vraiment voir où on va. Et maintenant, on est à 15 jours, comment vous voyez et en fonction de ce qu'il nous dit et des différents éléments de l'évaluation, on peut quand même avoir déjà une petite idée sur ce qui va être possible ou pas. Donc on est là pour conseiller nous. Informer, conseiller, ça c'est notre rôle, le bénéfice, le risque. Et puis soutenir dans des décisions qui ne sont pas toujours faciles à prendre. Mais on ne prend pas la décision à la place du patient. » Médecin*



### 3.1.2 Offrir un projet de soins de qualité

La seconde catégorie se nomme offrir un projet de soins de qualité. Au sein de celle-ci, les professionnels de santé ont mis en avant le rôle clé et actif de chacun des intervenants au travers la mise en place d'un travail pluridisciplinaire.

Le premier comportement associé à cette catégorie et représentant 28% des points de vue des professionnels de santé est le rôle et les missions de chacun des professionnels médicaux et non médicaux au sein du travail d'équipe, que ce soit à la fois individuellement ou collectivement. Cela s'est illustré de cette manière :

*« Tout ce qui n'est pas, tout ce qui est choix alimentaire, vestimentaire, parfum, ça on peut leur laisser le choix. Par contre, on a des obligations de levée au fauteuil et les médecins veulent, voilà, s'en tenir. C'est pour eux, c'est pour leur bien-être. » Aide-soignante*

*« Dans son cas là je pense que ça va même plus loin que ça, chacun a une obligation de soins c'est un établissement médical hospitalier qui a une obligation de soin. » Psychologue*

*« On a un cahier aussi de transmission entre paramédicaux et médicaux et donc parfois cela fait double parfois on parle de quelque chose avec l'infirmière du jour, mais on le note quand même dans le cahier comme ça cela permet de laisser une trace après et puis sinon par exemple les infirmières de nuit l'équipe de nuit elles nous laissent des mots dedans donc quand moi j'arrive le matin je les vois, toi aussi. » Médecin*

*« Il faut s'adapter à chaque situation, les patients ne sont pas pareils.... » Aide-soignante*

*« Après il y a toujours des exceptions, mais c'est vrai qu'il faut s'adapter aussi à cette population qui est plus âgée, qui est bien dans sa tête, qui a le corps qui vieillit et ça demande des adaptations aussi pour nous. » Infirmière*

Le deuxième comportement associé à cette catégorie et représentant 12% des points de vue des professionnels de santé est la présentation de chacun d'entre eux au patient, afin que chaque patient sache qui est en face de lui, quel rôle occupe le professionnel dans la structure et ce que professionnels de santé et patient vont faire ensemble. Cela est illustré par les énoncés suivants :

*« Moi quand j'aborde un patient déjà je me présente, la première des choses. » Kinésithérapeute*

*« Oui nous c'est pareil à l'arrivée on se présente on dit on explique aussi l'aspect du service la rééducation. » Aide-soignante*

*« Ça c'est une règle qui est essentielle, il faut que chaque personne qui rentre dans la chambre d'un patient se présente, et pour qu'il identifie et le visage et la personne et la fonction. Qu'il dise ce qu'il vient faire dans la chambre. Je pense que les gens sont habitués aussi. À partir du moment où l'on se présente, on leur dit ce qu'on va faire, et bah on les prend en considération parce qu'on vient les voir et on s'adresse à quelqu'un. » Médecin*

*« Se présenter, oui. Voilà, nom, prénom on va pas jusque là, mais euh on se présente, je m'appelle {...}. Je suis madame Intel. Je suis infirmière et puis on va faire ça. Voilà, on se présente puis on dit ce qu'on va faire. Même au niveau assistante sociale, diététicienne, moi je*

*pense que ça oui, c'est la première chose. Créer un lien, ça commence comme ça après. » Cadre de santé*

### **3.1.3 Construire / définir un projet de soins individualisé**

La troisième catégorie associée à la dimension *structure* a été nommée construire / définir un projet de soins individualisé. En effet, les services SSR de par leur volonté de soins personnalisés prônent une adaptation des professionnels de santé à chaque patient.

Représentant 12% de leurs points de vue, le premier comportement associé à cette catégorie consiste en la préparation du projet de soins. Cela est illustré de cette manière :

*« Du fait qu'ils soient inquiets d'arriver ici, après s'ils ont des inquiétudes, c'est celles par rapport au devenir et c'est à nous de bien fixer. Je crois encore que si l'on prend bien le temps de bien, les choses sur le projet et ce qu'on fait, c'est ou on en est, quels sont les problèmes et qu'est-ce qu'on va mettre en place, comment on va réévaluer les choses, ce sont des axes, des objectifs. » Médecin*

*« Le patient, il est là, avec qui et qu'il puisse vraiment adhérer au projet. À son projet finalement. » Ergothérapeute*

*« On donne un objectif précis à atteindre. Ça, c'est assez motivant quand même. C'est la base. » Kinésithérapeute*

Le second comportement associé à cette catégorie est celui d'adapter le plan de soins à la personne. En effet, l'objectif prôné par les services SSR étant celui de faire retrouver l'autonomie fonctionnelle du patient. Représentant les six derniers pour cent des points de vue des professionnels de santé concernant la dimension *structure*, cela est illustré de manière suivante :

*« Voilà ça c'est vrai que en tout cas pour le SSR de {...}, tout le monde a cette dynamique de faire progresser ou maintenir l'autonomie ou restaurer l'autonomie de chaque patient et euh d'encourager. » Cadre de santé*

*« On les confronte à la réalité voilà pour pas pour s'amuser à les confronter à la difficulté, mais pour leur permettre de pouvoir avancer derrière, sur autre chose. » Kinésithérapeute*

*« Après quand on voit que la rééducation est limitée, c'est aussi à nous de leur proposer un projet de vie en tout cas qui soit plus adapté. » Psychologue*

*« On est dans les soins de support et on est typiquement dans tout faire pour récupérer l'autonomie, faire en sorte qu'on récupère l'autonomie, qu'il soit acteur de sa sa récupération et qu'il existe vraiment comme un être à part entière. » Médecin*

Le Tableau 8 récapitule l'ensemble des catégories, leur importance et les comportements associés.

Tableau 8. Catégories, représentativité et comportements associés à chacune d'entre elles pour la dimension *structure*.

Catégorie	Représentativité (en %)	Comportements associés
Offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins	42	Expliquer clairement les choses (21)
		➤ Tout ce qui est fait doit être expliqué au patient
		➤ Objectifs
		Valoriser les compétences du patient (feedback) (9)
Offrir un projet de soins de qualité	40	➤ Motivation
		➤ Acteur de sa rééducation
		Communiquer régulièrement (6)
		Informar sur ce qui va se passer (6)
Construire/Définir un projet de soins individualisé	18	Rôle/mission du soignant au sein du travail d'équipe (individuellement et/ou collectivement) (28)
		➤ Obligation de soins
		➤ Transmission d'informations (passage de relai)
		➤ Repérage et signalement (compétences complémentaires)
		➤ Adapter le comportement au patient
		➤ Faire faire au patient les choses (tâches différentes)
		Présentation de soi et des objectifs, des buts clairs (12)
		➤ Pourquoi le patient est là, et vers où il tend, ce qui va être fait ensemble
		Préparer le projet (12)
		Adapter le plan de soins à la personne (6)
		➤ Leur faire retrouver l'autonomie



### 3.2 La dimension *implication*

Trois catégories ont été identifiées.

#### 3.2.1 Établir une communication positive à chaque instant

La première catégorie associée à la dimension *implication* a été nommée établir une communication positive à chaque instant. En effet, les professionnels de santé semblent persuadés que la réussite d'un séjour dans un service SSR passe par une communication efficace entre eux et le patient. Pour cela, les professionnels de santé tentent à la fois d'avoir une attitude prônant les encouragements (représentant 13% de leurs points de vue), l'écoute (13%), la bienveillance au travers des sourires ou encore les regards (9%) et d'être rassurants (8%). Ces attitudes vont pouvoir avoir lieu via une construction progressive de la confiance entre les professionnels de santé et le patient au travers d'échanges mutuels et du dialogue (14%). L'ensemble de ces attitudes sont illustrées de cette manière :

*« Oui oui, de toute façon on a toujours en tête le fait qu'il peut y avoir un problème de dépression et qu'il ne faut pas qu'on passe à côté, voilà. Parfois, ils sont tout sourire et quand même derrière, prendre le temps de parler un petit peu avec eux, c'est pas rare qu'ils se mettent à pleurer pour parce qu'ils ont pleins de choses à évacuer. » Médecin*

*« Puis c'est bien de faire reformuler un peu les choses aussi parfois parce que c'est important qu'ils expriment aussi par une simple question leurs angoisses et leurs questionnements un petit peu plus en détail, un petit peu plus parfois on arrive à comprendre un peu plus de choses. » Kinésithérapeute*

*« Mais si il y a une question, ils veulent une réponse. » Aide-soignante*

*« Après c'est la sympathie, l'empathie, je pense que ça peut allier. »*

*Infirmière*

*« On les rassure, on essaie de tout faire pour les rassurer. » Agent des services hospitaliers qualifié*

*« Après sur le côté positif, euh je pense que le soignant ou autre doit être droit dans ses bottes, sur de ce qu'il fait, enfin plutôt de l'assurance qu'il doit montrer aux patients, pour le rassurer plus que tout le temps le côté positif parce qu'il y a des patients, le côté positif ça ne marche pas. » Assistante sociale*

*« Il y a l'encouragement à chaque fois, à chaque fois. On encourage beaucoup, enfin moi je vois beaucoup de soignants qui encouragent. »*

*Cadre de santé*

### **3.2.2 Reconnaître et respecter le patient en tant que personne**

La seconde catégorie constituant la dimension *implication* se nomme respecter et reconnaître le patient en tant que personne. Au sein de celle-ci, le rôle du premier contact est présent à hauteur de 10% du point de vue des professionnels de santé contre 8% pour la connaissance personnelle du patient et la notion de respect de la personne. Nous retrouvons ensuite à 7%, l'importance de considérer le patient comme une personne, à 4% la nécessité de le vouvoyer pour maintenir cette distance soigné-soignant et enfin ne pas entrer dans le mensonge à 3%. Les énoncés suivants viennent illustrer ces comportements :

*« Pour créer du lien un petit peu et on explique enfin moi personnellement j'explique pourquoi je viens et j'essaie de savoir un petit peu si la personne sait aussi où elle en est. Quelles sont ses difficultés, qu'est-ce qu'elle a compris aussi de ce qui lui est arrivé, ce*

*qui a pu lui arriver un peu plus loin que le problème aigu ici. Moi je commence par là déjà que la personne sache. » Kinésithérapeute*

*« Rien que le fait de passer dire bonjour le matin, c'est le début de la création d'échange, de la reconnaissance de la personne en tant qu'être humain, voilà bonjour monsieur ou madame. Rien que ça, c'est la reconnaissance. » Surveillant général*

*« C'est de la bienveillance, du respect de l'autre. La façon de parler, l'intonation de la voix. » Infirmière*

*« La barrière elle est laissée par le vouvoiement, même, même si le patient part sur un tutoiement, ça arrive parce qu'on a quand même une population assez âgée, assez rurale, euh la barrière on la garde en gardant le vouvoiement. » Assistante sociale*

*« Il ne faut pas non plus aller dans le mensonge. » Cadre de santé*

*« C'est clair, c'est clair. Chaque individu, chacun a besoin d'un minimum de temps qu'on lui consacre pour se sentir bah respecté, écouté, entendu, soutenu, de cet ordre-là. » Kinésithérapeute*

### **3.2.3 Mise en avant des efforts**

Enfin, la troisième catégorie bien que ne représentant que 3% du point de vue des professionnels de santé au sein de la dimension *implication* se doit d'être malgré tout signalée. En effet, valoriser les efforts que les patients ont pu mettre en œuvre volontairement ou involontairement pour arriver à atteindre un objectif donné est envisagé par certains professionnels de santé dans le but suivant : ce qui a été récupéré doit être maintenu et ne pas disparaître du fait d'un arrêt de la sollicitation.

*« Même même quand le patient il n'y est pour rien, qu'il n'a fait aucun effort, rien qu'un pansement qui s'améliore, on a l'infirmière qui va dire oh, mais c'est super, et bah on est content, c'est bien même si lui il n'a rien fait pourtant le patient, mais voilà, mais si vous avez remangé, c'est bien. » Cadre de santé*

*« Le moindre petit effort il faut le mettre en valeur, c'est comme ça qu'il progresse. » Infirmière*

*« Bah je ne sais pas on n'est pas parfait non plus, je ne sais pas si, oui je pense que toutes les filles, enfin tout le personnel essaie de tendre vers cette valorisation. » Infirmière*

Le Tableau 9 récapitule l'ensemble des catégories, leur importance et les comportements associés.

Tableau 9. Catégories, représentativité et comportements associés à chacune d'entre elles pour la dimension *implication*.

Catégorie	Représentativité (en %)	Comportements associés
Établir une communication positive à chaque instant	57	Construire progressivement la confiance (14) ➤ Échanges mutuels ➤ Dialogue
		Encouragement (13)
		Écoute (13)
		Bienveillance (empathie ; sourire ; regard) (9)
		Rassurer (8)
Respecter et reconnaître le patient en tant que personne	40	Rôle du premier contact sur la reconnaissance du patient en tant que personne (10)
		Connaître (8)
		Respecter (8)
		Considérer le patient comme une personne (humain) (7)
		Vouvoyer (4)
Mise en avant des efforts	3	Ne pas entrer dans le mensonge (3)
		Valoriser ce qui est à faire, ce qui a été fait (3)



### 3.3 La dimension *autonomie*

Au sein de la dernière dimension, trois catégories et comportements associés sont ressortis issus des points de vue des professionnels de santé.

#### 3.3.1 Mise en place de stratégies

La mise en place de stratégies (51%) devance la liberté d'adhésion au projet de soins proposé au patient (33%) et la liberté d'expression du patient (16%).

Bien que souhaitant impliquer le patient dans son projet de soins de sa conception à sa réalisation, les professionnels de santé se sentent malgré tout confrontés à une obligation de soins leur imposant la marche à suivre auprès de leurs patients. Cela se concrétise par l'utilisation de stratégies ayant pour objectif d'aboutir à la réalisation d'un objectif ou d'une tâche sans contraindre le patient à l'exécuter, mais en lui donnant l'impression d'agir librement. Cela s'illustre par ces propos :

*« Oui c'est compliqué. Mais nous, oui on ne leur laisse pas forcément le choix sur tout. » Aide-soignante*

*« Après il y a la technique du non choix. Vous préférez être levé à 10h ou à 10h30 ? Tu laisses un choix, mais dans tous les cas il est levé. » Ergothérapeute*

*« C'est ça, on doit verticaliser quelqu'un euh on ne va pas, on n'a pas 36000 solutions de le faire. C'est après dans ce que je dirais qui va venir en plus que là on va donner beaucoup plus de choix. » Kinésithérapeute*

*« Dans son cas là je pense que ça va même plus loin que ça chacun a une obligation de soins c'est un établissement médical hospitalier qui a une obligation de soin. » Assistante sociale*

### 3.3.2 Liberté d'adhésion

Pour les professionnels de santé, bien qu'étant présent dans un service destiné à lui prodiguer des soins, le patient est libre d'adhérer ou non au projet de soins qui lui est proposé.

Cela est illustré de la manière suivante :

*« Enfin, c'est compliqué aussi je repense à la patiente (...) c'est vrai qu'elle refuse (...) elle me dit est-ce que j'ai le droit de refuser donc elle m'a clairement posé cette question-là et après j'en parle aux soignants il y en a qui sont plus là oui, mais si on l'écoute elle ne va jamais au fauteuil il faut la stimuler donc après voilà c'est dur aussi de trouver le bon équilibre (...) maintenant voilà effectivement elle a le droit de refuser aussi. » Psychologue*

*« C'est une proposition, c'est-à-dire qu'il faut aussi qu'ils adhèrent à ça. » Kinésithérapeute*

*« En plus l'escarre c'est quelque chose qui coûte cher c'est quelque chose qui nous prend énormément de temps et quand tu vois qu'en contrepartie que la patiente elle ne veut pas se lever je lui ai redit ce matin gentiment, mais vous savez je dis madame ça prend du temps de faire votre pansement je dis ça fait partie du traitement je dis vous levez ça fait autant parti du traitement que la thérapie après voilà moi je lui ai dit j'ai l'impression que ce que je dis que ça ne sert à rien. » Infirmière*

*« Et puis c'est leur choix aussi d'accepter ou pas enfin je demande toujours aux patients s'ils sont d'accord pour le soin c'est leur choix d'adhérer à ça et puis voilà s'il y a des jours où ils ne veulent pas on ne fait pas. On est, enfin moi je ne suis pas là pour obliger les gens. » Kinésithérapeute*

### 3.3.3 Liberté d'expression

Enfin, la dernière catégorie que les professionnels de santé ont souhaité mettre en évidence concerne la liberté d'expression du patient. Le projet de soins que les professionnels de santé veulent proposer au patient passe par une discussion avec lui et il leur est nécessaire de savoir ce que le patient pense. Ils vont alors chercher à obtenir son avis. Cela est illustré avec les propos suivants :

*« Elle exprime ses propres choix. » Infirmière*

*« On a aussi le droit à un moment de dire à un certain âge j'ai plus, c'est bon je ne vois plus l'intérêt de continuer. » Médecin*

*« Si la personne a toute sa tête, c'est un choix et il faut le respecter. »  
Aide-soignante*

Le Tableau 10 récapitule l'ensemble des catégories, leur importance et les comportements associés.

Tableau 10. Catégories, représentativité et comportements associés à chacune d'entre elles pour la dimension *autonomie*.

Catégorie	Représentativité (en %)	Comportements associés
Mise en place de stratégies	51	Mise en place de stratégies par les professionnels de santé ➤ Faire croire au patient qu'il choisit, que son comportement vient de lui
Liberté d'adhésion	33	Par le patient ➤ Libre adhésion ou non au projet de soins
Liberté d'expression	16	Le patient peut donner son avis ➤ Libre expression de ce qu'il pense

## 4 Discussion de l'étude 1

Dans cette première étude, notre objectif a été d'étudier les points de vue des professionnels de santé concernant le soutien à l'autodétermination de patients hospitalisés dans différents services SSR de la Région Centre Val de Loire.

Les professionnels de santé ont principalement parlé de comportements associés à la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination de leurs patients. En effet, concernant la dimension *structure* renvoyant au besoin fondamental de compétence, ils associent la nécessité (1) d'offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins, (2) d'offrir un projet de soins de qualité et (3) de construire / définir un projet de soins individualisé. Au sein de ces catégories, ressort clairement le rôle ou mission du soignant s'inscrivant dans un travail d'équipe tant individuellement que collectivement. Cela vient soutenir ce qui a été mis en avant lors de la conception des services SSR. En effet, la volonté première de ces unités de soins est de faire retrouver l'autonomie fonctionnelle au patient au travers d'une approche pluridisciplinaire. Ainsi, pour permettre ce travail tantôt individuel et tantôt collectif et harmoniser les savoirs et les connaissances de chacun des intervenants, les professionnels de santé conçoivent la transmission des informations comme nécessaire à une prise en charge optimale afin que chacun des membres de l'équipe puisse en tirer profit et adapter à son tour son approche. Cela va passer par (1) un repérage et un signalement de toutes les attitudes ou comportements pouvant venir entraver un bon séjour. Pour exemple, le fait que la population âgée soit plus « *consommatrice* » en traitements médicamenteux (Steinman, Handler, Gurwitz, Schiff, & Covinsky, 2011) demande aux professionnels de santé d'être attentifs. En effet, la non-adhérence à un traitement peut être plus difficile à détecter et à résoudre chez une population âgée que chez une population plus jeune au vu du nombre de médicaments qui peuvent lui être prescrits ; (2) par une adaptation du comportement des professionnels de santé non pas au « *patient* » en général, mais à la singularité du patient qui leur fait face et enfin, (3)



leur statut de service hospitalier qui leur confère une obligation de soins<sup>6</sup>, cela ne les empêchant pas de devoir expliquer clairement tout ce qui va être entrepris et fournir des objectifs au patient. Toutes les étapes doivent faire l'objet de discussions dans le seul but d'aider le patient à comprendre l'intérêt de celles-ci, d'obtenir son adhésion, son opinion et qu'il soit acteur (physiquement) de sa rééducation. En effet, Linn et collaborateurs (2012) ainsi que van Dulmen et van Bijnen (2011) ont montré qu'une communication insuffisante entre les professionnels de santé et les patients pouvait être à l'origine de la non-adhérence à un traitement proposé et à l'inverse que les compétences de communication des professionnels de santé étaient associées positivement à une augmentation d'adhérence au traitement (Lonsdale et al., 2017).

Pour la seconde dimension qui est celle de l'*implication* liée au besoin fondamental d'affiliation, les professionnels de santé laissent apparaître un climat permettant (1) l'établissement d'une communication positive à chaque instant, (2) le respect et la reconnaissance du patient en tant que personne et (3) la mise en avant des efforts réalisés par celui-ci. Les différents comportements associés à ces catégories renvoient à la nécessité pour les professionnels de santé d'encourager les patients, de les rassurer tout au long de leur séjour par la reconnaissance des efforts fournis, mais également en leur spécifiant des objectifs et en donnant des précisions sur toutes les étapes qui permettront de les atteindre. Les encouragements semblent en effet avoir des conséquences importantes sur les comportements de l'individu. Hwang, Etchegaray, Sciamanna, Bernstam et Thomas (2014) ont montré que des personnes engagées dans un programme de perte de poids voyaient les encouragements au travers des moyens numériques (e.g., réseaux sociaux) comme un élément venant soutenir leurs efforts les poussant ainsi à continuer. Dans le contexte scolaire, Yuan, Wu, Hu et Lin (2017) ont montré que les encouragements prodigués par les enseignants permettaient de développer

---

<sup>6</sup> Voir page 21

la créativité de leurs étudiants. Enfin, étant donné la relation qu'il peut exister entre les professionnels de santé et les patients (i.e., distance du fait de leurs rôles distincts), cela implique que les encouragements dispensés par les professionnels de santé ne peuvent avoir lieu uniquement sous forme orale. Guéguen, Martin et Andrea (2015) ont montré que l'établissement d'encouragements verbaux de la part des enseignants à des élèves permettait d'augmenter leur performance à une tâche donnée. Ainsi, ces résultats suggèrent qu'il faut que les professionnels de santé continuent d'utiliser et de mettre en pratique les comportements verbaux (e.g., encouragements). Également assimilé à cette dimension par les professionnels de santé, le rôle des premiers contacts apparaît comme un élément auquel ils attachent de l'importance. Pour Matumoto, Mishima, Fortuna, Pereira et Almeida (2009, p. 1002), l'accueil comprenant ces premiers instants de contact « *est compris ici comme un processus, résultat des pratiques de santé, produit de la relation entre agents de santé et usagers, constituant ainsi un ensemble d'actions réalisées de manière distincte au moment de la prise en charge, impliquant des postures et des conceptions que les travailleurs adoptent dans le but d'identifier les demandes et les besoins des utilisateurs* ». Pour les professionnels de santé, ces premiers instants passés auprès du patient leur permettent premièrement de présenter la structure, mais également d'être identifiés par le patient afin qu'il sache le rôle de chacun des professionnels de santé auxquels il aura à faire. Ces premiers temps sont vus par ces professionnels de santé comme un point de départ à la relation de confiance qui peut s'établir entre eux et le patient. Ainsi, il apparaît d'autant plus important de prendre en considération ces premiers temps que Brooks, Ballinger, Nutbeam et Adams (2017) ont montré à quel point ils étaient bénéfiques pour le patient. En effet, leur recherche a mis en avant que les personnes âgées recherchent ce besoin de communiquer avec les professionnels de santé et que la confiance qui en découle leur permet d'évaluer les compétences professionnelles et communicationnelles de ces

professionnels de santé, et de juger de la pertinence des traitements médicaux qui leur sont proposés par ces derniers.

Enfin pour la troisième dimension *autonomie* renvoyant au besoin fondamental d'autonomie, les professionnels de santé ont associé trois catégories telles que (1) la mise en place de stratégies, (2) la liberté d'adhésion et (3) la liberté d'expression. D'un côté, les professionnels de santé s'accordent sur le fait de laisser une place à la parole et au choix du patient dans son parcours de soins : des alternatives médicales pouvant lui être proposées. Cela sous-tend que la décision finale sera prise lorsqu'un accord aura été trouvé entre le patient et les professionnels de santé. Cela s'apparente à ce que nous avons pu définir précédemment concernant la mise en place d'une approche de soins centrée sur le patient telle qu'elle est prônée par les services SSR et dont les bénéfices pour le patient sont multiples allant de l'augmentation de sa motivation autonome (Koponen, Simonsen, & Suominen, 2017) à une meilleure adhérence au traitement (Umeukeje et al., 2016) en passant par une qualité de vie relative à la santé améliorée (Chen et al., 2017). D'un autre côté, les professionnels de santé confirment avoir recours à la mise en place de stratégies dans l'unique but de venir répondre à leur obligation de soins instaurée par la législation à laquelle ils sont soumis en tant que services hospitaliers. En effet, pour rappel il est notifié dans le cahier des charges propre à l'activité des établissements SSR, que ces structures se doivent de fournir au patient (Code de la santé publique, 2008c) :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient,
- des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage,
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Ces missions additionnées au fait que le passage en service SSR ne doit être que transitoire (i.e., retour à domicile ou placement en institution), leur confèrent la nécessité d'utiliser des stratégies pour arriver en un temps donné (le plus court possible dans l'optique d'une réduction des frais associés à chacune des prises en charge) à faire retrouver un minimum d'autonomie fonctionnelle suffisante pour mettre un terme au séjour du patient. Cela va passer par des non choix où l'objectif final (tout en donnant l'impression au patient de décider) sera acté par les professionnels de santé. À cela s'ajoute que les médecins sont également régis par le code de déontologie médicale dont l'article 9 retranscrit à l'article R.4127-37 mentionne qu'« *en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement...* » (Code de la santé publique, 2008a).

En résumé, le Tableau 11 présenté ci-dessous récapitule l'ensemble des résultats trouvés. Ceux-ci soulignent une vision positive, idéalisée et corporatiste de la part des professionnels de santé sur le climat favorable qui leur semble être effectif au sein de leurs services.

Cependant, pour approcher au plus près ce soutien à l'autodétermination en milieu hospitalier, il nous semble nécessaire d'avoir le point de vue des patients. Ainsi, comment ces comportements sont perçus par les patients ? L'étude 2 menée auprès de patients va nous apporter leurs points de vue.

**À retenir :**

- Les professionnels de santé ont été capables d'identifier des thèmes associés aux trois dimensions du soutien à l'autodétermination.
- Plus précisément, ils ont été capables d'identifier des comportements positifs liés à leur pratique professionnelle.
- Pour exemple, l'accueil et les encouragements au quotidien apparaissent comme des éléments clés d'un environnement soutenant l'autodétermination du patient.
- Aucune pratique professionnelle ne leur a semblé venir contrecarrer l'instauration d'un tel environnement.



Tableau 11. Tableau récapitulatif des résultats issus des points de vue des professionnels de santé.

	Offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins	Expliquer clairement les choses : → Tout ce qui est fait doit être expliqué au patient → Objectifs	Valoriser les compétences du patient (feedback) : → Motivation → Acteur de sa rééducation	Communiquer régulièrement	Informar sur ce qui va se passer
Structure	Offrir un projet de soins de qualité	Rôle/mission du soignant au sein du travail d'équipe (individuellement et/ou collectivement) : → Obligation de soins → Transmission d'informations (passage de relai)	→ Repérage et signalement (compétences complémentaires) → Adapter le comportement au patient	→ Faire faire au patient (tâches différentes) → Présentation de soi et des objectifs, des buts clairs → Pourquoi le patient est là, et vers où il tend, ce qui va être fait et	
	Construire/Définir un projet de soins individualisé	Préparer le projet	Adapter le plan de soins à la personne : → Leur faire retrouver l'autonomie		
	Établir une communication positive à chaque instant	Construire progressivement la confiance : → Echanges mutuels → Dialogue	Encouragement	Ecoute	Bienveillance (empathie, sourire, regard) Rassurer
Application	Respecter et reconnaître le patient en tant que personne	Rôle des premiers contacts sur la reconnaissance du patient en tant que personne	Connaitre	Respecter	Considérer le patient comme une personne (humain) Vouvoyer Ne pas entrer dans le mensonge
	Mise en avant des efforts	Valoriser ce qui est à faire, ce qui a été fait			
Autonomie	Mise en place de stratégies	Mise en place de stratégie par les professionnels de santé : → Faire croire au patient qu'il choisit, que son comportement vient de lui			
	Liberté d'adhésion	Par le patient : → Liberté d'adhésion ou non au projet de soins			
	Liberté d'expression	Le patient peut donner son avis : → Libre expression de ce qu'il pense			



## Étude 2 : patients

## 5 Matériel et méthode

### 5.1 Procédure

La même procédure concernant les entretiens de groupe a été mise en place. Les données concernant les patients ont été recueillies de septembre à décembre 2017. La permission de conduire cette recherche a été accordée par le Comité d'Éthique pour les Recherches Non-Interventionnelles Tours-Poitiers (dossier n° 2016-02-01).

### 5.2 Participants

Quatorze patients (11 femmes et 3 hommes,  $M_{age} = 85$  ans,  $ET = 7,62$ ) issus de trois établissements de la région Centre-Val de Loire ont été volontaires. Les origines de l'admission étaient les suivantes :

- 57,15% ( $n = 8$ ) pour fracture à la suite d'une chute (25% ( $n = 2$ ) du col du fémur ; 25% ( $n = 2$ ) de la branche ischio-pubienne ; 12,5% ( $n = 1$ ) de l'humérus ; 12,5% ( $n = 1$ ) du bassin ; 12,5% ( $n = 1$ ) de la rotule droite ; 12,5% ( $n = 1$ ) fémorale),
- 21,43% ( $n = 3$ ) pour des chutes sans fractures,
- 7,14% ( $n = 1$ ) pour une colectomie droite sur néoplasie,
- 7,14% ( $n = 1$ ) pour une luxation postéro latérale du coude,
- 7,14% ( $n = 1$ ) pour de l'hypertension artérielle sévère équilibrée.

Les données présentant les caractéristiques en termes d'âge, de sexe, d'origine de la venue et de répartition des patients dans chacun des trois focus group sont rassemblées dans le Tableau 12.

Tableau 12. Âge, sexe, origine de la venue et répartition des patients dans chacun des trois focus group.

Focus group	Origine de la venue	Âge	Sexe	
			Homme	Femme
1	Patient n°1 : colectomie droite sur néoplasie	85		1
	Patient n°2 : fracture branche ischio-pubienne	86	-	1
	Patient n°3 : fracture du col du fémur	70	1	
	Patient n°4 : luxation postéro-latérale du coude	78	-	1
	Patient n°5 : fracture rotule droite	84	-	1
	Patient n°6 : hyper-tension artérielle sévère équilibrée	74		1
	Patient n°7 : chute sans fracture	83		1
2	Patient n°1 : chute sans fracture	77	-	1
	Patient n°2 : fracture de l'humérus	95	-	1
	Patient n°3 : fracture du bassin	86	-	1
	Patient n°4 : fracture du col du fémur	82	1	-
3	Patient n°1 : fracture fémorale droite	97	-	1
	Patient n°2 : chutes à répétition	83	1	-
	Patient n°3 : fracture branche ischio-pubienne	78	-	1
Total			3	11

## 5.3 Matériel

### 5.3.1 Guide d'entretien du focus group

Le guide d'entretien utilisé a été le même que dans l'étude 1.

### 5.3.2 Traitements des données

Le traitement des données utilisé a été le même que dans l'étude 1. La retranscription mot à mot a ici généré 54 pages de texte (voir tome 2).

## 6 Résultats

Du côté des patients, nous retrouvons également les trois dimensions *structure*, *implication* et *autonomie* présentes chez les professionnels de santé. A la différence de ceux-ci, les patients associent des comportements ou faits positifs et négatifs à chacune de ces dimensions.

### 6.1 La dimension *structure*

#### 6.1.1 Offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins

Premièrement, les patients perçoivent eux aussi certains comportements identifiés par les professionnels de santé qui peuvent être associés à la catégorie offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soin. Concernant les aspects positifs mis en place par les professionnels de santé, les patients estiment avoir suffisamment d'explications (9%) et recevoir une valorisation de leurs compétences (8%). Cela est exprimé de cette manière :

*« Alors j'ai appelé le médecin, le médecin m'a expliqué bon. » Patient n°9*

*« Il y a un petit moment d'accueil si vous voulez, expliquer aussi un peu comment fonctionne l'établissement. » Patient n°3*

*« Ils vous expliquent ce qui, ce qu'on attend de vous. » Patient n°3*

*« Elles valorisent oui. » Patient n°7*

*« Ah bah bien sûr. Ça si le patient n'est pas motivé, ce n'est même pas la peine. » Patient n°3*

Cependant, représentant respectivement 10, 9 et 3% de leurs points de vue, le manque de temps, de disponibilité ou d'information sont des comportements ou attitudes négatifs que les patients pointent et mettent en avant au sein de cette première catégorie. Cela est illustré par les propos suivants :

*« Mais je me dis c'est normal elles n'ont pas le temps, alors bon elles répondent comme elles peuvent, pas forcément gentiment, mais elles n'ont pas le temps. » Patient n°2*

*« Elles n'ont pas le temps de s'occuper individuellement de chaque patient. » Patient n°3*

*« Euh un peu au courant, mais pas beaucoup. On ne fait pas une grande information tous les matins. » Patient n°3*

### **6.1.2 Offrir un projet de soins de qualité**

Deuxièmement, la catégorie offrir un projet de soins de qualité comporte également des points positifs et négatifs. Concernant les points positifs, les patients insistent sur le fait que les professionnels de santé prennent le temps de se présenter (16%), afin que chaque personne soit correctement identifiée et prônent le travail d'équipe soignant-soigné (8%). Les propos suivants illustrent ces comportements :



*« Ah oui ils se présentent, oui tout à fait. » Patient n°13*

*« Ah oui. Même la chef du service en bas elle, elle vient nous voir de temps en temps dans la chambre. » Patient n°13*

*« Euh je pense que c'est un ensemble, d'abord avec les soignants, docteur compris. » Patient n°3*

*« Ah bah dans la rééducation oui, ce n'est pas le soignant qui peut la faire à ma place. Bien sûr, il faut, on ne soigne pas quelqu'un sans que ça fasse une équipe. Parce que s'il n'y a qu'un participant, le mieux c'est d'en avoir deux, si on veut une équipe, il faut que tout le monde ait envie. » Patient n°3*

Pour les aspects négatifs, les patients s'accordent sur le fait que les services SSR semblent manquer d'organisation (12%) du fait probablement du sous-effectif (10%) et de la rotation importante au niveau des professionnels de santé médicaux et non médicaux (12%) qui animent ces services.

*« Elles courent partout, c'est comme pour nous aider à prendre des douches, elles n'ont pas le temps. » Patient n°11*

*« Moi je trouve c'est très difficile parce que ça change tout le temps, tout le temps. » Patient n°5*

*« Oui, c'est ça il manque un chef de service. » Patient n°7*

*« Cela change tout le temps. » Patient n°4*

*« Sans arrêt, et puis on n'arrive pas beaucoup à faire amitié, des fois à deux-trois personnes qu'on connaît un tout petit peu mieux, mais ce matin je ne sais pas, il y en a trois-quatre nouvelles, qu'on n'a jamais vus. Lundi, il y en avait encore d'autres nouvelles. C'est sans arrêt. Non. Les infirmières changent peut-être un petit peu moins. Oui, on les voit moins, elles n'ont pas le temps. Et le médecin, moi j'en ai déjà vu plusieurs en cinq semaines, mais ils changent moins, celui-ci il va peut-être rester un certain temps mais on n'en sait rien. » Patient n°5*

### 6.1.3 Construire / définir un projet de soins individualisé

Enfin, dernière catégorie associée à la dimension *structure* et détaillée par les patients est celle de construire / définir un projet de soins individualisé. Les patients s'accordent à dire que les comportements et attitudes des soignants tendent vers une adaptation du projet de soins au patient qui se trouve en face d'eux. Représentant 3% de leurs points de vue, cela est exprimé de la manière suivante :

*« Modérateur : elles adaptent aussi en fonction de vos ressentis ? Oui oui. » Patient n°5*

*« Non, mais lui il est très psychologue, il sait quand cela ne va pas parce que moi je vois depuis deux jours j'y allé, il sentait bien que ça n'allait pas, parce que si je force de trop là le toto donc il sait. L'autre jour, il m'a fait travailler, il savait, il sentait que je n'étais pas bien quoi. Et puis, il ne force pas. » Patient n°9*

Le Tableau 13 récapitule l'ensemble des catégories, leur importance et les comportements positifs et négatifs associés.

Tableau 13. Catégories, représentativité et comportements positifs et négatifs associés à chacune d'entre elles pour la dimension *structure*.

Catégorie	Représentativité (en %)	Comportements associés positifs (et %)	Représentativité (en %)	Comportements associés négatifs (et %)
Offrir de l'aide et du guidage dans le projet de soins	17	Explications (9)	22	Manque de temps (10)
		Valoriser les compétences (8) ➤ Motivation		Manque de disponibilité (9)
				Manque d'information (3)
Offrir un projet de soins de qualité	24	Présentation de chacun des professionnels (16)	34	Manque d'organisation (12)
		Travail d'équipe (8)		Rotation importante (12)
				Sous-effectif (10)
Construire/Définir un projet de soins individualisé	3	Soignants s'adaptent (3)		

## 6.2 La dimension *implication*

### 6.2.1 Établir une communication positive à chaque instant

La première catégorie associée à la dimension *implication* est établir une communication positive à chaque instant. Elle se compose à 18% de comportements négatifs via la rareté des échanges et leurs caractères peu profonds en termes de sens et de contenu. Cela est exprimé ainsi :

*« Elles n'ont pas le temps de parler. » Patient n°14*

*« De tout et rien, ce n'est pas de la haute philosophie. » Patient n°4*

*« Moi je sais que depuis que je suis là, depuis bah depuis début décembre j'ai eu aucun contact avec le personnel moi. » Patient n°2*

Pour les aspects comportements positifs associés à cette catégorie, les patients mettent en avant les qualités d'écoute (17%) et de bienveillance (13%) ainsi que les attitudes rassurantes (3%) et les encouragements (2%). Cela est illustré de cette manière :

*« Modérateur : Est-ce qu'ils sont à votre écoute, est-ce qu'il vous écoute ? Oui oui, ça je suis contente de vous le dire. » Patient n°1*

*« Oui franchement. Oui, on peut se reposer, on peut renouveler cette sorte de question un peu d'inquiétude de dire oh bah oui je vous avais demandé ça je, on peut le redire, je pense qu'on est écouté oui. » Patient n°13*

*« Bah oui bien sûr, mais elles sont souriantes par contre, il y en a quelques-unes qui sont très souriantes. Si on les rencontre, toujours un sourire. » Patient n°11*

*« Et on sent qu'on n'est pas un objet embêtant, en tout cas, il y a toujours un sourire, il y a toujours un petit mot. » Patient n°13*

*« Je ne l'ai pas vu moi, c'est un petit jeune qui hier est venu me rassurer. » Patient n°13*

### **6.2.2 Reconnaître et respecter le patient en tant que personne**

Pour la seconde catégorie, les patients soulèvent l'importance des premiers contacts représentant 20% de leurs points de vue, et mettent l'accent sur le fait qu'ils ont une confiance accrue envers les échelons supérieurs (10%). Cela est contrebalancé par le sentiment de devoir initier ces contacts (10%), même s'ils reconnaissent être respectés et traités comme une personne.

*« Il y a une question quand même pas d'intelligence c'est pas comme ça qu'il faudrait dire. » Patient n°2*

*« On n'a pas la même confiance, ça, c'est sûr. » Patient n°11*

*« Je pense qu'il faut pardon, je pense qu'il faut le demander peut-être. » Patient n°13*

*« Oui, on est très bien accueilli, tout de suite on est bien accueilli, presque tout le monde passe nous voir dans les chambres. » Patient n°11*



*« Il y a un petit moment d'accueil si vous voulez, expliquer aussi un peu comment fonctionne l'établissement. » Patient n°3*

*« Oui bah puis, par la suite, et ça permet de dire on ne m'a pas raconté d'histoires, ça se passe réellement comme on m'a dit. » Patient n°3*

### **6.2.3 Mise en avant des efforts**

Enfin, les patients s'accordent également sur le fait qu'il leur est important de pouvoir percevoir les progrès réalisés (2%).

*« Quand j'ai des progrès, elle dit ça, elle valorise oui. » Patient n°7*

*« Oui pour voir la progression. » Patient n°7*

*« Où on en est et ce qui nous reste à faire. » Patient n°4*

*« On a envie de lui faire plaisir donc de travailler un peu plus. » Patient n°9*

Le Tableau 14 récapitule l'ensemble des catégories, leur importance et les comportements positifs et négatifs associés.

Tableau 14. Catégories, représentativité et comportements positifs et négatifs associés à chacune d'entre elles pour la dimension *implication*.

Catégorie	Représentativité (en %)	Comportements associés positifs (et %)	Représentativité (en %)	Comportements associés négatifs (et %)
Établir une communication positive à chaque instant	35	Écoute (17)	18	Échanges rares et peu profonds (18)
		Bienveillance (13)		
		Rassurer (3)		
		Encourager (2)		
Respecter et reconnaître le patient en tant que personne	35	Premiers contacts importants (20)	10	Patient doit initier (10)
		Confiance dans les échelons supérieurs (10)		
		Patients = humains (3)		
		Respecter (2)		
Mise en avant des efforts	2	Besoins de voir les progrès (2)		

### 6.3 La dimension *autonomie*

#### 6.3.1 Mise en place de stratégies

Concernant les comportements associés à cette catégorie, les patients sentent avoir la possibilité de dire non face aux différentes stratégies employées par les professionnels de santé même si cela ne représente que 5% de leurs points de vue.

*« Ah mais on dit oui ou on dit non. Moi il y a des choses qu'on m'a dit de faire, j'ai dit c'est possible, d'autres non, on est en démocratie. »  
Patient n°9*

*« Bah oui voilà, ils ne nous imposent pas, vous voulez sortir, mais regardez. » Patient n°13*

#### 6.3.2 Liberté d'adhésion

Les patients estiment que le projet de soins qu'ils suivent au sein des services SSR est discuté entre eux et les professionnels de santé (17%) et soulignent que le patient se doit d'être à l'écoute de ce que les professionnels de santé leur suggèrent (5%).

*« Oui, voilà tout à fait. Donc leurs conseils sont quelquefois favorables, sans nous les imposer, si on écoute voilà, faut savoir aussi écouter, ce n'est pas toujours facile quand on est un petit peu brouhaha. » Patient n°13*

*« Non non, ils ne peuvent pas nous contraindre. Enfin pas moi, moi ils ne me contraignent pas. » Patient n°5*

*« Oui, oui. Bah on ne va pas me prendre sous les bras et me dire : allez marche. Bon je dis non pas aujourd'hui. » Patient n°5*

*« Si j'ai quelque chose à décider, c'est moi qui le ferai. » Patient n°12*

*« Un peu, mais à condition que l'on juge que ça doit être nécessaire, il faut quand même réfléchir un petit peu si c'est salubre ou si ce n'est pas tout à fait le moment. Des fois je dis bah, ce sera peut-être dans deux-trois jours, mais là non c'est un petit peu tôt. » Patient n°5*

### 6.3.3 Liberté d'expression

Enfin, aucun comportement ou attitude positifs ne sont associés à la catégorie liberté d'expression. Les discours des patients ne mettent en évidence que des aspects négatifs. Ceux-ci n'étant pas anodins, car leur proportion est de 50%. Les patients indiquent qu'ils subissent les événements et ce qui leur est proposé. Ils pointent l'utilisation de stratégies de la part des professionnels de santé quoiqu'ils puissent dire (23%). Cela fait référence à l'obligation de soins que se voient confier les services SSR. Ces éléments sont illustrés de la manière suivante :

*« C'est le médecin qui décide. » Patient n°9*

*« Bah là c'est différent, parce que le patient malgré toutes ses exigences n'est pas médecin. Il va peut-être connaître le nom de certains composants d'un remède, mais il ne va pas tout savoir. À ce moment, j'appellerais ça la confiance. C'est le médecin qui décide. » Patient n°3*

*« Alors si le docteur, le kiné vous préconise quelque chose, il a quand même de plus grandes compétences que vous pour savoir si c'est bon ou pas. » Patient n°3*

*« Parce que personnellement je trouverai complètement idiot et aberrant de remettre en cause les traitements d'un docteur, d'un kiné, d'un patron. » Patient n°6*

Le Tableau 15 récapitule l'ensemble des catégories, leur importance et les comportements positifs et négatifs associés.



Tableau 15. Catégories, représentativité et comportements positifs et négatifs associés à chacune d'entre elles pour la dimension *autonomie*.

Catégorie	Représentativité (en %)	Comportements associés positifs (et %)	Représentativité (en %)	Comportements associés négatifs (et %)
Mise en place de stratégies	5	Possibilité de dire « non » (5)		
Liberté d'adhésion	22	Projet de soins discuté (17) Les patients doivent être à l'écoute des conseils (5)		
Liberté d'expression			73	Patient subit (obligation de soins) (50) Stratégies d'incitation de la part des professionnels de santé (obligation de soins) (23)

## 7 Discussion de l'étude 2

L'objectif de cette étude 2 a été d'approfondir les connaissances quant au soutien à l'autodétermination dispensé par les professionnels de santé et la perception que pouvaient en avoir les patients.

Tout d'abord, concernant à la fois les dimensions *structure* et *implication*, les patients estiment recevoir des explications et de la valorisation de la part des professionnels de santé, mettant en avant ces comportements via leurs compétences communicationnelles. En effet, la perception positive que les patients ont des qualités de communication des professionnels de santé a été mainte fois étudiée (Williams & Deci, 2001 ; Williams, Freedman, & Deci, 1998 ; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002 ; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998). Elle a été exposée comme liée à une augmentation de la satisfaction de leurs besoins fondamentaux de compétence et d'autonomie, à la mise en place d'une motivation autonome ayant pour effet d'accroître l'adhérence au traitement, la capacité d'autogestion et la qualité de vie relative à la santé (Chang, Lonsdale, Ho, Yung, & Chan, 2009 ; Chen et al., 2017). Si l'on regarde de nouveau les comportements associés à ces deux dimensions, les patients ont souligné le fait qu'il est important pour eux que chacun des professionnels de santé se présente et le rôle bénéfique que peuvent avoir ces premiers instants de contact. L'étape de présentation des professionnels de santé apparaît comme un élément clé à la réussite d'un séjour en SSR. Cela permet aux professionnels de santé de présenter la structure, les intervenants ainsi que la direction vers laquelle tend le patient dans la poursuite de son parcours de soins. Par ailleurs, comme il a pu être dit précédemment, l'arrivée en SSR est souvent la conséquence d'un traumatisme brutal créant un état où le patient est perdu. Heery (2000) a ainsi montré que cette phase initiale de présentation des professionnels de santé au patient à son arrivée dans un service hospitalier lui permettait de réduire son anxiété. Cependant, les patients ont insisté sur le fait que malgré la bonne volonté de ces professionnels de santé, ceux-ci font face à des contraintes

institutionnelles importantes. Entre autres, les manques de temps, de disponibilité, d'information, d'organisation ou encore la rotation importante qui anime ces services et leur sous-effectif apparaissent comme des points de vulnérabilité. Ceux-ci peuvent amener le patient à percevoir l'environnement dans lequel il évolue comme non soutenant ce qui peut représenter un frein à la satisfaction de ces besoins fondamentaux de compétence et d'affiliation.

Enfin concernant la dimension *autonomie*, les patients s'accordent sur le fait de subir les événements. Cela sous-tend une défaillance quant à la satisfaction de leur besoin fondamental d'autonomie. En effet, celui-ci a comme il a pu être défini préalablement comme caractéristique de renvoyer au degré auquel un individu se sent volontaire et responsable de ses propres comportements, et implique le sentiment d'être l'initiateur de ses propres actions et d'avoir le choix (Ryan & Deci, 2000a). Or les patients ont clairement exprimé que les choix médicaux étaient du ressort des professionnels de santé et que le discours utilisé par les professionnels de santé n'était qu'un élément permettant d'expliquer au patient ce qui avait été décidé et ce qui allait se passer dans le but d'obtenir leur accord.

En résumé, le Tableau 16 présenté ci-dessous récapitule l'ensemble des résultats trouvés. Ceux-ci soulignent une vision beaucoup plus nuancée que celle des professionnels de santé sur le climat à leurs yeux contraignant qui leur semble être effectif au sein des services SSR.

#### **À retenir :**

- Les patients ont identifié des comportements de la pratique des professionnels de santé comme étant liés positivement aux thèmes associés aux deux dimensions de soutien à l'autodétermination (i.e., *structure* et *implication*). Cependant, le manque de temps (à destination du patient), le manque d'organisation ou encore de personnel sont autant d'éléments qui ne participent pas à la réussite d'un environnement soutenant régulièrement l'autodétermination du patient.
- Concernant la dimension *autonomie*, ces derniers sont venus nuancer les propos positifs des professionnels de santé en ajoutant des comportements liés à la pratique professionnelle comme venant à l'encontre de la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination.



## Structure

Offrir de l'aide et du guidage  
dans le projet de soins

Explications

Valoriser les compétences  
→ Motivation

Manque de temps

Manque de disponibilité

Manque d'information

Offrir un projet de soins  
de qualité

Présentation de chacun  
des professionnels

Travail d'équipe

Manque d'organisation

Rotation importante

Sous-effectif

Construire/Définir un projet  
de soins individualisé

Soignants s'adaptent



Établir une communication  
positive à chaque instant

Ecoute

Bienveillance

Rassurer

Encourager

Echanges rares et peu profonds

## Implication

Respecter et reconnaître le  
patient en tant que  
personne

Premiers contacts  
importants

Confiance dans les  
échelons supérieurs

Patients =  
Humains

Respecter

Patient doit initier

Mise en avant des efforts

Besoin de voir les progrès



Mise en place de stratégies

Possibilité de dire non



## Autonomie

Liberté d'adhésion

Projet de soins discuté

Les patients doivent être à  
l'écoute des conseils

Liberté d'expression



Patient subit (obligation de soins)

Stratégies d'incitation de la part des professionnels  
de santé (obligation de soins)

## 8 Discussion générale sur les convergences et les divergences entre les études 1 et 2

L'objectif de ces deux études a été d'identifier de manière séparée les comportements et attitudes sous-jacents d'un environnement soutenant l'autodétermination en SSR du point de vue des professionnels de santé et des patients. En effet, la théorie de l'autodétermination est une théorie de la motivation s'articulant autour de deux postulats : « *organismique* » et « *dialectique* ». Ainsi, c'est en cela et plus spécifiquement en lien avec le postulat « *dialectique* » que nous avons choisi d'interroger à la fois les professionnels de santé et les patients. Pour rappel, « *dialectique* » signifie que « *les différences de motivation, de rendement ou de bien-être sont le fruit de l'interaction entre la nature active inhérente à l'individu et les différents environnements sociaux qui la soutiennent ou l'entravent* ». Autrement dit, pour comprendre ces différences, il nous a paru nécessaire d'avoir une vision parcellaire (i.e., point de vue de chacun des acteurs) mais également et surtout intégrative (via la comparaison de leurs points de vue). En effet, les services SSR représentent l'environnement dans lequel évoluent ces acteurs et comprendre quels éléments mis en place par les uns peuvent apparaître soutenant ou entravant pour les autres passe par une vision intégrative. Il semble maintenant important de souligner les points de vue convergents et divergents entre les professionnels de santé qu'ils soient médicaux et non médicaux et les patients.

### 8.1 Les convergences

#### 8.1.1 Structure

Premièrement concernant la dimension *structure*, les professionnels de santé comme les patients s'accordent sur l'importance de la présentation de chacun des acteurs et le rôle clé des premiers instants. Ces deux éléments se déroulant lors de l'arrivée du patient en SSR constituent



l'accueil. Mohrmann et Shepherd (2012), avancent le fait que le mot accueil signifie : « *Qu'on est invité à venir* » ou si on est déjà présent « *à rester en compagnie de la personne au vu du caractère réjouissant de sa présence* ». En se basant sur cette signification associée à l'accueil, ces deux chercheurs (e.g., Mohrmann & Shepherd, 2012, p. 647) ainsi que Levinas (1969) invoquent que celui-ci est une « *obligation primaire* » des professionnels de santé. En effet, il permettrait de voir, de comprendre ou d'apprécier les besoins et les désirs des personnes devant nous ou anticiper comment nos actions pourraient être perçues par eux comme irrespectueuses, nuisibles ou injustes. Également, lorsque l'on s'intéresse aux souhaits des patients quant au début de la relation avec les professionnels de santé, les patients mettent en avant un panel de comportements qu'ils souhaitent voir déployer par les professionnels de santé. On retrouve des actions telles que serrer la main du patient, s'adresser au patient en prononçant son nom ou encore se présenter (Makoul, Zick, & Green, 2007). Ils ont également mis en évidence que lors de leur présentation, les patients avaient une préférence (56,4% d'un échantillon composé de 415 patients) pour l'utilisation du nom et prénom en lieu et place de « *Docteur (...)* ». D'autres recherches ont mis en avant le rôle bénéfique de l'accueil, suggérant que le support social créé par cet événement permettait de réduire l'anxiété de patients présentant une maladie coronarienne (Hughes et al., 2004) ou la peur (Idler & Kasl, 1997). Sobczak, Leoniuk, Janaszczyk et Pietrzykowska (2017) ont quant à eux montré dans une étude transculturelle (i.e., Amérique et Europe) que l'attente d'un patient face à son médecin pouvait varier concernant les formes verbales et non verbales de communication utilisées mais qu'un consensus était présent quant à la nécessité par le médecin de se présenter au patient et d'adopter des formes personnalisées de contact. Ainsi, nos résultats couplés aux différentes études viennent démontrer qu'il est important pour les professionnels de santé de ne pas négliger ces premiers instants, car ils apparaissent comme être la base d'un séjour réussi.

Deuxièmement, l'ensemble des acteurs s'accordent sur le fait qu'il est important de dispenser et de recevoir des explications et de la valorisation. Concernant les explications, les professionnels de santé ont obligation d'expliquer tout ce que le patient va être amené à faire ou recevoir que ce soit médicalement et / ou non médicalement. De plus, les explications outre leur caractère obligatoire permettent aux patients d'être plus satisfaits quant aux échanges qu'ils peuvent avoir avec leurs praticiens (Bertakis, 1977). Lorsque les professionnels de santé et les patients parlent ensuite de la valorisation, ils l'associent à la notion de feedback. En effet, lorsqu'un patient arrive dans un service SSR, celui-ci présente un état psychologique et physique donné. La prise en charge de ce patient par les professionnels de santé va alors lui permettre de retrouver des capacités physiques et / ou psychologiques ou encore d'amener le patient à des alternatives en cas d'impossibilité de retrouver l'état physique ou psychologique qu'il pouvait avoir dans son environnement précédent sa venue. Ainsi, que ce soit au travers des propos tenus par les professionnels de santé comme ceux tenus par les patients, il apparaît important que toute étape nouvellement franchie par le patient s'inscrive dans la prise en charge et l'amélioration de la situation du patient, en étant valorisée par la mise en avant des progrès ou de feedback. Ces feedbacks permettent au patient de prendre conscience des avancées, des progrès qu'il a pu réaliser. Les professionnels de santé comme les patients interrogés dans cette étude ont pointé le fait que les patients n'étaient le plus souvent pas en mesure de juger eux-mêmes des progrès réalisés et des objectifs atteints, et que les propos tenus par les professionnels de santé sur le déroulement / avancement de leur séjour étaient un point essentiel au maintien de la motivation autonome des patients.

Enfin, au sein de cette dimension *structure*, patients et professionnels de santé s'accordent sur l'objectif final qui est à atteindre. Cet objectif qui est détaillé par les professionnels de santé va dans le sens des missions de l'établissement et est confirmé par les patients. En effet, l'ensemble des acteurs s'accordent sur le fait que faire retrouver l'autonomie

fonctionnelle au patient est l'objectif final. Les professionnels de santé doivent adapter leur prise en charge de manière individuelle à chacun des patients se trouvant en face d'eux, et ses soins adaptés au cas par cas, dénommés « *soins individualisés* » dans la littérature scientifique anglophone, ont été mis en avant, quant à leurs bénéfices, dans de nombreuses études (Athlin, Furåker, Jansson, & Norberg, 1993 ; Henderson, 1997 ; Pollock, 1988 ; Rantz et al., 1998). L'étude de Tekin et Findik (2015) réalisée auprès d'une population hospitalisée à la suite d'une intervention chirurgicale orthopédique montre également que les patients ont présenté un niveau de satisfaction de soins plus élevé lorsque les infirmières ont dispensé des soins individualisés. Charalambous et collaborateurs (2016) ont mis en évidence que l'utilisation de soins individualisés était associée à une confiance accrue des patients envers leurs soignants. Enfin, Radwin, Cabral et Wilkes (2009) ont montré que l'individualisation des soins était positivement liée au sentiment de bien-être des patients atteints de cancer. En accord avec ces différentes études, notre travail doctoral contribue également à souligner leur importance.

### **8.1.2 Implication**

Pour cette seconde dimension, les professionnels de santé et les patients estiment que les premiers contacts apparaissent comme une étape indispensable à la reconnaissance de l'autre en tant que personne humaine et non pas uniquement en tant qu'« *objet de soins* » (Finset, Bieber, Brown, Deveugele, & Pieterse, 2017). Cette reconnaissance que s'accordent les deux parties (i.e., professionnels de santé et patients) a pour objectif de déboucher sur la mise en place d'une relation progressive de confiance grâce à des échanges mutuels. En effet, la confiance apparaît comme un constituant essentiel en soin clinique (Charon, 2001). Ainsi, en s'appuyant sur le modèle de la confiance établie par Reina, Reina et Rushton (2007) comportant trois composantes nommées (1) confiance dans les compétences (i.e., honorer les choix du patient, exprimer de la compassion), (2) confiance contractuelle (maintenir les accords établis

avec le patient, établir des objectifs) et (3) confiance accordée dans la communication respectueuse que l'autre nous octroie, nos résultats suggèrent que la construction de la relation de confiance entre les professionnels de santé et le patient est basée sur la communication. Cependant comme Starfield (2011) a pu le mentionner, il n'est pas certain que les participants aient envisagé toutes les composantes du modèle détaillé précédemment concernant la relation entre les professionnels de santé et les patients. Cette absence de prise en charge holistique pourrait limiter les effets de la confiance sur la satisfaction du besoin fondamental d'affiliation du patient et son implication dans la volonté d'adopter des comportements de santé positifs. De plus, patients et professionnels de santé s'accordent sur des attitudes bienveillantes qui peuvent être à l'origine de la satisfaction de leur besoin fondamental d'affiliation. Ainsi, que ce soit par des encouragements, des attitudes empathiques via des sourires ou des regards ou des attitudes rassurantes, les professionnels de santé comme les patients semblent respectivement les mettre en place et en avoir besoin. Pour revenir à l'instauration d'une relation de confiance entre les différents acteurs (i.e., patients et professionnels de santé), Graham, Shahani, Grimes, Hartman et Giordano (2015) relatent que le manque de confiance des patients envers à la fois les professionnels de santé et le système de santé est associé à de moins bonnes conséquences liées à la santé. D'autres études viennent appuyer ce constat et ajoutent que ce manque de confiance est associé à une diminution de l'adhérence au traitement et à la tendance à ne pas suivre les recommandations de modifications de mode de vie (Hall, Camacho, Dugan, & Balkrishnan, 2002 ; Hall, Dugan, Zheng, & Mishra, 2001 ; Hall, Zheng, et al., 2002 ; O'Malley, Sheppard, Schwartz, & Mandelblatt, 2004 ; Parchman & Burge, 2004 ; Thom, Ribisl, Stewart, & Luke, 1999). Instaurer un environnement de confiance semble donc faire partie intégrante de la réussite d'un séjour et patients comme professionnels de santé ne doivent en aucun cas négliger ces premiers instants qui semblent permettre son établissement.



Vient ensuite la notion de respect qui est partagée par l'ensemble des acteurs même si celle-ci semble légèrement plus prépondérante dans les points de vue issus des professionnels de santé. D'une perspective psychologique, le respect est défini par Gaines (1995) comme « *l'acceptation sociale d'une autre personne* ». Ainsi, comme nous avons pu le détailler précédemment, les premiers instants permettent aux différents acteurs de se connaître et ainsi aboutissent à la reconnaissance de chacun en tant que personne et la mise en place d'une relation de confiance. Pour que cette relation établie puisse perdurer tout au long de la durée du séjour, il est important que les professionnels de santé et les patients se respectent mutuellement. En effet, Renger, Renger, Miché et Simon (2017) ont montré que le fait d'être reconnu comme un égal (i.e., être humain et non plus objet de soins) permettait à l'individu de percevoir plus grandement son autodétermination et faciliter les relations de coopération. L'étude qualitative menée par Dickert et Kass (2009) a montré que le respect était composé de différents éléments tels que l'empathie, les soins, l'autonomie décisionnelle, la provision d'information, la reconnaissance de l'individualité, la dignité et l'attention portée aux besoins du patient. Ces composants sont en partie ceux retrouvés au sein de notre étude. Finalement, le respect apparaît comme être lui aussi un élément indispensable à la réussite d'un séjour en SSR. Il permet d'engendrer de la confiance, indispensable à l'instauration d'une relation de confiance durant la durée du séjour afin d'accroître la relation de travail soignant-soigné ayant pour objectif commun de faire retrouver l'autonomie fonctionnelle du patient (Frosch & Tai-Seale, 2014).

## **8.2 Les divergences**

### **8.2.1 Structure**

Charles (2017) a montré que le soutien à l'autodétermination des patients passait par le soutien de la structure à l'autodétermination du personnel (e.g., infirmières). Ainsi, une ambiguïté semble être présente lorsque l'on regarde la dimension *structure*. En effet, celle-ci



semble à la fois soutenir les patients leur permettant d'être plus efficaces dans leurs actions, mais également être perçue au sein de ce même environnement comme relativement contraignant par les patients ne permettant pas la satisfaction de leur besoin fondamental de compétence. En effet, les contraintes institutionnelles mises en avant par les patients représentent quantitativement 56% de leurs points de vue indiquant c'est un point à améliorer et à ne pas ignorer. Ainsi le manque de temps relevé dans notre étude est un élément qui ressort également au sein d'une enquête réalisée pour *The Physicians Foundation*. Regina Corso Consulting (2017) a montré sur un échantillon de 1 747 patients que seulement 14% des médecins et 11% des patients estimaient que le temps destiné aux soins était suffisant. Similairement, Trentalange et collaborateurs (2016) ont mis en évidence chez 7 620 vétérans américains que la hausse des taux globaux de satisfaction était due à la perception importante du temps passé avec le médecin. Ces constats soulignent la nécessité pour les établissements de santé d'accroître le temps passé auprès du patient, que celui-ci soit consacré aux soins médicaux ou à échanger autour de discussions non médicales.

Les patients ont également pointé des difficultés d'organisation au sein de ces services SSR. Celles-ci peuvent être en partie dues au faible effectif des professionnels de santé. Ce constat de « *dysfonctionnement* » éclairé par les propos des patients est retrouvé dans les médias actuels et est relayé par l'ensemble des professions exerçant dans le domaine hospitalier, quelle que soit leur position dans la hiérarchie hospitalière. Ainsi, agissant en tant que porte-parole de la profession médicale, Patrick Pelloux, le président de l'association des médecins urgentistes hospitaliers de France (AMUHF), siégeant à la commission médicale d'établissement (CME) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), constate et tente de faire entendre auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé l'urgence de la situation et la nécessité de mettre un frein aux économies budgétaires affectant les hôpitaux publics français, affirmant « *je ne crois pas qu'il y ait des emplois en trop à l'hôpital* ».

Enfin, concernant le sentiment de rotation importante de la part des professionnels de santé médicaux et non médicaux, les propos tenus par les patients concordent avec ce qui ressort du rapport « *Absentéisme et rotation du personnel des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2011* » réalisé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2013). En effet, celui-ci indique un taux de rotation dans les structures hospitalières publiques de 9,9% pour les professions non médicales et 9,5% pour les professions médicales. Au sein de celles-ci (i.e., professions médicales), ce sont les infirmières diplômées d'État avec un taux de rotation de 10,9% qui devancent les aides-soignantes présentant un taux de rotation de 7,9%. En ce qui concerne les établissements privés, le taux de rotation du personnel en globalité est de 14,1%.

Ainsi, le manque de personnel couplé au manque de temps et au manque d'organisation et à une rotation importante des professionnels de santé médicaux et non médicaux semble influencer de manière négative le séjour des patients hospitalisés dans les services SSR. Cependant, il apparaît important de nuancer nos propos, car à aucun moment, les professionnels de santé n'ont exprimé la nécessité d'augmenter leur effectif ou n'ont semblé percevoir les éventuelles rotations mises en place dans leurs services comme pouvant avoir des effets négatifs.

### **8.2.2 Implication**

Si l'on regarde maintenant la dimension *implication*, certains éléments entre les professionnels de santé et les patients divergent. En effet, les patients mentionnent le fait que ces échanges ne sont que trop rares et superficiels pour réellement influencer la qualité de la communication entre eux et les professionnels de santé et qu'il leur est nécessaire d'initier des contacts pour qu'un échange puisse avoir lieu. Similairement, Neumann et collaborateurs (2011) ont établi le même constat et ont indiqué que les compétences de communication des

professionnels de santé auraient besoin d'être revues. Cela pourrait faire l'objet d'une harmonisation des résultats obtenus à l'issue de ce travail doctoral aux recommandations effectuées par Rosenbaum (2017) prônant l'utilité d'incorporer dans l'éventail des compétences communicationnelles des professionnels de santé un questionnaire approprié, des temps d'écoute efficaces, des attitudes empathiques ainsi que la possibilité d'aboutir réellement à une prise de décision partagée. En effet, il est important de souligner que l'empathie représente une compétence de communication essentielle dans la mise en place d'une approche de soins centrée sur le patient (Stewart, 2001) et dans l'instauration de la relation de confiance entre le patient et ses professionnels de santé médicaux et non médicaux.

Ces divergences peuvent donc induire une défaillance quant à l'établissement d'une relation de confiance au regard des éléments nécessaires à sa constitution vus précédemment et de la nécessité de temps pour la construire. Il a été montré qu'une relation de confiance entre différents individus (i.e., patients et professionnels de santé) nécessite une construction dans le temps et qu'elle aurait comme bénéfice pour le patient comme pour les professionnels de santé de les mettre à l'aise lors d'échanges collaboratifs (chacun des acteurs écoutant et intégrant le point de vue de l'autre) afin d'aboutir à une prise de décision réellement partagée (Shay & Lafata, 2014). Brooks et collaborateurs (2017) ont souligné l'importance de la relation de confiance en mettant en avant son rôle dans l'établissement d'une communication efficace entre les patients et leurs professionnels de santé.

### **8.2.3 Autonomie**

La principale divergence dans les points de vue entre les professionnels de santé et les patients concerne la dimension *autonomie*. Plus spécifiquement, pour cette troisième dimension, les professionnels de santé et les patients tiennent des propos divergeant concernant

d'un côté la promotion de l'utilisation de stratégies par les professionnels de santé et de l'autre le sentiment de subir les événements par les patients.

En effet, les professionnels de santé ont mis l'accent sur la nécessité (allant même à parler d'obligation de leur part) de recourir à l'utilisation de stratégies permettant de faire progresser le patient qu'il le veuille ou non. Bien qu'encourageant les patients à être autonomes dans leurs actions et leurs décisions, les professionnels de santé considèrent avant tout que les patients agissent en conformité des prescriptions et recommandations effectuées par les professionnels de santé eux-mêmes. De cette manière, cela exclut implicitement les attitudes ou activités des patients ce qui peut avoir comme effet de susciter de la contestation ou de la résistance (Entwistle et al., 2010). Berger, Boss et Beach (2017) ont évoqué le fait que les professionnels de santé ne demandaient que trop rarement l'avis au patient et ont confirmé que la prise de décision partagée ne peut être une « *norme* » à l'hôpital. Cela se retrouve au niveau des points de vue exprimés, car même si d'un côté, les professionnels de santé ont mis l'accent sur la possibilité pour les patients d'adhérer ou de s'exprimer sur le projet de soins qui leur est proposé (i.e., 49% de leurs propos), ces éléments ne représentent que 22% des propos issus des points de vue des patients. Il semble alors y avoir une disparité entre ce que peuvent mettre en place les professionnels de santé et ce qui est perçu par les patients. Une explication pourrait venir de la définition non consensuelle de la notion d'autonomie. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, la notion d'autonomie définie par la théorie de l'autodétermination ne renvoie pas conceptuellement à l'autonomie décisionnelle telle que comprise dans le domaine médical. Si l'on reprend l'ambivalence retrouvée dans l'étude de Scott et collaborateurs (2003) portant sur les perceptions d'autonomie des patients et des infirmières, il est montré que l'autonomie décisionnelle et la mise en place des comportements des patients via la pratique des infirmières se définissaient comme passant par la réception et le don d'informations. Ainsi, c'est par l'intermédiaire de ces échanges qu'une décision conjointe sera



prise, ce qui exclut de fait l'idée pour le patient d'être l'initiateur de ses actions et le restreint dans son processus de décision (Boyle, 2004).

Ainsi, bien que les échanges et la communication semblent être des points essentiels à la réussite de leur séjour, les patients n'ont pas réellement abordé le concept de partenariat avec les professionnels de santé. En effet, selon Pomey, Ghadiri, Karazivan, Fernandez et Clavel (2015), le concept de partenariat reposerait sur trois principes : (1) la reconnaissance des connaissances expérientielles du patient, (2) la capacité du patient à devenir un membre à part entière d'une équipe de soins et (3) un alignement des décisions prises par les professionnels de santé avec le projet de soins du patient. Or, Brown et collaborateurs (2014) viennent nuancer le principe (2) en montrant que les patients ne souhaitaient pas nécessairement créer un partenariat avec les professionnels de santé. En effet, ces derniers ne s'octroient ni les connaissances ni les compétences utiles à une prise de décision. Ils ne se sentent pas en mesure de décider ce qui est bon ou mauvais pour eux et se laissent alors porter par les professionnels de santé qu'ils jugent experts. Également, pour le principe (3), aligner la prise de décision en prenant en compte l'avis du patient et des professionnels de santé semble difficilement réalisable. Lors de l'établissement du projet de soins individualisés, il est fort à parier que les professionnels de santé savent déjà quelles orientations médicales et non médicales prendre pour le retour à l'autonomie fonctionnelle du patient concerné. Pour compléter nos propos, de nombreuses études viennent appuyer le fait que cette population (âge supérieur à 65 ans) apparaît comme étant la moins encline à s'impliquer dans les décisions de soins et la plus encline à se laisser guider (Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel, & Arnold, 2008 ; Schneider et al., 2006 ; Sulmasy et al., 2007 ; Y. Zhang et al., 2011). Des recherches attribuent ce comportement à la sévérité que peut représenter leur maladie, le manque de connaissances qu'ils peuvent avoir sur leur pathologie ou encore la peur de prendre conscience de tout ce que peut représenter leur maladie (Ekdahl, Andersson, Wirehn, & Friedrichsen, 2011 ; Schneider et



al., 2006). De plus, des éléments mis en évidence par l'étude de Shay et Lafata (2014) tendent à montrer qu'un frein peut exister quant à la volonté réelle des patients d'intervenir dans les décisions liées aux soins médicaux. En effet, Blanchard, Labrecque, Ruckdeschel et Blanchard (1988) ont indiqué que les patients (1) préféraient que toutes les informations médicales et non médicales les concernant leur soient fournies et (2) que les médecins étaient les personnes compétentes dans la prise de décisions liées à la santé et que leur place de patient ne leur donnait pas nécessairement l'obligation ou la volonté de prendre part à cette prise de décision. Cela est également appuyé par l'étude de Chiu, Feuz, McMahan, Miao et Sudore (2016) pour lesquels près d'un cinquième des 146 patients interrogés souhaitaient que l'ensemble des décisions thérapeutiques soient prises par le médecin. Pour rappel, l'admission des patients dans les services SSR fait suite à un traumatisme soudain et pour la plupart, ils ont comme objectif final de rentrer au domicile familial le plus tôt possible. Ceci peut apparaître comme un facteur explicatif de la non-participation qualifiée d'active dans les choix liés à leur santé et la volonté de se « *laisser porter* » par les compétences des professionnels de santé.

À la lecture des résultats, nous pouvons nous questionner sur la difficulté réelle de comprendre la notion d'autodétermination telle que prônée par la théorie de l'autodétermination et ses conséquences dans un cadre institutionnel contraignant tant au niveau des freins qui peuvent venir à la fois des professionnels de santé que des patients quant à l'instauration d'un environnement soutenant l'autodétermination des patients. Nous pouvons également noter que la liberté d'adhésion ou encore d'expression ne convergeant pas sur un consensus entre patients et professionnels de santé peut apparaître comme un élément supplémentaire entrant en opposition à la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination des patients et *in fine* à l'acquisition de l'autodétermination de ces derniers et à la satisfaction de leur besoin fondamental d'autonomie. Bien que Finset, Bieber, Brown, Deveugele et Pieterse (2017) ont montré qu'il existait un lien entre la prise de décision partagée et le soutien à

l'autodétermination, si l'environnement dans lequel évolue les patients ne réunit pas les conditions suffisantes et nécessaires à la mise en place d'une prise de décision partagée via un projet de soins centré sur le patient, l'environnement à proprement parlé ne peut pas prétendre soutenir l'autodétermination des patients y évoluant.

Plus généralement, ces deux études soulignent l'importance de prendre en compte l'ensemble des acteurs professionnels de santé et patients lorsque l'on s'intéresse à la définition d'un environnement soutenant l'autodétermination de patients hospitalisés dans un service SSR. En effet, un tel environnement doit pouvoir fournir aux patients des éléments appartenant aux trois dimensions définissant le soutien à l'autodétermination (i.e., *structure*, *implication* et *autonomie*) : ces dimensions étant elles-mêmes rattachées à la satisfaction des trois besoins fondamentaux (i.e., compétence, affiliation et autonomie) pour leur permettre de mettre en place une motivation autonome (e.g., à l'exercice en contexte de santé<sup>7</sup>). Cependant, il est apparu que les visions des professionnels de santé et des patients divergeaient, et cela, principalement concernant la dimension *autonomie* du soutien à l'autodétermination (cf. Figure 4). Ainsi, sans la possibilité pour les environnements de fournir l'ensemble de ces éléments, ils tendraient à être perçus davantage comme contraignants et se situeraient sur le continuum de soutien / contrôle à l'autodétermination du côté du contrôle. Ils contribueraient *in fine* à un séjour en SSR non optimisé, non basé sur une réelle collaboration patient-soignant dans les processus de prise de décision aboutissant à la mise en place par le patient d'une motivation plus contrôlée (e.g., à l'exercice en contexte de santé).

---

<sup>7</sup> Voir page 127

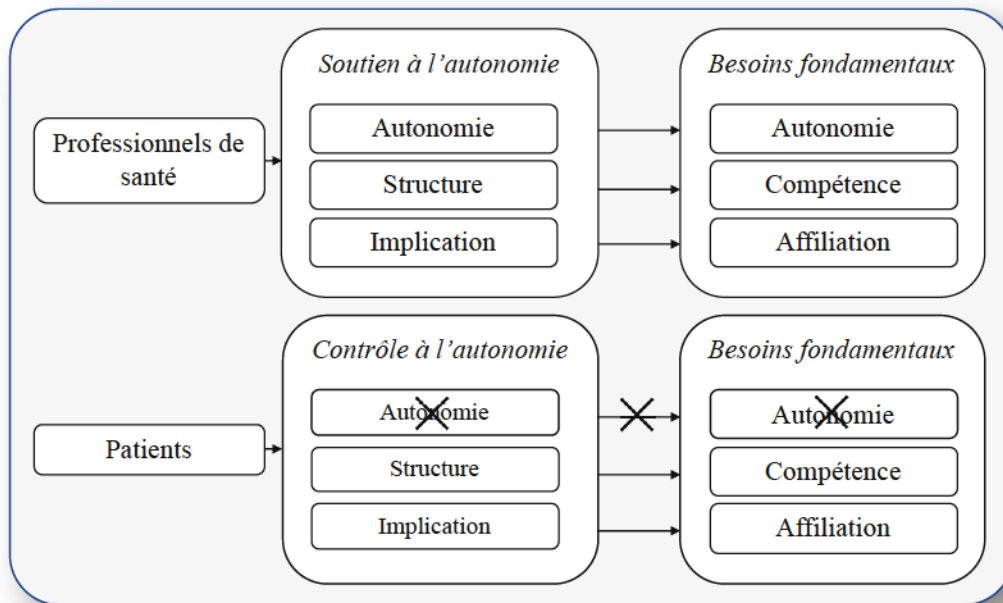


Figure 4. Schéma récapitulatif des environnements mis en place au sein des services SSR issus des points de vue des professionnels de santé et des patients et leurs liens avec la satisfaction des besoins fondamentaux.

## 9 Limites et perspectives théoriques

Bien que ces études 1 et 2 contribuent à la compréhension du soutien à l'autodétermination mis en place par les professionnels de santé, elles présentent néanmoins quelques limites, notamment sur le plan méthodologique.

Premièrement, la taille des échantillons demeure relativement faible que ce soit au niveau des professionnels de santé et des patients. La principale difficulté rencontrée fut de trouver un temps où l'ensemble des acteurs professionnels étaient disponibles, où chacun pouvait trouver le temps d'échapper à ses obligations. L'argument majoritairement utilisé par plusieurs professionnels de santé a été en effet : « *Si je suis assis une heure avec vous pour votre recherche, je suis absent une heure auprès de mes patients* ». Du côté des patients, la raison principale de cette faible participation a reposé sur la crainte que ce qu'ils disent soit «

*utilisé* » contre eux, et vienne nuire à la réussite de leur séjour. Une seconde contrainte affectant leur participation a été tout simplement leur état de santé physique et psychologique. Nombre de patients auraient aimé participer de près ou de loin à cette recherche, mais leur condition les empêchait pour la plupart soit de s'exprimer correctement soit de comprendre clairement l'énoncé des questions. Ainsi, une limite est née de ces contraintes, celle de ne pas prendre en compte l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus séjournant en SSR remettant ainsi en cause la généralisation de ces résultats. Il nous faudrait à l'avenir être capables d'intégrer dans nos protocoles de recherche les patients dont les capacités physiques et / ou psychologiques ne sont plus optimales en leur proposant des outils adaptés.

Deuxièmement, il n'est pas exclu que les professionnels de santé aient voulu partager une image positive de leur établissement via la promotion d'en environnement proche et à l'écoute des patients. De nouvelles investigations à la fois qualitatives et quantitatives devraient être réalisées dans le but d'observer directement ce qui est réellement mis en place dans les services SSR. En effet, changer son attitude et opter pour un temps dédié au patient plus important est un procédé qui peut s'avérer coûteux en temps (Ntoumanis, Quested, Reeve, & Cheon, 2017). La mise en place d'observations directes des comportements des professionnels de santé permettrait de noter ce qui est fait de manière routinière. Cela permettrait également de faire un comparatif entre cette étude et le terrain.

De plus, les interactions sociales émanant d'un groupe peuvent influencer les paroles produites lors de la réalisation d'un entretien de groupe. Ainsi, bien que le modérateur de l'ensemble de ces focus group ait pu être le plus prudent possible et qu'il n'y ait pas eu de participants dominants durant les échanges, il n'en demeure pas moins probable que les statuts professionnels des participants ont pu influencer certains d'entre eux à parler plus longuement et de manière plus explicite que d'autres. Cela peut s'expliquer par le fait que le milieu médical est un domaine professionnel très hiérarchisé où chacun des professionnels de santé occupe une



place spécifique et tient un rôle défini. Cependant, pour remédier au mieux à cet effet de groupe, chacun des transcrits a été donné aux participants afin que chacun puisse individuellement le modifier au besoin.

Enfin, si l'on regarde la composition en genre des participants à la fois des professionnels de santé et des patients, on remarque que la population féminine est très représentée ( $n = 32$  sur 40 participants). Il n'est pas exclu qu'un effet du genre ait pu influencer les propos tenus incluant de fait un biais dans le traitement des données. En effet, il a été montré que les médecins femmes utilisaient plus régulièrement une communication centrée sur le patient (Bertakis, Helms, Callahan, Azari, & Robbins, 1995 ; Krupat et al., 2000 ; Roter & Hall, 2004), adhéraient plus facilement aux directives cliniques (Baumhäkel, Müller, & Böhm, 2009 ; Berthold, Gouni-Berthold, Bestehorn, Böhm, & Krone, 2008 ; Kim et al., 2005) et fournissaient plus de conseils psychosociaux à leurs patients (Roter, Hall, & Aoki, 2002). Ainsi, il serait bon à l'avenir de veiller à un équilibre à la fois dans la représentation de l'ensemble des professions liées de près ou de loin à la santé ainsi qu'à la parité en nombre et en sexe.

La théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985a, 2000, 2008b ; Ryan & Deci, 2017) a souligné l'importance de la prise en compte du contexte social. Celui-ci influence la mise en place de comportements optimaux ou non au travers de la satisfaction des besoins fondamentaux et l'instauration d'une motivation variant sur un continuum autonome à amotivation (cf. Figure 2). Cependant historiquement, ces deux chercheurs ont montré qu'à lui seul, le contexte social n'était pas suffisant pour expliquer la mise en place de comportements optimaux ou non, mais que c'était l'environnement, l'individu et l'interaction entre le contexte social et l'individu qui induisait des réponses comportementales différentes. Vansteenkiste, Niemiec et Soenens (2010) sont venus confirmer les dires de cette macro-théorie en indiquant à leur tour que l'instauration de comportements positifs ou négatifs (e.g., de santé) permise par



une satisfaction des besoins fondamentaux et le type de motivation dépendait également de facteurs de personnalité et que ces derniers pouvaient être renforcés ou atténués par le contexte social. Ainsi, le soubassement théorique (i.e., théorie de l'autodétermination) sur lequel se base ce travail doctoral comprend en son sein la mini-théorie des orientations de causalité (Deci & Ryan, 1985b) reposant spécifiquement sur l'étude de ces facteurs (i.e., de personnalité). De manière plus concrète, cette mini-théorie des orientations de causalité s'intéresse aux facteurs de personnalité dits « *ressources internes* » qu'elle conceptualise comme des orientations motivationnelles individuelles relativement stables participant globalement aux comportements de l'individu durant son existence. Nous distinguons au sein de celle-ci, trois orientations de causalité : (1) à l'autonomie, (2) au contrôle et (3) impersonnelle. La mini-théorie des orientations de causalité stipule que le degré de présence d'une orientation ou d'une autre chez l'individu permet à ce dernier de percevoir l'environnement dans lequel il évolue comme variant sur un continuum, de soutien au contrôle à l'autodétermination. Cette perception de la capacité de l'environnement à soutenir ou contrôler l'autodétermination agirait en faveur ou en défaveur de la satisfaction des besoins fondamentaux ce qui *in fine* influencerait sur le type de motivation mis en place et les comportements établis par l'individu. Ainsi, bien que la variable du contexte social ait été approchée au travers l'étude des éléments caractérisant un environnement soutenant l'autodétermination mis en place dans les services SSR au sein des *études 1* et *2*, il n'en demeure pas moins absent de ces deux études, la prise en compte (1) du rôle de ces ressources internes et (2) de l'interaction de ces dernières avec l'environnement sur (a) la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation et (b) le type de motivation mis en place et les conséquences émotionnelles associées. Cela constitue précisément l'un des objectifs de notre troisième étude menée auprès de patients hospitalisés dans différents services SSR de la Région Centre-Val de Loire.

## **Chapitre 3**

Orientations de causalité et conséquences  
émotionnelles chez des patients hospitalisés en  
SSR

### Étude 3

# 1 Introduction théorique

Cette troisième étude a pour visée d'appréhender le rôle des orientations de causalité et leur interaction avec l'environnement des services SSR sur la satisfaction des besoins fondamentaux, la motivation à l'exercice en contexte de santé et la mise en place de conséquences émotionnelles. La littérature scientifique suggère que le degré de présence des orientations de causalité chez une personne est individu-dépendante, évolutif et en interaction avec l'environnement dans lequel l'individu évolue. Ainsi, le fruit de cette interaction influencera la satisfaction des besoins fondamentaux et la mise en place d'une motivation à l'exercice en contexte de santé variant sur le continuum d'autodétermination (cf. Figure 2) et l'adoption de différentes conséquences émotionnelles (Baard, Deci, & Ryan, 2004 ; Blevins, Banes, Walker, Stephens, & Roffman, 2016). Aussi, s'intéresser de plus près au rôle que peuvent avoir les différentes orientations de causalité nous a semblé un point important à approfondir en SSR auprès de patients.

En effet, la population âgée du fait de l'avancée en âge et des difficultés physiques (e.g., diminution des capacités musculaires) ou psychologiques qui l'accompagnent est sujette à des pertes d'équilibre ou malaises entraînant le plus souvent une chute. Selon une étude de Thélot, Lasbeur et Pédrone (2017), le pourcentage de chute varie respectivement entre 35%, 45% et 55% pour les tranches d'âge de 65-79, 80-89 et plus de 90 ans et représente la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi les conséquences physiques majeures associées à cet événement, nous retrouvons principalement les fractures. Bien que nécessitant pour la plupart d'entre elles une opération chirurgicale, une majorité des patients se voient par la suite conseiller d'effectuer un séjour dans un service SSR afin de suivre des séances de rééducation / réadaptation. De par leurs missions et leurs obligations, les services SSR accueillent les patients sur des temps d'hospitalisation relativement courts (Coquelet & Valdelièvre, 2011). En conséquence, l'implication du patient dans le programme de soins qui

lui est proposé doit être la plus efficiente possible pour que celui-ci arrive sur des temps restreints de prise en charge à des résultats optimaux pour sa santé. Comme nous avons pu le voir précédemment, la littérature scientifique suggère que l'implication des individus dans la tâche qui leur est demandée est d'autant plus grande, que la motivation mise en place est autonome. Au sein des services SSR, la « tâche » demandée aux patients consiste en la réalisation de séances de rééducation / réadaptation qui se caractérisent par des séances de kinésithérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie. Les séances sont basées sur la réalisation d'exercices permettant au patient au fur et à mesure de son séjour, de retrouver le plein déploiement de ces capacités physiques et / ou psychologiques ou à défaut d'apprendre à faire différemment via les alternatives que leur proposeront les professionnels de santé. Il semble alors évident que la réussite des patients aux exercices proposés dépendra de leur motivation à les réaliser et impactera la qualité de leur séjour en SSR au travers d'une durée de prise en charge plus ou moins longue et le développement de conséquences émotionnelles positives ou négatives associées. C'est pourquoi nous avons souhaité étudier la motivation des patients à l'exercice en contexte de santé. De plus, il semble évident, et cela pour toutes les tranches d'âges qu'en fonction des circonstances d'apparition du trouble physique ou psychologique, de la motivation à l'exercice mise en place et de la réussite aux exercices proposés, les conséquences émotionnelles adoptées par les patients ne seront pas les mêmes<sup>8</sup>. Ainsi, il nous a semblé pertinent de connaître le rôle que pouvaient avoir les orientations de causalité, l'environnement des SSR et leur interaction sur la motivation à l'exercice en contexte de santé et sur les conséquences émotionnelles associées.

Plus précisément, les orientations générales à la causalité sont définies au sein de la théorie des orientations de causalité comme des facteurs de personnalité et font référence à la

---

<sup>8</sup> Voir page 136

manière globale d'être motivé dans la vie (Deci & Ryan, 1985b). Pour la théorie de l'autodétermination, il est fait état du lien interactionnel qu'il peut exister entre la motivation, le comportement et l'expérience vécue par l'individu dans une situation particulière et il est stipulé que ces deux variables sont dépendantes d'un côté du contexte social et d'un autre côté des ressources internes de l'individu renvoyant aux différentes orientations de causalité (Sarrazin, Pelletier, Deci, & Ryan, 2011). Ainsi, trois types d'orientations générales à la causalité ont été mises en avant par Deci et Ryan (1985b) :

➤ *Orientation de causalité à l'autonomie* : caractérise les individus ayant « *une plus grande capacité à éprouver les événements comme des sources d'information pour initier et réguler leur propre comportement et pour maintenir un plus haut niveau d'autodétermination et de motivation intrinsèque indépendamment des propriétés objectives d'un événement* » (Deci & Ryan, 1985b). Cela renvoie au fait que ces individus perçoivent de manière plus importante la signification fonctionnelle informationnelle dans les événements issus de l'environnement. Également, ceux-ci sont plus susceptibles d'interpréter les récompenses et autres éventualités environnementales potentiellement contrôlantes comme des occasions de démontrer leurs compétences et par conséquent plus sujets à manifester une motivation autonome (Hagger & Chatzisarantis, 2011). Ces individus agissant de manière plus autonome prennent en compte les conseils d'experts jugés crédibles et bien informés, ce qui suggère qu'ils recherchent l'information la plus fiable avant de faire leurs choix (Koestner et al., 1999). Enfin, cette orientation a été associée positivement à l'ajustement psychologique de l'individu (Deci & Ryan, 1985a, 1985b, 1987).

➤ *Orientation de causalité au contrôle* : caractérise les individus qui « *tendent, dans une mesure plus importante, à être sensibles à, voire même à rechercher, des contrôles au sein de*



*l'environnement à travers lesquels ils pourront organiser leurs comportements. Ils montrent peu d'autodétermination, bien que capables de devenir tout à fait compétents une fois qu'ils ont appris les modes opératoires ou les règles »* (Deci & Ryan, 1985b). À la différence de l'orientation de causalité à l'autonomie, les individus ont une tendance plus importante à percevoir la signification fonctionnelle dans les événements issus de l'environnement comme contrôlante. Les individus orientés vers le contrôle ont tendance à faire les choses parce qu'ils pensent qu'ils doivent les faire renvoyant leur motivation d'agir de la sorte à des événements extrinsèques tels qu'un délai qui approche, le sentiment d'être surveillé ou encore la volonté d'échapper à des punitions. De plus, ces individus voient leur motivation tourner davantage vers une motivation contrôlée qu'autonome. Enfin, selon Deci et Ryan (1985a, 1985b, 1987) et Ryan et Deci (2002) l'orientation de causalité au contrôle n'est pas corrélée à l'ajustement psychologique, mais semble associée à la conscience de soi publique et le profil de personnalité de Type-A (prédisposant les individus aux risques d'accidents cardiaques).

➤ *Orientation de causalité impersonnelle :* caractérise les individus qui « *sont facilement ébranlés dans leur sentiment de in-compétence et de conscience de soi ; ils manifestent une tendance à interpréter une large part des événements comme amotivante* » (Deci & Ryan, 1985b). Les individus adoptant cette orientation croient que réguler leur comportement dans le but d'arriver à un résultat fiable leur est impossible et focalisent leur attention sur les indices susceptibles de confirmer que rien ne peut être fait et que leurs intentions d'agir sont inutiles. Adoptant un comportement résigné ou « *amotivé* », ces individus apparaissent alors incapables de faire face aux changements ou imprévus. Ils adoptent un certain immobilisme et préfèrent que tout reste comme ils l'ont toujours connu pour que rien ne change. Concernant cette orientation de causalité impersonnelle, Deci et Ryan (1985a, 1985b, 1987) ont montré qu'elle

était corrélée à la dépression, à un faible sentiment de contrôle sur les événements, à l'amotivation et à un faible estime de soi.

Les orientations de causalité apparaissent donc comme des variables à prendre en compte lorsque l'on s'intéresse à la manière dont l'individu va se motiver et percevoir les informations de son environnement. En effet, comme mentionné précédemment, le type d'orientation de causalité semble corrélé à la motivation mise en place par l'individu et permet d'attribuer à l'environnement dans lequel l'individu évolue un aspect informationnel (i.e., soutenant l'autodétermination versus contrôlant). Dans leur étude, Hagger, Koch et Chatzisarantis (2015) ont montré que les individus dont l'orientation de causalité était à l'autonomie étaient « *protégés* » de l'effet des récompenses (celles-ci ne modifiaient pas leur motivation quant à la volonté de résoudre la tâche demandée) par rapport à ceux dont l'orientation de causalité était liée au contrôle. En effet, ces derniers voyaient leur motivation autonome être moins importante en contexte de récompense qu'en contexte de non récompense renforçant l'idée que pour agir de manière autonome et mettre en place une motivation tournée vers l'autonomie, les individus se devaient d'utiliser les informations communiquées par l'environnement comme une occasion de montrer leurs compétences (perception de soutien à l'autodétermination) et non en tirer une récompense quelconque. Ces résultats se retrouvent dans d'autres domaines tels que celui du sport. Des chercheurs ont en effet, montré que des athlètes professionnels ou amateurs blessés durant leur pratique et souhaitant s'y remettre, et ayant une orientation de causalité à l'autonomie percevaient favorablement le soutien à l'autodétermination dispensé par les kinésithérapeutes. Cette perception positive du soutien à l'autodétermination dispensé par les professionnels de santé permettait à ces patients d'accroître leur motivation autonome quant à leur traitement. À l'inverse, aucun lien (significatif) n'a été trouvé entre l'orientation de causalité au contrôle et le soutien à l'autodétermination dispensé

par les kinésithérapeutes, engageant ainsi ces patients dans la mise en place d'une motivation contrôlée quant à leur traitement. Notons également que la relation de corrélation entre le soutien à l'autodétermination dispensé par les entraîneurs de ces différents athlètes (i.e., professionnels ou amateurs) et les différentes orientations de causalité (i.e., à l'autonomie ou au contrôle) était positive pour ceux dont l'orientation de causalité était tournée vers l'autonomie et négative pour ceux dont l'orientation de causalité était tournée vers le contrôle (cf. Figure 5 ; Chan, Hagger, & Spray, 2011).

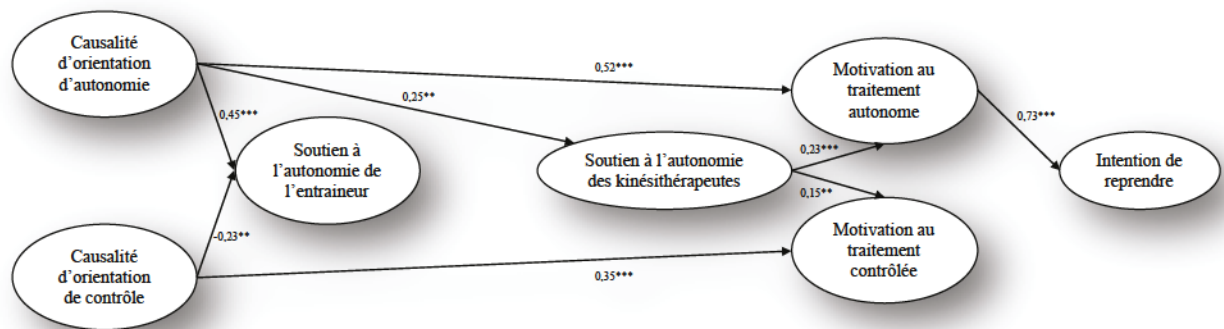


Figure 5. Estimation de chemins tirée du modèle de l'étude de Chan et al., 2011.

Pour notre travail doctoral dans ce contexte des services SSR, il nous a semblé pertinent de prendre en compte les orientations de causalité des patients et de mieux comprendre leurs liens avec les comportements interpersonnels de soutien (assimilé à un environnement soutenant l'autodétermination) ou de contrôle (assimilé à un environnement contrôlant l'autodétermination) des professionnels de santé. Trois hypothèses ont été définies :

- ▣ Hypothèse 1 : l'orientation de causalité à l'autonomie est associée à des perceptions des comportements interpersonnels de soutien des professionnels de santé.
- ▣ Hypothèse 2 : l'orientation de causalité au contrôle est associée à des perceptions des comportements interpersonnels de contrôle des professionnels de santé.

- ▣ *Hypothèse 3 : l'orientation de causalité impersonnelle est associée à des perceptions des comportements interpersonnels de contrôle des professionnels de santé.*

Deuxièmement, comme nous avons pu le voir au travers de l'étude préliminaire de Souesme et collaborateurs (2016), suivie de nos *études 1* et *2*, la perception de l'environnement dans lequel évoluent les patients semble reliée à la satisfaction des besoins fondamentaux. Dans les services SSR, les patients sont amenés à côtoyer majoritairement les professionnels de santé et ponctuellement des proches lors des temps autorisés de visite. Par ailleurs, il a été montré que les comportements de soutien mis en place par les professionnels de santé influençaient la satisfaction de leurs besoins fondamentaux (Chen et al., 2017). Plus généralement, la littérature scientifique s'accorde sur le fait que les comportements de soutien à l'autodétermination sont associés à la satisfaction des besoins fondamentaux (Chan & Hagger, 2012 ; Felton & Jowett, 2013 ; López-Walle, Balaguer, Castillo, & Tristán, 2012) et que les comportements de contrôle à l'autodétermination sont eux reliés à la non satisfaction des besoins fondamentaux (Ng, Ntoumanis, Thøgersen-Ntoumani, Stott, & Hindle, 2013). Trois autres hypothèses ont été définies :

- ▣ *Hypothèse 4 : Les comportements interpersonnels de soutien sont associés positivement à la satisfaction des trois besoins fondamentaux.*
- ▣ *Hypothèse 5 : Les comportements interpersonnels de contrôle sont associés positivement à la non satisfaction des trois besoins fondamentaux.*

Troisièmement, la littérature scientifique a démontré que la satisfaction des besoins fondamentaux était associée à la mise en place d'une motivation autonome (Reynolds & McDonough, 2015). Dans l'*étude 2* relative aux patients, nous avons noté qu'il leur apparaissait important de comprendre les événements auxquels ils devaient faire face, leur



permettant d'appréhender ce qui allait être fait, ce qui allait être attendu d'eux. Dans un environnement soutenant leur l'autodétermination et permettant la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, les patients peuvent développer une motivation autonome quant à la volonté de réussir les exercices et de suivre les traitements proposés. En effet, et ce quel que soit le contexte d'étude, la satisfaction des besoins fondamentaux semble liée à la mise en place d'une motivation autonome et à une implication supérieure dans la tâche demandée, tel qu'il a été montré dans une étude s'intéressant aux étudiants pratiquants d'un instrument en conservatoire (Valenzuela, Codina, & Pestana, 2018). De même, chez des étudiants espagnols du secondaire, il a été établi un lien entre la satisfaction des besoins fondamentaux et la présence d'une motivation autonome, elle-même liée à des conséquences psychologiques positives (i.e., hausse de la satisfaction de vie, de l'estime de soi général, académique et social ainsi qu'une baisse des symptômes dépressifs, de la solitude ou encore du stress perçu ; Lombas & Esteban, 2017). À l'inverse, lorsque l'environnement ne permet pas de soutenir régulièrement l'autodétermination des individus, ne permettant pas de satisfaire leurs besoins fondamentaux, il a été montré que cette non satisfaction des besoins fondamentaux était reliée à la mise en place d'une motivation contrôlée aboutissant à des conséquences d'inadaptation et des performances médiocres chez les étudiants (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Aussi dans cette *étude 3*, nous nous sommes attachés à explorer les relations existantes entre la satisfaction des besoins fondamentaux des patients et le type de motivation à l'exercice en contexte de santé mis en place. Une autre hypothèse a ainsi été définie :

- ▣ *Hypothèse 6 : La satisfaction des trois besoins fondamentaux est associée à la mise en place d'une motivation autonome à l'exercice en contexte de santé.*

Enfin, il est fait état des liens positifs entre la mise en place d'une motivation autonome et les conséquences comportementales et / ou émotionnelles positives pour l'individu. Là



encore, quel que soit l'environnement étudié, les études prenant en compte la théorie de l'autodétermination ont montré que la mise en place d'une motivation autonome était corrélée à des conséquences positives chez les individus. Pour exemple, concernant le milieu scolaire, il a été montré chez des étudiants que la mise en place d'une motivation autonome avait un impact positif sur leur performance, en particulier lorsque ceux-ci résolvaient des tâches complexes ou heuristiques impliquant un traitement profond de l'information ou leur nécessitant d'être créatifs (Zhang, Liu, Shi, & Fu, 2011). Huang, Lv et Wu (2016) ont indiqué que la motivation autonome des élèves était négativement associée à la dépression et au stress. Enfin, lors d'enseignements scolaires liés à la pratique physique, la mise en place d'une motivation autonome chez les étudiants a été associée à des scores de bien-être tels que l'estime de soi et la qualité de vie liée à la santé (Standage & Gillison, 2007). À l'inverse, d'autres études, notamment en sport ont montré que les athlètes dont la motivation à pratiquer leur sport ne serait pas autonome seraient sujets à développer un syndrome d'épuisement, plus communément nommé burnout (Cresswell & Eklund, 2005 ; Lemyre, Treasure, & Roberts, 2006). Plus précisément, certaines études ont indiqué que, l'adoption d'une motivation autonome était négativement reliée à la présence de burnout et que l'amotivation, était positivement associée aux symptômes du burnout (Eklund & Cresswell, 2007 ; Gustafsson, Carlin, Podlog, Stenling, & Lindwall, 2018).

Dans le domaine de la santé, il a été mis en évidence chez 486 individus que la mise en place d'une motivation autonome de la part des individus était associée à une meilleure santé physique. Si l'on discrimine plus finement cette association, nous remarquons que la motivation autonome a permis l'adoption d'affects positifs entraînant de la part des patients une perception d'une meilleure santé physique (Marcinko, 2015). Également, basée sur l'étude de Kirkland, Karlin, Stellino et Pulos (2011) s'intéressant aux motivations des patients quant à la réalisation d'exercices de santé, il a été montré que la satisfaction des besoins fondamentaux ainsi que la

mise en place d'une motivation autonome permettaient aux individus d'adhérer aux exercices de santé proposés. De cette manière, l'adoption d'une motivation à l'exercice variant sur le continuum d'autodétermination peut être associée à des changements comportementaux et / ou émotionnels. Ainsi, l'étude spécifique des conséquences émotionnelles liées à la mise en place d'une motivation autonome à l'exercice nous a particulièrement intéressé. En effet, de nombreuses études dont une traitant spécifiquement de patients hospitalisés sur de courtes durées vient appuyer le fait qu'un séjour à l'hôpital représente un facteur de développement pour le sentiment d'ennui (Grégoire, Laplante, Grondin, & Tanguay, 2016) et que ce phénomène apparaît sous-estimé par les établissements de santé (Shattell, 2007). D'autres recherches associent, l'hospitalisation au développement d'émotions négatives ayant des répercussions sur le comportement des patients. Pour exemple, Brummett, Morey, Boyle et Mark (2009) ont montré que des patients présentant des niveaux plus faibles d'affects positifs voyaient leur déclin fonctionnel s'accélérer. Enfin, reprenant un argument détaillé dans l'introduction générale de ce travail doctoral, « *cet événement (i.e., hospitalisation) qui peut nous paraître anodin a cependant été pointé du doigt comme étant lié à l'aggravation du déclin cognitif (Mazzonna & Peracchi, 2012 ; Wilson et al., 2012), mais aussi à une diminution du bien-être physique, social et psychologique* ». Dans la continuité de cette relation, le déclin cognitif a été associé à un risque d'apparition plus accru de démence et une récente étude a montré que la présence de symptômes apathiques pouvait être associée à la démence. Cette étude suggère également que la détection des symptômes apathiques pourrait être une clé à la prise en charge des personnes âgées ne présentant pas encore de déficience cognitive, mais de ce fait présentant un risque accru de démence (van Dalen, Van Wanrooij, Moll van Charante, Richard, & van Gool, 2018).

En conséquence, pour notre travail doctoral, nous avons choisi de regrouper sous la terminologie de « *conséquences émotionnelles positives* » les affects positifs et de «

*conséquences émotionnelles négatives* » les affects négatifs, l'ennui et l'apathie. Les deux dernières hypothèses définies sont les suivantes :

- ▣ Hypothèse 7 : *La mise en place d'une motivation autonome est associée négativement aux conséquences émotionnelles négatives (e.g., apathie, ennui, symptômes dépressifs et affects négatifs) et positivement aux conséquences émotionnelles positives (e.g., affects positifs).*
- ▣ Hypothèse 8 : *La mise en place d'une motivation contrôlée ou amotivation est associée positivement aux conséquences émotionnelles négatives (e.g., apathie, ennui, symptômes dépressifs et affects négatifs) et négativement aux conséquences émotionnelles positives (e.g., affects positifs).*

En résumé, l'ensemble de ces considérations théoriques nous ont permis de proposer le modèle suivant (cf. Figure 6 et Figure 7) :

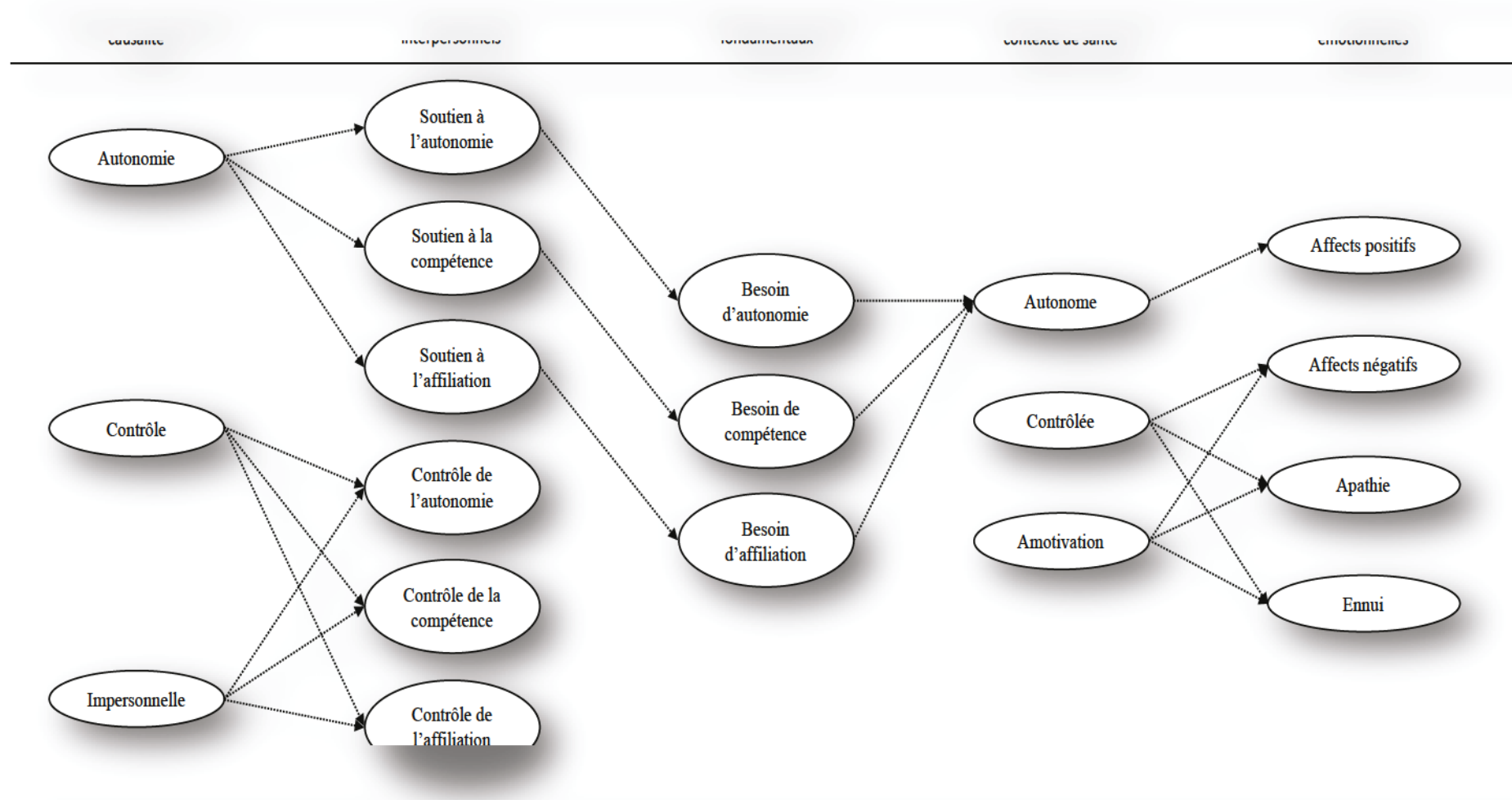
**En rés**

Figure 6. Modèle spécifiant les liens positifs attendus par la modélisation par équation structurelle de l'étude 3.

## En rés

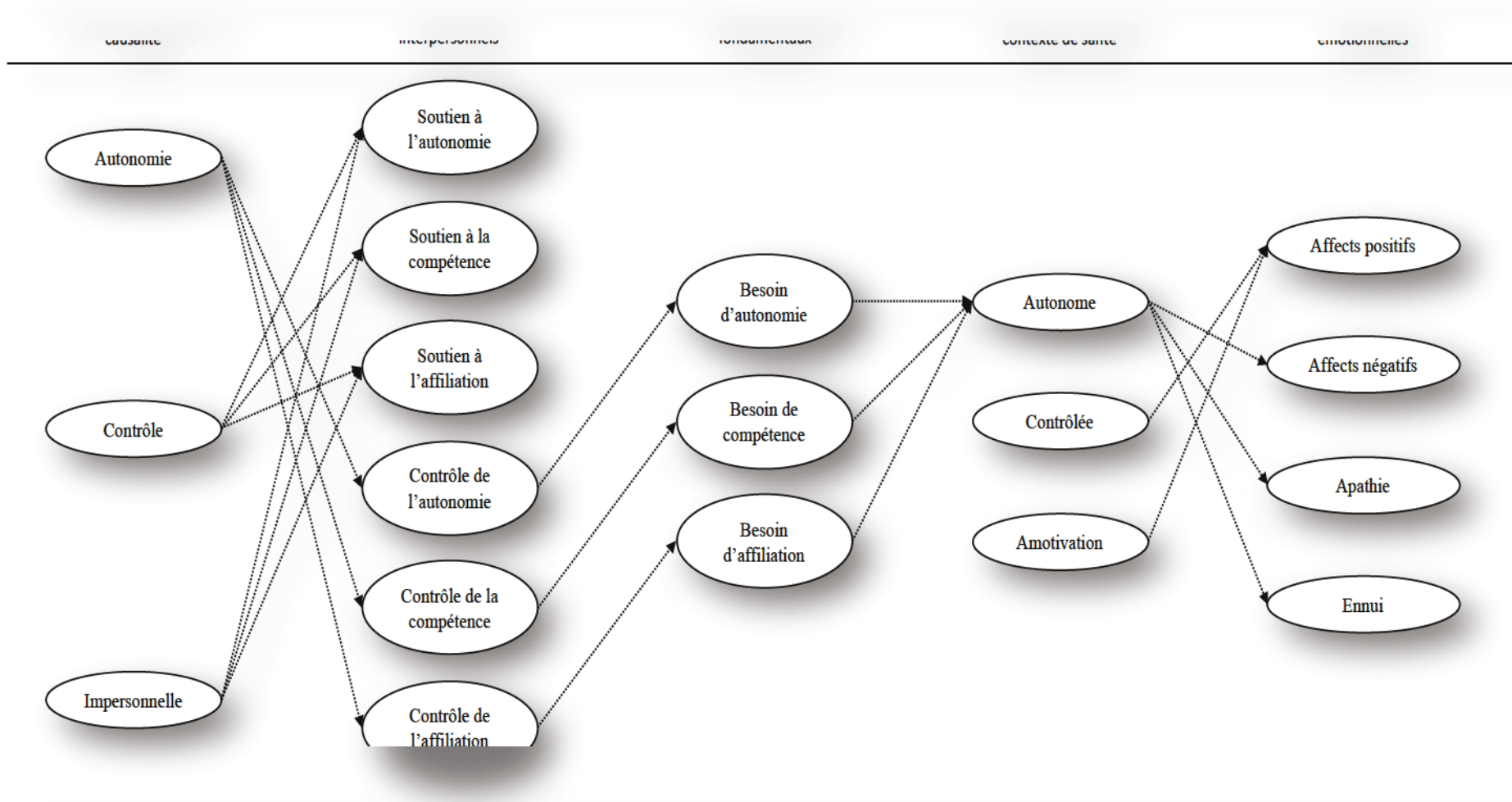


Figure 7. Modèle spécifiant les liens négatifs attendus par la modélisation par équation structurelle de l'étude 3.



## 2 Matériel et méthode

### 2.1 Procédure

Cette troisième étude a été menée sur une période de six mois allant de juillet à décembre 2017. La permission de conduire cette recherche a été accordée par le Comité d'Éthique pour les Recherches Non-Interventionnelles Tours-Poitiers (dossier n° 2017-11-02). Une lettre manuscrite et un courriel d'invitation ont été envoyés à six établissements de la Région Centre-Val de Loire. Après réception du courrier et du courriel, les dirigeants des six établissements ont répondu favorablement à la demande et nous ont donné l'autorisation d'intervenir au sein de leur structure. Les critères d'inclusion ont été définis comme suit : être âgé de 65 ans et plus ; absence de troubles cognitifs majeurs ; et absence de dépression cyclique. Dans chacun des six services SSR, il nous a été permis d'interroger les patients n'ayant pas d'obligations de soins (examens médicaux, visites personnelles, séances de rééducation / réadaptation) lors de notre visite et une liste de patients nous a été fournie. De plus, dans ces services SSR, nous sommes allés à la rencontre d'autres patients en faisant du porte-à-porte. Cent quatre-vingt-quatre patients hospitalisés ont répondu à un questionnaire de face à face. Néanmoins, la durée de l'entretien supérieure à une heure a entraîné des refus d'aller au bout du questionnaire (38 patients). L'échantillon final constitué est donc de 146 patients (109 femmes et 37 hommes). L'anonymat et la confidentialité des réponses ont été assurés.

### 2.2 Participants

Les patients étaient âgés en moyenne de 81,26 ans ( $ET = 7,75$ ), la durée moyenne de séjours des patients connaissant leur date de sortie était de 37 jours ( $ET = 21,52$ ).

Parmi ces patients, 74,66% ( $n = 109$ ) étaient des femmes et 25,34% ( $n = 37$ ) étaient des hommes, 28,77% ( $n = 42$ ) étaient marié-e-s, 49,32% ( $n = 72$ ) étaient veuf-ve-s, 11,64% ( $n = 17$ ) étaient célibataires et 10,27% ( $n = 15$ ) étaient divorcé-e-s ou séparé-e-s.

Lorsque l'on regarde la raison de la venue en service SSR, 30,14% ( $n = 44$ ) des patients avaient été admis pour suivre une rééducation, 62,33% ( $n = 91$ ) une convalescence et 7,53% ( $n = 11$ ) suivaient à la fois une convalescence avec rééducation.

Pour ce qui est du lieu ainsi que du milieu de vie, 95,21% ( $n = 139$ ) vivaient à leur domicile avant leur hospitalisation, 0,68% ( $n = 1$ ) vivait en maison de retraite, 0,68% ( $n = 1$ ) vivait chez un proche et 3,42% ( $n = 5$ ) vivaient dans un autre lieu non référencé, 28,08% ( $n = 41$ ) vivaient dans un milieu rural, 47,26% ( $n = 69$ ) vivaient en zone urbaine et 24,66% ( $n = 36$ ) vivaient en zone semi-urbaine.

Concernant le niveau d'éducation des participants, 17,81% ( $n = 26$ ) n'avaient aucun diplôme, 37,67% ( $n = 55$ ) avaient une formation primaire, 34,25% ( $n = 50$ ) avaient une éducation secondaire et 10,27% ( $n = 15$ ) avaient reçu un enseignement supérieur.

59,59% ( $n = 87$ ) de nos participants ne présentaient pas de maladie chronique contre 40,41% ( $n = 59$ ) qui en présentaient une ou plusieurs. Parmi celles-ci, nous retrouvons pour 25,43% ( $n = 15$ ) le cancer, pour 20,34% ( $n = 12$ ) le diabète, pour 20,34% ( $n = 12$ ) une infection neurologique, de l'asthme, de l'arthrose, une poliomyélite, de l'épilepsie, une maladie rénale, des allergies, de l'aspergillose, de la polyarthrite, des troubles compulsifs du comportement ou encore une cruralgie, 13,56% ( $n = 8$ ) une bronchite, des problèmes liés à la thyroïde, une sclérose en plaques, de l'hypertension, 15,25% ( $n = 9$ ) une insuffisance cardiaque et 5,08% ( $n = 3$ ) une maladie de Parkinson.

En ce qui concerne le niveau de dépendance, les patients ont été associés à des niveaux de perte d'autonomie propre à chacun et variant en fonction de l'aide nécessaire dans le quotidien de l'environnement familial avant hospitalisation. Ainsi, 52,74% ( $n = 77$ )

présentaient un GIR 6 correspondant à des personnes autonomes pour tous les actes importants de la vie courante, 32,19% ( $n = 47$ ) avaient un GIR 5 défini comme pouvant avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques (e.g., préparation des repas, ménage), 13,01% ( $n = 19$ ) voyaient leur GIR égal à 3 ou 4, caractéristique de personnes ayant conservé leurs facultés mentales, mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'aides<sup>9</sup> et enfin 2,05% ( $n = 3$ ) avaient un GIR 1 & 2 renvoyant à des personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les facultés mentales sont gravement altérées et qui ont besoin d'une présence continue et d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

Concernant les catégories socioprofessionnelles avant la retraite, 5,48% ( $n = 8$ ) étaient agriculteurs exploitants, 17,81% ( $n = 26$ ) étaient artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, 11,64% ( $n = 17$ ) étaient cadres ou exerçaient une profession intellectuelle supérieure, 3,42% ( $n = 5$ ) exerçaient une profession dite intermédiaire, 39,04% ( $n = 57$ ) étaient employés, 10,96% ( $n = 16$ ) étaient ouvriers et 11,64% ( $n = 17$ ) n'avaient jamais eu d'activité professionnelle.

Enfin, concernant le devenir des patients après leur passage en SSR, 84,93% ( $n = 124$ ) prévoyaient de rentrer à leur domicile, 9,59% ( $n = 14$ ) d'être placés en institution et 5,48% ( $n = 8$ ) envisageaient une autre possibilité (e.g., chez un proche).

### 2.3 Matériel

Les outils composant ce questionnaire ont déjà fait l'objet d'une validation en langue française, à l'exception de ceux mesurant la satisfaction des besoins fondamentaux et évaluant les comportements interpersonnels. Ces quatre instruments de mesure ont donc été traduits en

---

<sup>9</sup> Ces aides peuvent concerner les soins corporels ou les transferts (se lever seul du fauteuil). Ces personnes, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, mais doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage.

français selon la méthode de la traduction inversée (Brislin, 1980) suivant les préconisations de Vallerand (1989) et adaptés au contexte hospitalier.

### 2.3.1 Échelle des orientations générales à la causalité

L'échelle franco-canadienne des orientations générales à la causalité (Vallerand, Blais, Lacouture, & Deci, 1987) a été utilisée pour cette étude. Les items relatifs aux orientations générales à la causalité traitant à l'origine du milieu organisationnel ont été adaptés afin de répondre à l'environnement dans lequel nos patients évoluaient. Les questions obtenues couvraient ainsi les activités de rééducation / réadaptation qui pouvaient leur être proposées durant leur séjour ainsi que les comportements pouvant être associés aux patients hospitalisés. Pour chacune des sept questions, les patients étaient amenés à répondre à trois propositions traitant chacune des orientations générales à la causalité établies par Deci et Ryan (1985b) à savoir à l'autonomie, au contrôle et impersonnelle indiquant la susceptibilité pour l'individu d'agir de la sorte. En ce qui concerne les items et réponses relatives à l'orientation à l'autonomie, au contrôle et impersonnelle, les alphas de Cronbach ont été respectivement de  $\alpha = 0,61$ ,  $\alpha = 0,43$  et  $\alpha = 0,72$ .

(e.g., *Vous commencez un nouveau programme d'exercices. Vous êtes susceptible...*

- *d'attendre un exercice structuré où le professionnel de santé vous indique ce qu'il y a à faire.* (orientation de causalité au contrôle),
- *de décider par vous-même quel type d'exercice vous souhaitez compléter.* (orientation de causalité à l'autonomie),
- *de suivre les autres patients et faire ce qu'eux font.* (orientation de causalité impersonnelle).

Les réponses étaient indiquées sur une échelle de Likert en 7 points s'étendant de 1 (« *très improbable* ») à 7 (« *très probable* »). Un score moyen par dimension a été calculé à partir des sept items composant le questionnaire.

### 2.3.2 Échelles de satisfaction des besoins fondamentaux

La satisfaction des besoins fondamentaux a été mesurée par le biais de trois différentes échelles utilisant la cotation d'une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (« *pas du tout d'accord* ») à 5 (« *tout à fait d'accord* »). Ces trois échelles distinctes permettent que chaque besoin contribue de façon séparée dans la prédiction de la motivation à l'exercice. De plus, ces questionnaires ont été utilisés dans d'autres études sur les personnes âgées et ont montré une bonne cohérence interne (Colombo et al., 2007 ; Ferrand et al., 2015 ; Souesme et al., 2016 ; Vanhove-Mériaux, Martinet, & Ferrand, 2018). Pour évaluer la satisfaction du besoin fondamental d'autonomie, cinq items élaborés par Standage, Duda et Ntoumanis (2003) (e.g., « *Dans cette unité de soins, je me sens libre de mes choix.* ») ont été utilisés. Pour évaluer la satisfaction du besoin fondamental de compétence, cinq items venant de l'échelle de compétence Intrinsic Motivation Inventory de McAuley, Duncan et Tammen (1989) (e.g., « *Dans cette unité de soins, souvent, je ne me sens pas très compétent(e).* ») ont été utilisés. Enfin, la satisfaction du besoin fondamental d'affiliation a été évaluée par cinq items venant de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale de Richer et Vallerand (1998) (e.g., « *Dans cette unité de soins, j'ai beaucoup de sympathie pour les personnes avec lesquelles j'interagis.* »). Un score moyen pour la satisfaction de chaque besoin a été calculé à partir des cinq items de l'instrument relatifs à chacune des dimensions mesurées. Dans cette étude, les alphas de Cronbach pour la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation sont de  $\alpha = 0,79$ ,  $\alpha = 0,72$  et  $\alpha = 0,77$  respectivement.



### 2.3.3 Échelle des comportements interpersonnels

Pour mesurer la perception des comportements interpersonnels des professionnels de santé présents dans le même environnement que les patients, l'échelle Interpersonal Behaviors Questionnaire de Rocchi, Pelletier et Desmarais (2017) a été utilisée. Les items relatifs aux comportements interpersonnels traitant à l'origine du milieu sportif ont été adaptés afin de répondre à l'environnement dans lequel nos patients évoluaient. Les questions obtenues couvraient ainsi les comportements susceptibles d'être tenus par les professionnels de santé médicaux et non médicaux. Cette échelle est composée de 24 items dont quatre items renvoyant aux comportements favorisant le soutien à l'autonomie ( $\alpha = 0,78$ ) (e.g., « *Je sens que les professionnels de santé me donnent de la liberté pour que je puisse faire mes propres choix.* »), quatre évaluant le contrôle de l'autonomie ( $\alpha = 0,82$ ) (e.g., « *Les professionnels de santé me mettent la pression pour que je fasse les choses du quotidien comme eux le désirent.* »), quatre mesurant le soutien à la compétence ( $\alpha = 0,67$ ) (e.g., « *Les professionnels de santé m'encouragent pour que j'améliore mes capacités.* »), quatre renvoyant au contrôle de la compétence ( $\alpha = 0,83$ ) (e.g., « *Les professionnels de santé me font remarquer que je vais probablement échouer dans les tâches du quotidien.* »), quatre évaluant le soutien à l'affiliation ( $\alpha = 0,76$ ) (e.g., « *Les professionnels de santé sont intéressés par ce que je fais au quotidien.* ») et quatre mesurant le contrôle de l'affiliation ( $\alpha = 0,11$ ) (e.g., « *Les professionnels de santé ne me réconfortent pas lorsque je me sens faible.* »). Les réponses étaient indiquées sur une échelle de Likert en 7 points s'étendant de 1 (« *pas du tout d'accord* ») à 7 (« *complètement d'accord* »). Un score moyen par dimension a été calculé à partir des quatre items mesurant chacune des six dimensions.

### 2.3.4 Échelle de motivation à l'exercice en contexte de santé

La motivation pour l'activité physique a été mesurée grâce à l'échelle de motivation à l'exercice en contexte de santé développée par Boiché, Gourlan, Trouilloud et Sarrazin (2016). Ce questionnaire à dix-huit items ( $\alpha = 0,85$ ) comporte trois items renvoyant à une motivation autonome ( $\alpha = 0,84$ ) (« *Pour le plaisir que je ressens lorsque je fais de la pratique physique.* »), trois items mesurant la régulation intégrée ( $\alpha = 0,94$ ) (« *Parce que la pratique physique fait partie intégrante du style de vie que j'ai choisi.* »), trois items évaluant une régulation identifiée ( $\alpha = 0,91$ ) (« *Parce que je pense que la pratique physique est une bonne chose pour mon développement personnel.* »), trois items renvoyant à une régulation introjectée ( $\alpha = 0,77$ ) (« *Parce que je me sentirais mal si je ne faisais pas cet effort.* »), trois items mesurant une régulation externe ( $\alpha = 0,80$ ) (« *Pour ne pas avoir à entendre les reproches de certaines personnes.* »), trois items évaluant l'amotivation ( $\alpha = 0,82$ ) (« *Je n'en ai aucune idée, je crois que ça ne me sert à rien.* »). Les réponses étaient données sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 (« *ne me correspond pas du tout* ») à 7 (« *correspond très fortement* »). Un score global a été calculé en tenant compte des trois types de motivation autonome, contrôlée et amotivée (voir Boiché et al., 2016).

### 2.3.5 Échelle des affects positifs et négatifs

Les affects positifs et négatifs ont été mesurés par le biais de la version française (Caci & Baylé, 2007) du Positive and Negative Affect Schedule (PANAS ; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Cette échelle ( $\alpha = 0,74$ ) est composée de 20 items répartis en deux dimensions. Les alphas de Cronbach étaient de 0,83 pour les dix items évaluant les affects positifs (e.g., « *Je me sens intéressé(e).* » ; « *Fort(e).* ») et 0,76 pour les dix items mesurant les affects négatifs (e.g., « *Je me sens angoissé(e).* » ; « *Coupable.* »). Une échelle de type Likert en 5 points

s'étendant de 1 (« *très peu ou pas du tout* ») à 5 (« *énormément* ») a été utilisée. Un score moyen par dimension a été calculé à partir des dix items mesurant chacune des deux dimensions.

### 2.3.6 Échelle de l'inventaire apathie

L'inventaire apathie de Robert et collaborateurs (2002) validée en français par Leone et collaborateurs (2008) a été utilisé. Les trois dimensions évaluées sont (1) l'émoussement affectif ( $\alpha = 0,88$ ) (e.g., « *Avez-vous l'impression d'être aussi affectueux que d'habitude ? Est-ce que vous exprimez vos sentiments ?* »), (2) la perte d'initiative ( $\alpha = 0,32$ ) (e.g., « *Engagez-vous une conversation de manière spontanée ? Prenez-vous des décisions, des initiatives ?* ») et (3) la perte d'intérêt ( $\alpha = 0,81$ ) (e.g., « *Vous intéressez-vous à ce qui se passe autour de vous, à votre projet de vie ? Avez-vous de l'intérêt pour vos amis et les membres de votre famille ? Êtes-vous toujours aussi enthousiaste par rapport à vos centres d'intérêt ?* »). La cotation de cette échelle est binaire (i.e., oui ou non) et est associé à un « *oui* » le score de 0. En revanche, si la réponse est non, le patient doit noter sur une échelle allant de 1 à 12 la sévérité de cet émoussement affectif, cette perte d'initiative ou d'intérêt. Pour chaque dimension, un score de 1 signifie soit un émoussement affectif léger, soit une perte d'initiative légère ou une perte d'intérêt légère et un score de 12 signifie soit un émoussement affectif sévère, soit une perte d'initiative sévère ou une perte d'intérêt sévère. Dans cette étude, l'alpha de Cronbach pour l'échelle inventaire apathie était de 0,76. Un score global regroupant les scores obtenus à chacune des dimensions a été calculé à partir des réponses fournies aux huit items.

### 2.3.7 Échelle de disposition à l'ennui

La prédisposition à l'ennui a été évaluée grâce à l'échelle Boredom Proneness Scale (Farmer & Sundberg, 1986) adaptée en français par l'échelle de disposition à l'ennui (Gana & Akremi, 1998). Ce questionnaire en 28 items comporte des propositions telles que « *Je me*

*trouve souvent sans rien à faire, avec du temps devant moi.* ». Les réponses étaient données sous forme de vrai / faux selon si le patient se reconnaissait ou non dans les caractéristiques proposées et chacune d'entre elles allant dans la même direction que l'instruction donnée par la clé indiquait une prédisposition à l'ennui obtenant ainsi 1 point. Ainsi, un score fort signifiait une forte inclinaison à l'ennui.

### **2.3.8 Échelle de dépression gériatrique**

La Geriatric Depression Scale-15, Sheikh et Yesavage (1986) a été utilisée. Cet outil psychométrique, conçu pour une population âgée, d'une durée de cinq à sept minutes, mesure les manifestations spécifiques de la dépression gériatrique. Les réponses aux items prennent la forme oui / non en référence à l'état d'esprit dans lequel se trouve la personne, ses sensations pendant la semaine précédente (e.g., « *Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?* » ; « *Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?* »). Un score de 0 à 4 signifie l'absence de dépression, de 5 à 8 une dépression légère, de 9 à 11 une dépression modérée et plus de 12, une dépression sévère (Lacoste & Trivalle, 2005). La version à 15 items contient les items : 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22, et 23 de la version originale 30 items établis par Yesavage et collaborateurs (1982). L'échelle de dépression gériatrique-15 a été validée en français par Bourque, Blanchard et Vézina (1990) et présente une bonne cohérence interne et une bonne validité diagnostique (Antonelli Incalzi, Cesari, Pedone, & Carbonin, 2003 ; Mitchell, Bird, Rizzo, & Meader, 2010 ; Wancata, Alexandrowicz, Marquart, Weiss, & Friedrich, 2006).



### 3 Résultats

#### 3.1 Analyses préliminaires

Dans un premier temps, nous avons calculé les corrélations entre les différentes variables étudiées (cf. Tableau 17).

Les résultats ont indiqué que l'orientation générale de causalité :

- (1) à l'autonomie était positivement corrélée aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = 0,23 ; p < 0,01$ ), de soutien à la compétence ( $r = 0,25 ; p < 0,01$ ) et de soutien à l'affiliation ( $r = 0,19 ; p < 0,05$ ), aux besoins fondamentaux d'autonomie ( $r = 0,19 ; p < 0,05$ ) et de compétence ( $r = 0,28 ; p < 0,001$ ) ainsi qu'aux affects positifs ( $r = 0,40 ; p < 0,001$ ), mais également négativement corrélée aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = -0,30 ; p < 0,001$ ) et de contrôle de l'affiliation ( $r = -0,17 ; p < 0,05$ ), aux symptômes dépressifs ( $r = -0,35 ; p < 0,001$ ), à l'ennui ( $r = -0,49 ; p < 0,001$ ) à l'apathie ( $r = -0,31 ; p < 0,001$ ) et aux affects négatifs ( $r = -0,20 ; p < 0,05$ ) ;

- (2) au contrôle était négativement corrélé aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = -0,16 ; p < 0,05$ ) et à l'affiliation ( $r = -0,17 ; p < 0,05$ ) ainsi qu'aux affects positifs ( $r = -0,20 ; p < 0,05$ ) ;

- (3) impersonnelle était corrélée positivement aux types de motivation contrôlée ( $r = 0,25 ; p < 0,01$ ) et amotivation ( $r = 0,34 ; p < 0,001$ ), aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = 0,35 ; p < 0,001$ ), de contrôle de la compétence ( $r = 0,61 ; p < 0,001$ ) et de contrôle de l'affiliation ( $r = 0,19 ; p < 0,05$ ) à l'ennui ( $r = 0,23 ; p < 0,01$ ) ainsi qu'aux affects négatifs ( $r = 0,21 ; p < 0,01$ ), mais également négativement corrélée au type de motivation autonome ( $r = -0,16 ; p < 0,05$ ), aux comportements interpersonnels de soutien à la compétence ( $r = -0,17 ; p < 0,05$ ) ainsi qu'à la satisfaction du besoin fondamental de compétence ( $r = -0,24 ; p < 0,01$ ).



Concernant les types de motivation, la motivation :

- (1) autonome était positivement corrélée aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = 0,34 ; p < 0,001$ ), de soutien à la compétence ( $r = 0,25 ; p < 0,01$ ) et de soutien à l'affiliation ( $r = 0,18 ; p < 0,05$ ) ; aux besoins fondamentaux d'autonomie ( $r = 0,23 ; p < 0,01$ ) et de compétence ( $r = 0,25 ; p < 0,01$ ), mais également négativement corrélée à l'ennui ( $r = -0,25 ; p < 0,01$ ) et à l'apathie ( $r = -0,23 ; p < 0,01$ ) ;

- (2) contrôlée était positivement corrélée aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = 0,29 ; p < 0,001$ ), de soutien à la compétence ( $r = 0,25 ; p < 0,01$ ) et de soutien à l'affiliation ( $r = 0,18 ; p < 0,05$ ), aux comportements interpersonnels de contrôle de la compétence ( $r = 0,30 ; p < 0,001$ ), aux affects négatifs ( $r = 0,16 ; p < 0,05$ ) ainsi qu'à la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie ( $r = 0,21 ; p < 0,05$ ) et d'affiliation ( $r = 0,21 ; p < 0,05$ ), mais également négativement corrélée à l'apathie ( $r = -0,19 ; p < 0,05$ ) ;

- (3) amotivation était positivement corrélée aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = 0,32 ; p < 0,001$ ) et de la compétence ( $r = 0,40 ; p < 0,001$ ) ainsi qu'à l'ennui ( $r = 0,29 ; p < 0,001$ ), mais également négativement corrélée aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = -0,20 ; p < 0,05$ ) et à la compétence ( $r = -0,22 ; p < 0,01$ ).

Lorsque l'on regarde la satisfaction des besoins fondamentaux, nos résultats indiquent que les besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation étaient positivement corrélés aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie (respectivement,  $r = 0,56$ ,  $r = 0,44$ ,  $r = 0,32 ; p < 0,001$ ), de soutien à la compétence ( $r = 0,49$ ,  $r = 0,38$ ,  $r = 0,37 ; p < 0,001$ ) et de soutien à l'affiliation ( $r = 0,40$ ,  $r = 0,37$ ,  $r = 0,42 ; p < 0,001$ ), aux affects positifs ( $r = 0,41$ ,  $r = 0,48 ; p < 0,001$ ,  $r = 0,20 ; p < 0,05$ ), mais également que les trois besoins fondamentaux étaient négativement corrélés aux conséquences émotionnelles négatives,

respectivement ( $r = -0,33$ ,  $r = -0,36$ ,  $r = -0,29$  ;  $p < 0,001$ ) pour les symptômes dépressifs et ( $r = -0,47$ ,  $r = -0,41$ ,  $r = -0,37$  ;  $p < 0,001$ ) pour l'apathie, que les besoins fondamentaux d'autonomie et de compétence étaient négativement corrélés aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = -0,26$ ,  $r = -0,23$  ;  $p < 0,01$ ) et à l'ennui ( $r = -0,23$  ;  $p < 0,01$ ,  $r = -0,39$  ;  $p < 0,001$ ), que le besoin fondamental d'affiliation était négativement corrélé aux comportements interpersonnels de contrôle de l'affiliation ( $r = -0,17$  ;  $p < 0,05$ ) et enfin que le besoin fondamental de compétence était négativement corrélé aux affects négatifs ( $r = -0,18$  ;  $p < 0,05$ ).

Concernant les conséquences émotionnelles, nos résultats indiquent que :

- (1) les symptômes dépressifs ont été positivement corrélés aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = 0,20$  ;  $p < 0,05$ ), à l'ennui ( $r = 0,58$  ;  $p < 0,001$ ), à l'apathie ( $r = 0,46$  ;  $p < 0,001$ ) et aux affects négatifs ( $r = 0,38$  ;  $p < 0,001$ ), mais également négativement corrélés aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = -0,32$  ;  $p < 0,001$ ), à la compétence ( $r = -0,27$  ;  $p < 0,001$ ) et à l'affiliation ( $r = -0,24$  ;  $p < 0,01$ ) ainsi qu'aux affects positifs ( $r = -0,49$  ;  $p < 0,001$ ) ;

- (2) l'ennui a été positivement corrélé aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = 0,26$  ;  $p < 0,01$ ) et de contrôle de la compétence ( $r = 0,20$  ;  $p < 0,05$ ), à l'apathie ( $r = 0,39$  ;  $p < 0,001$ ) ainsi qu'aux affects négatifs ( $r = 0,37$  ;  $p < 0,001$ ), mais également négativement corrélé aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = -0,21$  ;  $p < 0,05$ ) et de soutien à la compétence ( $r = -0,18$  ;  $p < 0,05$ ) ainsi qu'aux affects positifs ( $r = -0,49$  ;  $p < 0,001$ ) ;

- (3) l'apathie a été positivement corrélée aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = 0,26$  ;  $p < 0,01$ ) ainsi qu'aux affects négatifs ( $r = 0,21$  ;  $p < 0,01$ ), mais également négativement corrélée aux comportements interpersonnels de soutien à

l'autonomie ( $r = -0,43$  ;  $p < 0,001$ ), de soutien à la compétence ( $r = -0,46$  ;  $p < 0,001$ ) et de soutien à l'affiliation ( $r = -0,36$  ;  $p < 0,001$ ) ainsi qu'aux affects positifs ( $r = -0,42$  ;  $p < 0,001$ ) ;

- (4) les affects positifs ont été positivement corrélés aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $r = 0,39$  ;  $p < 0,001$ ), de soutien à la compétence ( $r = 0,28$  ;  $p < 0,001$ ) et au soutien à l'affiliation ( $r = 0,26$  ;  $p < 0,01$ ) ;

- (5) les affects négatifs ont été positivement corrélés aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $r = 0,25$  ;  $p < 0,01$ ) et de contrôle de la compétence ( $r = 0,30$  ;  $p < 0,001$ ).

Le Tableau 17 récapitule l'ensemble des moyennes, écarts-types et corrélations entre toutes les variables mesurées.

Tableau 17. Moyennes, écarts-types et corrélations entre les variables mesurées dans l'étude 3.

Variable	M	ET	A			B						C			D	E	F	G		H			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				15	16	17	18	19	
A. Motivation à l'exercice en contexte de santé	1. Autonome	4,98	1,69	–																			
	2. Contrôlée	2,80	1,09	0,43***	–																		
	3. Amotivation	1,58	1,19	-0,45***	0,05	–																	
	4. Soutien à l'autonomie	4,39	1,40	0,34***	0,29***	-0,20*	–																
	5. Contrôle de l'autonomie	2,34	1,49	-0,15	0,08	0,32***	-0,38***	–															
B. Comportements interpersonnels	6. Soutien à la compétence	4,96	1,16	0,25**	0,25**	-0,22**	0,71***	-0,30***	–														
	7. Contrôle de la compétence	1,43	0,83	-0,06	0,30***	0,40***	0,01	0,44***	-0,12	–													
	8. Soutien à l'affiliation	3,67	1,54	0,18*	0,18*	-0,05	0,57***	-0,18*	0,55***	0,18*	–												
	9. Contrôle de l'affiliation	2,63	0,93	-0,03	0,15	0,13	-0,16	0,31***	-0,21*	0,34***	-0,33***	–											
C. Orientations générales à la causalité	10. Autonomie	31,13	8,89	0,16	-0,09	-0,15	0,23**	-0,30***	0,25**	-0,11	0,19*	-0,17*	–										
	11. Contrôle	31,82	7,33	-0,06	0,06	-0,01	-0,16*	0,13	-0,09	-0,08	-0,17*	0,12	-0,43***	–									
	12. Impersonnelle	13,01	6,75	-0,16*	0,25**	0,34***	-0,08	0,35***	-0,17*	0,61***	0,06	0,19*	-0,31***	-0,21*	–								
D. Symptômes dépressifs		5,52	3,06	-0,14	-0,04	0,13	-0,32***	0,20*	-0,27***	0,14	-0,24**	0,12	-0,35***	0,15	0,08	–							
E. Ennui		10,27	4,88	-0,25**	0,08	0,29***	-0,21*	0,26**	-0,18*	0,20*	-0,12	0,05	-0,49***	0,15	0,23**	0,58***	–						
F. Apathie		5,03	5,67	-0,23**	-0,19*	0,06	-0,43***	0,26**	-0,46***	0,00	-0,36***	0,14	-0,31***	-0,01	0,10	0,46***	0,39***	–					
G. Affects	15. Positifs	27,17	8,04	0,16	0,08	-0,08	0,39***	-0,16	0,28***	-0,00	0,26**	0,01	0,40***	-0,20*	-0,12	-0,49***	-0,49***	-0,42***	–				
	16. Négatifs	17,89	6,58	-0,13	0,16*	0,10	-0,12	0,25**	-0,06	0,30***	0,02	0,13	-0,20*	0,09	0,21**	0,38***	0,37***	0,21**	-0,07	–			
	17. Besoin d'autonomie	15,95	4,57	0,23**	0,21*	-0,12	0,56***	-0,26**	0,49***	-0,01	0,40***	-0,06	0,19*	-0,08	-0,09	-0,33***	-0,23**	-0,47***	0,41***	-0,14	–		
H. Besoins psychologiques	18. Besoin de compétence	17,35	3,99	0,25**	0,05	-0,13	0,44***	-0,23**	0,38***	-0,13	0,37***	-0,12	0,28***	-0,10	-0,24**	-0,36***	-0,39***	-0,41***	0,48***	-0,18*	0,66***	–	
	19. Besoin d'affiliation	17,78	3,62	0,02	0,21*	-0,02	0,32***	-0,15	0,37***	0,14	0,42***	-0,17*	0,13	-0,15	0,14	-0,29***	-0,09	-0,37***	0,20*	0,01	0,37***	0,26**	–

Note.  $N = 146$  ; \*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$  ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

## 3.2 Analyses de parcours par la méthode des moindres carrés

### 3.2.1 Principes généraux

Dans un second temps, nous avons testé un modèle d'analyses de parcours par la méthode des moindres carrés (avec l'utilisation de variables latentes) à l'aide du logiciel R (package nommé *plspm* ; Sanchez, 2013). L'analyse de parcours par la méthode des moindres carrés (PLS-PM) est une technique d'équation structurelle basée sur l'étude de la variance ne reposant pas sur des hypothèses de distribution (par exemple l'obligation d'avoir une distribution normale des variables) et qui peut être implémentée avec des échantillons de taille modeste (Freeman, Coffee, Moll, Rees, & Sammy, 2014 ; Hair, Sarstedt, Ringle, & Mena, 2012 ; Jacobs, Hagger, Streukens, De Bourdeaudhuij, & Claes, 2011). Les raisons pour lesquelles l'approche PLS-PM a été choisie sont premièrement, les écarts significatifs par rapport à la normalité de nos données et deuxièmement, le relativement faible échantillon si l'on considère le nombre de variables latentes et mesurées au regard de la complexité du modèle testé. En effet, sachant que chaque séquence causale est estimée séparément dans l'approche PLS-PM, une règle empirique pour les estimations PLS-PM suggère que la taille de l'échantillon doit être égale au plus grand des deux parmi les deux principes suivants : (a) dix fois le nombre d'indicateurs de l'échelle ayant le plus grand nombre de variables mesurées ou (b) dix fois le plus grand nombre de liens structuraux dirigés vers une variable latente donnée. Ainsi, la taille de l'échantillon dans la présente étude est suffisante pour effectuer des analyses PLS-PM. Par ailleurs, la significativité des estimations des paramètres a été évaluée en construisant des intervalles de confiance à 95% basés sur une procédure d'inférence statistique à 100 répétitions (bootstrap). Autrement dit, cela consiste à rééchantillonner 100 fois notre échantillon initial. Dans le but de conserver un nombre raisonnable de variables mesurées dans le modèle, les différentes variables latentes ont été mesurées par des parcelles ou agrégats d'items (Coffman & MacCallum, 2005 ; MacCallum & Austin, 2000). Enfin, afin de déterminer la qualité du modèle de mesure, différents



indicateurs psychométriques associés à l'approche PLS-PM ont été utilisés tels que (a) le coefficient de saturation standardisé (SFL) représentant la force du lien entre une variable latente et sa variable mesurée (Sanchez, 2013) acceptable dès lors que le coefficient est supérieur à 0,70, (b) les valeurs de fiabilités composites ( $\rho$ ) mesurant la fiabilité globale d'une collection de variables mesurées hétérogènes, mais similaires (Sanchez, 2013) où 0,70 ou plus indique une fiabilité satisfaisante (Raykov, 2001 ; Tenenhaus, Vinzi, Chatelin, & Lauro, 2005), (c) la variance moyenne extraite (AVE) décrivant la variance capturée par l'erreur de mesure par opposition à la variance liée aux facteurs latents et pour laquelle une valeur supérieure ou égale à 0,50 indique une fiabilité acceptable, car la variance du construit latent mesuré est supérieure à la variance d'erreur (Fornell & Larcker, 1981) et (d) une analyse de la valeur propre de la matrice de corrélation de chaque ensemble de variables manifestes ( $\lambda$ ) (Jacobs et al., 2011 ; Sanchez, 2013). En effet, l'utilisation des valeurs propres de la matrice de corrélation permet de déterminer si un agrégat d'items est unidimensionnel. Pour cela, la première valeur propre doit être supérieure à 1 alors que la deuxième doit être inférieure à 1 (Sanchez, 2013) suggérant que la variable manifeste doit être plus corrélée avec la variable latente qu'elle doit mesurer qu'avec les autres. Pour l'ensemble des construits, des parcelles ont été utilisées comme indicateurs de ces variables latentes en proposant un regroupement d'items. Référencés sous le nom de « *parcelles* », les regroupements d'items utilisent la moyenne des items d'une dimension pour former les indicateurs d'une variable latente (Coffman & MacCallum, 2005). En effet, lorsque l'on souhaite étudier les relations entre des variables latentes et non pas celles entre des items, cette technique apparaît plus judicieuse pour obtenir un ratio entre le nombre de parcelles et la taille de l'échantillon plus favorable (Williams & O'Boyle, 2008). L'ensemble de nos résultats confirment la fiabilité et la validité de l'ensemble des construits étudiés dans notre *étude 3* comme l'indiquent les coefficients de saturation, les  $\rho$ , les AVE ainsi que les premières et deuxièmes valeurs propres présentées dans le Tableau 18 à l'exception du construit

psychologique relatif aux symptômes dépressifs qui ne présentait pas de bons scores de fiabilité.

Par conséquent, cette variable latente a été retirée des traitements statistiques à venir.

Tableau 18. Propriétés psychométriques.

Échelles	Variables latentes	Niveau statistique du construit	Parcelles	SFL	Échelles	Variables latentes	Niveau statistique du construit	Parcelles	SFL
Orientations générales à la causalité	Autonomie	$\lambda_1 = 1,82$ ; $\lambda_2 = 0,69$ $\rho = 0,82$ ; AVE = 0,60	1	0,74	Besoins fondamentaux	Besoin d'autonomie	$\lambda_1 = 2,20$ ; $\lambda_2 = 0,45$ $\rho = 0,89$ ; AVE = 0,73	1	0,85
			2	0,81				2	0,88
			3	0,76				3	0,84
	Contrôle	$\lambda_1 = 1,45$ ; $\lambda_2 = 0,89$ $\rho = 0,73$ ; AVE = 0,48	4	0,67		Besoin de compétence	$\lambda_1 = 1,93$ ; $\lambda_2 = 0,58$ $\rho = 0,84$ ; AVE = 0,64	4	0,76
			5	0,77				5	0,82
			6	0,64				6	0,82
	Impersonnelle	$\lambda_1 = 1,99$ ; $\lambda_2 = 0,64$ $\rho = 0,85$ ; AVE = 0,66	7	0,84		Besoin d'affiliation	$\lambda_1 = 2,14$ ; $\lambda_2 = 0,63$ $\rho = 0,88$ ; AVE = 0,71	7	0,89
			8	0,81				8	0,90
			9	0,79				9	0,73
Comportements interpersonnels	Soutien à l'autonomie	$\lambda_1 = 2,47$ ; $\lambda_2 = 0,69$ $\rho = 0,86$ ; AVE = 0,62	1	0,72	Motivation à l'exercice en contexte de santé	Autonome	$\lambda_1 = 2,78$ ; $\lambda_2 = 0,15$ $\rho = 0,97$ ; AVE = 0,93	1	0,95
			7	0,81				2	0,96
			13	0,79				3	0,97
			19	0,82		Contrôlée	$\lambda_1 = 2,07$ ; $\lambda_2 = 0,50$ $\rho = 0,86$ ; AVE = 0,68	4	0,84
			2	0,83				5	0,76
	Soutien à la compétence	$\lambda_1 = 2,64$ ; $\lambda_2 = 0,58$ $\rho = 0,80$ ; AVE = 0,66	8	0,79				6	0,87
			14	0,83		Amotivation	$\lambda_1 = 2,22$ ; $\lambda_2 = 0,49$ $\rho = 0,89$ ; AVE = 0,74	7	0,86
			20	0,79				8	0,89
			3	0,74				9	0,83
	Soutien à l'affiliation	$\lambda_1 = 2,07$ ; $\lambda_2 = 0,82$ $\rho = 0,85$ ; AVE = 0,52	9	0,60	Ennui		$\lambda_1 = 2,28$ ; $\lambda_2 = 0,76$ $\rho = 0,83$ ; AVE = 0,55	1	0,83
			15	0,80				2	0,78
			21	0,72				3	0,81
			4	0,88				4	0,51
	Contrôle de l'autonomie	$\lambda_1 = 2,77$ ; $\lambda_2 = 0,55$ $\rho = 0,88$ ; AVE = 0,69	10	0,85	Apathie		$\lambda_1 = 1,61$ ; $\lambda_2 = 0,70$ $\rho = 0,77$ ; AVE = 0,53	1	0,81
			16	0,82				2	0,67
			22	0,78				3	0,70
			5	0,68	Affects	Positifs	$\lambda_1 = 2,23$ ; $\lambda_2 = 0,44$ $\rho = 0,89$ ; AVE = 0,74	1	0,78
	Contrôle de la compétence	$\lambda_1 = 2,40$ ; $\lambda_2 = 0,69$ $\rho = 0,90$ ; AVE = 0,59	11	0,72				2	0,88
			17	0,82				3	0,91
			23	0,85		Négatifs	$\lambda_1 = 2,06$ ; $\lambda_2 = 0,54$ $\rho = 0,86$ ; AVE = 0,68	4	0,73
			6	0,64				5	0,86
	Contrôle de l'affiliation	$\lambda_1 = 1,97$ ; $\lambda_2 = 0,82$ $\rho = 0,79$ ; AVE = 0,48	12	0,64				6	0,87
			18	0,82					
			24	0,67					

Note.  $\lambda$  : analyse de la valeur propre de la matrice de corrélation ;  $\rho$  : valeurs de fiabilités composites; AVE : moyenne des variances extraites ; SFL : coefficient de saturation standardisé ;  $p < 0,05$ .

### 3.2.2 Élaboration du modèle structurel

Le modèle testé était composé de dix-neuf variables latentes et de soixante-quatre indicateurs. Les résultats du modèle PLS-PM conçu pour tester les relations entre les variables latentes sont présentés dans le Tableau 19.

Ainsi, les orientations générales à la causalité sont un construit psychologique défini par trois variables latentes reflétant chacune sept items regroupés en parcelles (i.e., autonomie, contrôle, impersonnelle) conformément aux travaux de Deci et Ryan (1985b) et Vallerand et collaborateurs (1987). Les comportements interpersonnels sont un construit psychologique défini par six variables latentes reflétant chacune quatre items réunis en parcelles (i.e., soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation et contrôle de l'autonomie, de la compétence et de l'affiliation) dans la continuité des travaux de Rocchi et collaborateurs (2017). Enfin, la satisfaction des besoins fondamentaux, la motivation à l'exercice en contexte de santé, l'apathie les affects négatifs et positifs ainsi que l'ennui sont des construits psychologiques définis par respectivement trois, trois, une, deux et une des variables latentes réunies reflétant chacune respectivement cinq, trois, six, dix et vingt-huit items.

Le modèle structurel testé comprend des relations entre les orientations de causalité et les comportements interpersonnels ; les comportements interpersonnels et la satisfaction des besoins fondamentaux ; la satisfaction des besoins fondamentaux et la motivation à l'exercice en contexte de santé ; la motivation à l'exercice en contexte de santé et les conséquences émotionnelles positives ou négatives (affects positifs, affects négatifs, ennui et apathie). Tous les indicateurs ont été significativement reliés ( $p < 0,05$ ) aux variables latentes correspondantes (cf. Tableau 18). Plus précisément, les parcelles représentant l'orientation de causalité à l'autonomie ( $\beta_s = 0,74, 0,81$  et  $0,76$ ), au contrôle ( $\beta_s = 0,67, 0,77$  et  $0,64$ ) et impersonnelle ( $\beta_s = 0,84, 0,81$  et  $0,79$ ) entretenaient toutes des relations significatives avec la variable latente des *orientations générales à la causalité*. Les parcelles renvoyant aux comportements

interpersonnels de soutien à l'autonomie ( $\beta$ s = 0,72, 0,81, 0,79 et 0,82), à la compétence ( $\beta$ s = 0,83, 0,79, 0,83 et 0,79), à l'affiliation ( $\beta$ s = 0,74, 0,6, 0,8 et 0,72) et aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $\beta$ s = 0,88, 0,85, 0,82 et 0,78), de la compétence ( $\beta$ s = 0,68, 0,72, 0,82 et 0,85) et de l'affiliation ( $\beta$ s = 0,64, 0,64, 0,82 et 0,67) étaient elles aussi significativement associées à la variable latente des *comportements interpersonnels*. Celles représentant les besoins fondamentaux d'autonomie ( $\beta$ s = 0,85, 0,88 et 0,84), de compétence ( $\beta$ s = 0,76, 0,82 et 0,82) et d'affiliation ( $\beta$ s = 0,89, 0,9 et 0,73) entretenaient également toutes des relations significatives avec la variable latente de la *satisfaction des besoins fondamentaux*. Les parcelles renvoyant à la motivation autonome ( $\beta$ s = 0,95, 0,96 et 0,97), contrôlée ( $\beta$ s = 0,84, 0,76 et 0,87) et amotivation ( $\beta$ s = 0,86, 0,89 et 0,83), étaient aussi significativement reliées à la variable latente de la *motivation à l'exercice en contexte de santé*. Enfin, les parcelles associées aux affects positifs ( $\beta$ s = 0,78, 0,88 et 0,91) et négatifs ( $\beta$ s = 0,73, 0,86 et 0,87) ont été significativement liées à la variable latente des *affects positifs et négatifs*, de même pour les parcelles liées à l'ennui ( $\beta$ s = 0,83, 0,78, 0,81 et 0,51) et à l'apathie ( $\beta$ s = 0,81, 0,67 et 0,7) aux variables latentes d'*ennui* et d'*apathie*.

Les résultats du modèle structurel ont mis en évidence ( $p < 0,05$ ) :

- des relations significatives et positives entre l'orientation de causalité à l'autonomie et les comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation ( $\beta$ s = 0,18, 0,16 et 0,19) et négatives avec les comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie ( $\beta$  = -0,14),
- des relations significatives et positives entre l'orientation de causalité impersonnelle et les comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie, de la compétence et de



l'affiliation ( $\beta_s = 0,32, 0,66$  et  $0,39$ ) et négatives avec les comportements interpersonnels de soutien à la compétence ( $\beta = -0,20$ ),

- des relations significatives et positives entre les comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie et la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie et de compétence ( $\beta_s = 0,34$  et  $0,26$ ),
- des relations significatives et positives entre les comportements interpersonnels de soutien à la compétence et la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie et d'affiliation ( $\beta_s = 0,14$  et  $0,21$ ),
- des relations significatives et positives entre les comportements interpersonnels de soutien à l'affiliation et la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation ( $\beta_s = 0,12, 0,23$  et  $0,20$ ),
- des relations négatives et significatives entre les comportements interpersonnels de contrôle de la compétence et la satisfaction du besoin fondamental de compétence ( $\beta = -0,22$ ) et positives avec la satisfaction du besoin fondamental d'affiliation ( $\beta = 0,30$ ),
- une relation négative et significative entre les comportements interpersonnels de contrôle de l'affiliation et la satisfaction du besoin fondamental d'affiliation ( $\beta = -0,30$ ),
- une relation positive et significative entre la satisfaction du besoin fondamental d'autonomie et le type de motivation contrôlée ( $\beta = 0,25$ ),

- une relation positive et significative entre la satisfaction du besoin de compétence et le type de motivation autonome ( $\beta = 0,20$ ),
- des relations positives et significatives entre le type de motivation autonome et les affects positifs ( $\beta = 0,17$ ) et négatives avec l'ennui ( $\beta = -0,35$ ), l'apathie ( $\beta = -0,18$ ) et les affects négatifs ( $\beta = -0,26$ ),
- des relations significatives et positives entre le type de motivation contrôlée et l'ennui ( $\beta = 0,26$ ) et les affects négatifs ( $\beta = 0,24$ ),
- et enfin, une relation significative et positive entre le type de motivation amotivation et l'ennui ( $\beta = 0,16$ ).

L'ensemble de ces résultats sont synthétisés sur la Figure 8.

Tableau 19. Modèle structurel.

Variables			Effectif total n = 146			Variables			Effectif total n = 146		
			EMR	IC					EMR	IC	
OGC Autonomie	→	CI Soutien à l'autonomie	0,18*	-0,01	0,38	CI Soutien à l'autonomie	→	Satisfaction du besoin d'autonomie	0,34*	0,14	0,52
OGC Autonomie	→	CI Contrôle de l'autonomie	-0,14*	-0,30	0,03	CI Soutien à l'autonomie	→	Satisfaction du besoin de compétence	0,26*	0,10	0,43
OGC Autonomie	→	CI Soutien à la compétence	0,16*	-0,04	0,36	CI Soutien à l'autonomie	→	Satisfaction du besoin d'affiliation	-0,08	-0,30	0,13
OGC Autonomie	→	CI Contrôle de la compétence	0,15	-0,01	0,32	CI Contrôle de l'autonomie	→	Satisfaction du besoin d'autonomie	-0,09	-0,22	0,08
OGC Autonomie	→	CI Soutien à l'affiliation	0,19*	0,00	0,37	CI Contrôle de l'autonomie	→	Satisfaction du besoin de compétence	-0,02	-0,19	0,16
OGC Autonomie	→	CI Contrôle de l'affiliation	0,05	-0,14	0,25	CI Contrôle de l'autonomie	→	Satisfaction du besoin d'affiliation	-0,08	-0,23	0,10
OGC Contrôle	→	CI Soutien à l'autonomie	-0,11	-0,34	0,15	CI Soutien à la compétence	→	Satisfaction du besoin d'autonomie	0,14*	-0,04	0,33
OGC Contrôle	→	CI Contrôle de l'autonomie	0,13	-0,17	0,36	CI Soutien à la compétence	→	Satisfaction du besoin de compétence	0,08	-0,16	0,24
OGC Contrôle	→	CI Soutien à la compétence	-0,06	-0,27	0,17	CI Soutien à la compétence	→	Satisfaction du besoin d'affiliation	0,21*	0,01	0,42
OGC Contrôle	→	CI Contrôle de la compétence	0,08	-0,10	0,25	CI Contrôle de la compétence	→	Satisfaction du besoin d'autonomie	0,03	-0,15	0,19
OGC Contrôle	→	CI Soutien à l'affiliation	-0,1	-0,33	0,15	CI Contrôle de la compétence	→	Satisfaction du besoin de compétence	-0,22*	-0,42	-0,05
OGC Contrôle	→	CI Contrôle de l'affiliation	0,04	-0,17	0,26	CI Contrôle de la compétence	→	Satisfaction du besoin d'affiliation	0,3*	0,12	0,49
OGC Impersonnelle	→	CI Soutien à l'autonomie	-0,05	-0,25	0,15	CI Soutien à l'affiliation	→	Satisfaction du besoin d'autonomie	0,12*	-0,08	0,28
OGC Impersonnelle	→	CI Contrôle de l'autonomie	0,32*	0,12	0,49	CI Soutien à l'affiliation	→	Satisfaction du besoin de compétence	0,23*	0,06	0,40
OGC Impersonnelle	→	CI Soutien à la compétence	-0,2*	-0,40	-0,01	CI Soutien à l'affiliation	→	Satisfaction du besoin d'affiliation	0,2*	0,02	0,36
OGC Impersonnelle	→	CI Contrôle de la compétence	0,66*	0,44	0,82	CI Contrôle de l'affiliation	→	Satisfaction du besoin d'autonomie	-0,02	-0,22	0,16
OGC Impersonnelle	→	CI Soutien à l'affiliation	0,06	-0,18	0,23	CI Contrôle de l'affiliation	→	Satisfaction du besoin de compétence	0,04	-0,14	0,25
OGC Impersonnelle	→	CI Contrôle de l'affiliation	0,39*	0,23	0,57	CI Contrôle de l'affiliation	→	Satisfaction du besoin d'affiliation	-0,3*	-0,49	-0,08
Satisfaction du besoin d'autonomie	→	Motivation autonome	0,11	-0,15	0,35	Motivation autonome	→	Ennui	-0,35*	-0,58	-0,08
Satisfaction du besoin d'autonomie	→	Motivation contrôlée	0,25*	0,02	0,50	Motivation autonome	→	Apathie	-0,18*	-0,40	0,07
Satisfaction du besoin d'autonomie	→	Amotivation	-0,04	-0,29	0,22	Motivation autonome	→	Affects positifs	0,17*	-0,06	0,36
Satisfaction du besoin de compétence	→	Motivation autonome	0,2*	-0,04	0,45	Motivation autonome	→	Affects négatifs	-0,26*	-0,48	0,03
Satisfaction du besoin de compétence	→	Motivation contrôlée	-0,11	-0,37	0,13	Motivation contrôlée	→	Ennui	0,26*	0,01	0,47
Satisfaction du besoin de compétence	→	Amotivation	-0,13	-0,36	0,16	Motivation contrôlée	→	Apathie	-0,09	-0,31	0,23
Satisfaction du besoin d'affiliation	→	Motivation autonome	-0,08	-0,25	0,10	Motivation contrôlée	→	Affects positifs	0	-0,21	0,22
Satisfaction du besoin d'affiliation	→	Motivation contrôlée	0,13	-0,04	0,30	Motivation contrôlée	→	Affects négatifs	0,24*	-0,08	0,48
Satisfaction du besoin d'affiliation	→	Amotivation	0,02	-0,16	0,20	Amotivation	→	Ennui	0,16*	-0,03	0,40
						Amotivation	→	Apathie	0	-0,28	0,24
						Amotivation	→	Affects positifs	-0,02	-0,17	0,18
						Amotivation	→	Affects négatifs	0	-0,17	0,17

Note. EMR : Estimations des moyennes de rééchantillonnage ; IC : Intervalles de confiance ; OGC : orientations générales à la causalité ; CI : comportements interpersonnels ;  $p < 0,05$ .

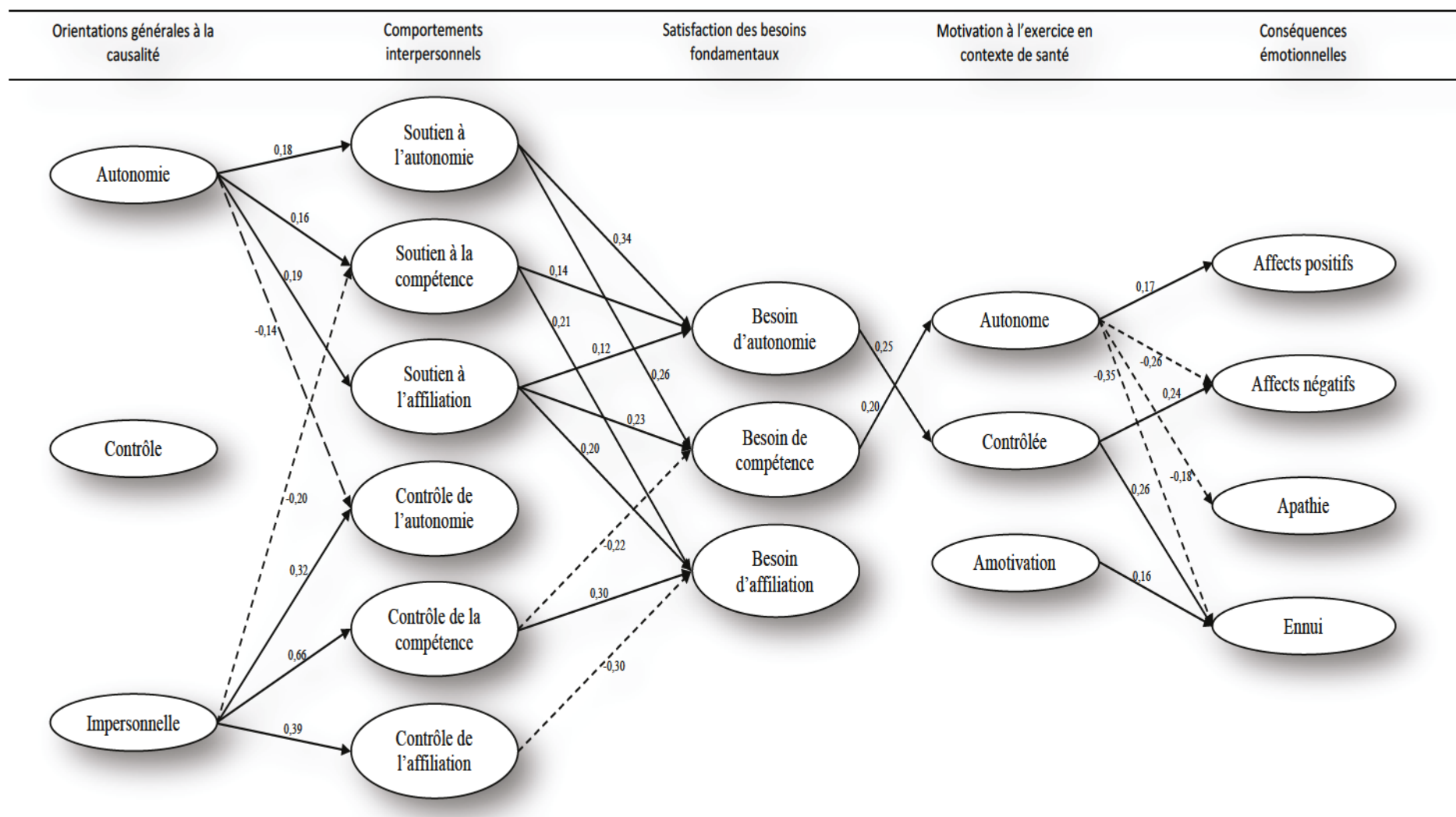


Figure 8. Résultats de la modélisation par équation structurelle de l'étude 3.

Note. Pour des raisons de clarté, seuls les liens significatifs entre les dimensions mesurées dans l'étude 3 sont présentés. L'ensemble des résultats sont synthétisés dans le Tableau 19. Une flèche pleine indiquant un lien positif et une flèche en pointillés indiquant un lien négatif.

## 4 Discussion

L'objectif de la présente étude a été d'explorer le rôle des orientations de causalité (Deci & Ryan, 1985b) sur les perceptions de soutien et de contrôle de l'environnement, elles-mêmes influençant la satisfaction des besoins fondamentaux et la mise en place d'une motivation autonome (versus contrôlée) à l'exercice en contexte de santé conduisant à des conséquences émotionnelles positives ou négatives chez les patients hospitalisés dans un service SSR de la Région Centre-Val de Loire. Nos résultats indiquent que l'adoption d'une orientation de causalité à l'autonomie par les patients leur permet de percevoir les comportements interpersonnels des professionnels de santé comme soutenant. Cette perception soutenance de l'environnement dans lequel ils évoluent leur permet de voir satisfaits leurs trois besoins fondamentaux et de mettre en place une motivation autonome à l'exercice. Enfin, c'est cette motivation autonome mise en place par les patients qui les conduit à des conséquences émotionnelles positives. Notre étude montre aussi que l'adoption par les patients d'une orientation de causalité impersonnelle va influencer la perception des comportements interpersonnels des professionnels de santé comme étant contrôlants. La satisfaction des besoins fondamentaux sera moindre et la motivation à l'exercice mise en place sera davantage tournée vers le contrôle ou l'amotivation entraînant l'adoption de conséquences émotionnelles négatives (e.g., affects négatifs ou ennui).

L'ensemble de nos résultats nous permettent de venir confirmer nos hypothèses de départ n°1, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 stipulant que les orientations générales de causalité sont des facteurs intra-individuels à l'origine de conséquences émotionnelles plus ou moins positives ou négatives pour l'individu (Olesen, Thomsen, & O'Toole, 2015 ; Øverup, Hadden, Knee, & Rodriguez, 2017 ; Schaubroeck & Williams, 1993).

Si on rentre plus en détail dans le modèle final concernant le lien entre les orientations de causalité et la perception de comportements interpersonnels de soutien ou de contrôle de la



part des professionnels de santé (*hypothèses 1, 2 et 3*), nos résultats sont en accord avec ceux issus de la littérature scientifique. En effet, les analyses de corrélation supportées par les analyses de parcours par la méthode des moindres carrés suggèrent que les différentes orientations de causalité des patients sont reliées à des perceptions différentes de l'environnement (i.e., des comportements interpersonnels effectués par les professionnels de santé). Plus spécifiquement, l'orientation de causalité à l'autonomie est corrélée positivement aux comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation et négativement corrélée aux comportements interpersonnels de contrôle de l'autonomie. Similairement aux résultats obtenus par Hagger et collaborateurs (2015) montrant que les individus ayant une orientation de causalité à l'autonomie, engagés dans une résolution de puzzle, voyaient les retours informationnels (feedbacks) dispensés par l'évaluateur augmenter leur temps passé à vouloir résoudre le puzzle, il semblerait ici que les patients ayant une orientation de causalité à l'autonomie aient perçu les retours informationnels effectués par les professionnels de santé comme soutenant. Autrement dit, l'environnement leur renverrait la possibilité de montrer ce dont ils sont capables (environnement perçu comme donnant la possibilité d'exprimer ses capacités). D'autres études viennent étayer nos propos telles qu'une investigation portant sur les essais écrits de nones ayant vécues durant les années 1930. Les chercheurs sont parvenus à montrer que celles ayant un plus haut degré d'orientation de causalité à l'autonomie avaient eu une durée de vie plus longue. Un des facteurs explicatifs de cet allongement de la durée de vie pourrait résider dans la capacité qu'ont eue les personnes adoptant cette orientation à percevoir l'environnement dans lequel ils évoluaient comme soutenant leur autodétermination. En effet, pour ces mêmes nones, une relation positive et significative a été trouvée entre le soutien à l'autodétermination proféré par leurs parents et leur longévité (Weinstein, Legate, Ryan, & Hemmy, 2018). Toujours associée à des conséquences positives, l'orientation de causalité à l'autonomie a été liée à la capacité de gérer ses soins

bucco-dentaires de manière autonome (Halvari, Halvari, Williams, & Deci, 2017). Nos résultats corroborent également la recherche de Breitborde, Kleinlein et Srihari (2014). Celle-ci s'est intéressée à des patients présentant un épisode psychotique en les comparant à des sujets n'en présentant pas (assimilés à la population générale). Leurs résultats ont montré que les personnes avec des épisodes psychotiques présentaient un biais d'interprétation les faisant adopter préférentiellement une orientation de causalité au contrôle ou impersonnelle, les rendant ainsi plus sujets à percevoir les événements comme incontrôlables ou régulés par des facteurs externes. Blevins et collaborateurs (2016) ont montré que des patients engagés dans un programme de sevrage à l'usage de la marijuana ne présentaient pas les mêmes conséquences à la fin de ce traitement en fonction de leur orientation de causalité. Ainsi, les patients à l'orientation de causalité à l'autonomie avaient une fréquence d'utilisation plus faible de l'usage de la marijuana. Ceux présentant une orientation de causalité au contrôle présentaient une réduction de son usage. Ces chercheurs ont montré que les orientations de causalité à l'autonomie et au contrôle étaient liées à une volonté de changement de la part des patients sans pour autant expliquer la disparité de ces résultats. De plus, concernant la troisième orientation de causalité (i.e., impersonnelle), ces chercheurs ont montré que les patients rencontraient de plus grands problèmes de suivi. Ces derniers croyaient en effet que les changements n'étaient pas sous leur contrôle. À la lumière de ces résultats, peut-être est-il intéressant de revenir sur un élément discuté dans le *chapitre 2*. Il semble ressortir de la littérature scientifique que la population âgée ne souhaite pas s'impliquer dans le processus de décision lié à sa santé, car cette dernière estime que les professionnels de santé sont les plus aptes et les plus compétents. Or, si l'ensemble de ces recherches ne prennent pas en considération les variations intra-individuelles, il nous paraît pourtant pertinent de penser que leur prise en compte permettrait d'affiner ces résultats et de moins stigmatiser les personnes âgées quant à leur moindre implication. Si les patients ne s'impliquent pas totalement dans le processus de décision lié à leur santé, cela peut venir des

orientations de causalité, qui elles sont dépendantes des conditions dans lequel évolue l'individu. Il est alors possible que ce soit le résultat de l'interaction entre les conditions spécifiques des services SSR apparaissant comme contraignantes aux yeux des patients (voir *étude 2*) et la présence d'un plus haut degré d'orientation de causalité impersonnelle chez ces derniers qui soit à l'origine de leur moindre implication. La conséquence de l'adoption de cette orientation de causalité va alors induire une perception des feedbacks des professionnels de santé comme ne leur permettant pas de montrer ce dont ils sont capables (aspect contrôlant), et ce serait en cela l'origine de la moindre implication dans le processus de prise de décision lié à leur santé et la tendance à se « *laisser porter* » par les professionnels de santé jugés experts. Autrement dit, le résultat de cette interaction serait l'explication au sentiment perçu de contrôle des comportements interpersonnels des professionnels de santé par les patients. Ainsi, bien que les personnes âgées présentent des freins à s'impliquer dans le processus de décision lié à leur santé, si la perception des patients concernant les comportements interpersonnels des professionnels de santé est nuancée, cela pourra les tendre vers l'adoption de l'orientation de causalité à l'autonomie, propice au développement du sentiment d'autodétermination et à la prise de décision chez les patients. Par ailleurs, dans notre étude, l'orientation de causalité au contrôle n'a pas été associée aux perceptions des comportements interpersonnels des professionnels de santé qu'ils soient soutenant ou contrôlant. Ce résultat intéressant mérite d'être questionné dans d'autres recherches.

Deuxièmement, nous avons ensuite émis comme hypothèse que la perception des comportements interpersonnels de soutien dispensés par les professionnels de santé était associée positivement à une satisfaction des besoins fondamentaux des patients et que la perception des comportements interpersonnels de contrôle était, elle, associée négativement à la satisfaction des besoins fondamentaux (*hypothèses 4 et 5*). Nos résultats viennent confirmer en partie ces hypothèses. Les comportements interpersonnels de soutien à l'autonomie, à la

compétence et à l'affiliation sont liés positivement à la satisfaction des trois besoins fondamentaux et les comportements interpersonnels de contrôle de la compétence et de l'affiliation sont liés négativement à la satisfaction des besoins fondamentaux de compétence et d'affiliation. Cela vient corroborer les résultats de nombreuses recherches, quel que soit le domaine. En effet, dans le milieu scolaire, il a été montré que le soutien à l'autodétermination dispensé par les enseignants à des élèves de 7<sup>e</sup> grade sujets à des usages problématiques de jeux en ligne leur permettait d'accroître la satisfaction de leurs besoins fondamentaux durant leur 8<sup>e</sup> grade (Yu, Li, & Zhang, 2015). De même qu'en contexte professionnel, Gillet, Colombat, Michinov, Pronost et Fouquereau (2013) ont démontré que le soutien à l'autodétermination mis en place par le responsable hiérarchique permettait aux infirmières de différents services médicaux (e.g., hématologie, oncologie et hémato-oncologie) de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Enfin, dans le domaine du sport, le soutien à l'autodétermination dispensé par des entraîneurs à des athlètes de haut niveau a été corrélé positivement à la satisfaction des trois besoins fondamentaux (Chan & Hagger, 2012). À l'inverse, un environnement renvoyant à l'individu un sentiment de comportements interpersonnels de contrôle ne permet pas à celui-ci de satisfaire ses trois besoins fondamentaux et ces constatations semblent universelles. En effet, il a été montré dans une étude interculturelle qu'un environnement perçu comme contrôlant impactait négativement le développement psychologique de jeunes enfants américains ou asiatiques (Pomerantz & Wang, 2009). Ce travail doctoral montre cependant, que les patients interrogés n'identifient pas de lien entre leur perception des comportements interpersonnels de contrôle de l'autodétermination des professionnels de santé et la satisfaction ou non de leurs besoins fondamentaux. Comme dans le chapitre précédent, ce résultat questionne le concept d'autodétermination en milieu hospitalier.

Troisièmement, concernant le lien existant entre la satisfaction des besoins fondamentaux et la motivation à l'exercice, nos résultats mettent en avant une relation positive



et significative entre la satisfaction du besoin fondamental de compétence et la motivation autonome à l'exercice en contexte de santé (*hypothèse 6*). Nos résultats suggèrent que la satisfaction du besoin fondamental de compétence est un prérequis à la mise en place d'une motivation autonome à l'exercice et apparaît comme un « *antidote* » à la mise en place d'une motivation contrôlée ou amotivation (Cheon & Reeve, 2015, p. 109). Cependant, il ressort également de notre étude que la satisfaction du besoin fondamental d'autonomie est associée à la mise en place d'une motivation contrôlée à l'exercice physique. Ce lien peut apparaître étonnant du fait de la relation établie dans la littérature scientifique entre la satisfaction des besoins fondamentaux et la mise en place d'une motivation autonome (pour exemple, voir : Karamitrou, Comoutos, Hatzigeorgiadis, & Theodorakis, 2017 ; Stenling, Lindwall, & Hassmén, 2015). En nous appuyant sur les résultats obtenus lors des *études 1* et *2* et plus spécifiquement celle destinée à l'approche d'un environnement soutenant de la part des patients, une réponse peut en être apportée. Cette population (i.e., personne âgée de 65 ans et plus) n'est pas la plus encline à s'impliquer dans le processus de décision lié à la santé pour les raisons que nous avons pu évoquer précédemment<sup>10</sup>. Nous pouvons suggérer que certains patients tendent à vouloir être aiguillés, conseillés, avertis, encouragés et guidés par les professionnels de santé, notamment concernant l'exercice physique dont ils savent qu'il est essentiel à leur guérison. Les patients effectueront ainsi les exercices proposés dans le cadre de leur rééducation et / ou réadaptation dans l'unique but d'atteindre les objectifs demandés par les professionnels de santé et non pour des raisons qui leur sont propres car ils savent que la demande des professionnels de santé va dans le sens de leur rééducation et réadaptation. Par ailleurs, Valenzuela et collaborateurs (2018) ont également montré un lien positif entre le

---

<sup>10</sup> Voir page 121



sentiment perçu de satisfaction du besoin fondamental d'autonomie et la mise en place d'une motivation contrôlée sans en détailler les raisons ou les origines.

Enfin, nos travaux indiquent que la mise en place d'une motivation autonome à l'exercice en contexte de santé (*hypothèses 7 et 8*) est associée négativement à l'ennui et à l'apathie ( $p < 0,01$ ), et positivement aux affects positifs (non significatif). De son côté, la mise en place d'une motivation contrôlée est associée positivement aux affects négatifs ( $p < 0,05$ ) et à l'ennui (non significatif). Enfin, l'amotivation est associée positivement à l'ennui ( $p < 0,001$ ).

Cette étude 3 s'inscrit dans la volonté de tenir compte des facteurs intra-individuels et montre que les orientations de causalité apparaissent alors comme un élément extrêmement important de la théorie de l'autodétermination. En effet, la variable environnementale définie dans la théorie de l'autodétermination a été et continue d'être extrêmement travaillée ce qui n'est pas le cas de la variable liée à l'individu qui n'est que trop rarement prise en compte. Pourtant, bien que la littérature souligne que la population âgée avec l'avancée en âge ne souhaite pas prendre part au processus de décision lié à sa santé, cela entre en contradiction avec les propos tenus par les pères fondateurs de la théorie de l'autodétermination. En effet, ces derniers stipulent que tout être humain a des ressources internes ou encore de la potentialité et peut dans certaines conditions prendre décision de ses propres actions. Ainsi, dans les milieux hospitaliers, selon l'interaction entre les ressources internes et la perception qu'ont les patients des comportements interpersonnels des professionnels de santé, soit (1) ces derniers voient la possibilité de satisfaire leurs besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation et instaurer une motivation autonome débouchant sur des conséquences émotionnelles positives (e.g., affects positifs), soit (2) ces derniers perçoivent les conditions environnementales des services SSR comme ayant un aspect contrôlant et leur renvoyant le sentiment qu'ils « *ne sont pas capables de...* », les empêchant de satisfaire leurs besoins fondamentaux, entraînant une

amotivation associée à des conséquences émotionnelles négatives telles que l'ennui ou la présence d'affects négatifs.

## 5 Limites et perspectives théoriques

Ce travail de recherche présente quelques limites qu'il nous paraît important de formuler.

En premier lieu, nous devons souligner la taille restreinte de notre échantillon. Ainsi, malgré un traitement statistique robuste optimisé pour de faibles échantillons et dans le but de confirmer la validité et de pouvoir généraliser ses résultats, nous devons à l'avenir être capable de répliquer cette expérience sur de plus amples échantillons.

Deuxièmement, certaines relations attendues dans la modélisation par équation structurelle ne sont pas ressorties malgré un appui théorique conséquent (exemple d'une relation attendue : lien positif entre une faible satisfaction des besoins fondamentaux et la mise en place d'une motivation tournée vers le contrôle ou l'amotivation). Cependant, cela peut s'expliquer par le fait que les différentes échelles utilisées pour évaluer la satisfaction des besoins fondamentaux ne permettent pas de discriminer la non satisfaction ainsi que la frustration des besoins fondamentaux. Les recherches actuelles tendent à montrer qu'aux concepts de satisfaction et frustration, s'ajoute celui de la non satisfaction des besoins fondamentaux (Cheon et al., 2018).

Troisièmement, bien que la variable liée aux symptômes dépressifs soit prise en compte dans les analyses préliminaires de corrélations, celle-ci n'apparaît pas dans l'élaboration du modèle structurel final. En effet, les différents indicateurs psychométriques utilisés dans l'approche PLS-PM ne se sont pas révélés fiables. Similairement, bien que basé sur des construits théoriques différents (Levy et al., 1998), la dépression et l'apathie partagent des symptômes cliniques tels que la baisse des initiatives, la perte plus ou moins importante de

l'intérêt, la fatigue ou l'hypersomnie, l'adoption d'un caractère désespéré ou encore l'asthénie ou l'anosognosie (Boyle & Malloy, 2004 ; Landes, Sperry, & Strauss, 2005). La corrélation entre apathie et symptômes dépressifs étant moyennement élevée ( $r = 0,46$  ;  $p < 0,001$ ), la dimension mesurée grâce à l'échelle de dépression gériatrique a pu être masquée par celle mesurant les dimensions liées à l'échelle d'inventaire apathie. Le souhait de garder l'échelle de dépression gériatrique destinée à détecter la présence de symptômes dépressifs chez la personne âgée s'explique par une volonté d'harmonisation quant aux outils utilisés durant ces différentes études (i.e., étude préliminaire et *étude 3*). Peut-être, aurait-il été pertinent d'utiliser une autre échelle évaluant des dimensions suffisamment éloignées de celles de l'inventaire apathie pour ne pas avoir à faire face à un chevauchement d'échelles. De plus, si l'on se penche sur les recherches actuelles portant sur les concepts distincts de satisfaction, non satisfaction et frustration des besoins fondamentaux, il semble que ce soit le concept de frustration des besoins fondamentaux qui soit associé à la présence d'une symptomatologie dépressive et non ceux d'une faible satisfaction ou non satisfaction des besoins fondamentaux (Bartholomew, Ntoumanis, Ryan, Bosch, & Thøgersen-Ntoumani, 2011).

Quatrièmement, au regard de notre population d'étude composée de personnes âgées ne présentant pas de troubles cognitifs, il serait légitime de se poser la question de la réplication de ces résultats sur une population plus générale incluant les patients atteints de troubles cognitifs. En effet, lorsque le patient présente de tels troubles, cela peut influencer le type de motivation mis en place par l'individu (Gard, Fisher, Garrett, Genevsky, & Vinogradov, 2009 ; Nakagami, Hoe, & Brekke, 2010).

## **Chapitre 4**

### Discussion générale

## Articulation des différentes études

**D**ifférentes études ont été menées au sein des services SSR de la Région Centre-Val de Loire dans le but de définir (1) les thèmes et comportements associés aux trois dimensions du soutien à l'autodétermination (i.e., *autonomie*, *structure* et *implication*) en prenant en compte le point de vue des acteurs (professionnels de santé et patients) et (2) d'explorer les relations entre les orientations de causalité des patients et l'environnement des SSR sur la satisfaction des besoins fondamentaux, la motivation à l'exercice en contexte de santé et les conséquences émotionnelles qui peuvent s'en suivre.

Les résultats de ces différents travaux de recherche ont permis de dégager des pistes de réflexion sur les questionnements qui ont sous-tendu ce travail doctoral. La discussion générale s'articulera à partir de nos résultats autour de la place de la théorie de l'autodétermination et de son application, ses conséquences et ses limites dans le contexte hospitalier français des SSR.

### Apport de la théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination s'est imposée, ces dernières années, comme un cadre théorique prolifique. Cette théorie postule que les individus peu importe leur origine, leur sexe et leur culture (Chen et al., 2015) sont des êtres humains naturellement actifs, orientés vers la croissance personnelle, portés à actualiser leur potentiel, et à relever des défis, et que l'autodétermination est un besoin universel pour tous (Deci & Ryan, 2000, 2008b ; Ryan & Deci, 2000b). Cette théorie met en avant l'environnement comme un déterminant du développement de l'autodétermination de l'individu. Cet environnement serait à même de faciliter une motivation autonome (ou contrôlée) en nourrissant ou au contraire en entravant l'expression des trois besoins fondamentaux. En effet, l'environnement qui soutiendrait de manière régulière l'autodétermination des individus permettrait à ces derniers de percevoir favorablement l'environnement dans lequel ils évoluent. Cette perception positive et nourrie



régulièrement offrirait aux individus la possibilité de satisfaire leurs trois besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation considérés comme des nutriments essentiels à la croissance personnelle de tout individu (Ryan & Deci, 2002). Cette satisfaction des trois besoins fondamentaux permettrait la mise en place d'une motivation autonome qui conduirait *in fine* à des conséquences émotionnelles positives et à un bien-être psychologique pour les individus (Jin & Kim, 2017 ; Orkibi & Ronen, 2017). À l'inverse, un environnement qui ne soutiendrait pas régulièrement l'autodétermination des individus ou serait contrôlant offrirait à ces derniers une perception défavorable de l'environnement qui les orienterait vers une non satisfaction voire une frustration de leurs besoins fondamentaux. La motivation qui en découlerait serait alors tournée vers le contrôle ou l'amotivation conduisant à des conséquences émotionnelles négatives et à un mal-être psychologique (Balaguer et al., 2012).

Notre travail doctoral dans un premier temps s'est intéressé à un environnement particulier à savoir les services SSR. En effet, cet environnement ne trouve pas d'équivalence dans les pays européens ou nord-américains. Les services SSR bien que se rapprochant de certains services médicaux appelés outre-Atlantique / Manche ou en Océanie « *transitional care services* » ou « *aged care services* » ne correspondent en réalité en rien à ces services. Leur positionnement dans le système de santé français leur confère une place unique dans le parcours de soins du patient, car ils représentent la dernière étape du long cheminement que peut incarner une hospitalisation pour des personnes âgées.

Nos résultats issus des deux premières études qualitatives consacrées aux thèmes et comportements perçus associés au soutien à l'autodétermination d'une part par les professionnels de santé et d'autre part par les patients enrichissent notre réflexion sur l'importance de l'autodétermination comme concept clé. En effet, les convergences et divergences exprimées par les différents acteurs soulignent combien il est important de mieux

comprendre ce que peut être un environnement soutenant l'autodétermination ainsi que ses enjeux. Nos résultats soulignent d'une part une vision positive de l'environnement des SSR par les professionnels de santé et d'autre part une vision plus contrastée par les patients indiquant que cet environnement peut être perçu comme contraignant, entravant leurs expériences d'autodétermination. Cela nous renvoie à différents types de questionnement (1) sur la compréhension de ce que peut apporter un environnement soutenant par rapport à l'approche des soins centrée sur le patient pour les professionnels de santé, (2) sur la marge d'autodétermination possible accordée aux patients dans un environnement fortement hiérarchisé, (3) sur l'importance d'un environnement soutenant l'autodétermination dans la satisfaction des besoins fondamentaux et (4) sur la création d'un environnement soutenant l'autodétermination comme piste pour optimiser l'implication des patients dans des programmes d'action proposés et l'adhésion aux traitements.

Nous avons montré que les professionnels de santé dans les services SSR, par leurs formations, semblaient connaître les principes qui régissent l'approche des soins centrée sur le patient (Moreau et al., 2013) :

- « (1) écouter la perspective du patient pour la comprendre et en dégager du sens,
- (2) faire parler le « soi » en explorant, questionnant et repérant l'ambivalence (balance décisionnelle), les divergences-conflits-dissonances cognitives, les capacités d'adaptation, le niveau d'acceptation de la maladie, le sentiment d'efficacité personnelle, les processus cognitivo-émotionnels expérientiels et comportementaux du changement, et le niveau de motivation,
- (3) intégrer la perspective du patient, la dimension psychologique du soi, le contexte socioculturel et la démarche biomédicale dans une dynamique transactionnelle avec la situation-problème-maladie,

- *(4) dégager de manière délibérative une compréhension commune de la situation-problème-maladie en vue de prendre des décisions adaptées,*
- *(5) adopter des attitudes thérapeutiques et utiliser les outils de communication d'écoute active pour favoriser l'alliance thérapeutique,*
- *(6) adapter de manière personnalisée informations et conseils avec fixation d'objectifs réalistes et évaluation,*
- *(7) utiliser les capacités réflexives pour comprendre la relation thérapeutique qui se construit au fil du temps dans la continuité des soins,*
- *(8) être réaliste dans la gestion du temps et la reconnaissance des limites en faisant appel à des ressources externes et des compétences interdisciplinaires à partir d'un travail coordonné en réseau. »*

De nombreuses études sur ce type d'approche en ont montré les bénéfices. Nous pouvons citer, par exemple, l'étude de Turner-Stokes, Rose, Ashford et Singer (2015) dans les services de santé destinés à la réhabilitation. Ces auteurs ont montré que la mise en place d'une telle approche permettait aux patients une meilleure implication dans leur traitement et une satisfaction plus élevée lorsque les buts étaient atteints. À cela s'ajoute une meilleure compréhension de la part des patients, une meilleure confiance en leurs médecins, une meilleure adhérence aux traitements (Beach, Keruly, & Moore, 2006 ; Blanchard & Lurie, 2004 ; Fiscella et al., 2004), moins de détresse émotionnelle (Heyland, 2006 ; Ong, Visser, Lammes, & de Haes, 2000), une réduction de la sensation perçue des symptômes (Little et al., 2001) et un suivi médical plus efficient de la part des médecins (Epstein, 2005 ; Stewart et al., 2000). Même si d'autres études ont indiqué que son application dans la pratique courante se heurtait à des limites liées à la force culturelle du modèle biomédical, au contexte institutionnel, aux résistances à s'impliquer des professionnels de santé comme des patients (Moreau, 2013), la

question en suspens est la suivante : qu’apporte la théorie de l’autodétermination par rapport à l’approche des soins centrée sur le patient ?

Elle met en avant le rôle de la motivation comme fonction de l’autodétermination. Deci et Ryan (1985a, 1987) postulent l’existence de différents types de motivation sur un continuum (cf. Figure 2) en fonction du degré d’autodétermination de l’individu et démontrent que la motivation n’est pas qu’un construit quantitatif, mais surtout un construit qualitatif (Ryan & Deci, 2000a). Même si l’autodétermination peut prendre des formes motivationnelles différentes, la qualité de l’engagement dépendra du degré d’autodétermination ressenti par l’individu. Cette vision dynamique de la motivation pouvant évoluer d’une extrémité à l’autre du continuum permet non seulement de comprendre les raisons qui poussent quelqu’un à s’engager ou non dans une tâche, mais aussi de prédire l’influence des différentes régulations de motivation sur les comportements des individus. La qualité de l’environnement joue un rôle sur l’autodétermination des individus. Cette théorie a montré non seulement l’influence du contexte social, mais aussi l’importance des interactions sociales avec des individus en position d’autorité dans le développement motivationnel des individus. Une façon de soutenir l’autodétermination de ceux-ci passe par le style motivationnel de ces individus et par les caractéristiques d’un environnement soutenant pour permettre la satisfaction des besoins fondamentaux – pierre angulaire de la théorie de l’autodétermination.

Ce travail doctoral défend ce point de vue et préconise que le soutien à l’autodétermination peut être une piste à approfondir pour optimiser l’implication des patients dans des programmes d’action et l’adhésion aux traitements. En effet, le degré avec lequel les besoins fondamentaux sont satisfaits affecte en retour la motivation, laquelle détermine, par la suite les comportements. Plus les besoins fondamentaux sont satisfaits et plus la motivation est autonome. À l’inverse, plus la satisfaction des besoins fondamentaux est contrariée et plus la motivation est contrôlée. Ce travail doctoral souligne donc l’importance de prendre en compte



les besoins fondamentaux, car ils ont une influence conséquente sur la motivation, mais ne déterminent pas les activités choisies par les individus (Deci & Ryan, 2000). La théorie de l'autodétermination soutient que les individus sont proactifs, mais qu'au cours de leurs activités, différents éléments contextuels peuvent venir favoriser ou au contraire, frustrer, la satisfaction de ces besoins. Cela amènerait certains individus à être plus passifs, à se sentir moins concernés par leurs responsabilités ou à être moins prompts à s'engager dans leurs activités (Ryan & Deci, 2002). Deci et Ryan (2000) ont également indiqué qu'il pouvait exister un mécanisme de régulation des besoins en cas de privation latente de ceux-ci. Ainsi, lorsque les individus ne rencontrent aucune source de satisfaction de leurs besoins dans les activités dans lesquelles ils sont engagés, la valeur des besoins diminue progressivement et les individus se tournent vers des motivations compensatoires venant se substituer à leurs besoins innés dans le but de trouver une autre source de gratification. Deci et Ryan (2000) soutiennent que si la substitution des besoins est possible et présente un aspect adaptatif en apportant une autre source de satisfaction, ce processus reste majoritairement négatif en apportant seulement une satisfaction immédiate plutôt qu'un développement harmonieux. Guay et collaborateurs (2000) s'opposent à ce processus de substitution des besoins par des motivations compensatoires et émettent l'hypothèse que les individus mettent en place d'autres stratégies face à l'absence de satisfaction des besoins. Les individus pourraient cesser de valoriser le domaine d'activité dans lequel les besoins sont non comblés pour centrer leur activité sur un autre domaine plus propice à la satisfaction de leurs besoins. L'ensemble de ces hypothèses soulignent que la satisfaction des besoins fondamentaux est un phénomène complexe y compris chez les patients, mais que l'environnement peut nourrir et soutenir les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation et faire naître des motivations permettant des conséquences positives.

Notre travail doctoral indique que (1) nourrir les besoins fondamentaux des patients et soutenir leur motivation constituent sans aucun doute un grand défi pour les professionnels de



santé et (2) suggère que les comportements de soutien à l'autodétermination par les professionnels de santé doivent être accompagnés d'une plus grande compréhension des dimensions *structure* et *implication*. D'autres études doivent être poursuivies notamment (1) sur l'impact de l'implication des professionnels de santé dans ses aspects quantitatifs (e.g., présence, investissement de temps et d'énergie) et qualitatifs (e.g., écoute, aide, empathie et attention) sur la satisfaction du besoin fondamental d'affiliation et (2) sur la problématique des règles et des limites qui peuvent aider les patients à interagir de façon compétente avec leur environnement. En effet, certains auteurs avancent que le soutien à l'autodétermination et le contrôle psychologique ne seraient pas les deux pôles opposés d'un même continuum, mais plutôt deux construits distincts et qu'il ne suffirait pas d'adopter des comportements de soutien à l'autodétermination pour satisfaire les besoins fondamentaux, mais qu'il faudrait aussi réduire voire éviter les comportements de contrôle psychologique.

Notre troisième étude s'est inscrite dans une approche explicative née des résultats obtenus lors des *études 1* et *2*. En effet, notre questionnaire au départ de celle-ci (*étude 3*) reposait sur l'influence des facteurs de personnalité sur la perception de l'environnement dispensé par les professionnels de santé travaillant dans les services SSR. C'est pourquoi elle a questionné les relations entre les orientations de causalité des patients et l'environnement (soutenant versus contrôlant) sur leur satisfaction des besoins fondamentaux, leur motivation à faire de l'exercice et les conséquences émotionnelles qui peuvent s'en suivre. Nos résultats ont montré que l'adoption d'une orientation de causalité à l'autonomie, au contrôle ou impersonnelle n'impliquait pas les mêmes conséquences émotionnelles pour les patients. C'est l'interaction entre (1) l'environnement et (2) les ressources internes qui est déterminante, ce qui vient corroborer les différentes études qui ont travaillé sur ce thème (e.g., Djeriouat, 2017 ; Duriez, 2011 ; Hagger & Chatzisarantis, 2011 ; Hagger et al., 2015). Nos résultats indiquent

que lorsqu'un patient présente une orientation de causalité à l'autonomie, il a tendance à percevoir les comportements des professionnels de santé comme soutenant son autonomie, sa compétence et son affiliation. Cette perception de soutien lui permet de satisfaire ses trois besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation et de mettre en place une motivation à l'exercice autonome associée à l'instauration d'affects positifs. Similairement, nos résultats avancent que l'adoption d'une orientation de causalité impersonnelle engendre les effets inverses et tend les patients vers l'amotivation et l'instauration d'affects négatifs. Nos résultats questionnent l'amotivation et nous renvoie une nouvelle fois à différents types de questionnement (1) sur la compréhension de la présence de ce type de régulation dans les services SSR et (2) sur la vision que nos sociétés occidentales véhiculent sur les personnes âgées.

L'amotivation représente le type de régulation motivationnelle associé aux conséquences les plus négatives telles que la chute de la persévérance ou encore l'abandon menant à une baisse des performances (Niemic & Ryan, 2009). Cette absence de régulation motivationnelle mène l'individu à adopter automatiquement un comportement sans en percevoir les raisons qui le pousse à le faire, étant donné qu'il n'y trouve aucun intérêt valable. De nombreuses études dans le domaine de l'éducation se sont intéressées spécifiquement à l'amotivation et toutes la relient à des conséquences négatives pour les étudiants (Cheon & Reeve, 2015 ; Cheon, Reeve, & Song, 2016). Similairement, ces recherches ont montré que la mise en place d'un tel type de motivation était associée à une perception de contrôle de la part de l'environnement (Haerens, Aelterman, Vansteenkiste, Soenens, & Van Petegem, 2015). La mise en place d'une amotivation chez les patients résulterait donc de l'interaction entre leurs ressources internes et la perception de non-capacité des professionnels de santé à instaurer un environnement soutenant leur autodétermination. Sans l'établissement de comportements associés aux trois dimensions d'un environnement soutenant l'autodétermination (*autonomie*,

*structure* et *implication*) de la part des professionnels de santé, l'interaction entre leurs ressources internes des patients et cet environnement les tendrait à percevoir l'environnement dans lequel ils évoluent comme contraignant et ne seraient plus en mesure de percevoir le lien entre ce qu'ils font et les résultats de leur action. Cette interaction influencerait le degré de présence des orientations de causalité. En effet, à la différence des traits de personnalité qui représentent un concept différent et qui sont indépendants du contexte et inhérents à l'individu (Olesen, Thomsen, Schnieber, & Tønnesvang, 2010), les orientations de causalité ne sont pas figées et le degré de présence de l'une ou l'autre fluctue en fonction de la perception qu'a l'individu de son environnement. Lutter contre le développement d'une amotivation passerait alors par re-travailler la relation qu'entretient l'individu avec son environnement.

À cela s'ajoute que des aprioris sociétaux propres à nos cultures occidentales concernant la population âgée peuvent être présents. On peut tout d'abord retrouver un premier argument mentionnant qu'avec l'avancée en âge, les personnes âgées n'accordent plus autant d'importance à la vie. L'événement traumatique que représente une hospitalisation peut alors amener ces patients à se questionner quant à « *l'utilité* » de se battre encore, et en cela peut les amener à mettre en place une amotivation liée à une volonté plus accrue d'abandonner et au développement de conséquences émotionnelles négatives (Altintas & Guerrien, 2014). Un second argument né d'un parallèle avec le domaine de l'éducation peut être rapporté. Similairement à des étudiants qui peuvent présenter une résistance face à l'apprentissage de concepts nouveaux, les personnes âgées confrontées à un environnement nouveau jugé contraignant et à une demande de réaliser dans ce contexte spécifique des services SSR des exercices physiques exigeants et nouveaux, peuvent prendre peur (Boismare, 2004). La conséquence de ce sentiment de peur ou d'anxiété pour les personnes âgées peut les déstabiliser et les amener à ne plus savoir ce qui est bon pour elles et les faire adopter une amotivation (Ratelle, Guay, Vallerand, Larose, & Senécal, 2007). Bien que ces aprioris tendent à s'atténuer,

ces derniers s'expliquent par le fait que nos sociétés ont longtemps été paternalistes (Barbot, 2008 ; Rameix, 1995). Il en résulte que l'on n'octroie plus à la personne âgée la possibilité d'exercer son autodétermination et que nous nous estimons légitimes dans la protection de cette dernière. Le paternalisme se manifeste de ce fait par le retrait des possibilités de prendre des décisions sous prétexte de protéger leur « *intérêt supérieur* ». Appliqués aux patients, ces arguments reviennent à diminuer voire faire disparaître la possibilité pour ces derniers d'expérimenter l'autodétermination.

Cela pose ainsi les bases d'un débat sur ce que peut représenter une personne âgée et les stéréotypes qui lui sont associés (e.g., phénomènes d'âgisme). Ces stéréotypes négativement associés à la vieillesse ne devraient pourtant renvoyer qu'à des obstacles, des limitations et non représenter une « *fin* » pour la personne âgée, faisant de cet individu un être « *plus capable de rien* » tant sur les plans physique, cognitif et psychologique. L'apport de la théorie de l'autodétermination en réponse à ces stéréotypes est important. En effet, les arguments précédents entrent en contradiction avec la conception très positive de l'individu et les fondements mêmes de la théorie de l'autodétermination pour qui les individus ont un besoin de répondre à des défis ou encore d'accroître leurs potentialités quel que soit leur âge. Ainsi, le développement des potentialités des individus (même âgés) serait étroitement dépendant de l'interaction entre leurs ressources internes et l'environnement. Commencer par connaître les motivations (besoins et attentes) des patients apparaît alors primordial pour les professionnels de santé. Cela leur permettra de re-travailler avec eux, afin que ces derniers trouvent les moyens d'affronter et de se confronter efficacement à ce nouvel environnement en leur donnant la possibilité d'acquiescer de l'autodétermination. Les professionnels de santé devront (1) modifier la vision qu'ils ont des personnes âgées, (2) questionner la motivation des patients et (3) tenir compte des variables intra-individuelles (i.e., orientations de causalité) dans l'interaction qu'a le patient avec son environnement. C'est en cela que les professionnels de santé aideront les



patients à expérimenter l'autodétermination. Les besoins fondamentaux seront alors optimisés, à condition que les professionnels de santé puissent être formés à « *motiver* » et à soutenir la motivation des patients.

L'apport pour les professionnels de santé de la théorie de l'autodétermination sur la compréhension de l'autodétermination tient dans la vision positive qu'elle octroie à l'individu et dans le cas présent aux patients âgés de 65 et plus. Respecter les personnes âgées et faire preuve de bientraitance passe par accepter et intégrer le fait que la personne âgée ne doit plus être vue et traitée comme une personne qui n'a plus de capacités, de motivation et sans pouvoir d'action ou de décision. En changeant les regards et la pratique professionnelle qui y est associée, cela permettrait d'atténuer les désaccords qu'il peut y avoir entre le patient et les professionnels de santé, lorsque ceux-ci discutent du projet de soins destiné au patient et qu'un ou des choix doivent être pris. Ce travail doctoral contribue à plaider en faveur de la théorie de l'autodétermination qui tente de lutter contre l'idée que lorsque les individus atteignent un certain âge, leurs envies et leurs volontés d'effectuer de nouvelles tâches diminuent. Notre travail tend à montrer que si l'on place les patients dans des conditions favorables, la perception qu'ils en ont se modifie, et influence en retour la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, leur motivation et leurs comportements. Notre travail doctoral indique qu'outre nourrir les besoins fondamentaux des patients et mettre en place un environnement soutenant l'autodétermination, les professionnels de santé doivent composer avec et tenir compte de la singularité du patient, car ce sont ces éléments qui ensemble contribuent à la possibilité pour les patients d'être autodéterminés.



## Recommandations pratiques

En termes de pratique professionnelle, il nous semble pertinent de proposer la mise en place d'un programme d'action de soutien à l'autodétermination dans le but de changer le style motivationnel des professionnels de santé et le fonctionnement des patients. Ce programme d'action lié au développement et à la mise en pratique d'un environnement soutenant l'autodétermination des patients devrait passer par 4 étapes.

➤ (1) Pour rendre efficaces les principes de la théorie de l'autodétermination dans le fonctionnement des services SSR, il est avant tout primordial de la connaître. Cela passera premièrement par la mise en place de séminaires théoriques à destination des professionnels de santé sur ce qu'est la théorie de l'autodétermination. De plus, il devra être mis en place par les professionnels de santé sur les professionnels de santé des observations expérimentales directes pour qu'ils puissent appréhender leur pratique professionnelle et affiner le style motivationnel associé à un environnement soutenant l'autodétermination des patients. Cela leur permettra de mettre en relation la théorie, la réalité du terrain, la vision positive qu'ils ont de l'environnement des SSR et en retour d'avoir un regard critique sur leur pratique professionnelle.

➤ (2) Nos résultats ont souligné la nécessité de prendre en compte les orientations de causalité des individus. Étant donné la relation étroite qu'entretiennent les orientations de causalité avec l'environnement dans lequel l'individu évolue, il apparaît pertinent de revoir l'accueil des patients en SSR afin de les prendre en considération dès leur arrivée. Il serait judicieux de la part des professionnels de santé d'avoir un temps d'accueil plus important et privilégié. Ce temps d'accueil devra obligatoirement comprendre des éléments tels que la présentation de chacun des intervenants et de la structure afin de diminuer les sentiments d'anxiété ou de peur qui peuvent être présents chez la population âgée lors d'une

hospitalisation. Ce temps consacré par les professionnels de santé pour le patient dans sa singularité lui permettra de percevoir positivement ce nouvel environnement. Il aura en effet pour objectif de lui montrer que les professionnels de santé sont et seront (1) présents via des encouragements ou des feedbacks (= expérience de compétence), (2) à l'écoute de ses besoins durant la totalité de son séjour via des échanges mutuels (= expérience d'affiliation) et (3) que son avis en tant que personne et non patient sera pris en compte (= expérience d'autodétermination). Le résultat de l'interaction entre la perception de cet environnement découlant de cet accueil et les ressources internes propres à l'individu l'orienterait à augmenter davantage le degré de présence de l'orientation de causalité à l'autonomie. Les conséquences en retour sur son séjour seront une perception des comportements interpersonnels des professionnels de santé soutenante, une satisfaction des besoins fondamentaux et la mise en place d'une motivation autonome à l'exercice liée à l'instauration de conséquences émotionnelles positives. Enfin, cet entretien d'accueil privilégié entre les professionnels de santé et le patient pourra également venir contribuer au rôle positif que les patients accordent à l'accueil et participer à la création de la relation de confiance patient-soignant, élément important à la réussite du séjour en SSR.

➤ (3) Une fois l'étape d'accueil réalisée, il est ressorti durant les entretiens de groupe menés auprès des patients (voir *étude 2*) que les compétences communicationnelles des professionnels de santé apparaissaient comme un élément déterminant à la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination. Ainsi, travailler sur la prosodie des paroles tenues par les soignants lorsqu'ils interagissent avec les patients semble important et déterminerait la perception que peuvent en avoir les patients. Comme nous avons pu le voir dans notre *étude 3*, le soutien à l'autodétermination permet aux patients de satisfaire leurs besoins fondamentaux et mettre en place une motivation autonome. Des études sont venues

mettre en avant le fait que la motivation pouvait aussi être influencée par les *mots* et que ces derniers en fonction du vocabulaire employé étaient assimilés soit à un environnement soutenant ou contrôlant l'autodétermination. Pour exemple, « *Vous pouvez le faire si vous choisissez.* » est assimilable à un environnement soutenant l'autodétermination alors que « *Vous devez faire ceci.* » est associé à un environnement la contrôlant. Les conséquences sont importantes et affectent l'attention et la participation (Reeve et al., 2004) ainsi que l'engagement comportemental sur le long terme (Black & Deci, 2000 ; Gagné, 2003 ; Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon, & Deci, 2004). Ainsi, en se basant sur ces travaux et les recherches récentes de Weinstein, Zougkou et Paulmann (2018), il apparaît possible d'entraîner les professionnels de santé à adopter un modèle de prosodie allant dans le sens d'un environnement soutenant l'autodétermination. Weinstein et collaborateurs (2018) ont mis en avant deux modèles de prosodie pour le soutien et le contrôle de l'autodétermination. Le premier comprendrait une intensité plus faible, une vitesse d'élocution plus lente et une énergie vocale moindre dans les phrases motivantes ou neutres alors que le second se baserait pour ces mêmes éléments à l'opposé. Ainsi, les professionnels de santé adoptant cette prosodie participeraient à la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination des patients et comme l'ont montré Knee, Hadden, Porter et Rodriguez (2013) ainsi que Vansteenkiste, Ryan et Deci (2008), les personnes percevant ce type d'environnement entretiendraient une plus grande proximité interpersonnelle, élément clé à la satisfaction des besoins fondamentaux et à la mise en place d'une motivation autonome.

➤ (4) Enfin, après la mise en place d'un accueil efficace et l'adoption de comportements verbaux et gestuels en adéquation avec la promotion d'un environnement soutenant l'autodétermination, il apparaît indispensable de former les professionnels de santé à motiver et à soutenir et nourrir la motivation des patients. L'apport de ce travail doctoral et plus

spécifiquement de la théorie de l'autodétermination dans sa mise en pratique a en effet montré que la motivation du patient apparaissait comme la variable clé. Cela lui permet de s'impliquer dans les séances d'exercices qui vont lui être proposées ou encore d'adhérer dans les traitements médicamenteux proposés. Comme le soulèvent Lyttle et Ryan (2010), la qualité des soins dépend de l'implication du patient et celle-ci semble possible dès lors qu'il met en place une motivation autonome. Les professionnels de santé doivent (1) aider les patients à trouver leurs bonnes raisons de « *s'impliquer* » (a) en posant des questions évocatrices du changement (e.g., « *Quelles sont vos raisons les plus importantes de suivre ce programme selon vous ?* » ; « *Si vous réussissiez à bien suivre ce programme, quels seraient les avantages d'après vous ?* »), (b) en écoutant attentivement les réponses des patients, les valoriser et les valider et au besoin les aider à aller au bout de leur réflexion (e.g., « *C'est-à-dire « vous seriez plus en forme » ?* » ; « *Quand vous dites que vous seriez en meilleure santé, qu'est-ce que vous voulez dire exactement ?* »), (c) en résumant leurs propos afin qu'ils intègrent les raisons de changer et de s'impliquer (e.g., « *Donc si je résume, les conséquences si vous suivez ce programme c'est...* ») et (2) aider les patients à avoir confiance en eux pour atteindre les objectifs fixés (d) en adoptant une attitude et des comportements optimistes quant aux capacités des patients et (e) en valorisant les efforts, les réussites, les bonnes initiatives ou encore les qualités des patients (e.g., « *C'est une très bonne idée d'essayer d'y arriver petit à petit.* » ; « *Je vois que depuis la dernière fois, vous avez fait des efforts pour y arriver et je mesure à quel point cela n'a peut-être pas été facile pour vous.* »). Former les professionnels de santé à mettre en pratique ces attitudes et comportements leur permettra d'adopter un style motivationnel de qualité lié à l'instauration d'un environnement soutenant l'autodétermination des patients, qui participera à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux et à l'adoption d'une motivation autonome de la part de ces derniers.

## Conclusion et perspectives futures



Les études proposées dans ce travail doctoral se situent dans le champ de la psychologie sociale appliquée à la personne âgée. Il est ressorti (1) des convergences et divergences explicitées par les professionnels de santé et les patients sur ce que peut être un environnement soutenant l'autodétermination, (2) l'importance de tenir compte des variables intra-individuelles comme élément clé à prendre en compte avec la variable sociocontextuelle pour comprendre la motivation et les conséquences associées et (3) l'intérêt d'approfondir les connaissances sur ce qui se passe dans les services SSR pour le bien-être des patients. Ces avancées partagées auprès des professionnels de santé et des patients semblent utiles à l'amélioration de la prise en charge des patients. Elles permettent également de comprendre le développement de l'implication dans un processus de soins lié à la santé des personnes âgées de 65 ans et plus séjournant dans un service SSR. Cependant, cette population n'étant que très peu étudiée, il nous semble important de continuer les recherches dans l'optique de pouvoir apporter des connaissances généralisables.

➤ Tout d'abord, l'objectif sera de partager les résultats de cette thèse à la communauté scientifique. En effet, notre chapitre 2 portant sur les convergences et divergences des points de vue n'a pour le moment fait l'objet que de deux communications orales, deux articles et un chapitre de livre sur le point de vue des professionnels de santé. Nous souhaitons ainsi pallier au reproche que nous avons nous-mêmes exprimé dans ce chapitre en mentionnant que les recherches ne s'intéressaient qu'à l'un ou l'autre des points de vue. Cet article sera l'occasion d'aborder conjointement les points de vue des professionnels de santé et des patients. Nous ferons ensuite de même pour les résultats de l'étude 3, avec pour objectif d'ouvrir davantage les recherches liant les variables sociocontextuelle et intra-individuelle tel que le demande la théorie de l'autodétermination. Outre la rédaction d'articles, la participation à diverses conférences sera également un objectif de l'année à venir. Pour exemple, je souhaiterais

participer à la prochaine *International Psychological Applications Conference and Trends* à Zagreb (Croatie) en mai 2019.

➤ Concernant la suite de nos travaux, nos recherches nous ouvrent différentes portes. Comme la littérature scientifique le suggère, la satisfaction et la frustration des besoins fondamentaux apparaissent comme des construits distincts (Bartholomew, Ntoumanis, Ryan, & Thøgersen-Ntoumani, 2011). Ces besoins fondamentaux occupant une place privilégiée au sein de la théorie de l'autodétermination, il nous paraît pertinent de questionner les patients afin de déterminer le degré de frustration de leurs besoins fondamentaux en parallèle de celui de satisfaction. En effet, dans la continuité des travaux de Bartholomew et collaborateurs (2011), Huyghebaert, Gillet, Fernet, Lahiani et Fouquereau (2018), Megías et collaborateurs (2018) et Orr, Tamminen, Sweet, Tomasone et Arbour-Nicitopoulos (2018), un questionnaire évaluant la frustration des besoins fondamentaux chez les personnes âgées a été élaboré (Vanhove-Mériaux, Martinent, & Ferrand, en révision). Une recherche sur les liens entre la symptomatologie dépressive et la frustration des besoins fondamentaux dans différents contextes (i.e., domicile, EHPAD ou institutions médico-sociales) pourrait être une première étape. Par la suite, il pourra être proposé une approche intégrative concernant les besoins fondamentaux dans le but de déterminer le construit (i.e., satisfaction versus frustration) susceptible d'influencer les différents types de régulation motivationnelle des patients et les conséquences émotionnelles qui en découlent. Cela pourrait nous permettre par exemple de mieux comprendre l'absence de lien négatif entre la satisfaction des trois besoins fondamentaux et la motivation contrôlée retrouvé dans notre modèle, en montrant que celle-ci, tout comme les symptômes dépressifs, est davantage reliée au construit de la frustration des besoins fondamentaux.

➤ Enfin, et dans cette optique d'améliorer la pratique des professionnels de santé et la qualité du séjour des patients, nous avons aussi pour motivation de revenir à la mise en place d'expérimentations avec observation des comportements. Pour cela, une expérimentation basée sur la réalisation du programme d'action précédemment détaillé pour la mise en place d'un environnement soutenant l'autodétermination sera réalisée. Bien que coûteuse, cette méthodologie permettra de rendre compte de la réalité des services SSR avec plus d'authenticité que les questionnaires et d'accorder une plus grande validité écologique. Dans un premier temps, les établissements partenaires de cette recherche se verront demander de continuer la pratique professionnelle actuellement mise en place dans leur service sur un temps donné (= temps témoin). En parallèle, des suivis seront réalisés en observant les professionnels de santé et les patients. La pratique, les comportements et les attitudes de chacun des acteurs seront scrutés et analysés dans le but clarifier qualitativement et quantifier ce qui est fait de manière routinière dans la réalité. L'objectif étant ici de mieux identifier les aspects contrôlants ou favorisant l'autodétermination présents dans la pratique des professionnels de santé. C'est pourquoi il nous paraît important de coupler au sein de cette expérimentation, une approche à la fois quantitative et qualitative. Dans un deuxième temps, les professionnels de santé se verront demander de suivre le programme d'action (= temps expérimental). Une méthodologie similaire sera mise en place là encore dans le but de clarifier qualitativement et quantifier les comportements et attitudes de chacun des acteurs. L'objectif est ici d'amener les professionnels de santé à expérimenter ces outils dans leur pratique professionnelle. En collaboration avec eux, nous comparerons ensuite les résultats obtenus dans les temps témoin et expérimental. Cela nous permettra *in fine* de consolider et d'affiner les différentes étapes de ce programme et à l'avenir de le diffuser aux établissements de santé afin que les professionnels de santé puissent travailler leur style motivationnel. Enfin, il nous faudra être prudents sur les effets bénéfiques attendus de cette étude expérimentale. Malgré le fait que Su et Reeve (2011) ont montré que les

programmes d'action permettaient de développer le soutien à l'autodétermination chez les enseignants, d'autres recherches dans le même domaine ont montré que les effets s'étaient pour la plupart dissipés 10 mois après l'intervention (Digelidis, Papaioannou, Laparidis, & Christodoulidis, 2003). En réponse à cette tendance, une vision longitudinale de notre recherche devra alors être envisagée.

Finalement, ce travail doctoral aura eu comme conséquence de confirmer mon souhait de travailler sur des thématiques rattachées au champ de la psychologie sociale. Travailler sur un modèle conceptuel d'envergure telle que peut l'être la théorie de l'autodétermination a représenté pour moi un immense défi. De par son intensité, son intérêt, sa demande de réflexion constante, sa nécessité d'être en veille permanente, son côté humain via la transmission du savoir et des connaissances (e.g., conférences et enseignements) et la possibilité de travailler des thématiques novatrices et personnelles, je crois avoir trouvé dans le métier d'enseignant-chercheur en psychologie, l'ensemble des conditions nécessaires à la satisfaction de mes besoins fondamentaux !

## Bibliographie



- Adie, J. W., Duda, J. L., & Ntoumanis, N. (2008). Autonomy support, basic need satisfaction and the optimal functioning of adult male and female sport participants: A test of basic needs theory. *Motivation and Emotion*, 32(3), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9095-z>
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (2011). *L'analyse de l'activité hospitalière*. Consulté à l'adresse [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1477/Rapport\\_2011.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1477/Rapport_2011.pdf)
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (2013). *Absentéisme et rotation du personnel des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2011*. Consulté à l'adresse [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2488/absenteisme\\_et\\_rotation\\_du\\_personnel\\_2011.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2488/absenteisme_et_rotation_du_personnel_2011.pdf)
- Altintas, E., & Guerrien, A. (2014). Profil motivationnel et bien-être psychologique dans l'âge avancé. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 46(2), 95-106. <https://doi.org/10.1037/a0027239>
- Amorose, A. J., & Horn, T. S. (2000). Intrinsic motivation: Relationships with collegiate athletes' gender, scholarship status, and perceptions of their coaches' behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 22(1), 63-84. <https://doi.org/10.1123/jsep.22.1.63>
- Antonelli Incalzi, R., Cesari, M., Pedone, C., & Carbonin, P. U. (2003). Construct validity of the 15-item geriatric depression scale in older medical inpatients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 16(1), 23-28. <https://doi.org/10.1177/0891988702250532>
- Archambault, I., Janosz, M., Fallu, J.-S., & Pagani, L. S. (2009). Student engagement and its relationship with early high school dropout. *Journal of Adolescence*, 32(3), 651-670. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.06.007>
- Assor, A., & Kaplan, H. (2001). Mapping the domain of autonomy support: Five important ways to enhance or undermine students' experience of autonomy in learning. In A. Efklides, R. Sorrentino, & J. Kuhl (Éd.), *Trends and prospects in motivation research* (p. 99-118). Dordrecht, NL: Kluwer.
- Athlin, E., Furåker, C., Jansson, L., & Norberg, A. (1993). Application of primary nursing within a team setting in the hospice care of cancer patients. *Cancer Nursing*, 16(5), 388-397.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 2045-2068. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02690.x>
- Balaguer, I., González, L., Fabra, P., Castillo, I., Mercé, J., & Duda, J. L. (2012). Coaches' interpersonal style, basic psychological needs and the well- and ill-being of young soccer players: A longitudinal analysis. *Journal of Sports Sciences*, 30(15), 1619-1629. <https://doi.org/10.1080/02640414.2012.731517>
- Barbot, J. (2008). Soigner en situation de risque judiciaire : refus de transfusion et responsabilité

- médicale. *Revue Française de Science Politique*, 58(6), 985-1014. <https://doi.org/10.3917/rfsp.586.0985>
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Mouratidis, A., Katartzi, E., Thøgersen-Ntoumani, C., & Vlachopoulos, S. (2017). Beware of your teaching style: A school-year long investigation of controlling teaching and student motivational experiences. *Learning and Instruction*, 53, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2017.07.006>
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M., Bosch, J. A., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2011). Self-determination theory and diminished functioning: The role of interpersonal control and psychological need thwarting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(11), 1459-1473. <https://doi.org/10.1177/0146167211413125>
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2011). Psychological need thwarting in the sport context: Assessing the darker side of athletic experience. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33(1), 75-102. <https://doi.org/10.1123/jsep.33.1.75>
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (2004). *Transformational leadership development: Manual for the multifactor leadership questionnaire*. Palo Alto, CA, US: Counseling Psychologists Press.
- Bauler, S., Jacquin-Courtois, S., Haesebaert, J., Luaute, J., Coudeyre, E., Feutrier, C., ... Janoly-Dumenil, A. (2014). Barriers and facilitators for medication adherence in stroke patients: A qualitative study conducted in French neurological rehabilitation units. *European Neurology*, 72(5-6), 262-270. <https://doi.org/10.1159/000362718>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Baumhäkel, M., Müller, U., & Böhm, M. (2009). Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study: Reply. *European Journal of Heart Failure*, 11(6), 631-632. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfp056>
- Beach, M. C., Keruly, J., & Moore, R. D. (2006). Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 661-665. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00399.x>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (7th ed). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Belmont, M., Skinner, E., Wellborn, J., & Connell, J. (1992). *Two measures of teacher provision of involvement, structure, and autonomy support*. Rochester, NY, US:

University of Rochester.

- Berger, Z. D., Boss, E. F., & Beach, M. C. (2017). Communication behaviors and patient autonomy in hospital care: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1473-1481. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.006>
- Berkman, C. S., Leipzig, R. M., Greenberg, S. A., & Inouye, S. K. (2001). Methodologic issues in conducting research on hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(2), 172-178. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49039.x>
- Bertakis, K. D. (1977). The communication of information from physician to patient: A method for increasing patient retention and satisfaction. *The Journal of Family Practice*, 5(2), 217-222.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>
- Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., & Robbins, J. A. (1995). The influence of gender on physician practice style. *Medical Care*, 33(4), 407-416. <https://doi.org/10.1097/00005650-199504000-00007>
- Berthold, H. K., Gouni-Berthold, I., Bestehorn, K. P., Böhm, M., & Krone, W. (2008). Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *Journal of Internal Medicine*, 264(4), 340-350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2008.01967.x>
- Black, A. E., & Deci, E. L. (2000). The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Science Education*, 84(6), 740-756. [https://doi.org/10.1002/1098-237X\(200011\)84:6<740::AID-SCE4>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-237X(200011)84:6<740::AID-SCE4>3.0.CO;2-3)
- Blanchard, C. G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1988). Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science and Medicine*, 27(11), 1139-1145. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90343-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90343-7)
- Blanchard, J., & Lurie, N. (2004). R-E-S-P-E-C-T: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *The Journal of Family Practice*, 53(9), 721-730.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *Série «L'enquête et ses méthodes»: L'entretien*. Paris, FR: Armand Collin.
- Blevins, C. E., Banes, K. E., Walker, D. D., Stephens, R. S., & Roffman, R. A. (2016). The relationship between general causality orientation and treatment outcome among marijuana-dependent adults. *Addictive Behaviors*, 53, 196-200. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.10.021>
- Boiché, J., Gourlan, M., Trouilloud, D., & Sarrazin, P. (2016). Development and validation of the «Echelle de motivation envers l'activité physique en contexte de santé»: A motivation scale towards health-oriented physical activity in French. *Journal of Health Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/1359105316676626>
- Boismare, S. (2004). *L'enfant et la peur d'apprendre*. Paris, FR: Dunod.



- Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'échelle de dépression gériatrique. *Canadian Journal on Aging*, 9(4), 348-355. <https://doi.org/10.1017/S0714980800007467>
- Boyle, G. (2004). Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health and Social Care in the Community*, 12(3), 212-220. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x>
- Boyle, P. A., & Malloy, P. F. (2004). Treating apathy in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17, 91-99. <https://doi.org/10.1159/000074280>
- Braddock III, C. H., Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., & Levinson, W. (1999). Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *Journal of the American Medical Association*, 282(24), 2313-2320. <https://doi.org/10.1001/jama.282.24.2313>
- Breitborde, N. J. K., Kleinlein, P., & Srihari, V. H. (2014). Causality orientations among individuals with first-episode psychosis. *Psychosis*, 6(2), 177-180. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.762801>
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Éd.), *Handbook of cross-cultural psychology, Vol. 2* (p. 389-444). Boston, MA, US: Allyn & Bacon.
- Brooks, C., Ballinger, C., Nutbeam, D., & Adams, J. (2017). The importance of building trust and tailoring interactions when meeting older adults' health literacy needs. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2428-2435. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1231849>
- Brown, M., Levack, W., McPherson, K. M., Dean, S. G., Reed, K., Weatherall, M., & Taylor, W. J. (2014). Survival, momentum, and things that make me « me »: Patients' perceptions of goal setting after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 36(12), 1020-1026. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.825653>
- Browne, J., Penn, D. L., Bauer, D. J., Meyer-Kalos, P., Mueser, K. T., Robinson, D. G., ... Kane, J. M. (2017). Perceived autonomy support in the NIMH RAISE early treatment program. *Psychiatric Services*, 68(9), 916-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600480>
- Brummett, B. H., Morey, M. C., Boyle, S. H., & Mark, D. B. (2009). Prospective study of associations among positive emotion and functional status in older patients with coronary artery disease. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(4), 461-469. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp041>
- Buijck, B. I., Zuidema, S. U., Spruit-van Eijk, M., Bor, H., Gerritsen, D. L., & Koopmans, R. T. C. M. (2014). Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation. *Aging and Mental Health*, 18(8), 980-985. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.899969>
- Caci, H., & Baylé, F. J. (2007). L'échelle d'affectivité positive et d'affectivité négative : première traduction en Français. Présenté au Congrès de l'Encéphale, Paris.

- Cardoso, E. (2009). *Projetons-nous ! ou Le projet de soin du patient présentant une pathologie neurologique et/ou neuro-vasculaire pour une rééducation-réadaptation participative*. Université de Haute Alsace, Mulhouse-Colmar.
- Chan, C. S., Rhodes, J. E., Howard, W. J., Lowe, S. R., Schwartz, S. E. O., & Herrera, C. (2013). Pathways of influence in school-based mentoring: The mediating role of parent and teacher relationships. *Journal of School Psychology, 51*(1), 129-142. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2012.10.001>
- Chan, D. K.-C., & Hagger, M. S. (2012). Transcontextual development of motivation in sport injury prevention among elite athletes. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 34*, 661-682.
- Chan, D. K.-C., Hagger, M. S., & Spray, C. M. (2011). Treatment motivation for rehabilitation after a sport injury: Application of the trans-contextual model. *Psychology of Sport and Exercise, 12*(2), 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.08.005>
- Chang, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S., & Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(12), 1977-1982. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.024>
- Charalambous, A., Radwin, L., Berg, A., Sjøvall, K., Patiraki, E., Lemonidou, C., ... Suhonen, R. (2016). An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. *International Journal of Nursing Studies, 61*, 176-186. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.013>
- Charles, S. (2017). The moral agency of institutions: Effectively using expert nurses to support patient autonomy. *Journal of Medical Ethics, 43*(8), 506-509. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103448>
- Charon, R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association, 286*(15), 1897-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., ... Verstuyf, J. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion, 39*(2), 216-236. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9450-1>
- Chen, M.-F., Chang, R.-E., Tsai, H.-B., & Hou, Y.-H. (2017). Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research, 27*(3), 765-773. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1714-2>
- Cheon, S. H., & Reeve, J. (2015). A classroom-based intervention to help teachers decrease students' amotivation. *Contemporary Educational Psychology, 40*, 99-111. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2014.06.004>
- Cheon, S. H., Reeve, J., Lee, J., & Lee, Y. (2015). Giving and receiving autonomy support in a



- high-stakes sport context: A field-based experiment during the 2012 London Paralympic Games. *Psychology of Sport and Exercise*, 19, 59-69.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.02.007>
- Cheon, S. H., Reeve, J., Lee, Y., Ntoumanis, N., Gillet, N., Kim, B. R., & Song, Y.-G. (2018). Expanding autonomy psychological need states from two (satisfaction, frustration) to three (dissatisfaction): A classroom-based intervention study. *Journal of Educational Psychology*.
- Cheon, S. H., Reeve, J., & Ntoumanis, N. (2018). A needs-supportive intervention to help PE teachers enhance students' prosocial behavior and diminish antisocial behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 35, 74-88.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.11.010>
- Cheon, S. H., Reeve, J., & Song, Y.-G. (2016). A teacher-focused intervention to decrease PE students' amotivation by increasing need satisfaction and decreasing need frustration. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 38(3), 217-235.  
<https://doi.org/10.1123/jsep.2015-0236>
- Cheval, B., Chalabaev, A., Quested, E., Courvoisier, D. S., & Sarrazin, P. (2017). How perceived autonomy support and controlling coach behaviors are related to well- and ill-being in elite soccer players: A within-person changes and between-person differences analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 28, 68-77.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.10.006>
- Chiu, C., Feuz, M. A., McMahan, R. D., Miao, Y., & Sudore, R. L. (2016). « Doctor, make my decisions »: Decision control preferences, advance care planning, and satisfaction with communication among diverse older adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.018>
- Code de la santé publique. (2008a). *Article R.4127-37*. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912899&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Code de la santé publique. (2008b). *Article R.6123-118*. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000018680352&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Code de la santé publique. (2008c). *Article R.6123-119*. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000018680355&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Code de la santé publique. (2008d). *Décret N°2008-377*. Consulté à l'adresse [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_18785.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18785.pdf)
- Coffman, D. L., & MacCallum, R. C. (2005). Using parcels to convert path analysis models into latent variable models. *Multivariate Behavioral Research*, 40(2), 235-259.  
[https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4002\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4002_4)
- Colombo, R., Pisano, F., Mazzone, A., Delconte, C., Micera, S., Carrozza, M. C., ... Minuco,

- G. (2007). Design strategies to improve patient motivation during robot-aided rehabilitation. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 4(3), 1-12.
- Conroy, S. P., Stevens, T., Parker, S. G., & Gladman, J. R. F. (2011). A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: « Interface geriatrics ». *Age and Ageing*, 40(4), 436-443. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr060>
- Coquelet, F. (2015). *Soins de suite et réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours*. Consulté à l'adresse <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er943.pdf>
- Coquelet, F., & Valdelièvre, H. (2011). *Les soins de suite et réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins*. Consulté à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-2.pdf>
- Cox, A., & Williams, L. (2008). The roles of perceived teacher support, motivational climate, and psychological need satisfaction in students' physical education motivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 30(2), 222-239. <https://doi.org/10.1123/jsep.30.2.222>
- Cresswell, S. L., & Eklund, R. C. (2005). Changes in athlete burnout and motivation over a 12-week league tournament. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 37(11), 1957-1966. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000176304.14675.32>
- Daly, B. P., Shin, R. Q., Thakral, C., Selders, M., & Vera, E. (2009). School engagement among urban adolescents of color: Does perception of social support and neighborhood safety really matter? *Journal of Youth and Adolescence*, 38(1), 63-74. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9294-7>
- De Meyer, J., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Aelterman, N., Van Petegem, S., & Haerens, L. (2016). Do students with different motives for physical education respond differently to autonomy-supportive and controlling teaching? *Psychology of Sport and Exercise*, 22, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.06.001>
- De Meyer, J., Tallir, I. B., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Aelterman, N., Van den Berghe, L., ... Haerens, L. (2014). Does observed controlling teaching behavior relate to students' motivation in physical education? *Journal of Educational Psychology*, 106(2), 541-554. <https://doi.org/10.1037/a0034399>
- De Naeghel, J., Van Keer, H., & Vanderlinde, R. (2014). Strategies for promoting autonomous reading motivation: A multiple case study research in primary education. *Frontline Learning Research*, 3, 83-101.
- deCharms, R. (1968). *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. New York, NY, US: Academic Press.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Flaste, R. (2018). *Pourquoi faisons-nous ce que nous faisons - Motivation, auto-détermination et autonomie*. (T. Huyghebaert & N. Gillet, Trad.). Malakoff, FR: Interédition.

- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985a). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985b). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109-134. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024-1037. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.6.1024>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008a). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology*, 49(1), 24-34. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008b). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 930-942. <https://doi.org/10.1177/0146167201278002>
- Dickert, N. W., & Kass, N. E. (2009). Understanding respect: Learning from patients. *Journal of Medical Ethics*, 35(7), 419-423. <https://doi.org/10.1136/jme.2008.027235>
- Digelidis, N., Papaioannou, A., Laparidis, K., & Christodoulidis, T. (2003). A one-year intervention in 7th grade physical education classes aiming to change motivational climate and attitudes towards exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 4(3), 195-210. [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(02\)00002-X](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(02)00002-X)
- Djeriouat, H. (2017). Self-determination and risk: The role of life goals and causality orientation in domain-specific risk propensity. *Journal of Risk Research*, 20(2), 256-276. <https://doi.org/10.1080/13669877.2015.1043573>
- Duriez, B. (2011). The social costs of extrinsic relative to intrinsic goal pursuits revisited: The moderating role of general causality orientation. *Personality and Individual Differences*, 50(5), 684-687. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.12.017>
- Ebell, M. H., Siwek, J., Weiss, B. D., Woolf, S. H., Susman, J., Ewigman, B., & Bowman, M. (2004). Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *The Journal of the American Board of Family*



- Medicine*, 17(1), 59-67. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.1.59>
- Ekdahl, A. W., Andersson, L., Wiréhn, A.-B., & Friedrichsen, M. (2011). Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics*, 11:46, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-46>
- Ekelund, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Eklund, K. (2014). Self-determination and older people: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 116-124. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.853832>
- Eklund, R. C., & Cresswell, S. L. (2007). Athlete burnout. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Éd.), *Handbook of Sport Psychology* (3rd ed, p. 621-641). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- Elander, G., & Hermerén, G. (1989). Autonomy and paternalistic behaviour in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(4), 153-160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1989.tb00286.x>
- Entwistle, V. A., Carter, S. M., Cribb, A., & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7), 741-745. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2>
- Epstein, R. M. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *The Annals of Family Medicine*, 3(5), 415-421. <https://doi.org/10.1370/afm.348>
- Escriva-Boulley, G., Tessier, D., Ntoumanis, N., & Sarrazin, P. (2018). Need-supportive professional development in elementary school physical education: Effects of a cluster-randomized control trial on teachers' motivating style and student physical activity. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 7(2), 218-234. <https://doi.org/10.1037/spy0000119>
- Farkas, M. S., & Grolnick, W. S. (2010). Examining the components and concomitants of parental structure in the academic domain. *Motivation and Emotion*, 34(3), 266-279. <https://doi.org/10.1007/s11031-010-9176-7>
- Farmer, R., & Sundberg, N. D. (1986). Boredom proneness: The development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 4-17. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5001\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5001_2)
- Felton, L., & Jowett, S. (2013). The mediating role of social environmental factors in the associations between attachment styles and basic needs satisfaction. *Journal of Sports Sciences*, 31(6), 618-628. <https://doi.org/10.1080/02640414.2012.744078>
- Ferrand, C., Martinet, G., & Charry, A. (2015). Satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, symptômes dépressifs et apathie chez des personnes âgées hospitalisées. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 47(1), 59-67. <https://doi.org/10.1037/a0037419>
- Finset, A., Bieber, C., Brown, R. F., Deveugele, M., & Pieterse, A. (2017). The perspective of the person in healthcare: Listening to and engaging persons in healthcare. *Patient*

- Education and Counseling*, 100(11), 1967-1968.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.012>
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 42(11), 1049-1055.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.  
<https://doi.org/10.2307/3151312>
- Fredericks, S., Lapum, J., & Hui, G. (2015). Examining the effect of patient-centred care on outcomes. *British Journal of Nursing*, 24(7), 394-400.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.7.394>
- Freeman, P., Coffee, P., Moll, T., Rees, T., & Sammy, N. (2014). The ARSQ: The athletes' received support questionnaire. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 36(2), 189-202. <https://doi.org/10.1123/jsep.2013-0080>
- Frosch, D. L., & Tai-Seale, M. (2014). R-E-S-P-E-C-T—What it means to patients. *Journal of General Internal Medicine*, 29(3), 427-428. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2710-z>
- Fung, C. H., Lim, Y.-W., Mattke, S., Damberg, C., & Shekelle, P. G. (2008). Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 111-123.
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27(3), 199-223.  
<https://doi.org/10.1023/A:1025007614869>
- Gaines, S. O. J. (1995). Relationships between members of cultural minorities. In J. T. Wood & S. Duck (Éd.), *Understanding relationship processes series, Vol. 6. Under-studied relationships: Off the beaten track* (p. 51-88). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Gana, K., & Akremi, M. (1998). L'échelle de disposition à l'ennui (EDE) : adaptation française et validation du boredom proneness scale (BP). *L'Année Psychologique*, 98(3), 429-450.  
<https://doi.org/10.3406/psy.1998.28576>
- Gard, D. E., Fisher, M., Garrett, C., Genevsky, A., & Vinogradov, S. (2009). Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115(1), 74-81.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.08.015>
- Gillet, N., Colombat, P., Michinov, E., Pronost, A.-M., & Fouquereau, E. (2013). Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: The mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2560-2571.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12144>
- Gillet, N., Fouquereau, E., Huyghebaert, T., & Colombat, P. (2016). Effets du soutien



- organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel: le rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie Française*, 61(2), 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2014.05.004>
- Graham, J. L., Shahani, L., Grimes, R. M., Hartman, C., & Giordano, T. P. (2015). The influence of trust in physicians and trust in the healthcare system on linkage, retention, and adherence to HIV care. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(12), 661-667. <https://doi.org/10.1089/apc.2015.0156>
- Grégoire, M., Laplante, P., Grondin, F., & Tanguay, A. (2016). L'ennui chez les patients hospitalisés : étude descriptive et facteurs associés. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.03.002>
- Grolnick, W. S., & Pomerantz, E. M. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives*, 3(3), 165-170. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00099.x>
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81(2), 143-154. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.81.2.143>
- Guay, F., Vallerand, R. J., & Blanchard, C. (2000). On the assessment of situational intrinsic and extrinsic motivation: The situational motivation scale (SIMS). *Motivation and Emotion*, 24(3), 175-213.
- Guéguen, N., Martin, A., & Andrea, C. R. (2015). « I am sure you'll succeed »: When a teacher's verbal encouragement of success increases children's academic performance. *Learning and Motivation*, 52, 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.lmot.2015.09.004>
- Gustafsson, H., Carlin, M., Podlog, L., Stenling, A., & Lindwall, M. (2018). Motivational profiles and burnout in elite athletes: A person-centered approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 35, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.11.009>
- Haerens, L., Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Van Petegem, S. (2015). Do perceived autonomy-supportive and controlling teaching relate to physical education students' motivational experiences through unique pathways? Distinguishing between the bright and dark side of motivation. *Psychology of Sport and Exercise*, 16(3), 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.08.013>
- Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2011). Causality orientations moderate the undermining effect of rewards on intrinsic motivation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(2), 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.10.010>
- Hagger, M. S., Koch, S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2015). The effect of causality orientations and positive competence-enhancing feedback on intrinsic motivation: A test of additive and interactive effects. *Personality and Individual Differences*, 72, 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.012>
- Hair, J. F., Sarstedt, M., Ringle, C. M., & Mena, J. A. (2012). An assessment of the use of

- partial least squares structural equation modeling in marketing research. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(3), 414-433. <https://doi.org/10.1007/s11747-011-0261-6>
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01070>
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
- Hall, M. A., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K. E., Mishra, A., & Balkrishnan, R. (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review*, 59(3), 293-318. <https://doi.org/10.1177/1077558702059003004>
- Halvari, A. E. M., Halvari, H., Williams, G. C., & Deci, E. L. (2017). Predicting dental attendance from dental hygienists' autonomy support and patients' autonomous motivation: A randomised clinical trial. *Psychology and Health*, 32(2), 127-144. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1244536>
- Hardy, L. (2007). L'hôpital en marche vers une éthique de tous les métiers ? *Recherche en soins infirmiers*, 90(3), 95-101. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0095>
- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2015). The importance of older patients' experiences with care delivery for their quality of life after hospitalization. *BMC Health Services Research*, 15:311. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0982-1>
- Heery, K. (2000). Straight talk about the patient interview. *Nursing*, 30(6), 66-67.
- Henderson, S. (1997). Knowing the patient and the impact on patient participation: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Practice*, 3(2), 111-118. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.1997.tb00083.x>
- Heyland, D. K. (2006). What matters most in end-of-life care: Perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*, 174(5), 627-633. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050626>
- Hodge, K., & Gucciardi, D. F. (2015). Antisocial and prosocial behavior in sport: The role of motivational climate, basic psychological needs, and moral disengagement. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 37(3), 257-273. <https://doi.org/10.1123/jsep.2014-0225>
- Horwitz, R. I., & Horwitz, S. M. (1993). Adherence to treatment and health outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 153(16), 1863-1868.
- Hospel, V., & Galand, B. (2016). Are both classroom autonomy support and structure equally important for students' engagement? A multilevel analysis. *Learning and Instruction*, 41, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2015.09.001>
- Hricova, L., Orosova, O., & Bacikova-Sleskova, M. (2018). Disordered eating in the context of self-determination theory. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144->

018-9782-1

- Huang, Y., Lv, W., & Wu, J. (2016). Relationship between intrinsic motivation and undergraduate students' depression and stress: The moderating effect of interpersonal conflict. *Psychological Reports*, 119(2), 527-538. <https://doi.org/10.1177/0033294116661512>
- Hudson, T. J., Owen, R. R., Thrush, C. R., Armitage, T. L., & Thapa, P. (2008). Guideline implementation and patient-tailoring strategies to improve medication adherence for schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 74-80.
- Hughes, J. W., Tomlinson, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J., Sketch, M. H., & Watkins, L. L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(3), 179-185. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2803\\_6](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2803_6)
- Huyghebaert, T., Gillet, N., Fernet, C., Lahiani, F.-J., & Fouquereau, E. (2018). Leveraging psychosocial safety climate to prevent ill-being: The mediating role of psychological need thwarting. *Journal of Vocational Behavior*, 107, 111-125. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.03.010>
- Hwang, K. O., Etchegaray, J. M., Sciamanna, C. N., Bernstam, E. V., & Thomas, E. J. (2014). Structural social support predicts functional social support in an online weight loss programme: Structural social support predicts functional social support. *Health Expectations*, 17(3), 345-352. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00759.x>
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons I: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being ellen. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B(6), S294-S305. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.6.S294>
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2016). *Projections de population à l'horizon 2070: deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013*. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2017). *D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole*. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738#graphique-figure1B>
- Isoard-Gauthier, S., Guillet-Descas, E., & Lemyre, P.-N. (2012). A prospective study of the influence of perceived coaching style on burnout propensity in high level young athletes: Using a self-determination theory perspective. *The Sport Psychologist*, 26(2), 282-298. <https://doi.org/10.1123/tsp.26.2.282>
- Jacobs, N., Hagger, M. S., Streukens, S., De Bourdeaudhuij, I., & Claes, N. (2011). Testing an integrated model of the theory of planned behaviour and self-determination theory for different energy balance-related behaviours and intervention intensities: Integrated model of TPB and SDT. *British Journal of Health Psychology*, 16(1), 113-134. <https://doi.org/10.1348/135910710X519305>



- Jang, H., Reeve, J., & Deci, E. L. (2010). Engaging students in learning activities: It is not autonomy support or structure but autonomy support and structure. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 588-600. <https://doi.org/10.1037/a0019682>
- Jang, H., Reeve, J., Ryan, R. M., & Kim, A. (2009). Can self-determination theory explain what underlies the productive, satisfying learning experiences of collectivistically oriented Korean students? *Journal of Educational Psychology*, 101(3), 644-661. <https://doi.org/10.1037/a0014241>
- Jin, B., & Kim, J. (2017). Grit, basic needs satisfaction, and subjective well-being. *Journal of Individual Differences*, 38(1), 29-35. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000219>
- Journal Officiel de la République Française. (2002). *Loi n° 2002-303*. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000000227015>
- Kant, E. (1980). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris, FR: Delagrave.
- Karamitrou, A., Comoutos, N., Hatzigeorgiadis, A., & Theodorakis, Y. (2017). A self-determination approach to understanding of athletes' automatic self-talk. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 6(4), 340-354. <https://doi.org/10.1037/spy0000104>
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 410-422. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.410>
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280-287. <https://doi.org/10.1177/0146167296223006>
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (2001). Be careful what you wish for: Optimal functioning and the relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. In P. Schmuck & K. M. Sheldon (Éd.), *Life goals and well-being* (p. 116-131). Gottingen, DE: Hogrefe.
- Kayser, J. W., Cossette, S., & Alderson, M. (2014). Autonomy-supportive intervention: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1254-1266. <https://doi.org/10.1111/jan.12292>
- Kim, C., McEwen, L. N., Gerzoff, R. B., Marrero, D. G., Mangione, C. M., Selby, J. V., & Herman, W. H. (2005). Is physician gender associated with the quality of diabetes care? *Diabetes Care*, 28(7), 1594-1598. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.7.1594>
- Kinmonth, A. L., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegel, N., & Campbell, M. J. (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: Impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ*, 317(7167), 1202-1208. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7167.1202>
- Kirkland, R. A., Karlin, N. J., Stellino, M. B., & Pulos, S. (2011). Basic psychological needs satisfaction, motivation, and exercise in older adults. *Activities, Adaptation and Aging*, 35(3), 181-196. <https://doi.org/10.1080/01924788.2011.596764>
- Knee, C. R., Hadden, B. W., Porter, B., & Rodriguez, L. M. (2013). Self-determination theory and romantic relationship processes. *Personality and Social Psychology Review*, 17(4),

- 307-324. <https://doi.org/10.1177/1088868313498000>
- Koestner, R., Gingras, I., Abutaa, R., Losier, G. F., DiDio, L., & Gagné, M. (1999). To follow expert advice when making a decision: An examination of reactive versus reflective autonomy. *Journal of Personality*, 67(5), 851-872. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00075>
- Koponen, A. M., Simonsen, N., Laamanen, R., & Suominen, S. (2015). Health-care climate, perceived self-care competence, and glycemic control among patients with type 2 diabetes in primary care. *Health Psychology Open*, 2(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2055102915579778>
- Koponen, A. M., Simonsen, N., & Suominen, S. (2017). Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: The role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychology, Health and Medicine*, 22(3), 332-344. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1154179>
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28(6), 58-71.
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 49-59. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00090-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00090-7)
- Lacoste, L., & Trivalle, C. (2005). Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatologique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 28(5), 44-51.
- LaGuardia, J. G., & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être: théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 281-304.
- Landes, A. M., Sperry, S. D., & Strauss, M. E. (2005). Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17(3), 342-349. <https://doi.org/10.1176/jnp.17.3.342>
- Lee, R. R., & Chatzisarantis, N. L. D. (2017). Same but different: Comparative modes of information processing are implicated in the construction of perceptions of autonomy support. *British Journal of Psychology*, 108(4), 687-700. <https://doi.org/10.1111/bjop.12237>
- Lemyre, P.-N., Treasure, D. C., & Roberts, G. C. (2006). Influence of variability in motivation and affect on elite athlete burnout susceptibility. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 28(1), 32-48. <https://doi.org/10.1123/jsep.28.1.32>
- Leone, E., Lafont, V., Filleau, C., Baudu, C., Benoit, M., Deudon, A., ... Robert, P. (2008). Validation de la version soignant de l'inventaire apathie. *La Revue de Gériatrie*, 33(9), 777-783.
- Levinas, E. (1969). *Totality and infinity*. Pittsburgh, PA, US: Duquesne University Press.



- Levy, M. L., Cummings, J. L., Fairbanks, L. A., Masterman, D., Miller, B. L., Craig, A. H., ... Litvan, I. (1998). Apathy is not depression. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(3), 314-319. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.3.314>
- Liettaert, S., Roorda, D., Laevers, F., Verschueren, K., & De Fraine, B. (2015). The gender gap in student engagement: The role of teachers' autonomy support, structure, and involvement. *British Journal of Educational Psychology*, 85(4), 498-518. <https://doi.org/10.1111/bjep.12095>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA, US: Sage Publications.
- Linn, A. J., van Weert, J. C., Schouten, B. C., Smit, E. G., van Bodegraven, A. A., & van Dijk, L. (2012). Words that make pills easier to swallow: A communication typology to address practical and perceptual barriers to medication intake behavior. *Patient Preference and Adherence*, 6, 871-885. <https://doi.org/10.2147/PPA.S36195>
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*, 323(7318), 908-911. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7318.908>
- Llorca, G. (2003). *Du raisonnement médical à la décision partagée: introduction à l'éthique en médecine*. Paris, FR: Med-Line.
- Lombas, A. S., & Esteban, M. A. (2017). The confounding role of basic needs satisfaction between self-determined motivation and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 19(5), 1305-1327. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9874-x>
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., ... Hurley, D. A. (2017). Communication skills training for practitioners to increase patient adherence to home-based rehabilitation for chronic low back pain: Results of a cluster randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(9), 1732-1743. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025>
- López-Walle, J., Balaguer, I., Castillo, I., & Tristán, J. (2012). Autonomy support, basic psychological needs and well-being in Mexican athletes. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1283-1292. [https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n3.39414](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39414)
- Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Goossens, L., & Duriez, B. (2009). Basic need satisfaction and identity formation: Bridging self-determination theory and process-oriented identity research. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 276-288. <https://doi.org/10.1037/a0015349>
- Lynch, M. F., La Guardia, J. G., & Ryan, R. M. (2009). On being yourself in different cultures: Ideal and actual self-concept, autonomy support, and well-being in China, Russia, and the United States. *The Journal of Positive Psychology*, 4(4), 290-304. <https://doi.org/10.1080/17439760902933765>
- Lyttle, D. J., & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: A

- review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 274-282. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00245.x>
- MacCallum, R. C., & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 201-226. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.201>
- Macklin, R. (1999). *Against relativism: Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Makoul, G., Zick, A., & Green, M. (2007). An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. *Archives of Internal Medicine*, 167(11), 1172-1176. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.11.1172>
- Marcinko, I. (2015). The moderating role of autonomous motivation on the relationship between subjective well-being and physical health. *PloS One*, 10(5), e0126399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126399>
- Martin, A. J., Marsh, H. W., McInerney, D. M., Green, J., & Dowson, M. (2007). Getting along with teachers and parents: The yields of good relationships for students' achievement motivation and self-esteem. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 17(2), 109-125. <https://doi.org/10.1375/ajgc.17.2.109>
- Matumoto, S., Mishima, S. M., Fortuna, C. M., Pereira, M. J. B., & Almeida, M. C. P. D. (2009). Preparing the care relationship: A welcoming tool in health units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1001-1008. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600012>
- Mazzonna, F., & Peracchi, F. (2012). Ageing, cognitive abilities and retirement. *European Economic Review*, 56(4), 691-710. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2012.03.004>
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammien, V. V. (1989). Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sportsetting: A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60(1), 48-58. <https://doi.org/10.1080/02701367.1989.10607413>
- Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine*, 55(2), 283-299. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00171-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00171-X)
- Megías, Á., González-Cutre, D., Beltrán-Carrillo, V. J., Gomis-Díaz, J. M., Cervelló, E., & Bartholomew, K. J. (2018). The impact of living with morbid obesity on psychological need frustration: A study with bariatric patients. *Stress and Health*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/smi.2811>
- Merton, R. K., & Kendall, P. L. (1946). The focused interview. *American Journal of Sociology*, 51(6), 541-557. <https://doi.org/10.1086/219886>
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51(3), 197-206.
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value

- of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.019>
- Mohrmann, M. E., & Shepherd, L. (2012). Ready to listen: Why welcome matters? *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(3), 646-650. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.004>
- Moreau, A. (2013). *Intérêt et limites de l'approche centrée sur le patient dans une démarche éducative vis-à-vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale : approche phénoménologique exploratoire (étude DEADIEM)* (Thèse de doctorat). Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, FR.
- Moreau, A., Kellou, N., Supper, I., Lamort-Bouché, M., Perdrix, C., Dupraz, C., ... Boussageon, R. (2013). L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer*, 24(110), 268-277.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Murray, C. (2009). Parent and teacher relationships as predictors of school engagement and functioning among low-income urban youth. *The Journal of Early Adolescence*, 29(3), 376-404. <https://doi.org/10.1177/0272431608322940>
- Nakagami, E., Hoe, M., & Brekke, J. S. (2010). The prospective relationships among intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 935-948. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq043>
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Stott, K., & Hindle, L. (2013). Predicting psychological needs and well-being of individuals engaging in weight management: The role of important others. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(3), 291-310. <https://doi.org/10.1111/aphw.12011>
- Niemiec, C. P., & Ryan, R. M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *School Field*, 7(2), 133-144. <https://doi.org/10.1177/1477878509104318>
- Ntoumanis, N., Quested, E., Reeve, J., & Cheon, S. H. (2017). Need supportive communication : Implications for motivation in sport, exercise and physical activity, and physical activity. In B. Jackson, J. Dimmock, & J. Compton (Éd.), *Persuasion and*



- communication in sport, exercise, and physical activity* (p. 155-169). Abington, UK: Routledge.
- Olafsen, A. H., Halvari, H., Forest, J., & Deci, E. L. (2015). Show them the money? The role of pay, managerial need support, and justice in a self-determination theory model of intrinsic work motivation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(4), 447-457. <https://doi.org/10.1111/sjop.12211>
- Olesen, M. H., Thomsen, D. K., & O'Toole, M. S. (2015). Subjective well-being: Above neuroticism and extraversion, autonomy motivation matters. *Personality and Individual Differences*, 77, 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.033>
- Olesen, M. H., Thomsen, D. K., Schnieber, A., & Tønnesvang, J. (2010). Distinguishing general causality orientations from personality traits. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 538-543. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.032>
- O'Malley, A. S., Sheppard, V. B., Schwartz, M., & Mandelblatt, J. (2004). The role of trust in use of preventive services among low-income African-American women. *Preventive Medicine*, 38(6), 777-785. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.01.018>
- Ong, L. M. L., Visser, M. R. M., Lammes, F. B., & de Haes, J. C. J. M. (2000). Doctor - patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 145-156. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00108-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00108-1)
- Orkibi, H., & Ronen, T. (2017). Basic psychological needs satisfaction mediates the association between self-control skills and subjective well-being. *Frontiers in Psychology*, 8:936, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00936>
- Orr, K., Tamminen, K. A., Sweet, S. N., Tomasone, J. R., & Arbour-Nicitopoulos, K. P. (2018). « I've had bad experiences with team sport »: Sport participation, peer need-thwarting, and need-supporting behaviors among youth identifying with physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 35(1), 36-56. <https://doi.org/10.1123/apaq.2017-0028>
- Øverup, C. S., Hadden, B. W., Knee, C. R., & Rodriguez, L. M. (2017). Self-determination theory and intimate partner violence (IPV): Assessment of relationship causality orientations as predictors of IPV perpetration. *Journal of Research in Personality*, 70, 139-155. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.07.002>
- Parchman, M. L., & Burge, S. K. (2004). The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services. *Family Medicine*, 36(1), 22-27.
- Pardessus, V., Durocher, A. M., & Di Pompeo, C. (2000). Activité réelle d'un service de soins de suite et réadaptation gériatrique. *Revue Gériatrique*, 25(5), 303-310.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Pollock, L. C. (1988). The work of community psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 13(5), 537-545. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01446.x>
- Pomerantz, E. M., & Wang, Q. (2009). The role of parents' control in children's development in Western and East Asian countries. *Current Directions in Psychological Science*, 18(5),

- 285–289. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01653.x>
- Pomey, M.-P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015). Patients as partners: A qualitative study of patients' engagement in their health care. *PloS One*, 10(4), e0122499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122499>
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., & Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing and Health*, 32(1), 4-17. <https://doi.org/10.1002/nur.20302>
- Rahman, R. J., Hudson, J., Thøgersen-Ntoumani, C., & Doust, J. H. (2015). Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: A self-determination theory perspective. *Psychology, Health and Medicine*, 20(5), 518-529. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1017509>
- Rameix, S. (1995). Du paternalisme à l'autonomie des patients ? L'exemple du consentement aux soins en réanimation. *Médecine et Droit*, 1995(12), 1-6. [https://doi.org/10.1016/1246-7391\(95\)80011-5](https://doi.org/10.1016/1246-7391(95)80011-5)
- Ramis, Y., Torregrosa, M., Viladrich, C., & Cruz, J. (2017). The effect of coaches' controlling style on the competitive anxiety of young athletes. *Frontiers in Psychology*, 8:572, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00572>
- Rantz, M. J., Mehr, D. R., Popejoy, L., Zwygart-Stauffacher, M., Hicks, L. L., Grando, V., ... Maas, M. (1998). Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(3), 30-46.
- Ratelle, C. F., Guay, F., Vallerand, R. J., Larose, S., & Senécal, C. (2007). Autonomous, controlled, and amotivated types of academic motivation: A person-oriented analysis. *Journal of Educational Psychology*, 99(4), 734-746. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.4.734>
- Raykov, T. (2001). Estimation of congeneric scale reliability using covariance structure analysis with nonlinear constraints. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 54(2), 315-323. <https://doi.org/10.1348/000711001159582>
- Redman, R. W. (2004). Patient-centered care: An unattainable ideal? *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(1), 11-14.
- Reeve, J. (2009). Why teachers adopt a controlling motivating style toward students and how they can Become more autonomy supportive. *Educational Psychologist*, 44(3), 159-175. <https://doi.org/10.1080/00461520903028990>
- Reeve, J., Deci, E. L., Ryan, R. M., & Jang, H. (2008). Understanding and promoting autonomous self-regulation: A self-determination theory perspective. In D. H. Schunk & B. J. Zimmerman (Eds.), *Motivation and self-regulated learning: Theory, research, and applications* (p. 223-244). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Reeve, J., & Halusic, M. (2009). How K-12 teachers can put self-determination theory principles into practice? *School Field*, 7(2), 145-154. <https://doi.org/10.1177/1477878509104319>



- Reeve, J., Jang, H., Carrell, D., Jeon, S., & Barch, J. (2004). Enhancing students' engagement by increasing teachers' autonomy support. *Motivation and Emotion*, 28(2), 147-169. <https://doi.org/10.1023/B:MOEM.0000032312.95499.6f>
- Reeve, J., Nix, G., & Hamm, D. (2003). Testing models of the experience of self-determination in intrinsic motivation and the conundrum of choice. *Journal of Educational Psychology*, 95(2), 375-392. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.2.375>
- Regina Corso Consulting. (2017). *Patient survey report for the physicians foundation*. Consulté à l'adresse <https://physiciansfoundation.org/research-insights/the-physicians-foundation-2017-patient-survey/>
- Reina, M. L., Reina, D. S., & Rushton, C. H. (2007). Trust: The foundation for team collaboration and healthy work environments. *AACN Advanced Critical Care*, 18(2), 103-108. <https://doi.org/10.1097/01.AACN.0000269252.94224.0b>
- Reis, H. T. (1994). Domains of experience: Investigating relationship processes from three perspectives. In R. Erber & R. Gilmour (Éd.), *Theoretical frameworks for personal relationships* (p. 87-110). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435. <https://doi.org/10.1177/0146167200266002>
- Renger, D., Renger, S., Miché, M., & Simon, B. (2017). A social recognition approach to autonomy: The role of equality-based respect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(4), 479-492. <https://doi.org/10.1177/0146167216688212>
- Reynolds, A. J., & McDonough, M. H. (2015). Moderated and mediated effects of coach autonomy support, coach involvement, and psychological need satisfaction on motivation in youth soccer. *The Sport Psychologist*, 29(1), 51-61. <https://doi.org/10.1123/tsp.2014-0023>
- Richer, S., & Vallerand, R. J. (1998). Construction et validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale (ÉSAS). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 48(2), 129-137.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris, FR: Seuil.
- Robert, P. H., Clairet, S., Benoit, M., Koutaich, J., Bertogliati, C., Tible, O., ... Bedoucha, P. (2002). The apathy inventory: Assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1099-1105. <https://doi.org/10.1002/gps.755>
- Rocchi, M., Pelletier, L., & Desmarais, P. (2017). The validity of the interpersonal behaviors questionnaire (IBQ) in sport. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 21(1), 15-25. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2016.1242488>
- Rocco, N., Scher, K., Basberg, B., Yalamanchi, S., & Baker-Genaw, K. (2011). Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. *Quality Management in Health Care*, 20(2), 89-97. <https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e318213e728>

- Rodriguez, K. L., Appelt, C. J., Switzer, G. E., Sonel, A. F., & Arnold, R. M. (2008). Veterans' decision-making preferences and perceived involvement in care for chronic heart failure. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 37(6), 440-448. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.003>
- Rose, P., & Yates, P. (2013). Person centred nursing care in radiation oncology: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 554-562. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.02.001>
- Rose, P., & Yates, P. (2015). Patients' outcomes related to person-centred nursing care in radiation oncology: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 731-739. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.05.008>
- Rosenbaum, M. E. (2017). Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2054-2061. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.035>
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2004). Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health*, 25(1), 497-519. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134>
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *Journal of the American Medical Association*, 288(6), 756-764. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>
- Ryan, E. D. (1980). Attribution, intrinsic motivation, and athletics: A replication and extension. In C. H. Nadeau, W. R. Halliwell, K. M. Newell, & G. C. Roberts (Éd.), *Psychology of motor behavior and sport* (p. 19-26). Champaign, IL, US: Human Kinetics Publishers.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(3), 450-461. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.3.450>
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63(3), 397-427.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). An overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Éd.), *Handbook of self-determination research* (p. 3-33). Rochester, NY, US: University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. In J. Greenberg, S. L. Koole, & T. A. Pyszczynski (Éd.), *Handbook of experimental existential psychology* (p. 449-479).

- New York, NY, US: Guilford Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of Human autonomy: Does psychology need Choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74(6), 1557-1586. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2007). Self-determination theory and the promotion, and maintenance of sport, exercise and health. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Éd.), *Intrinsic motivation and self-determination in sport and exercise* (p. 1-19). Champaign, IL, US: Human Kinetics.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Éd.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (p. 7-26). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ryan, R. M., Stiller, J. D., & Lynch, J. H. (1994). Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, 14(2), 226-249. <https://doi.org/10.1177/027243169401400207>
- Sanchez, G. (2013). *PLS path modeling with R*. Berkeley, CA, US: Trowchez Editions.
- Sarrazin, P., Pelletier, L. G., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. In C. Martin-Krumm & C. Tarquinio (Éd.), *Traité de psychologie positive* (p. 273-310). Bruxelles, BE: De Boeck.
- Schaubroeck, J., & Williams, S. (1993). Behavioral causality orientations and investment decisions following negative feedback. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(16), 1303-1320. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01034.x>
- Schneider, A., Körner, T., Mehring, M., Wensing, M., Elwyn, G., & Szecsenyi, J. (2006). Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 292-298. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.008>
- Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., ... Kaljonen, A. (2003). Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics*, 10(1), 28-38. <https://doi.org/10.1191/0969733003ne572oa>
- Shattell, M. M. (2007). Boredom in acute psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(6), 661-662. <https://doi.org/10.1080/01612840701354646>
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2014). Understanding patient perceptions of shared decision



- making. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.017>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
- Silva, M. N., Markland, D., Carraça, E. V., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., ... Teixeira, P. J. (2011). Exercise autonomous motivation predicts 3-year weight loss in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(4), 728-737. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181f3818f>
- Skinner, E. A., & Belmont, M. J. (1993). Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year. *Journal of Educational Psychology*, 85(4), 571-581. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.85.4.571>
- Slade, S. C., Molloy, E., & Keating, J. L. (2009). « Listen to me, tell me »: A qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clinical Rehabilitation*, 23(3), 270-280. <https://doi.org/10.1177/0269215508100468>
- Sobczak, K., Leoniuk, K., Janaszczyk, A., & Pietrzykowska, M. (2017). Patients' expectations as to doctors' behaviors during appointed visits. *Health Communication*, 32(4), 517-519. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1140285>
- Soenens, B., Sierens, E., Vansteenkiste, M., Dochy, F., & Goossens, L. (2012). Psychologically controlling teaching: Examining outcomes, antecedents, and mediators. *Journal of Educational Psychology*, 104(1), 108-120. <https://doi.org/10.1037/a0025742>
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30(1), 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.11.001>
- Souesme, G., Martinent, G., & Ferrand, C. (2016). Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.001>
- Standage, M., Duda, J. L., & Ntoumanis, N. (2003). A model of contextual motivation in physical education: Using constructs from self-determination and achievement goal theories to predict physical activity intentions. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 97-110. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.1.97>
- Standage, M., & Gillison, F. (2007). Students' motivational responses toward school physical education and their relationship to general self-esteem and health-related quality of life. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(5), 704-721. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.12.004>
- Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63-69. <https://doi.org/10.7812/TPP/10-148>
- Steinman, M. A., Handler, S. M., Gurwitz, J. H., Schiff, G. D., & Covinsky, K. E. (2011).

- Beyond the prescription: Medication monitoring and adverse drug events in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1513-1520. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03500.x>
- Stenling, A., Lindwall, M., & Hassmén, P. (2015). Changes in perceived autonomy support, need satisfaction, motivation, and well-being in young elite athletes. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 4(1), 50-61. <https://doi.org/10.1037/spy0000027>
- Stenling, A., & Tafvelin, S. (2014). Transformational leadership and well-being in sports: The mediating role of need satisfaction. *Journal of Applied Sport Psychology*, 26(2), 182-196. <https://doi.org/10.1080/10413200.2013.819392>
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322(7284), 444-445.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stroet, K., Opdenakker, M.-C., & Minnaert, A. (2013). Effects of need supportive teaching on early adolescents' motivation and engagement: A review of the literature. *Educational Research Review*, 9, 65-87. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2012.11.003>
- Su, Y.-L., & Reeve, J. (2011). A meta-analysis of the effectiveness of intervention programs designed to support autonomy. *Educational Psychology Review*, 23(1), 159-188. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9142-7>
- Sulmasy, D. P., Hughes, M. T., Thompson, R. E., Astrow, A. B., Terry, P. B., Kub, J., & Nolan, M. T. (2007). How would terminally ill patients have others make decisions for them in the event of decisional incapacity? A longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(12), 1981-1988. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01473.x>
- Tekin, F., & Findik, U. M. (2015). Level of perception of individualized care and satisfaction with nursing in orthopaedic surgery patients. *Orthopaedic Nursing*, 34(6), 371-374. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000194>
- Tenenhaus, M., Vinzi, V. E., Chatelin, Y.-M., & Lauro, C. (2005). PLS path modeling. *Computational Statistics and Data Analysis*, 48(1), 159-205. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2004.03.005>
- The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- Thélot, B., Lasbeur, L., & Pédrone, G. (2017). La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 328-335.
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. The Stanford trust study physicians. *Medical Care*, 37(5), 510-517.



- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Trentalange, M., Bielawski, M., Murphy, T. E., Lessard, K., Brandt, C., Bean-Mayberry, B., ... Bastian, L. A. (2016). Patient perception of enough time spent with provider is a mechanism for improving women veterans' experiences with VA outpatient health care. *Evaluation and the Health Professions*, 39(4), 460-474. <https://doi.org/10.1177/0163278716629523>
- Tucker, C. M., Zayco, R. A., Herman, K. C., Reinke, W. M., Trujillo, M., Carraway, K., ... Ivery, P. D. (2002). Teacher and child variables as predictors of academic engagement among low-income African American children. *Psychology in the Schools*, 39(4), 477-488. <https://doi.org/10.1002/pits.10038>
- Turner-Stokes, L., Rose, H., Ashford, S., & Singer, B. (2015). Patient engagement and satisfaction with goal planning: Impact on outcome from rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 22(5), 210-216. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2015.22.5.210>
- Umeukeje, E. M., Merighi, J. R., Browne, T., Wild, M., Alsmaan, H., Umanath, K., ... Cavanaugh, K. L. (2016). Health care providers' support of patients' autonomy, phosphate medication adherence, race and gender in end stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 1104-1114. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9745-7>
- Unanue, W., Dittmar, H., Vignoles, V. L., & Vansteenkiste, M. (2014). Materialism and well-being in the UK and Chile: Basic need satisfaction and basic need frustration as underlying psychological processes. *European Journal of Personality*, 28(6), 569-585. <https://doi.org/10.1002/per.1954>
- Valenzuela, R., Codina, N., & Pestana, J. V. (2018). Self-determination theory applied to flow in conservatoire music practice: The roles of perceived autonomy and competence, and autonomous and controlled motivation. *Psychology of Music*, 46(1), 33-48. <https://doi.org/10.1177/0305735617694502>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30(4), 662-680.
- Vallerand, R. J., Blais, M. R., Lacouture, Y., & Deci, E. L. (1987). L'échelle des orientations générales à la causalité : validation canadienne-française du general causality orientations scale. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1037/h0079872>
- Vallerand, R. J., & Thill, E. A. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Québec, QC, CA: Vigot.
- van Aart, I., Hartman, E., Elferink-Gemser, M., Mombarg, R., & Visscher, C. (2017). Relations among basic psychological needs, PE-motivation and fundamental movement skills in 9-12-year-old boys and girls in physical education. *Physical Education and Sport*

- Pedagogy*, 22(1), 15-34. <https://doi.org/10.1080/17408989.2015.1112776>
- van Dalen, J. W., Van Wanrooij, L. L., Moll van Charante, E. P., Richard, E., & van Gool, W. A. (2018). Apathy is associated with incident dementia in community-dwelling older people. *Neurology*, 90(1), e82-e89. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004767>
- Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C.-H., & Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory's basic psychological needs at work. *Journal of Management*, 42(5), 1195-1229. <https://doi.org/10.1177/0149206316632058>
- van der Kaap-Deeder, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Mabbe, E. (2017). Children's daily well-being: The role of mothers', teachers', and siblings' autonomy support and psychological control. *Developmental Psychology*, 53(2), 237-251. <https://doi.org/10.1037/dev0000218>
- van der Kaap-Deeder, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Verstuyf, J., Boone, L., & Smets, J. (2014). Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 585-600. <https://doi.org/10.1002/eat.22266>
- van Dulmen, S., & van Bijnen, E. (2011). What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(1), 27-34. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v1i1.4>
- Vanhove-Mériaux, C., Martinent, G., & Ferrand, C. (en révision). Thwarting of basic psychological needs is not simply the dissatisfaction of basic psychological needs: A significant difference between thwarting and satisfaction of basic psychological needs among French older people. *Ageing International*.
- Vanhove-Mériaux, C., Martinent, G., & Ferrand, C. (2018). Profiles of needs satisfaction and thwarting in older people living at home: Relationships with well-being and ill-being indicators. *Geriatrics and Gerontology International*, 18(3), 470-478. <https://doi.org/10.1111/ggi.13205>
- Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2003). Competitively contingent rewards and intrinsic motivation: Can losers remain motivated. *Motivation and Emotion*, 27(4), 273-299. <https://doi.org/10.1023/A:1026259005264>
- Vansteenkiste, M., Niemiec, C. P., & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions. In T. C. Urdan & S. A. Karabenick (Éd.), *Advances in motivation and achievement. The decade ahead: Theoretical perspectives on motivation and achievement* (p. 105-165). London, UK: Emerald Group Publishing.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263-280. <https://doi.org/10.1037/a0032359>

- Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the explanatory role of psychological needs in human well-being. In L. Bruni, F. Comim, & M. Pugno (Éd.), *Capabilities and happiness* (p. 187–223). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Vansteenkiste, M., Sierens, E., Goossens, L., Soenens, B., Dochy, F., Mouratidis, A., ... Beyers, W. (2012). Identifying configurations of perceived teacher autonomy support and structure: Associations with self-regulated learning, motivation and problem behavior. *Learning and Instruction*, 22(6), 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2012.04.002>
- Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K. M., & Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: The synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 246-260. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.2.246>
- Wancata, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M., & Friedrich, F. (2006). The criterion validity of the geriatric depression scale: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(6), 398-410. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00888.x>
- Wang, M.-T., & Eccles, J. S. (2013). School context, achievement motivation, and academic engagement: A longitudinal study of school engagement using a multidimensional perspective. *Learning and Instruction*, 28, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2013.04.002>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Weinstein, N., Legate, N., Ryan, W. S., & Hemmy, L. (2018). Autonomous orientation predicts longevity: New findings from the Nun Study. *Journal of Personality*, 1-13. <https://doi.org/10.1111/jopy.12379>
- Weinstein, N., Zougkou, K., & Paulmann, S. (2018). You « have » to hear this: Using tone of voice to motivate others. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 44(6), 898-913. <https://doi.org/10.1037/xhp0000502>
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297-333. <https://doi.org/10.1037/h0040934>
- Wickramasinghe, V., & Wickramasinghe, G. L. D. (2017). Autonomy support, need fulfilment and job performance in lean implemented textile and apparel firms. *Research Journal of Textile and Apparel*, 21(4), 323-341. <https://doi.org/10.1108/RJTA-04-2017-0014>
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (2001). Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical Care*, 39(8), 813-823. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00007>
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651.



- <https://doi.org/10.2337/diacare.21.10.1644>
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology, 21*(1), 40-50. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.21.1.40>
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology, 17*(3), 269-276. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.3.269>
- Williams, L. J., & O'Boyle, E. H. (2008). Measurement models for linking latent variables and indicators: A review of human resource management research using parcels. *Human Resource Management Review, 18*(4), 233-242. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2008.07.002>
- Wilson, R. S., Hebert, L. E., Scherr, P. A., Dong, X., Leurgens, S. E., & Evans, D. A. (2012). Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology, 78*(13), 950-956. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31824d5894>
- Wolf, D. M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., & Hoffman, L. (2008). Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Care Quality, 23*(4), 316-321. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000336672.02725.a5>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49.
- Yu, C., Li, X., & Zhang, W. (2015). Predicting adolescent problematic online game use from teacher autonomy support, basic psychological needs satisfaction, and school engagement: A 2-year longitudinal study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 18*(4), 228-233. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0385>
- Yuan, Y.-H., Wu, M.-H., Hu, M.-L. M., & Lin, I.-C. (2017). Teacher's encouragement on creativity, intrinsic motivation, and creativity: The mediating role of creative process engagement. *The Journal of Creative Behavior, 49*, 115-123. <https://doi.org/10.1002/jocb.181>
- Zhang, J. H., Liu, G. R., Shi, W. W., & Fu, X. J. (2011). On the relationship between motivating style and elementary students' creative thinking: The mediating role of autonomous motivation. *Acta Psychologica Sinica, 43*(10), 1138-1150.
- Zhang, Y., Su, H., Shang, L., Li, D., Wang, R., Zhang, R., & Xu, Y. (2011). Preferences and perceived involvement in treatment decision making among Chinese patients with chronic hepatitis. *Medical Decision Making, 31*(2), 245-253. <https://doi.org/10.1177/0272989X10375990>

## Annexes



## **Annexe 1 Guide d'entretien des focus group**

Ci-dessous, sont présentées les questions ayant servi à construire les échanges durant les focus group réalisés auprès des professionnels de santé et des patients.

### **Introduction (professionnels de santé)**

« Nous allons parler aujourd'hui de votre ressenti quant à votre pratique professionnelle et des éléments que vous jugez comme appartenant ou non à un environnement de soins positifs. Nous allons coupler votre approche à la théorie de l'autodétermination qui propose trois besoins fondamentaux que tout individu cherche à satisfaire. Le but étant de voir au travers vos propos quels sont les pratiques que vous réalisez au quotidien qui peuvent être associées à la satisfaction de chacun de ces besoins. Les trois besoins fondamentaux sont les suivants : autonomie, compétence et affiliation. Pour commencer, je vais vous définir chacun des besoins fondamentaux et nous les prendrons ensuite un par un. Ne soyez pas surpris, les questions peuvent être redondantes. »

### **Introduction (patients)**

« Nous allons parler aujourd'hui de votre ressenti quant à la pratique des professionnels de santé et des éléments que vous jugez comme appartenant ou non à un environnement de soins positifs. Nous allons coupler votre approche à la théorie de l'autodétermination qui propose trois besoins fondamentaux que tout individu cherche à satisfaire. Le but étant de voir au travers vos propos quels sont les pratiques réalisées quotidiennement par les professionnels de santé qui peuvent être associées à la satisfaction de chacun de ces besoins. Les trois besoins fondamentaux sont les suivants : autonomie, compétence et affiliation. Pour commencer, je vais vous définir chacun des besoins fondamentaux et nous les prendrons ensuite un par un. Ne soyez pas surpris, les questions peuvent être redondantes. »

	Qu'est-ce que le soutien à l'autodétermination ?
	Quelle(s) stratégie(s) mettez-vous en place dans votre service ?
	Quels sont les moyens mis en place pour que les patients satisfassent ces besoins ?
	Les patients sont en contact avec différents professionnels, comment arrivez-vous à établir une sorte de lien social quand les intervenants sont nombreux ?
	Qu'est-ce qui fait qu'un patient peut se sentir compétent pendant un séjour en SSR ?
	Est-ce que parler avec le patient de son état ne lui permet pas de prendre conscience personnellement de ces réelles capacités ?
	Quel lien social est mis en place dans votre service ?
	Satisfaire son « appétit » d'informations le concernant (le renseigner) est-il un élément clé pour vous ?
	Essayez-vous de valoriser la réalisation d'une tâche -re-nouvellement effectuée (quand la personne n'arrivait plus à faire à son arrivée) ?
	Est-ce que là où vous évoluez, l'environnement peut apparaître comme soutenant pour les patients ?
	Au sein de cet environnement, laissez-vous la place à l'empathie, la parole, l'écoute des attentes du patient, etc....?
	Quels autres éléments mettez-vous en place pour satisfaire son « appétit » d'informations le concernant ?

## Annexe 2 Échelle de motivation à l'exercice en contexte de santé

Indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous faites de la pratique physique (exercices personnels, kinésithérapie, ergothérapie) pour ou non votre rééducation.

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond fortement	Correspond très fortement	
1	2	3	4	5	6	7	
Pour le plaisir que je ressens lorsque je fais de la pratique physique.	1	2	3	4	5	6	7
Je n'en ai aucune idée, je crois que ça ne me sert à rien.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que je me sentirais mal si je ne faisais pas cet effort.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que je pense que la pratique physique est une bonne chose pour mon développement personnel.	1	2	3	4	5	6	7
Je ne sais pas vraiment ; j'ai l'impression de perdre mon temps lorsque je fais de la pratique physique.	1	2	3	4	5	6	7
Je ne sais pas vraiment ; j'ai l'impression de perdre mon temps lorsque je fais de la pratique physique.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que la pratique physique fait partie intégrante du style de vie que j'ai choisi.	1	2	3	4	5	6	7
Franchement je fais de la pratique physique mais je ne vois pas l'intérêt.	1	2	3	4	5	6	7
Pour ne pas avoir à entendre les reproches de certaines personnes.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que je considère que faire de la pratique physique est une partie de mon identité.	1	2	3	4	5	6	7
Pour les sensations agréables que me procure la pratique physique.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que personnellement je considère que c'est un facteur de bien-être.	1	2	3	4	5	6	7

Parce que faire de la pratique physique est cohérent avec mes valeurs.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que je me sentirais nerveux(se) si je n'en faisais pas.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que certaines personnes me mettent la pression pour que je le fasse.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que je pense que la pratique physique me permettra de me sentir mieux.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que j'y suis obligé(e) par mon entourage.	1	2	3	4	5	6	7
Parce que je dois le faire pour me sentir bien avec moi-même.	1	2	3	4	5	6	7

**Référence :** Boiché, J., Gurlan, M., Trouilloud, D., & Sarrazin, P. (2016). Development and validation of the « Echelle de motivation envers l'activité physique en contexte de santé »: A motivation scale towards health-oriented physical activity in French. *Journal of Health Psychology*, 135910531667662. <https://doi.org/10.1177/1359105316676626>

## Annexe 3 Échelle des comportements interpersonnels

Indiquez à quelle fréquence, les professionnels de santé soutiennent les comportements présentés dans les énoncés ci-dessous.

<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Neutre</b>						<b>Complètement d'accord</b>
1	2	3	4	5	6	7	
Je sens que les professionnels de santé me donnent de la liberté pour que je puisse faire mes propres choix.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé me mettent la pression pour que je fasse les choses du quotidien comme eux le désirent.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé m'encouragent pour que j'améliore mes capacités.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé me font remarquer que je vais probablement échouer dans les tâches du quotidien.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé sont intéressés par ce que je fais au quotidien.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé ne me réconfortent pas lorsque je me sens faible.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé soutiennent mes décisions.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé m'imposent leurs opinions.	1	2	3	4	5	6	7
Les retours que m'apportent les professionnels de santé sont très pertinents.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé me transmettent un message sous entendant que je suis incompetent.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé prennent le temps d'apprendre des informations personnelles sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
J'ai la sensation que les professionnels de santé sont distants avec moi lorsque nous interagissons.	1	2	3	4	5	6	7
Lorsque je prends des choix seul, les professionnels de santé me soutiennent.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé me pressent pour que j'adopte certains comportements.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé reconnaissent mes capacités à atteindre des objectifs.	1	2	3	4	5	6	7



Les professionnels de santé doutent de ma capacité d'amélioration.	1	2	3	4	5	6	7
Honnêtement, les professionnels de santé apprécient passer du temps avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé ne sont pas proches avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé m'encouragent à prendre mes propres décisions.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé limitent ma prise de décision dans les différents choix que je peux prendre.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé me font comprendre que je peux atteindre mes objectifs.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé remettent en question ma capacité à surmonter les défis.	1	2	3	4	5	6	7
Je pense que les professionnels de santé sont proches de moi.	1	2	3	4	5	6	7
Les professionnels de santé ne se soucient pas de moi.	1	2	3	4	5	6	7

**Référence :** Rocchi, M., Pelletier, L., & Desmarais, P. (2017). The validity of the interpersonal behaviors questionnaire (IBQ) in sport. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 21(1), 15-25. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2016.1242488>

## Annexe 4 Échelle des orientations générales à la causalité

Ci-dessous se trouve une série de situations qui vous sont arrivées ou qui pourraient vous arriver. Chaque situation est suivie de 3 réponses (a, b & c) représentant différentes manières de réagir. Imaginez que vous vous trouviez dans chacune des situations décrites et entourez un nombre sur l'échelle (1 à 7) pour chacune des réponses (a, b & c) afin d'indiquer dans quelle mesure chaque réponse serait caractéristique de votre attitude dans cette situation. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous voulons simplement savoir à quel point chacune des réactions (a, b & c) correspond à la manière dont vous auriez réagi dans la situation décrite.

Très improbable		Modérément probable			Très probable	
1	2	3	4	5	6	7

Vous commencez un nouveau programme d'exercices. Vous êtes susceptible :

a. D'attendre un exercice structuré ou le soignant vous indique ce qu'il y a à faire.	1	2	3	4	5	6	7
b. De décider par vous-même quel type d'exercice vous souhaitez compléter.	1	2	3	4	5	6	7
c. Suivre vos amis et faire ce qu'eux font.	1	2	3	4	5	6	7

Il vous est demandé de garder dans un journal une trace écrite du niveau que vous avez atteint la semaine précédente. Vous êtes susceptible de voir ce journal comme :

a. Un rappel de oh combien vous avez été incapable d'accomplir la tâche.	1	2	3	4	5	6	7
b. Un moyen de mesurer vos progrès et de vous sentir fier(e) de votre réussite.	1	2	3	4	5	6	7
c. Un moyen de vous mettre la pression pour vous exercer.	1	2	3	4	5	6	7

Dans le but de surveiller votre fonctionnement dans un programme d'exercices. Vous êtes susceptible de vouloir :

a. Recevoir beaucoup d'éloges et d'encouragements de la part des autres.	1	2	3	4	5	6	7
b. Évaluer votre propre performance et vous faire vos propres retours.	1	2	3	4	5	6	7

c. Uniquement espérer que ce que vous faites est correct.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Vous vous êtes exercé pendant 6 mois mais récemment vous avez manqué des sessions et vous trouvez qu'il est difficile de rester motivé. Vous êtes susceptible de :

a. De vous rapprocher de quelqu'un afin qu'il vous motive.	1	2	3	4	5	6	7
b. De vous rapprocher de quelqu'un afin qu'il vous motive.	1	2	3	4	5	6	7
c. Employer vos propres stratégies pour vous motiver.	1	2	3	4	5	6	7

Vous avez entendu qu'avoir des buts était un bon moyen de se motiver pour exercer.

Vous seriez plutôt du genre à :

a. Mettre en place vos propres challenges mais faisables.	1	2	3	4	5	6	7
b. Faire que quelqu'un d'important vous fixe des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5	6	7
c. Ne pas fixer d'objectifs car vous savez que vous n'arriverez pas à les atteindre.	1	2	3	4	5	6	7

Durant une discussion avec la personne dirigeant l'exercice, il/elle vous présente de nombreuses options sur la meilleure façon de vous exercer pour obtenir des avantages de santé et de forme physique. Il est probable que votre première pensée soit :

a. Qu'est-ce que vous (personne dirigeant l'exercice) pensez que je devrais faire ?	1	2	3	4	5	6	7
b. Qu'est-ce que je pense être la meilleure option ?	1	2	3	4	5	6	7
c. Qu'est-ce que tout le monde a fait auparavant ?	1	2	3	4	5	6	7

Au cours d'une séance d'exercice, la difficulté de celui-ci est susceptible d'être régie par :

a. L'intensité à laquelle on vous a dit de le faire.	1	2	3	4	5	6	7
b. Ce que les personnes autour de vous font.	1	2	3	4	5	6	7
c. Vos sensations perçues en essayant de le réaliser.	1	2	3	4	5	6	7

**Référence :** Vallerand, R. J., Blais, M. R., Lacouture, Y., & Deci, E. L. (1987). L'échelle des orientations générales à la causalité : validation canadienne-française du general causality orientations scale. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1037/h0079872>

## Annexe 5 Échelle de dépression gériatrique

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre état en tenant compte des 4 dernières semaines.

Êtes-vous satisfait de votre vie ?	Oui	Non
Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	Oui	Non
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui	Non
Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	Non
Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	Oui	Non
Êtes-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	Non
Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	Oui	Non
Préférez-vous rester seul dans votre chambre plutôt que de sortir ?	Oui	Non
Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	Oui	Non
Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Oui	Non
Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	Oui	Non
Avez-vous beaucoup d'énergie ?	Oui	Non
Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	Oui	Non
Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	Oui	Non

### Références :

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)

Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'échelle de dépression gériatrique. *Canadian Journal on Aging*, 9(4), 348-355. <https://doi.org/10.1017/S0714980800007467>

## Annexe 6 Échelle de disposition à l'ennui

Indiquez votre degré d'accord (Vrai) ou de désaccord (Faux) avec les propositions suivantes.

Il m'est facile de me concentrer sur les activités.	Vrai	Faux
Il m'arrive souvent d'être préoccupé par autres choses lorsque je travaille.	Vrai	Faux
J'ai toujours l'impression que le temps passe lentement.	Vrai	Faux
Je me sens souvent désœuvré ne sachant quoi faire.	Vrai	Faux
Je me fais souvent piéger dans des situations où je dois faire des choses qui n'ont pas de sens.	Vrai	Faux
Avoir à regarder, chez quelqu'un, des films de famille ou des diapositives de vacances m'ennuie terriblement.	Vrai	Faux
J'ai, tout le temps, dans ma tête des projets et des choses à faire.	Vrai	Faux
Je n'ai pas de difficultés à me distraire.	Vrai	Faux
Beaucoup de choses que je fais sont répétitives et monotones.	Vrai	Faux
J'ai besoin d'être plus stimulé que les autres pour bouger.	Vrai	Faux
La plupart des choses que je fais me procurent un certain plaisir.	Vrai	Faux
Je suis rarement enthousiasmé par ce que j'entreprends.	Vrai	Faux
Quelle que soit la situation, je trouve toujours quelque chose d'intéressant à faire ou à voir.	Vrai	Faux
La plupart du temps, je ne fais que traîner.	Vrai	Faux
Je suis particulièrement patient quand j'attends.	Vrai	Faux
Je me trouve souvent sans rien à faire, avec du temps devant moi.	Vrai	Faux
Dans des situations durant lesquelles je dois attendre, comme dans une queue, je deviens très impatient.	Vrai	Faux
Je me réveille souvent avec une nouvelle idée en tête.	Vrai	Faux
J'aurais beaucoup de mal à trouver une activité suffisamment intéressante.	Vrai	Faux
J'aimerais faire davantage de choses stimulantes dans la vie.	Vrai	Faux



La plupart du temps, j'ai l'impression de travailler en dessous de mes capacités.	Vrai	Faux
Beaucoup diraient que je suis quelqu'un de créatif et d'imaginatif.	Vrai	Faux
Je m'intéresse à tellement de choses que je n'ai pas le temps de tout faire.	Vrai	Faux
De tous mes amis, je suis le plus persévérant.	Vrai	Faux
A moins de faire quelque chose d'excitant, voire même dangereux, je me sens plus mort que vif, et déprimé.	Vrai	Faux
J'ai besoin de beaucoup de changement et de diversité pour continuer à être vraiment heureux.	Vrai	Faux
On dirait que l'on passe toujours les mêmes choses à la télé ou au cinéma, ça devient lassant.	Vrai	Faux
Lorsque j'étais jeune, je me retrouvais souvent dans des situations monotones et ennuyeuses.	Vrai	Faux

### Références :

Farmer, R., & Sundberg, N. D. (1986). Boredom proneness: The development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 4-17.  
[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5001\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5001_2)

Gana, K., & Akremi, M. (1998). L'échelle de disposition à l'ennui (EDE) : adaptation française et validation du boredom proneness scale (BP). *L'Année Psychologique*, 98(3), 429-450.  
<https://doi.org/10.3406/psy.1998.28576>

## Annexe 7 Échelle de l'inventaire apathie

Vous allez trouver 3 séries de questions, veuillez répondre « oui » ou « non » pour chacune des questions des 3 séries. Si vous répondez « non » à une question de la série, veuillez indiquer l'importance de cet émoussement et/ou perte.

1a - Avez-vous l'impression d'être aussi affectueux que d'habitude ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cet émoussement affectif de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

1b - Est-ce que vous exprimez vos sentiments ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cet émoussement affectif de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

2a - Engagez-vous une conversation de manière spontanée ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cette perte d'initiative de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

2b - Prenez-vous des décisions, des initiatives ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cette perte d'initiative de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

3a - Avez-vous des centres d'intérêt ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cette perte d'intérêt de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

3b - Est-ce que vous vous intéressez toujours aux activités, aux projets des autres ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cette perte d'intérêt de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

3c - Avez-vous de l'intérêt pour vos amis et les membres de votre famille ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cette perte d'intérêt de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

3d - Êtes-vous aussi enthousiaste par rapport à vos centres d'intérêt ou votre activité professionnelle ?

OUI

NON

**Si vous cochez non** = pouvez-vous évaluer l'importance de cette perte d'intérêt de « léger » (score 1) à « sévère » (score 12) en entourant le score correspondant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

### Références :

Robert, P. H., Clairet, S., Benoit, M., Koutaich, J., Bertogliati, C., Tible, O., ... Bedoucha, P. (2002). The apathy inventory: Assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1099-1105. <https://doi.org/10.1002/gps.755>

Leone, E., Lafont, V., Filleau, C., Baudu, C., Benoit, M., Deudon, A., ... Robert, P. (2008). Validation de la version soignant de l'inventaire apathie. *La Revue de Gériatrie*, 33(9), 777-783.

## Annexe 8 Échelle des affects positifs et négatifs

Pour chacun des adjectifs, vous devez indiquer à quel point il décrit comment vous vous sentez actuellement.

<b>Très peu ou pas du tout</b>	<b>Peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>	
1	2	3	4	5	
Intéressé(e).					1 2 3 4 5
Angoissé(e).					1 2 3 4 5
Excité(e).					1 2 3 4 5
Fâché(e).					1 2 3 4 5
Fort(e).					1 2 3 4 5
Coupable.					1 2 3 4 5
Effrayé(e).					1 2 3 4 5
Hostile.					1 2 3 4 5
Enthousiaste.					1 2 3 4 5
Fier(e).					1 2 3 4 5
Irrité(e).					1 2 3 4 5
Alerte.					1 2 3 4 5
Honteux(se).					1 2 3 4 5
Inspiré(e).					1 2 3 4 5
Nerveux(se).					1 2 3 4 5
Déterminé(e).					1 2 3 4 5
Attentif(ve).					1 2 3 4 5
Agité(e).					1 2 3 4 5
Actif(ve)					1 2 3 4 5
Craintif(ve)					1 2 3 4 5

**Références :**

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Caci, H., & Baylé, F. J. (2007). L'échelle d'affectivité positive et d'affectivité négative : première traduction en Français. Présenté à Congrès de l'Encéphale, Paris.



## Annexe 9 Échelle de satisfaction des besoins fondamentaux

Lisez attentivement chaque énoncé et indiquez votre degré d'accord ou de désaccord en cochant la réponse qui décrit le mieux votre état d'esprit en ce moment.

<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Pas d'accord</b>	<b>Neutre</b>	<b>D'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>
1	2	3	4	5

Dans cette unité de soins, ...

Je me sens libre de mes choix.	1	2	3	4	5
Souvent, je me sens très compétent(e).	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de sympathie pour les personnes avec lesquelles j'interagis.	1	2	3	4	5
Je peux donner mon avis concernant l'élaboration de mon programme d'activités.	1	2	3	4	5
J'ai le sentiment de bien réussir.	1	2	3	4	5
Je m'entends bien avec les personnes avec lesquelles je suis en contact.	1	2	3	4	5
J'ai la possibilité de prendre des décisions à propos de mon programme d'activités.	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de possibilités de montrer ce dont je suis capable.	1	2	3	4	5
Les personnes que je côtoie m'estiment et m'apprécient.	1	2	3	4	5
Je participe à l'élaboration de mon programme d'activités.	1	2	3	4	5
Je pense que je maîtrise bien l'ensemble de mes activités.	1	2	3	4	5
Je me sens attaché(e) affectivement au personnel.	1	2	3	4	5
Je me sens généralement libre d'exprimer mes idées et mes opinions.	1	2	3	4	5
Je me sens encore capable d'apprendre des choses nouvelles.	1	2	3	4	5
J'ai le sentiment que le personnel me considère comme un(e) ami(e).	1	2	3	4	5

**Références :**

Standage, M., Duda, J. L., & Ntoumanis, N. (2003). A model of contextual motivation in physical education: Using constructs from self-determination and achievement goal theories to predict physical activity intentions. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 97-110. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.1.97>

McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. V. (1989). Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sportsetting: A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60(1), 48-58. <https://doi.org/10.1080/02701367.1989.10607413>

Richer, S., & Vallerand, R. J. (1998). Construction et validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale (ÉSAS). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 48(2), 129-137.

## **Annexe 10 Original article - Archives of Gerontology and Geriatrics**

Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and  
apathy in French hospitalized older people

*Archives of Gerontology and Geriatrics*

Doi: 10.1016/j.archger.2016.03.001

Guillaume SOUESME

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

3 rue des Tanneurs BP 4103

37 041 Tours Cedex 1 – France

Email adress: [guillaume.souesme@univ-tours.fr](mailto:guillaume.souesme@univ-tours.fr)

Guillaume MARTINENT

Laboratoire sur les Vulnérabilités et l’Innovation dans le Sport (EA 7428)

Université Claude Bernard – Lyon 1

69 622 Villeurbanne - France

Claude FERRAND

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

### Abstract

Based on the self-determination theory, the aim of the present study was (1) to provide a better understanding of older people's psychological needs satisfaction in geriatric care units, then to link this information with depressive symptoms and apathy; (2) to examine whether the perceived autonomy support from health care professionals differs between needs satisfaction profiles; and (3) to investigate for all participants how each need satisfaction was related to depressive symptoms and apathy. Participants ( $N = 100$ ;  $M_{age} = 83.33$  years,  $SD = 7.78$ , 61% female) completed the measures of psychological needs satisfaction, perceived autonomy support, geriatric depression and apathy. Sociodemographic data were also collected. Cluster analyses showed three distinct profiles: one profile with low-moderate need satisfaction, one profile with high-moderate need satisfaction and one profile with high need satisfaction. These profiles are distinct, and did not differ in terms of participants' characteristics, except gender. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) revealed that participants with low-moderate need satisfaction profile have significantly higher level of depressive symptoms and apathy, and lower levels of perceived autonomy support than participants of the two other profiles. Moreover, for all participants, regression analyses revealed that both competence and relatedness needs satisfaction significantly and negatively explained 28% of the variance in depressive symptoms score and 44% of the variance in apathy score. Our results highlight the interest to examine more thoroughly the variables fostering autonomy- supportive environment in geriatric care units, and to deepen the relationship between competence and relatedness needs satisfaction and depressive symptoms and apathy.

*Keywords:* Self-determination theory; Autonomy support; Basic psychological needs; Geriatric depression; Apathy; Geriatric care unit (SSR).

## Introduction

With advanced old age, the use of health care services including hospital by older people increase. In 2012, the population aged 65 years and over represented 17.1% of the French population, and more than 40% of older people were hospitalized (Anbar et al., 2012). Hospitalization presents specific stresses and research has shown that hospitalization could contribute to negative short and long term health outcomes such as a prolonged hospital stay, a more rapid admission to nursing home and an increased mortality (Andela, Dijkstra, Slaets, & Sanderman, 2010; Hartgerink, Cramm, Bakker, Mackenbach, & Nieboer, 2015). To fight against this in France, a geriatric care sector was created with the dual aim of ensuring the older people's access to appropriate care and optimizing management of hospital stays. This sector is defined as a device covering the integrality of possible paths for older people while taking into account the evolving nature of his or her needs (e.g. Lang et al., 2010). It includes various functional units and in particular rehabilitative or convalescent care units (SSR). In SSR units, older people are admitted after stroke, surgery or chronic condition, and 53% of their population are older people over 70 years. By offering functional rehabilitation or convalescence, the SSR units aim at fostering, where possible, a patient's return to his or her home (Coquelet & Valdelièvre, 2011). However, during their hospital stay, older people are exposed to a risk of functional physical or psychological degradation that can make "the bed of the loss of autonomy" (Tuetey, Karcher, Groc, Vogel, & Lang, 2015). Consequently, SSR units are organized to enable older people to put in place all the necessary elements for their return to autonomy, and satisfy their psychological needs.

One of the interests of the present study is the notion of perceived autonomy support and the extent to which health care professionals enable older people to experience their degree of autonomy. To our knowledge, few studies have investigated the relationships between perceived autonomy support by older people, satisfaction of psychological needs and



psychogeriatric syndromes such as depressive symptoms and apathy. Several authors have shown a link between the loss of autonomy, deterioration of health, hospitalization and the onset of depressive and apathetic symptoms (e.g. Prina et al., 2015). Depressive symptoms and apathy are often considered as prevalent in aging in people with and without dementia, are important indicators of older people's poor mental health and are linked to an increased use of health services (e.g. (Beekman, Deeg, Braam, Smit, & Van Tilburg, 1997). Stern and Bachman (1991) have shown that depressive symptoms and apathy could result from stroke and surgery, and in SSR units a low level of satisfaction of needs was identified as associated with these psychogeriatric syndromes (e.g. Ferrand, Martinent, & Charry, 2015). Other studies on older people have shown that low scores of depressive symptoms and apathy can be viewed as positive indicators of mental health and are associated with satisfaction of psychological needs, understood as motivational mechanisms that energize, direct, and sustain human behaviors and considered as necessary for improved mental health (e.g. Deci & Ryan, 2000). It seems, thus, necessary to better understand the link between perceived autonomy support, satisfaction of psychological needs and psychogeriatric syndromes in SSR units. Self-determination theory (SDT; Deci & Ryan, 1985, 2000) is the theoretical support for this study. It is a macro-theory of personality and human motivation that can be useful to explain these issues.

#### *Autonomy support from health care professionals*

The Cognitive Evaluation Theory (CET; Deci, 1975) is a mini theory, within SDT, which highlights the role of autonomy support. Autonomy support concerns an atmosphere where individuals are not pressured to behave in a specific way, and where they are endorsed to be themselves (Ryan & Deci, 2004; Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). In the health domain, promoting autonomy support among older people does not refer to merely leaving them alone to decide and act for themselves. Rather, it means encouraging them to make choices

about how to behave, providing them the information they require for making the choices, and respecting the choices they make. For health care professionals, it also means helping them by translating information to facilitate more reflective lifestyle choices and commitments to health-related change, a process in which support for autonomy is involved. Some studies have shown that health care professionals can be taught to be supportive of psychological needs (e.g. Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005). Some positive key variables that define an autonomy support have been identified: a good coordination of the whole of the healthcare team, the transversal skills, the flexibility to customize the care of each patient, and the implementation of supportive communication behaviors. More specifically, a supportive communication behavior includes good patient listening, empathy towards the patients taking into account their views and difficulties, acknowledging patients' feelings, and the communication of information required for their rehabilitation or convalescence and the opportunity to make choices in different ways to manage their health (e.g. Williams, Freedman, & Deci, 1998). Some researchers indicated that it was important for health care professionals to give significance in all these variables in the decision making and problem solving and to develop a patient centered attitude facilitating satisfaction of basic psychological needs (e.g. Ryan & Deci, 2002). In contrast, health-care professionals' behaviors that aim to induce change in behavior, thought and feeling by applying external pressure or various contingencies are considered as controlling (e.g. pressure-inducing language; use of contingent rewards; excessive controlling behavior, Ryan & Deci, 2000). As proposed by Ryan and Deci (2008) autonomy-supportive environment includes attitudes and practices in a given context, and is related directly or indirectly to psychological needs satisfaction that fosters autonomously motivated behavior. In turn this behavior facilitates the individual's self-organization and self-regulation of actions and experiences, and leads to improve his or her mental health.

*Basic psychological needs*

The Basic Psychological Needs Theory (BPNT; Ryan & Deci, 2000) is another mini theory that states that mental health is a consequence of the satisfaction of the three basic psychological needs. These needs are innate, universal and essential for growth and personal and social development (Ryan & Deci, 2000). They are part of the psychological integral architecture of the human being applied to all, regardless of culture, gender and age (e.g. Deci & Ryan, 2000). The need for autonomy refers to the experience of will and psychological freedom. The need for competence implies that individuals want to interact effectively with their environment in order to feel competent to exercise their capacities and overcome challenges. The need for relatedness pertains the desire to feel connected with, and mutually supportive of, significant others. Vansteenkiste and Ryan (2013) have indicated that a low level of need satisfaction did not necessarily imply need frustration. Bartholomew, Ntoumanis, Ryan, and Thøgersen-Ntoumani (2011) have suggested that these constructs (satisfaction vs frustration) were different and lead to different outcomes. Ferrand et al. (2015) have shown that in SSR units, depressive symptoms and apathy were present, and have demonstrated a negative association between competence need satisfaction and depressive symptoms and apathy. Rahman, Hudson, Thøgersen-Ntoumani, and Doust (2015) have shown that competence need satisfaction predicted an increase in autonomous motivation, physical quality of life and habitual physical activity, as well as a decrease in depressive symptoms during a supervised cardiac rehabilitation exercise program. Baard, Deci, and Ryan (2004) have shown that an autonomy-supportive environment allowed the development of competence and relatedness needs satisfaction. In sum, these two needs seem particularly interesting to study because they appear to be a source of behavioral change depending of their degree of satisfaction.

*Apathy and depressive symptoms*

Apathy is characterized by (1) a loss of initiative in usual activities, hobbies and pursuits; (2) a loss of interest in social engagement and interpersonal activities; and (3) an emotional blunting (loss of emotional responses to positive and negative events, the lack of excitement or intensity in emotions). Individuals would be diagnosed as «apathetic» where two or three of these dimensions were affected (e.g. Mulin et al., 2011). Apathetic patients are more likely to see their involvement in daily tasks deteriorate, and apathy is considered as a regression marker and a gateway for the dependence and dementia (e.g. Hazif-Thomas & Thomas, 2004). Depression is defined behaviorally by the American Psychiatric Association (2013) and highlights specific symptoms such as depressed mood, suicidal thoughts, feelings of guilt and powerlessness, lack of energy, insomnia and overeating or loss of appetite. Apathy and depression are considered as partially overlapping constructs. Indeed, they share symptoms such as loss of interest in activities, unwillingness to act or accomplish anything, poor energy, feeling of fatigue, psychomotor retardation and loss of hope. However some previous studies have shown that they can be clearly distinguished (Brown & Pluck, 2000; Levy et al., 1998), and Postec (2013) has indicated that apathy was a distinct syndrome of depression defined by specific diagnostic criteria objectifying a durable reduction of motivation associated with a reduction in behavior, cognition and spontaneous or reactional emotions to external stimuli (p. 163). Skidmore and collaborators (2013) have shown that apathy and depression had different structural and functional neural correlates. Given that both these two psychogeriatric syndromes seem to be linked to the psychological needs satisfaction, it is important to distinguish them by specific scales.



### *The present research*

The aim of the present study was threefold: first, to gain a better understanding of the satisfaction of the three psychological needs by using cluster analysis in order to categorize older people into homogeneous groups with sharing similar characteristics of level of satisfaction of the basic psychological needs, and to examine how the three basic psychological needs were combined to produce different profiles. These profiles were related to depressive symptoms and apathy. It was predicted that the profile with a high level of satisfaction of the three needs would have a lower level of depressive symptoms and apathy. In contrast, the profile with a low level of satisfaction of the three needs would have a higher level of depressive symptoms and apathy. Second, we examined whether the perceived autonomy support from health care professionals differed between need satisfaction profiles. It was hypothesized that the perception of autonomy support would be higher in profiles with high or moderate levels of satisfaction of three psychological needs. Lastly, previous studies have shown that, although the three needs are essential, they are also distinct psychological “nutrients” (Deci & Ryan, 2000; Ferrand et al., 2015; Rahman et al., 2015; Ryan & Deci, 2002, 2008). It was predicted that the more hospitalized older people have a high satisfaction of the competence and relatedness needs the less they will be depressive and apathetic.

### **Materials and method**

#### *Participants*

Hundred older people, (69 women, 31 men, Mage = 83.33 years, SD = 7.78, age range: 80–96 years) from three French SSR units agreed to participate in this study. The inclusion criteria were the following: aged 65 and over, not having a history of cyclical depression, not to present severe cognitive impairment. For that, we have taken into account the Mini Mental State Examination Score (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), adapted in French by



(Desrosiers & Hébert, 1997). This survey provides information about older people's cognitive functioning. The understanding of the GDS-15 and apathy questionnaires can be compromised if older people have cognitive impairment corresponding to a MMSE score of less than 22 (De Craen, Heeren, & Gussekloo, 2003). Table 1 shows the distribution of older people by SSR unit who agreed to participate, who refused, and the number of older people with cognitive impairment who were excluded from the study. Data collection was made between January and March 2015. The average length of stay of the participants knowing their release date was 59.9 +/- 32.7 days.

**Table 1**  
Distribution by SSR Unit according to the number of participants, refusals and the number of people with cognitive impairment excluded from the study.

Suite and rehabilitative car units (SSR)	N of participants	N of refusals	N of patients with MMSE Score $\leq 22$	Total population
SSR unit 1	21	2	2	25
SSR unit 2	25	3	9	37
SSR unit 3	54	3	51	108

## Measures

### Perceived autonomy support

To assess perceived autonomy support by older people, four items from the work of Cardoso (2009) were used. The first three items (i.e. "Do you feel the health care professionals are listening to you regarding your wishes and expectations?"; "Do you have the feeling of being caught into account at the level of your wishes, your expectations by health care professionals?"; "Do you sense of a lack of information on actions implemented by health care professionals?") were assessed on a scale ranging from 1 (weak feeling listening, consideration, and information) to 10 (high feeling listening, consideration and information). The fourth item (i.e., "Can you indicate your feelings, whether you agree or not, regarding the sense of the rehabilitation or convalescent care proposed by this unit.") was assessed on a scale ranging from 1 (little sense) to 10 (much sense). Exploratory factor analysis with varimax rotation conducted on 4-items has revealed this measure to have a one factor solution in which all factors

loadings were above .65. Cronbach's alpha for perceived autonomy support was .79, which was acceptable (Nunnally, 1978).

### Basic psychological needs

Three different questionnaires were used to assess the perception of each psychological need on a scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). To assess satisfaction of the need for autonomy, five items collated by Standage, Duda, and Ntoumanis (2003) were used (e.g. "I feel free to express ideas and opinions"; score of 25). Satisfaction of the competence need was assessed using five items (e.g. "I often feel very competent", score of 25) from the perceived competence subscale of the Intrinsic Motivation Inventory (IMI; McAuley, Duncan, & Tammen, 1989) which assesses feelings of personal competence. Lastly, satisfaction of the relatedness need was assessed using the six items from the scale of the "Need for Relatedness Scale" (NRS-10; Richer & Vallerand (1998); score of 30). This scale assessed how important it was for people to be related to others with items such as "It is important for me to be close to others". All items were preceded in the beginning of the sentence by "in this care unit..." This was purposely done to connect older people to these questionnaires. In this study, Cronbach's alphas for satisfaction of needs for autonomy, competence and relatedness are .70, .64, and .79 respectively showing acceptable internal consistency (Nunnally, 1978).

### Apathy

The French inventory patient apathy version was used. The three evaluated dimensions are (1) emotional blunting (i.e. "Do you have the impression to be as affectionate as usual?"; "Do you express emotions?"); (2) lack of initiative (i.e. "Do you spontaneous initiate a conversation?"; "Do you make decisions and initiatives?"); and (3) lack of interest (i.e. "Do you take an interest in what is happening around you, your life plan?"; "Have you interest for

your friends and family members?"; "Are you still as enthusiastic about your interests?"). Participants were asked to rate their agreement with each statement using a scale ranging from 1 (either weak affective flattening, or weak loss of initiative or weak loss of interest) to 12 (either severe affective flattening, or severe loss of initiative or severe loss of interest). Consistent with Robert et al. (2002), a global assessment of apathy was used. In this study, Cronbach's alpha was .67.

#### Geriatric depression scale

The 15-item Geriatric Depression Scale (Sheikh & Yesavage, 1986) was used. This instrument is a self-report measure of specific manifestations of geriatric depression, validated in French by (Bourque, Blanchard, and Vézina (1990). Participants respond in a 'Yes/No' format (e.g. "Are you basically satisfied with your life? Do you feel that your life is empty? Are you afraid that something bad is going to happen to you? Do you feel happy most of the time?"). Scores of 0–4 are considered normal; 5–8 indicates mild depression; 9–11 indicates moderate depression; and 12–15 indicates severe depression. Cronbach's alpha for depressive feelings is .75.

#### Demographic data

Participants filled out a questionnaire gathering demographic data (age, gender, education level, marital status, professional occupations, level of dependency, origin of the SSR admission with two modalities (rehabilitation or convalescence), the project after hospitalization with two modalities (home or nursing home) and the presence of chronic illnesses). Level of education was coded in four categories according to the highest certification obtained (no diploma, primary school, high school, university or equivalent). Professional occupations were coded in seven categories (farmers, artisans/shopkeepers, middle executives,

top executives, employees, workers and without professional activities). To define their marital status, participants were asked if they were single, married, widowed or separated/divorced. Level of dependency was identified from Iso-Resource Group (GIR) with six modalities from GIR 1 (corresponding to older people confined to bed or chair or whose intellectual functions are severely impaired; the constant presence of stakeholders is essential) to GIR 6 (corresponding to autonomous people in all acts of everyday life).

### *Procedure*

Permission to conduct this study was granted by the University of Human Research Ethics. The older people's participation was voluntary. Prior to data collection, written informed consent was obtained from older people, and codes set to ensure their confidentiality. Participants were asked to individually complete a comprehensive questionnaire collecting demographic data and assessing the perceived autonomy support, satisfaction of the psychological needs, and the level of depressive symptoms and apathy.

### *Data Analysis*

Analyses were performed with SPSS version 21 for Windows, and statistical significance was set at  $p = .05$ . First, a cluster analysis using the procedure recommended by Hair, Tatham, Anderson, and Black (1998) was conducted in order to identify some profiles of the participants regarding psychological needs satisfaction. Then, a Khi2 was conducted on sociodemographic variables. Second, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with gender as covariate was performed to identify the content of each cluster. Then MANCOVAs including gender as co-variable were conducted to determine if cluster group differences existed on depressive symptoms and apathy. Third, a univariate analysis of variance was conducted to determine whether profiles differed on perceived autonomy support. Then, linear regression

analyses in each profile on each need were conducted. Four, multiple regression analyses were conducted in total sample to explore the role of each of the three basic psychological needs in the prediction of depressive symptoms and apathy. Partial eta-squared ( $\eta^2$ ) was calculated as a measure of effect for all variables between and within group differences.

## Results

### *Sample characteristics*

The characteristics of participants for the total sample are: 7% of participants were single, 33% were still married, 50% were widows or widowers and 10% were divorced or separated. With respect to participants' education level, 33% of participants had a certificate of elementary education, 32% had a high school education, 8% were university graduates, and 27% are without diploma. On a professional level, 5% were farmers, 14% were artisans or shopkeepers, 5% were top executives, 25% were middle executives, 24% were employees, 22% were workers, and 5% did not have any professional activities. Before hospitalization, 38% of participants lived in a rural area, 50% in an urban area and 12% in a semi urban area. 85% of participants planned to return home after their recovery and 15% wished to go to nursing home. 60% have no disease, 9% a cancer, 16% diabetes, 3% a respiratory disease, 1% Parkinson's disease, 1% asthma, 5% heart failure, and 5% other diseases. Participants were on average in GIR 4. This group is composed of two types of older people: those who need help to get up and sleep, but can move within the house. Assistance is sometimes needed for washing and dressing, and those who must be assisted for bodily activities as well as for meals.



**Table 3**  
Distribution of sociodemographic variables for each profile.

Variables	Profile 1 (M/SD)	Profile 2 (M/SD)	Profile 3 (M/SD)	$\chi^2$	p
Age	83,04 (9,15)	84,04 (7,37)	82,41 (7,38)		NS
Gender				.5	.01
Men	12	8	11		
Women	12	39	18		
Marital status					NS
Single	3	1	3		
Married	11	11	11		
Widowed	8	30	12		
Separated/divorced	2	5	3		
Place of residence					NS
Home	23	40	27		
Nursing home	1	2	2		
Closer to family	0	4	0		
Other	0	1	0		
Level of education					NS
No diploma	9	11	7		
Primary school	4	19	10		
High school	10	14	8		
University or equivalent	1	3	4		
Origin of the SSR admission					NS
Rehabilitation	11	23	16		
Convalescence	13	24	13		
Iso-Ressources Group (GIR)					NS
1	0	0	0		
2	0	3	0		
3	5	16	7		
4	11	22	6		
5	8	5	12		
6	0	1	4		
Place of hospitalization					NS
SSR unit 1	4	6	11		
SSR unit 2	6	14	5		
SSR unit 3	14	27	13		
Project after hospitalization					NS
Home	20	41	24		
Nursing home	4	6	5		
Professional occupations					NS
Farmers	0	4	1		
Artisans/shopkeepers	4	5	5		
Middle executives	0	2	3		
Top executives	5	11	9		
Employees	4	14	6		
Workers	9	9	4		
Retired	0	0	0		
Without professional activities	2	2	1		
Presence of chronic illnesses					NS
None	14	30	16		
Cancer	2	5	2		
Diabetes	5	4	7		
Respiratory disease	0	2	1		
Asthma	0	0	1		
Parkinson's disease	0	1	0		
Coronary disease	0	0	0		
Heart failure	3	2	0		
Kidney disease	0	0	0		
Other	0	3	2		
Environment of the place of residence					NS
Rural area	7	18	13		
Urban area	12	26	12		
Semi urban area	5	3	4		

### *Preliminary analyses*

Correlations, means and standard deviations for all study variables are presented in Table 2. The three needs satisfaction measures were moderately correlated to each other ( $r = .37$  to  $.49$ ,  $p < .01$ ), and were negatively correlated with depressive symptoms ( $r = .32$  to  $.50$ )

and apathy ( $r = .49$  to  $.59$ ). As shown in Table 2, the mean score of each need satisfaction indicates that the participants' needs are moderately satisfied. The score of depressive symptoms varies from 0 to 15 ( $M=6.23$ ,  $SD=3.01$ ) indicating that participants are lightly depressed. The score of apathy varies from 0 to 36 ( $M = 7.89$ ,  $SD = 7.9$ ) indicating that participants are a little apathetic. Lastly, the mean score of perceived autonomy support was moderately high, significantly correlated with three psychological needs and negatively correlated with depressive symptoms and apathy.

**Table 2**  
Correlations, means and standard deviations for all study variables.

Variables	M	SD	1	2	3	4	5	6
1. Autonomy need satisfaction	2.84	.74	–	.49**	.43**	–.32**	–.47**	.46**
2. Competence need satisfaction	3.06	.70		–	.37**	–.50**	–.59**	.47**
3. Relatedness need satisfaction	3.91	.69			–	–.38**	–.52**	.62**
4. Depressive symptoms	6.20	2.98				–	.54**	–.49**
5. Total apathy score <sup>a</sup>	7.89	7.90					–	–.57**
6. Autonomy support	6.76	1.67						–

\*\*  $p < .01$ .

<sup>a</sup> Total apathy score is composed of loss of interest ( $M=3.06$ ,  $SD=3.67$ ), loss of initiative ( $M=3.73$ ,  $SD=3.95$ ) and emotional blunting scores ( $M=11$ ,  $SD=2.58$ ).

### *Cluster analyses*

The three psychological needs were standardized and z scores were used in the cluster analyses. Both hierarchical and non-hierarchical cluster analyses were conducted in an attempt to provide the most stable solution. A hierarchical approach using Ward's linkage method and squared Euclidean distance as the similarity measure was first taken to aid in assessing the most appropriate number of clusters represented in the data. Agglomeration coefficients from the hierarchical analysis were examined and the percentage change in coefficient indicated three profiles. Next, a non-hierarchical k-means cluster analysis using simple Euclidean distance as the similarity measure was conducted, specifying a three-cluster solution and the initial cluster centres that were generated from the hierarchical cluster analysis. This approach is recommended because it eliminates the case order effect that random cluster centres can

produce (Hair et al., 1998). Both hierarchical and non-hierarchical cluster analyses supported the stability of the three-cluster solution.

The first cluster was labeled “low-moderate satisfaction” and represented 24% of the sample ( $N = 24$ , 12 women and 12 men). Participants in this cluster showed low levels of perceived satisfaction of autonomy and competence needs, and moderate level of perceived relatedness need satisfaction. The second cluster was labeled “high-moderate satisfaction” and represented 47% of the sample ( $N = 47$ , 39 women and 8 men). Participants in this cluster showed a high level of perceived relatedness satisfaction and moderate levels of perceived satisfaction of autonomy and competence needs. The third cluster was labeled “high satisfaction” and represented 29% of the sample ( $N = 29$ , 18 women and 11 men). Participants in this cluster showed high levels of perceived satisfaction of autonomy, competence and relatedness needs.

After identifying the profiles, we conducted a  $\chi^2$  on socio-demographic variables (age, gender, marital status, place of residence, educational level, origin of admission, GIR, place of hospitalization, project after rehabilitation/convalescence, professional occupations, chronic illnesses and environment of the place of residence). The results showed that none of these variables differ in profiles except gender where a significant result was observed ( $\chi^2_{\text{gender}} = .50, p < .01$ ). Table 3 shows the distribution of sociodemographic variables based on the three profiles.

A MANCOVA including gender as co-variable was conducted on the three psychological needs to test whether the satisfaction scores of the basic psychological needs differed across the clusters. Results revealed a significant effect of cluster membership on psychological needs satisfaction, Wilks' Lambda = .20,  $F(6,188) = 39.03, p < .001, \eta^2 = .55$  (with large effect size). Follow up ANCOVAs with gender included as co-variable indicated

that each construct (autonomy, competence, relatedness needs satisfaction) differed as a function of profile. So these results provide support for the distinctiveness of the three profiles. A MANCOVA including gender as co-variable was conducted to determine if cluster group differences existed on depressive symptoms and apathy. Analyses revealed a significant effect of cluster membership on these variables, Wilks' Lambda = .63,  $F(4,190) = 12.33$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .21$  (with medium effect size). Follow up ANCOVAs indicated a significant effect of cluster membership on depressive symptoms ( $F(2,99) = 9.11$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .16$ ), and apathy ( $F(2,99) = 22.96$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .32$ ) (with large effect size). Post hoc Tukey HSD tests revealed significant differences between the profiles. In other words, participants with low-moderate satisfaction profile (profile 1) have significantly higher level of depressive symptoms than participants with high satisfaction profile (profile 3), and participants with high-moderate satisfaction profile (profile 2) have significantly higher level of depressive symptoms than participants with high satisfaction (profile 3). Similarly, participants with low-moderate satisfaction profile have significantly higher level of apathy than participants of two other profiles, and participants with high/moderate satisfaction profile have significantly higher levels of apathy than participants with high satisfaction (Table 4).

**Table 4**  
Descriptive Statistics for Each Profile.

N=100	Profile 1		Profile 2		Profile 3		Tests			
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta^2$	Post hoc Tukey HSD tests
Need for autonomy	2.14	.61	2.68	.39	3.69	.44	77.72	<.001	.62	3 > 1; 3 > 2; 2 > 1
Need for competence	2.45	.71	3.01	.48	3.64	.52	30.40	<.001	.39	3 > 1; 3 > 2; 2 > 1
Need for relatedness	3.03	.63	4.13	.42	4.29	.44	49.19	<.001	.51	3 > 1; 2 > 1
Depressive symptoms	7.38	2.57	6.70	3.12	4.37	2.26	9.11	<.001	.16	1 > 3; 2 > 3
Apathy	15.13	8.81	7.34	6.32	2.79	4.39	22.96	<.001	.32	1 > 2; 1 > 3; 2 > 3

### Perceived autonomy support and need satisfaction profiles

A univariate analysis of variance was conducted to explore whether profiles differ in perceived autonomy support. Results showed that profiles differ in perceived autonomy support ( $F(2,97) = 21.23$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .30$  (medium effect size). The mean scores for each profile are:

profile 1 ( $M = 5.37$ ,  $SD = 1.90$ ); profile 2 ( $M = 6.77$ ;  $SD = 1.30$ ); profile 3 ( $M = 7.91$ ,  $SD = 1.07$ ). Post hoc Tukey HSD tests revealed significant differences between the profiles. In other words, participants with low-moderate need satisfaction profile (profile 1) have significantly lower levels of perceived autonomy support than participants of the two other profiles. Participants with high-moderate need satisfaction profile (profile 2) have significantly higher level of perceived autonomy support than participants with low-moderate need satisfaction profile (profile 1) and lower level of perceived autonomy support than participants with high need satisfaction (profile 3). Participants with high need satisfaction (profile 3) have significantly higher level of perceived autonomy support than participants of two other profiles. Results of linear regression analyses in each profile on each need showed that perceived autonomy support significantly and positively explained (1) 15% of the variance in relatedness need satisfaction in profile “low-moderate satisfaction” ( $F(1,23) = 5.14$ ,  $p = .03$ ,  $\beta = .43$ ,  $t = 2.27$ ,  $p = .03$ ); (2) 17% of the variance in relatedness need satisfaction in profile “high-moderate satisfaction” ( $F(1,46) = 10.43$ ,  $p < .002$ ;  $\beta = .43$ ;  $t = 3.23$ ,  $p < .002$ ); (3) 11% of the variance in competence need satisfaction in profile “high satisfaction” ( $F(1,28) = 4.35$ ,  $p < .05$ ;  $\beta = .37$ ;  $t = 2.09$ ,  $p = .05$ ); and (4) 20% of the variance in relatedness need satisfaction in profile 3  $F(1,28) = 8.17$ ,  $p = .008$ ;  $\beta = .48$ ;  $t = 2.86$ ,  $p = .008$  respectively).

#### Psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy

Multiple linear regression analyses (backward selection) were conducted to explore the role of each basic need satisfaction in the prediction of depressive symptoms and apathy. Results showed, for all participants, that both competence and relatedness needs satisfaction significantly and negatively explained 28% of the variance in depressive symptoms score ( $F(2,99) = 20.20$ ,  $p < .001$ ;  $\beta = .41$ ,  $t = 4.50$ ,  $p < .001$ , and  $\beta = .23$ ,  $t = 2.49$ ,  $p = .01$  respectively), and both competence and relatedness needs satisfaction significantly and negatively explained



44% of the variance in apathy score ( $F(2,99) = 40.26, p < .001; \beta = .46, t = 5.72, p < .001$  and  $\beta = .35, t = 4.28, p < .001$  respectively).

## Discussion

The purpose of this study was to investigate three goals. The first goal was to provide a better understanding of three psychological needs satisfaction in hospitalized older people, then to link this information with depressive symptoms and apathy. For that, we categorize participants into homogeneous groups of satisfaction of basic psychological needs. Results showed the existence of three profiles, and confirmed the profiles stability found in the study conducted by Ferrand et al. (2015) in SSR units. The only difference lies in the number of participants constituting the profile “high-moderate satisfaction” which was more in this study. Moreover, the results showed that the profiles did not differ in terms of older people’s characteristics, except gender. In this study, women are more numerous than men in the profiles “high-moderate satisfaction” and “high satisfaction”. SDT research indicated that the satisfaction of the three psychological needs fostered autonomously motivated behavior which leads to improved mental health. In the present study, results showed that a high level of need satisfaction was associated with low levels of depressive symptoms and apathy and conversely a low-moderate level of need satisfaction was associated with an increase of depressive symptoms and apathy. Seventy six percent of our population has a high or high-moderate level of need satisfaction associated with low or light levels of depressive symptoms and apathy. Consequently, our study is consistent with SDT research that considers that the relationship between the satisfaction of psychological and mental disorders needs is important to study (e.g. Deci & Ryan, 2000).

The second goal concerns the perceived autonomy support by hospitalized older people. As expected, participants in high satisfaction profile have significantly higher level of perceived

autonomy support than participants of the other two profiles, and conversely participants in low-moderate satisfaction profile have significantly lower level of perceived autonomy support than participants of the other two profiles. Many studies stressed the importance of autonomy-supportive environment for the development of an adaptive functioning. Consistent with SDT research, our findings highlighted that older people who perceived that their autonomy was highly supported had higher need satisfaction and a better personal involvement in its own process of rehabilitation or convalescence (e.g. Wissink, Spruit-van Eijk, Buijck, Koopmans, & Zuidema, 2014). Others authors have shown that the context could be seen as both supportive and controlling making individuals feel less autonomous and/or competent (Ng, Ntoumanis, & Thøgersen-Ntoumani, 2014). In this study participants in low-moderate satisfaction profile have an average perceived autonomy support. Further studies are required to examine more thoroughly the variables allowing to defining better autonomy supportive and controlling environment.

An interesting result was that perceived autonomy support significantly contributed to a link of relatedness need satisfaction in profiles low-moderate satisfaction and high-moderate satisfaction, and of competence and relatedness needs satisfaction in high satisfaction profile. The need for relatedness has been defined as feeling connected with others and a general sense of being integral to a social organization that lies beyond the individual (Ryan & Sapp, 2007). Moller, Deci, and Elliot (2010) provided a complimentary definition suggesting that the relatedness need includes the need having positive interpersonal interactions and trusting relationships. Moreover, relatedness has been found to be the most important need in predicting security in the relationship with various health care professionals (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). In this study, regardless of the profile, perceived autonomy support was mainly associated with this need. This result suggests that SSR units, through their support and assistance to allow the older people's return to autonomy, would use techniques to

encourage the implementation of an autonomous motivation. The link between perceived autonomy support and relatedness need satisfaction would have a major importance in the motivation, and feeling supported seems to be an essential point. Further research should better investigate this relationship to better assist older people to respond.

Lastly, the third goal aimed to examine how each need satisfaction was related to depressive symptoms and apathy. The results showed that both competence and relatedness needs significantly and negatively contributed to the prediction of depressive symptoms and apathy. More precisely, our study shows that competence need satisfaction does not yield a more beneficial effect than relatedness need satisfaction on depressive symptoms and apathy. This means that when it becomes difficult for the older people to have control over events that affect their daily lives, and if there are few positive relationships with health care professionals, this can lead to depressive symptoms and apathy. As suggested by the results, and consistent with SDT, it can be concluded that the present study highlights the key role of competence and relatedness needs as essential components of mental health. The satisfaction of these two needs is modifiable by autonomy- supportive environment, and this study focuses on this.

Some limitations of the present study should be addressed. First, one of the selection criteria for participation was to present a MMSE score of greater than 22, limiting access in this study to many older people. Moreover, this sample of older people volunteers is a geographically-select sample so that participants are not statistically representative of the larger population of older people. This limits the generalizability of the findings to the elderly population. Second, it must be noted that the present data were all self-reported. In this study, the apathy inventory is a self-reported scale giving a measure of appreciation that older people have on the three dimensions of apathy. The total score of apathy and especially the high scores of loss of interest and loss of initiative might be due to a “volunteerism” bias and self-reported scale. This can also suggest practical implications. The consideration by patients of the

importance of the loss of interest and loss of initiative can also signify the need to have external stimulation techniques, and this may be particularly expressed by the profile 1. Third, older people may have responded in ways that are socially desirable, as, for example, overestimating their needs or autonomy support in an acceptable manner. This limitation emphasizes the need for caution with respect to interpretation. Four, we measured autonomy support from health care professionals as perceived by older people. It is possible that individual characteristics of the participants may have influenced the perception older people had of the health care professionals. An observational study design could be useful. Five, apathy and depression can overlap and occur distinctively. Given that one of the main overlapping aspects of apathy is in relation to interest, one dimension measured by the apathy inventory scale, and that Table 2 shows that scores on apathy and depression are moderately correlated, caution must be taken regarding the results. Further studies should not only explore apathy in ageing but also better examine the interactions with depression and use other tools. Lastly, by choosing a cross-sectional design, we do not attempt to infer the direction of the relationship between satisfaction of basic psychological needs and depressive symptoms and apathy.

## **Conclusion**

Notwithstanding these limitations, this study allowed though SDT a better understanding of the level of psychological needs satisfaction in hospitalized older people and of the relationship between psychological needs satisfaction and depressive symptoms and apathy. From an applied perspective, it seems important to know better in a concrete manner how SSR units establish a supportive environment that fosters autonomy, allowing via psychological needs satisfaction the implementation of an autonomous motivation, and ultimately leading to a decrease in depressive symptoms and apathy. It seems also necessary to improve the incidence of daily practice in the relationship between health care professionals



and older people. For this, extending the study population including the role of each (doctors, caregivers and families) in the understanding of autonomy supportive environment would be very appropriate. Lastly, this study has shown that the combination of competence and relatedness needs satisfaction was crucial in health care services. Increases in competence and relatedness needs satisfaction may be associated with a decrease of depressive symptoms and apathy. This finding seems important, especially as several authors have shown that depressive symptoms and apathy increased in frequency and severity during times of hospitalization (e.g. Givens, Jones, & Inouye, 2009). Therefore, we need more research to test the direction of this association.

### **Acknowledgments**

We would like to thank the medical centres of Gien, Orléans and Sully sur Loire who contributed to this study. More particularly, we would like to thank Dr. Audibert, Dr. Dupriez, Dr. Mallet, and Dr. Chamard, (psychologist) for their attention to this research and their assistance to older people of geriatric care units.



## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- Anbar, A.-S., Baudry, S., Bernard, S., Bosredon, J., Bousquet, C., Carel, C., ... Wanecq, T. (2012). *Les comptes de la Sécurité Sociale : résultats 2011, prévisions 2012*. Consulté à l'adresse [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport\\_ccss\\_07-2012\\_bis.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_07-2012_bis.pdf)
- Andela, R. M., Dijkstra, A., Slaets, J. P.-J., & Sanderman, R. (2010). Prevalence of frailty on clinical wards: Description and implications. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 14-19. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01807.x>
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 2045-2068. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02690.x>
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2011). Psychological need thwarting in the sport context: Assessing the darker side of athletic experience. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33(1), 75-102. <https://doi.org/10.1123/jsep.33.1.75>
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. H., & Van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27(6), 1397-1409. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005734>
- Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'échelle de dépression gériatrique. *Canadian Journal on Aging*, 9(4), 348-355. <https://doi.org/10.1017/S0714980800007467>
- Brown, R. G., & Pluck, G. (2000). Negative symptoms: The « pathology » of motivation and goal-directed behaviour. *Trends in Neurosciences*, 23(9), 412-417. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(00\)01626-X](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(00)01626-X)
- Cardoso, E. (2009). *Projetons-nous ! ou Le projet de soin du patient présentant une pathologie neurologique et/ou neuro-vasculaire pour une rééducation-réadaptation participative*. Université de Haute Alsace, Mulhouse-Colmar.

- Coquelet, F., & Valdelièvre, H. (2011). *Les soins de suite et réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins*. Consulté à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-2.pdf>
- De Craen, A. J. M., Heeren, T. J., & Gussekloo, J. (2003). Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 63-66. <https://doi.org/10.1002/gps.773>
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Desrosiers, J., & Hébert, R. (1997). Principaux outils d'évaluation en clinique et en recherche. In M. Arcand & R. Hébert (Éd.), *Précis pratique de gériatrie* (2e éd, p. 77-107). Saint Hyacinthe, QC, CA: Edisem.
- Ferrand, C., Martinet, G., & Charry, A. (2015). Satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, symptômes dépressifs et apathie chez des personnes âgées hospitalisées. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 47(1), 59-67. <https://doi.org/10.1037/a0037419>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Givens, J. L., Jones, R. N., & Inouye, S. K. (2009). The overlap syndrome of depression and delirium in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1347-1353. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02342.x>
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ, US: Prentice Hall.
- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2015). The importance of older patients' experiences with care delivery for their quality of life after hospitalization. *BMC Health Services Research*, 15:311. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0982-1>

- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2004). Démotivation et troubles conatifs chez le sujet âgé dépendant. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement*, 2(2), 93-105.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367-384. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.367>
- Lang, P.-O., Dramé, M., Jolly, D., Novella, J.-L., Blanchard, F., & Michel, J.-P. (2010). Que nous apprend la cohorte SAFEs sur l'adaptation des filières de soins intra-hospitalières à la prise en charge des patients âgés ? *La Presse Médicale*, 39(11), 1132-1142. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.05.009>
- Levy, M. L., Cummings, J. L., Fairbanks, L. A., Masterman, D., Miller, B. L., Craig, A. H., ... Litvan, I. (1998). Apathy is not depression. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(3), 314-319. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.3.314>
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. V. (1989). Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sportsetting: A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60(1), 48-58. <https://doi.org/10.1080/02701367.1989.10607413>
- Moller, A. C., Deci, E. L., & Elliot, A. J. (2010). Person-level relatedness and the incremental value of relating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 754-767. <https://doi.org/10.1177/0146167210371622>
- Mulin, E., Leone, E., Dujardin, K., Delliaux, M., Leentjens, A., Nobili, F., ... Robert, P. H. (2011). Diagnostic criteria for apathy in clinical practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 158-165. <https://doi.org/10.1002/gps.2508>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2014). Autonomy support and control in weight management: What important others do and say matters. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 540-552. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12054>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed). New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Postec, C. (2013). Apathie : point sur un syndrome psychogériatrique incontournable. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(75), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.12.003>

- Prina, A. M., Cosco, T. D., Denning, T., Beekman, A., Brayne, C., & Huisman, M. (2015). The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.002>
- Rahman, R. J., Hudson, J., Thøgersen-Ntoumani, C., & Doust, J. H. (2015). Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: A self-determination theory perspective. *Psychology, Health and Medicine*, 20(5), 518-529. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1017509>
- Richer, S., & Vallerand, R. J. (1998). Construction et validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale (ÉSAS). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 48(2), 129-137.
- Robert, P. H., Clairet, S., Benoit, M., Koutaich, J., Bertogliati, C., Tible, O., ... Bedoucha, P. (2002). The apathy inventory: Assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1099-1105. <https://doi.org/10.1002/gps.755>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). An overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Éd.), *Handbook of self-determination research* (p. 3-33). Rochester, NY, US: University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. In J. Greenberg, S. L. Koole, & T. A. Pyszczynski (Éd.), *Handbook of experimental existential psychology* (p. 449-479). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.



- Ryan, R. M., & Sapp, A. R. (2007). Autonomy. In R. Baumeister & K. Vohs (Éd.), *Encyclopedia of social psychology* (p. 89-91). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
- Skidmore, F. M., Yang, M., Baxter, L., von Deneen, K., Collingwood, J., He, G., ... Liu, Y. (2013). Apathy, depression, and motor symptoms have distinct and separable resting activity patterns in idiopathic Parkinson disease. *NeuroImage*, 81, 484-495. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.07.012>
- Standage, M., Duda, J. L., & Ntoumanis, N. (2003). A model of contextual motivation in physical education: Using constructs from self-determination and achievement goal theories to predict physical activity intentions. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 97-110. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.1.97>
- Stern, R. A., & Bachman, D. L. (1991). Depressive symptoms following stroke. *The American Journal of Psychiatry*, 148(3), 351-356. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.3.351>
- Tuetey, C., Karcher, P., Groc, Y.-L., Vogel, T., & Lang, P.-O. (2015). Les déterminants de la prolongation des séjours en SSRG et les indicateurs du devenir des patients après leur sortie : étude rétrospective au CHRU de Strasbourg. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(90), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.04.005>
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263-280. <https://doi.org/10.1037/a0032359>
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651. <https://doi.org/10.2337/diacare.21.10.1644>
- Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: Relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, 57(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.04.001>



Wissink, K. S., Spruit-van Eijk, M., Buijck, B. I., Koopmans, R. T. C. M., & Zuidema, S. U. (2014). CVA-revalidatie in het verpleeghuis: Therapie-intensiteit van en motivatie voor fysiotherapie. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 45(3), 144-153. <https://doi.org/10.1007/s12439-014-0072-6>

## **Annexe 11 Short communication (Edinburgh, Scotland)**

What is an autonomy supportive environment in geriatric care services for healthcare professionals?

*Journal of Palliative Care and Medicine*

Doi: 10.4172/2165-7386-C1-011

Guillaume SOUESME

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

3 rue des Tanneurs BP 4103

37 041 Tours Cedex 1 – France

Email adress: [guillaume.souesme@univ-tours.fr](mailto:guillaume.souesme@univ-tours.fr)

Claude FERRAND

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

**Statement of the Problem:** Based on Self-Determination Theory (SDT; Deci & Ryan, 1985), autonomy support appears to be a key factor for patients in geriatric care services (GCS) for the satisfaction of the three basic psychological needs of autonomy, competence, and relatedness (Souesme et al., 2016). However, none studies have been conducted with healthcare professionals about “what elements might compose an autonomy-supportive environment?” That is why, it looked interesting to clarify the behaviors underlying an autonomy-supportive motivational style in GCS.

**Methodology & theoretical Orientation:** Four focus groups were used with a semi-structured guide (Patton, 2002) to explore the point of view of healthcare professionals about an autonomy-supportive environment. Twenty-six (n=26) professionals representing all professions working on GCS were recruited. Content qualitative analyses were performed using a software analysis (NVivo 10- QSR International).

**Findings:** Unlike Reeve (1998), our results based on queries for text analysis highlighted three categories defining the notion of autonomy support in health context. Those categories point out well the importance of the social link between medical staff and patient through the “promotion of progress”, the importance of “establish a relationship of trust”, and the necessity to “encourage them to express themselves”.

**Conclusion & Significance:** Our results demonstrate that the welcome are crucial to make the stay in GCS positive. Developing a partnership between patients and healthcare professionals could be a successful way to improve the stay in GCS, bring positive psychological and physical outcomes for elderly patients like a better adherence to treatment (Williams et al., 1998), and reduce re-hospitalization. We need now to further define the patient’s point of view of an autonomy-supportive environment in order to compare it with healthcare professional’s definition, underlying common and diverging points. This will allow us to make

recommendations and propose a training session for professionals to adopt an autonomy-supportive motivational style.

### Reference:

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Reeve, J. (1998). Autonomy support as an interpersonal motivating style: Is it teachable? *Contemporary Educational Psychology*, 23(3), 312-330. <https://doi.org/10.1006/ceps.1997.0975>
- Souesme, G., Martinent, G., & Ferrand, C. (2016). Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.001>
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.3.269>

## **Annexe 12 Book chapter (Porto, Portugal)**

Healthcare professionals and patients about an autonomy supportive environment in French  
geriatric care services: What they say?

*Psychological Applications and Trends 2018*

ISBN: 978-989-99864-5-9

Guillaume SOUESME

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

3 rue des Tanneurs BP 4103

37 041 Tours Cedex 1 – France

Email adress: [guillaume.souesme@univ-tours.fr](mailto:guillaume.souesme@univ-tours.fr)

Claude FERRAND

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours



## Abstract

**Statement of the Problem:** Based on Self-Determination Theory (SDT; Deci & Ryan, 1985), autonomy support appears to be a key factor for patients in geriatric care services (GCS) for the satisfaction of the three basic psychological needs of autonomy, competence, and relatedness (Souesme et al., 2016). Indeed, some researchers highlighted three profiles of older adults: (1) individuals with high need satisfaction (NS) were individuals with lower scores of depressive symptoms (DS) and apathy (A), (2) individuals with low-moderate NS obtained higher scores of DS and A than those of the first profile, and (3) individuals with high-moderate NS had high-moderate scores of DS and A. Moreover, individuals with high score of perceived autonomy support were patients of profile (1). With these knowledges, we wanted to fill the gap because none studies have been conducted with healthcare professionals and patients about “what elements might compose an autonomy-supportive environment?” Indeed, it seems interesting to clarify behaviors underlying an autonomy-supportive motivational style in GCS.

**Methodology & Theoretical Orientation:** Three hospitals accepted to participate to the study. Seven focus groups (four with healthcare professionals and three with patients) have been conducted with a semi-structured guide (Patton, 2002) to explore the point of view of healthcare professionals and patients about an autonomy-supportive environment. A total of forty-four (n=44) individuals, including twenty-six (n=26) professionals representing all professions working on GCS and eighteen (n=18) patients were recruited. All focus group were transcribed verbatim and content qualitative analyses were performed using a software analysis (NVivo 10-QSR International) and a manual content analysis approach.

**Findings:** (A) Our results based on queries for text analysis highlighted three categories defining the notion of autonomy support in health context for professionals. These categories point out well the importance of the social link between medical staff and patients through the “promotion of progress”, the importance of “establish a relationship of trust”, and the necessity to “encourage them (patients) to express

themselves”. (B) Results from patients focus group are still in progress. (C) Expected results should highlight common points and differences outlook between healthcare professionals and patients. This will allow us to make recommendations and propose training sessions for professionals to adopt an autonomy-supportive motivational style.

*Keywords:* Self-determination theory, autonomy support, geriatric care services, older people, qualitative analysis.

## **1. Introduction**

In France, the geriatric care services were created with the dual aim of ensuring the older people's access to appropriate care and optimizing management of hospital stays. In these services, older people are admitted after a stroke, surgery or chronic condition, and 53% of their population are older people over 70 years. The average length stay in these units was 34.8 days for older people (Coquelet & Valdelièvre, 2011). On the one hand, within these services, autonomy is considered as an important outcome strongly associated with the idea that older people should be allowed or enabled to make autonomous decisions about their health care (Pardessus, Durocher, & Di Pompeo, 2000). On the other hand, Self-Determination Theory (SDT; Deci & Ryan, 1985) is a theoretical framework that examines autonomy support and outlines its importance in motivating change of various health behaviors (William, Lynch, McGregor, Ryan, Sharp, & Deci, 2006). Thereby, based on Self-Determination Theory, autonomy support appears to be a key factor for patients in geriatric care services. Souesme, Martinent and Ferrand, (2016) showed that the perceived autonomy support in these services was positively correlated with higher scores of basic psychological needs satisfaction of autonomy, competence, and relatedness and negatively correlated with lower scores of depressive symptoms and apathy. Whether sport, organizational or educational settings, autonomy support

was always positively correlated with positive outcomes for individuals (Cheval, Chalabaev, Jang, Courvoisier, & Sarrazin, 2017 ; Reeve, Jang, Carrell, Jeon, & Barch, 2004 ; Wickramasinghe & Wickramasinghe, 2017). However, although this notion has been widely studied in different domains, recent developments in SDT have suggested that two others dimensions namely structure and involvement could be associated with autonomy support. In this context (health), it seems interesting to increase our knowledge about autonomy support and its dimensions. For this, our study focused to trying to define the concept of autonomy support environment in the present one. Eventually, the present study used interview groups to identify themes and behaviors, and seeks to propose a reflection based on the data collected.

## **2. Methods**

### *2.1. Participants*

Twenty-six ( $n=26$ ) professionals representing all professions working on GCS and eighteen ( $n=16$ ) patients were recruited. from geriatric care services located in the French Region Centre-Val de Loire and agreed to participate. Healthcare professionals covered all professions, reflecting the diversity and the maximum variation of experiences and points of view in these services: six were nurse-aids, five were physicians, four were nurses, two were qualified hospital service employee's, one was an occupational therapist, one was a social worker, one was a nutritionist, one was a psychologist, one was a director of geriatric care service, one was a health executive, one was a nursing student, one was a service's referent, and one was a physiotherapist. Regarding the patients, these have been recruited in three geriatric care services. Men represented 19% of participants ( $n = 8$ ).

Table 1 presents participants' characteristics in term of age, number and composition per focus group. Prior to data collection, written informed consent was obtained from healthcare professionals and patients, and codes set to ensure their confidentiality.

Table 1. Participants.

Profession	Age	Sex	
		Men	Women
Practitioners	40 to 55	2	2
Qualified hospital service employee's	37 to 52	-	3
Nurses	33 to 52	-	3
Nurse's aids	28 to 31	-	7
Health executives	32 to 47	-	2
Social worker	35	-	1
Psychologist	27	-	1
Nutritionist	48	-	1
Health executives	32	-	1
Occupational therapist	41	-	1
Physiotherapist	46	1	-
Service's referent	43	1	-
Director of a geriatric care service	38	1	-
Patients	68 to 92	3	12
Total		8	34

## 2.2. Focus group guide

By following Patton (2002) recommendations, a semi-structured guide format was used with the same central questions to ensure consistency between focus group. After an introduction with a presentation of the moderator as well as the assurance of the anonymity of the data and valuing the importance of personal participation, open-ended questions were asked by the moderator. “What” and “how” questions are used to understand the participants’ experience from their own point of view, (Blanchet & Gotman, 2012; e.g., what strategies are you putting forward so that an autonomy supportive motivational style can be adopted? What can you tell me about the behaviors associated with these strategies? How do you do?). For each question, elaboration (i.e. ‘could you say something more about that?’) and clarification (i.e. ‘what do you mean by that? Are there other points of view?’) probes were used. Third, a final synthesis of the discussion was put in place, and the moderator invited all participants to discuss any issues that may have been overlooked.

## 2.3. Data analysis

Focus group were audio recorded, transcribed verbatim, and data analysis was carried out using Nvivo 10 software for Mac QSR International. A general inductive approach was



used to analyze the data (Thomas, 2006). Each transcript was read and re-read multiples times by the two researchers in order to create preliminary node structures. Coding was continually refined though discussions and the node structures were also discussed with other researchers considered as ‘disinterested peers’ (Lincoln & Guba, 1985, p.308) to debate the researchers’ interpretation of the overall findings. Only a few minor discrepancies have been established between the researchers, and once node structures were finalized, the Nvivo 10 software was used to manage the data as follows: (1) for each node, use “queries for text analysis” in order to explore the text in our sources; (2) the most frequently occurring words in our source appear; and (3) main themes were identified. These themes were composed of words having a descending number of occurrences.

### 3. Results

Three themes emerged from interviews with professionals. First, the theme “*build a relationship of trust with older people*” was put forward by spending time, welcoming, and respecting patients. This allows them to create a climate of trust with patients. This was expressed this way: “*I personally think that it takes time. We are fortunate to have older people over a fairly long time. So, this helps to build a relationship little by little.*” (Nurse). Second theme was “*encourage them to express themselves*”. Healthcare professionals pointed out that talking with the patient or the family was an important point because to establish a good care plan, they had to know the person and his/her psychology. This was expressed this way: “*It is clear. Each individual, everyone needs a minimum of time that is dedicated to them to feel heard, understood, listened to and supported.*” (Physiotherapist); “*Things have to be rephrased because it is important that older people express their anxiety and questioning.*” (Physiotherapist). Last, “*promote progress*” was our third theme. For healthcare professionals, it seems important to help and support the patients in their progress. This was expressed this



way: *"We have a job to do regarding the loss of autonomy and, because the capacity is no longer the same as in the past, we must look together as to how the patient can rehabilitate him/herself in his/her daily life in a different way."* (Psychologist).

Regarding patients, results differed. Some elements are common with healthcare professionals as the importance of welcome and its quality, the recognition by patients of the interest of the medical staff for them and the willingness's healthcare professionals to include patients in the care project. Common points were expressed this way: *"Yes, we are very well welcomed. Immediately, we are welcomed and almost everyone see us in the room."* (Patient n°2); *"I think it's a set, first with the medical staff, doctor included, and then in the rehabilitation, it's not the medical staff who can do it for us."* (Patients n°4). Other elements diverge. Patients focused on negative points concerning the creation of a relationship of trust. For them, healthcare professionals are short of time, numerous to intervene, and change too often. This was expressed this way: *"The medical staff is overwhelmed, they do not have much time to grant us, this is especially so. The medical staff does not much time to grant us."* (Patient n°1); *"They don't have time to discuss."* (Patient n°2); *"No, no, they don't have time."* (Patient n°3). Moreover, patients highlighted that a personal motivation was an important factor of success. They pointed out that they need the knowledge of medical staff but they also have to be personally motivated. This was expressed this way: *"Success is the outcome of both, together."* (Patient n°2).

#### **4. Discussion**

The aim of this study was to explore the points of view of healthcare professionals and patients about what is an autonomy supportive environment, and to identify themes and behaviors underlying these three dimensions (i.e., autonomy, structure and involvement) in geriatric care units. Thus, the present study presents theoretical and practical implications.

In this sense, for autonomy, the trusting relationship identified by healthcare professionals is a good example because it integrates openness, respect, interest, understanding and mutual exchanges, allowing to treat the patient as a person, and is created incrementally over time (Starfield, 2011). Actually, all studies dealing with practitioners-patient relationship highlighted that professionals autonomy support was essential to increase patient adherence to treatment (Umeukeje et al., 2016). However, the point of view of patients must be taken into account as they could say. Indeed, patients were more cautious about the possible establishment of this relationship. For them, healthcare professionals meet too many constraints which prevents them from developing a relationship. To remedy this, healthcare professionals must include a time spent with the patient (communication) in order to set up a more patient-centered care approach (Kuehn, 2012). To help healthcare professionals to adopt a more autonomy-supportive motivating style, it seems important that healthcare professionals assume to be the key factor of a social context of quality (Chang et al., 2009).

Concerning structure dimension, healthcare professionals and patients seem to be agreed. Patients indicated that the structure provided them a quality care plan with competence-relevant feedbacks, guiding the necessary activities and providing a good rehabilitation. These results are in agreement with those of Jang, Reeve and Deci (2010) in school context and highlight the role of SSR units in their actions of rehabilitation care (Russel & Bray, 2010). Indeed, patients know that their rehabilitation go through healthcare professionals' knowledges. Studies of Pearson and Raeke (2000) and Hall et al. (2002), have shown that the trust in their healthcare professionals is an important factor for patients' rehabilitation in order to increase their treatment adherence.

Finally, for involvement dimension, healthcare professionals and patients share a common position. Healthcare professionals as patients consider each other as a person, and not just as "an object of care" (Finset et al., 2017). However, differences emerge on the quantity

and quality of the encouragements provided and on the quality of listening. Indeed, patients have described the behavior of health professionals as ineffective both in terms of their involvement in their listening and of interest in the answers to their questions. As has been shown in a study by Neumann et al. (2011), the communication skills of health professionals need to be reviewed. For Rosenbaum (2017), it would be useful for patients that the healthcare professionals' communication skills incorporate appropriate questioning, listening, the expression of empathy and the possibility of shared decision-making.

In an educational setting, Su and Reeve (2011) indicated that it was possible to train teachers to adopt an autonomy-supportive motivational style via brief training sessions. However, these interventions can have a positive impact on health practices provided that its sessions provide enough detail to implement an autonomy-supportive motivating style in the practice (Ntoumanis, Quested, Reeve & Cheon, 2017).

### References:

- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *Série «L'enquête et ses méthodes»: L'entretien*. Paris, FR: Armand Collin.
- Chang, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S., & Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(12), 1977-1982. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.024>
- Cheval, B., Chalabaev, A., Quested, E., Courvoisier, D. S., & Sarrazin, P. (2017). How perceived autonomy support and controlling coach behaviors are related to well- and ill-being in elite soccer players: A within-person changes and between-person differences analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 28, 68-77. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.10.006>
- Coquelet, F., & Valdelièvre, H. (2011). *Les soins de suite et réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins*. Consulté à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-2.pdf>

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Finset, A., Bieber, C., Brown, R. F., Deveugele, M., & Pieterse, A. (2017). The perspective of the person in healthcare: Listening to and engaging persons in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 1967-1968. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.012>
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01070>
- Jang, H., Reeve, J., & Deci, E. L. (2010). Engaging students in learning activities: It is not autonomy support or structure but autonomy support and structure. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 588-600. <https://doi.org/10.1037/a0019682>
- Kuehn, B. M. (2012). Patient-centered care model demands better physician-patient communication. *Journal of the American Medical Association*, 307(5), 441-442. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.46>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA, US: Sage Publications.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Ntoumanis, N., Quested, E., Reeve, J., & Cheon, S. H. (2017). Need supportive communication : Implications for motivation in sport, exercise and physical activity, and physical activity. In B. Jackson, J. Dimmock, & J. Compton (Éd.), *Persuasion and communication in sport, exercise, and physical activity* (p. 155-169). Abington, UK: Routledge.
- Pardessus, V., Durocher, A. M., & Di Pompeo, C. (2000). Activité réelle d'un service de soins de suite et réadaptation gériatrique. *Revue Gériatrique*, 25(5), 303-310.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.



- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509-513. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>
- Reeve, J. (1998). Autonomy support as an interpersonal motivating style: Is it teachable? *Contemporary Educational Psychology*, 23(3), 312-330. <https://doi.org/10.1006/ceps.1997.0975>
- Reeve, J., Jang, H., Carrell, D., Jeon, S., & Barch, J. (2004). Enhancing students' engagement by increasing teachers' autonomy support. *Motivation and Emotion*, 28(2), 147-169. <https://doi.org/10.1023/B:MOEM.0000032312.95499.6f>
- Rosenbaum, M. E. (2017). Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2054-2061. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.035>
- Russell, K. L., & Bray, S. R. (2010). Promoting self-determined motivation for exercise in cardiac rehabilitation: The role of autonomy support. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 74-80. <https://doi.org/10.1037/a0018416>
- Souesme, G., Martinet, G., & Ferrand, C. (2016). Perceived autonomy support, psychological needs satisfaction, depressive symptoms and apathy in French hospitalized older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.001>
- Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63-69. <https://doi.org/10.7812/TPP/10-148>
- Su, Y.-L., & Reeve, J. (2011). A meta-analysis of the effectiveness of intervention programs designed to support autonomy. *Educational Psychology Review*, 23(1), 159-188. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9142-7>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Umeukeje, E. M., Merighi, J. R., Browne, T., Wild, M., Alsmaan, H., Umanath, K., ... Cavanaugh, K. L. (2016). Health care providers' support of patients' autonomy, phosphate medication adherence, race and gender in end stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 1104-1114. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9745-7>



- Wickramasinghe, V., & Wickramasinghe, G. L. D. (2017). Autonomy support, need fulfilment and job performance in lean implemented textile and apparel firms. *Research Journal of Textile and Apparel*, 21(4), 323-341. <https://doi.org/10.1108/RJTA-04-2017-0014>
- Williams, G. C., Lynch, M. F., McGregor, H. A., Ryan, R. M., Sharp, D., & Deci, E. L. (2006). Validation of the « important other » climate questionnaire: Assessing autonomy support for health-related change. *Families, Systems, and Health*, 24(2), 179-194. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.24.2.179>

## **Annexe 13 Poster communication (Victoria, Canada)**

Perceived autonomy support by older people during a stay in geriatric care units: A key factor  
to satisfy basic psychological needs?

*The 6<sup>th</sup> International Conference on Self-Determination Theory*

Guillaume SOUESME

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

3 rue des Tanneurs BP 4103

37 041 Tours Cedex 1 – France

Email adress: [guillaume.souesme@univ-tours.fr](mailto:guillaume.souesme@univ-tours.fr)

Guillaume MARTINENT

Laboratoire sur les Vulnérabilités et l'Innovation dans le Sport (EA 7428)

Université Claude Bernard – Lyon 1

69 622 Villeurbanne - France

Claude FERRAND

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

# Perceived autonomy support by older people during a stay in geriatric care units: A key factor to satisfy basic psychological needs?



Souesme Guillaume<sup>1</sup>, Martineur Guillaume<sup>2</sup>, & Ferrand Claude<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of François Rabelais, EA2114: Research Team of Psychology of Ages of Life  
3, Rue des Tanneurs, BP 4103, 37041 TOURS CEDEX 1, France

<sup>2</sup>University of Claude Bernard Lyon 1, EA647: Laboratoire sur les Vulnérabilités et l'Innovation dans le Sport (L-Vis)  
27, 29, Boulevard du 11 novembre, 69622 VILLEURBANNE CEDEX, France

guillaume.souesme@univ-tours.fr



## Introduction-Context

With advanced old age, the use of health care services including hospital stay by older people (OP) increases. During their stay, older people are exposed to a risk of functional physical or psychological degradation that can make « the bed of the loss of autonomy » (Tuetey et al., 2015). The notion of perceived autonomy support appears to be a key of behavioural change through the satisfaction of the three basic psychological needs (BPN Satisfaction).

To our knowledge, few studies have investigated the relationships between:

Perceived autonomy support by OP



Geriatrics disorders  
Depressive symptoms & Apathy

BPNs  
Basic psychological needs  
satisfaction

## Materials and method

**100 OP** (69 ♀ & 31 ♂;  $M_{age} = 83.33$  years,  $SD = 7.78$ ; age range: 80-96 years)

**Experience 1: questionnaires used to characterize elderly people profiles**

- Perceived autonomy support: **4 items** (→ Cardoso, 2009),
- Basic psychological needs: **16 items** (→ McAuley et al., 1989; Richer & Vallerand, 1998; & Standage et al., 2003),
- Apathy: **3 items** (→ French apathy inventory, Roberts et al., 2002),
- Depressive symptoms: **15 items** (→ GDS-15, Sheikh & Yesavage, 1986).

**Experience 2: focus group**

- 30 staff members took part such as doctors, nurses, psychologist, physiotherapist, nutritionist, nurse's aid...
- In order to answer the question:

**What is an autonomy supportive environment in health context?**

## Discussion-Conclusion

**Experience 1: profiles characteristics**

- 3 profiles have been confirmed,
- the satisfaction of BPN seems to be related to depressive symptoms and apathy.

as compared to study of Ferrand et al. (2015).



**Experience 2: focus group**

These results suggest that the patient's expectancy among his stay in geriatric care unit are manifold. Characteristics of autonomy support highlighted by Reeve et al. (2008) have been found and applying those "autonomy-supportive instructional behaviors" in health context, one additional subcategory can emerge: notion of trusting relationship. It seems clearly important for the medical staff to install a relationship of trust with patient from the beginning. This kind of relationship could be the precursor of the categories identified by Reeve et al. (2008). To establish a relationship of trust, patient and medical staff need to know each other and share some information. However in health context, this relationship seems to be dissymmetric because medical staff know lot of information about patient. We need to explore more deeply this relationship in order to identify what are the variables that promote autonomy support and satisfaction of the patient's psychological needs.

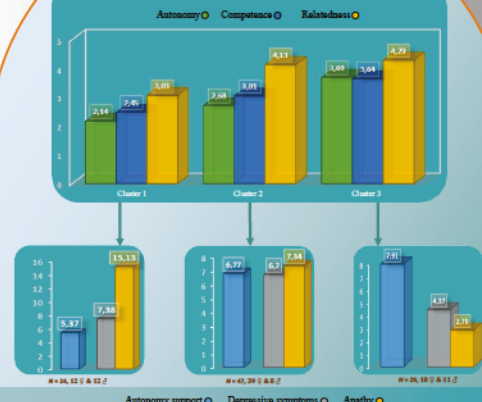
## References

- Carlson, E. (2009). *Projet-musé ou le projet de soin du patient présentant une pathologie neurologique et/ou neuro-vasculaire pour une réhabilitation-rééducation participative*. (Mémoire de maîtrise inédit, Université de Haute-Alpes-Michonne Colmar). Retrieved April 6<sup>th</sup>, 2015 from <http://sdr.univ-tours.fr/theses/theses-2009>
- Ferrand, C., Martineur, G., & Chery, A. (2015). Satisfaction of basic psychological needs, depressive symptoms and apathy among hospitalized elderly. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47, 59-67.
- McAuley, E., Duncan, T., & Tassman, V. V. (1989). Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sport setting: A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60, 48-58.
- Roberts, P.H., Chert, S., Banet, M., Krasnick, J., Bertugliati, C., Tikh, O., Caci, H., Steg, M., Brocker, P., & Fedoriche, P. (2002). The apathy inventory: Assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1095-1105.
- Richer, S., & Vallerand, R. J. (1998). Construction et validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale (ESAS) (Construction and validation of the ESAS: The relationship feelings scale). *European Review of Applied Psychology*, 48(2), 129-137.
- Ryan, R., Ryan, R., Deci, E. L., & Jung, H. (2008). Understanding and promoting autonomous self-regulation: A self-determination theory perspective. In D. H. Schunk & R. J. Zimmerman (Eds.), *Motivation and self-regulation learning: Theory, research, and applications* (pp. 223-246). New-York, NY: Lawrence Erlbaum.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New-York, NY: The Haworth Press.
- Standage, M., Duck, J. L., & Ntouyas, N. (2003). A model of contextual motivation in physical education: Using constructs from self-determination and achievement goal theories to predict physical activity intentions. *Journal of Educational Psychology*, 95, 97-110.
- Tuetey, C., Kambou, P., Gine, Y. L., Viguel, T., & Lang, P. O. (2015). Les déterminants de la prolongation des séjours au SSRG et les indicateurs de devenir des patients après leur sortie : Étude rétrospective au CHU de Strasbourg [Determinants of prolonged stays in geriatric rehabilitation department and indicators of patient outcomes after discharge: A retrospective study in Strasbourg university hospital]. *APC, Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 13, 337-345.

## Results

**Experience 1: profiles characteristics**

**BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS SATISFACTION**



**Experience 2: focus group**

A-Reeve's et al. (2008) subcategories have been found:

Listening    Offering encouragements    Offering hints    Providing rationales

B-Additional subcategory in relation to health context has been highlighted:

**Establish a relationship of trust between patient and medical staff and keep it in time throughout the stay go through:**

Need to introduce themselves to the patient    Role of fostering  
Allow the patient to keep his own aims and positive ideas



# **Annexe 14 Original article - International Journal of Older People Nursing**

What is an Autonomy Supportive Environment in Geriatric Care Units? Focus Group

Interviews with Healthcare Professionals

*International Journal of Older People Nursing*

En révision

Guillaume SOUESME

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

3 rue des Tanneurs BP 4103

37 041 Tours Cedex 1 – France

Email adress: [guillaume.souesme@univ-tours.fr](mailto:guillaume.souesme@univ-tours.fr)

Claude FERRAND

Laboratoire de Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (EA2114)

Université de Tours

## Abstract

**Objectives:** Grounded in Self-Determination Theory (SDT), the aim of the study was to investigate qualitatively what an autonomy supportive environment is through the perceptions of different healthcare professionals in three geriatric care units within French public and private hospitals.

**Study design:** Four focus groups were conducted with healthcare professionals. Each focus group was videotaped and audio-recorded, and transcribed verbatim.

**Methods:** An inductive approach was used, and data analysis was carried out using NVivo 10 software for Mac-QSR International.

**Results:** Three themes were highlighted (1) building a relationship of trust with older people; (2) encouraging them to express themselves, and (3) promoting progress.

**Conclusion:** The present study provides some information and a reflection for healthcare professionals who might be interested in using a more autonomy-supportive motivating style in their practice.

*Keywords:* Autonomy-supportive environment, geriatric care services, focus group, older people.



## Implications for practice

### What does this research add to existing knowledge in gerontology?

- The notion of autonomy support has been widely studied in different domains, but no studies have tried to apply this concept to older people in geriatric care services.
- For healthcare professionals, an autonomy-supportive environment can help patients satisfy their basic psychological needs (i.e., autonomy, competence and relatedness).

### What are the implications of this new knowledge for nursing care of older people?

- In practice, this encourages healthcare professionals to set up an environment that supports the autonomy of their patients by building a relationship of trust with older people, promoting progress, and encouraging them to express themselves.
- According to the Self-Determination Theory, positive perception of the autonomy supportive environment by healthcare professionals could be related to satisfaction of patients' needs.

### How could the findings be used to influence policy or practice or research or education?

- The present study highlights that it seems necessary to improve nurses' and healthcare professionals' communication skills to establish an autonomy supportive environment in geriatric care services.
- Nurses' and healthcare professionals' training should focus on understanding the concept of an autonomy supportive environment and should possibly adopt an autonomy supportive motivational style.

## Introduction

Older adults constitute a major population in need of hospital services (Conroy, Stevens, Parker, & Chen, 2011). In France, a geriatric care sector was created with the dual aim of ensuring older people's access to appropriate care and optimizing management of hospital stays. This sector includes various units and in particular rehabilitative or convalescence geriatric care units (SSR) involving multidisciplinary teamwork. In these SSR units, older people are admitted after a stroke, surgery or chronic condition, and 53% of their residents are people over 70 years old. The average length of stay in these units is 34.8 days for older people (Coquelet & Valdelièvre, 2011). By offering functional rehabilitation or convalescence, where possible the SSR units aim at fostering a patient's return to his or her home. Indeed, entering hospital is often accompanied by a deterioration of functional autonomy and increased dependency (Berkman, Leipzig, Greenberg, & Inouye, 2001) or rapid admission into a nursing home, and increased mortality (Hartgerink, Cramm, Bakker, Mackenbach, & Nieboer, 2015), and one of the functions of these units is to help prevent these negative outcomes. Autonomy is thus considered as an important outcome strongly associated with the idea that older people should be allowed or enabled to make autonomous decisions about their health care (Beauchamp & Childress, 2009; Pardessus, Durocher, & Di Pompeo, 2000). A meta-analysis of health studies examining the relationship between physicians and patients (Ng et al., 2012) indicated that (1) patients' perceived autonomy support from their physician was associated with greater quality of life, glycaemic control, medication adherence, and reduced negative affect, anxiety and depression, and (2) autonomy support deserved to be developed further.

Self-Determination Theory is a theoretical framework examining autonomy support and outlines the importance of the latter in motivating changes in various health behaviours (Deci & Ryan, 2000; Williams et al., 2006). It is a macro-theory of human motivation, development, well-being and personality which suggests that individuals' motivation can be facilitated by

nurturing their basic psychological need for autonomy (i.e., feeling fully volitional and free to engage in an activity), competence (i.e., feeling effective and masterful) and relatedness (i.e., feeling close and connected), and which identifies some factors of the environment (i.e., listening, asking what patients want or need, offering rationales or feedback) which optimize satisfaction of such needs (Reeve, Deci, Ryan, & Jang, 2008). In other words, satisfaction of an individual's needs (i.e., autonomy, competence, and relatedness) depends on environmental factors which influence the individual's motivation (Cheval, Chalabaev, Quested, Courvoisier, & Sarrazin, 2017). Among these environmental factors, the notion of autonomy support plays this role because it consists of the study of them. See Figure 1. Autonomy support has been defined in educational settings as “the interpersonal sentiment and behaviour the teacher provides during instruction, first to identify, then to vitalize and nurture, and eventually to develop, strengthen, and grow students' inner motivational resources.” (Reeve, 2016). Research in various fields has shown that this environment has both direct and indirect effects on needs satisfaction. Psychological needs satisfaction can predict positive cognitive, affective, and behavioural outcomes both directly and indirectly through impacting on the quality of motivation (i.e., autonomous motivation) (Deci & Ryan, 1985; Pardessus et al., 2000; Ryan & Deci, 2000, 2002).

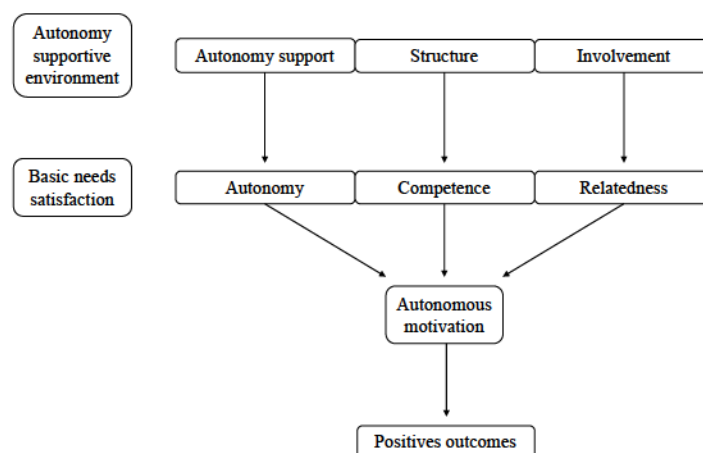


Figure 1. Link between SDT concepts of autonomy support, basic needs satisfaction and autonomous form of motivation associated with positives outcomes.

To account for autonomy support, previous research has conceptualized interpersonal style along a continuum that ranges from highly controlling to highly autonomy-supportive behaviours and has highlighted that these different interpersonal styles lead to contrasting outcomes in terms of motivation and engagement of individuals (Deci & Ryan, 1987; Reeve, 1998). Autonomy support refers to a variety of strategies that enhance an individual's sense of volition and psychological freedom, and some examples of autonomy-supportive behaviours include providing choice and meaningful rationale, and giving the individual responsibility in his/her decision making (Reeve, 2009). In other words, individuals perceive themselves to be autonomous when their behaviour is experienced with a sense of volition and choice, and wholly endorsed by the self. In contrast, behaviours that aim to induce changes in behaviour, thoughts and feelings by applying pressure or different contingencies are considered as controlling. In other words, individuals perceive themselves to be controlled when they experience pressure-inducing language or coercion to think, feel or behave in a specific way (Williams et al., 2011). This distinction between autonomy and controlling styles and their impact on the individuals' behaviour have been the subject of numerous SDT publications, across various life contexts (i.e., school, work, sport and health), and in particular, the degree to which a social context can be autonomy supportive for students, employees, athletes (including the structure of the environment and individuals in positions of authority and expertise) (Cheval et al., 2017; Gillet, Gagné, Sauvagère, & Fouquereau, 2013; Reeve, Jang, Carrell, Jeon, & Barch, 2004; Williams, Freedman, & Deci, 1998). In the healthcare context, patients' perceptions of their physician's autonomy supportive communication have been extensively studied (Williams & Deci, 2001; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998). It was shown that a physician's perceived autonomy supportive communication includes good relatedness and provided supportive behaviours such as listening and acknowledging patients' perspectives, giving relevant information, respect, and



understanding, increasing autonomy and competence needs satisfaction (Williams et al., 1998), or was associated with autonomous forms of motivation which, in turn, were related to better treatment adherence, self-management and better quality of life of patients (Chang, Lonsdale, Ho, Yung, & Chan, 2009; Chen, Chang, Tsai, & Hou, 2017). In addition, for patients engaged in a fitness program (weight loss), a link between perceived autonomy support and the durability of changes associated with their treatment was demonstrated. In concrete terms, this means that after one year of intervention patients who had participated in a program that supported their autonomy saw the changes and the positive consequences of treatment being maintained over time compared to patients who had not received any specific support for their autonomy. These results were also found after two years of intervention (Silva et al., 2011). Similar findings were found in a study of type 2 diabetic patients in which autonomy support was associated with the ability of the person to manage their own care (Koponen, Simonsen, Laamanen, & Suominen, 2015).

Recent developments (Stroet, Opdenakker, & Minnaert, 2013) in SDT have suggested that two other dimensions, namely structure dimension and involvement dimension, could be associated with autonomy support dimension. These three dimensions would thus vitalize individuals' satisfaction of autonomy (via autonomy support), competence (via structure) and relatedness needs (via involvement). Structure encompasses different sources of direction and guidance, enabling individuals to make progress, in providing (1) a presentation of clear goals and guidelines; (2) a concern for individuals' expectations or problems; and (3) positive constructive feedback (Reeve & Jang, 2006). In a well-structured environment, individuals have a clear sense of what actions they need to take to achieve their goals and what effort is required (Koponen et al., 2015; Patrick, Turner, Meyer, & Midgley, 2003). For Stroet et al. (2013), structure allows the competence need to be satisfied. Chaos is the opposite of structure, where "individuals would be confused and contradictory, failing to communicate clear



expectations and directions and asking for outcomes without articulating the means to attain them” (Jang et al., 2010, p. 589). Involvement refers to the extent to which others (i.e., healthcare professionals) try to gain an understanding of patients by showing interest and being responsive to distress (“the ability to empathize with and respond to others’ unpleasant feelings in a way that provides solace”) (Vansteenkiste, Niemiec, & Soenens, 2010, p. 132). SDT offers a particularly interesting approach to these different dimensions of support, and their impact on an individual’s health outcomes. However, few studies have focused on how healthcare professionals express themselves regarding these three dimensions constituting the notion of autonomy support.

### *The present study*

The aim of this study was thus to explore the points of view of the different healthcare professionals working in SSR units regarding what is an autonomy supportive environment. Entwistle, Carter, Cribb, and McCaffery (2010) have shown how important it is for all healthcare providers to look closer at their interactions and relationships with patients for a high-quality professional-patient relationship and to support a patient’s autonomy. The present study used focus groups to identify themes and behaviours underlying these three dimensions and sought to develop a reflection around the data collected.

## **Methods**

### *Participants*

A total of 26 participants were recruited from staff of SSR units who agreed to participate in four focus groups of between four and nine people (Morgan, 1997). Participants reflected the diversity and variety of experiences and points of view of the professions working in these units: healthcare professionals and nursing student, and administrative staff. Men

represented 19.2% of the participants (n = 5). Table 1 presents the participants' characteristics in terms of age, sex, number and profession per focus group.

Table 1

*Participants*

Focus group	Profession	Age	Sex		Number of beds	Number of staff
			Men	Women		
1	Practitioners	40 to 55	1	1	96	57
	Hospital worker	37	-	2		
	Nurses	33 to 52	-	1		
	Nursing auxiliaries	28 to 31	-	2		
	Healthcare executives	47	-	1		
2	Social workers	35	-	1	36	27
	Psychologists	27	-	1		
	Nutritionists	48	-	1		
	Healthcare executives	32	-	1		
	Student nurses	22	-	1		
	Nurses	36	-	1		
	Hospital worker	52	-	1		
	Nursing auxiliaries	55	-	1		
3	Occupational therapists	41	-	1	36	27
	Physiotherapists	46	1	-		
	Nursing auxiliaries	39 to 42	-	2		
4	Service's monitor	43	1	-	105	68
	Director of a geriatric care service	38	1	-		
	Practitioners	33 to 56	1	1		
	Nurses	52	-	1		
	Nursing auxiliaries	46	-	1		
Total			5	21		

*Procedure*

Recruitment of participants took place from February to May 2016. Invitation letters were sent out to eight public or private hospitals situated in the "Region Centre - Val de Loire", France. Three public and private hospitals agreed to participate, and the healthcare professionals of these hospitals were asked to take part voluntarily in a focus group. Prior to data collection, the healthcare professionals gave their written informed consent and were allocated codes to ensure their confidentiality. All focus groups were led by the same moderator (first author) and were conducted in a conference room in the SSR units. Chairs were positioned in a semi-circle to ensure face-to-face contact and maximal group interaction. Each focus group lasted about 75 min. Focus groups were videotaped and audio recorded and then transcribed verbatim.

### *Focus group guide*

According to recommendations on focus group methodology, a semi-structured format was used with the same central questions to ensure consistency between groups (Patton, 2002). The focus group guide set out different parts. First, an introduction presented the moderator and assured participants of the anonymity of the data and emphasized the importance of personal participation. Participants were provided with sufficient time to introduce themselves. Second, after a short introduction, the moderator asked open-ended questions. “What” and “how” questions were used to find out about the participants’ personal experiences (Blanchet & Gotman, 2010). See Table 2.

Table 2

*Questions asked during the focus group session and their objectives*

Questions	Objectives
What is the autonomy support for you?	To know if they think they have knowledge on the notion of autonomy support.
What strategies are you putting forward so that an autonomy supportive motivational style can be adopted?	To find out if they think of using strategies related to this motivational style.
What can you tell me about the behaviours associated with these strategies?	To know if they think that consequences are associated with these strategies.

For each question, elaboration probes were used (i.e. ‘could you say something more about that?’) and clarification (i.e. ‘what do you mean by that? Are there any other points of view?’). When appropriate, additional follow-up questions were asked. This flexibility provided more in-depth information. Finally a phase synthesising the discussion was conducted, and the moderator invited all participants to discuss any issues that may have been overlooked. Throughout the focus groups, the moderator sought to foster fruitful discussion creating the opportunity for all participants to be honest and open with their responses, and to talk freely

about their perceptions and experiences. This was achieved by showing interest in each statement and by generating a feeling of security in each participant.

### *Data Analysis*

Data analysis was carried out using NVivo 10 software for Mac QSR International. A general inductive approach was used to analyse the data (Thomas, 2006). Each transcript was read and re-read multiple times by the two researchers in order to create preliminary node structures. Coding was continually refined through discussion and the node structures were also discussed with other researchers considered as ‘disinterested peers’ (Lincoln & Guba, 1985, p. 308) to clarify the researchers’ interpretation of the overall findings. Only a few minor discrepancies were identified between the researchers, and once node structures were finalized, the Nvivo 10 software was used to process the data as follows: (1) for each node, “queries for text analysis” was used to explore the text in our sources; (2) the most frequently occurring words in our source were revealed; and (3) main themes were identified. These themes consisted of words having a descending number of occurrences.

### **Results**

This inductive approach yielded three themes, namely: (1) building a relationship of trust with older people, (2) encouraging them to express themselves, and (3) promoting progress. See Table 3. The quotations are used to illustrate the responses obtained.

Table 3

*Words linked to the three categories of the notion of autonomy support and their occurrences*

Category	Words linked	Occurrence	Percentage
Building a relationship of trust with older people	Time	11	18.96
	Welcome	10	17.25
	Respect	9	15.52
	Care plan	8	13.80
	Kindness	6	10.34
	Need	6	10.34
	Goal	5	8.62
	Choice	3	5.17
Encouraging them to express themselves	Speak	11	33.33
	Understand	4	12.12
	Maintain a suitable distance from the other	4	12.12
	Respect how the other functions	4	12.12
	Enter into dialogue	4	12.12
	Listen carefully	4	12.12
	Repetition	2	6.07
Promoting progress	Analyse	14	40
	Support	8	22.87
	Comforting	3	8.57
	Suggest	3	8.57
	Success	3	8.57
	Progress	2	5.71
	Propose	2	5.71

(1) *Building a relationship of trust with older people*

The results of the present study highlighted the importance of four words: time, welcome, respect, and care plan, representing 65.5% of this category. For the healthcare staff, building a trusting relationship took time because, firstly, older people were not ready to accept their treatment, and secondly, it required developing mutual trust in a relatively short time frame. This point is illustrated by the following statement:

*“I personally think that it takes time. We are fortunate to have older people over a fairly long time. So, this helps to build a relationship little by little.” (Nurse #1)*

Building a trusting relationship was considered as a dynamic and continuous process that occurs over time. Moreover, when we asked healthcare professionals what they could do to create a relationship of trust with older people, all of them responded that the first step was to welcome the person. The following statements from participants reflect this point:



*“Sure, I see the difference when I do it or when I don’t. It’s easy to create a link with older people. They know who we are, at least our name and our function.” (Nurse #1); “To create a link, personally I explain why I am there in front of them.” (Physiotherapist); “We present the principles of geriatric care services, and rehabilitation.” (Nursing auxiliary #1).*

For the staff welcoming was also associated with the notion of respect of older people.

*“Individually, everyone needs a minimum amount of time to feel respected, listened to, heard and supported.” (Physiotherapist); “He or she may just not want to share things. It’s important to respect this.” (Health executive #1).*

Respect meant that professionals considered older people as valuable human beings and not just as patients. The following statements illustrate this point:

*“It is important to respect both older adults, and also the person. Does he or she want to communicate or not? There are older people who want to keep their distance from you. This must be respected.” (Social worker); “Enter the room with a smile, with kind words, it helps a lot. The way of speaking and intonation; these are both important elements. Even when we are in a hurry, they can see it. They say: ‘Oh! You have a lot of work, you are in a hurry’. It’s important to take time to explain your behaviour. ‘Listen, I’m sorry. I really don’t have any time right now. I’ll have more time a bit later. I’ll be back’.” (Nurse #2).*

Several participants highlighted that just spending two or three minutes exclusively focused on an older adult could reap benefits and help build this relationship of trust. According to the participants, understanding what an older adult needed could influence his or her rehabilitation.

The following statements illustrate this point:

*“They need to feel listened to. Sometimes, just staying two minutes with them, talking to them a little, they will feel better if they can talk about their situation. Sometimes, they really don’t need much.” (Nursing auxiliary #3).*

Indeed, older people are in SSR units in order to recover some functional autonomy that they have lost after a stroke or surgery. For all participants, it appeared fundamental that the rehabilitation was focused on that goal. This was expressed as follows:

*“We set a specific objective to reach. This is really essential. It is the basis.”*

(Physiotherapist); *“We set out the reality to the patients, not just for the fun of it but to allow them to move forward.”* (Social worker); *“Everyone has a dynamic to advance or maintain autonomy or restore autonomy.”* (Health executive #2).

Participants emphasized the value of informing older people about their care plan.

*“The patient is a member of the care project. It is his or her care project.”* (Occupational therapist).

This was considered to play a role in constructing the relationship of trust, especially by respecting the right of the person to be informed and to play an active role. This was expressed in the following way:

*“The patient must play an active role in their recovery and feel they really exists as a human being in their own right.”* (Physician #1).

## (2) *Encouraging them to express themselves*

In this category, speak (33.3%) was the most important word, followed by the words understand, maintain a suitable distance from the other, respect how the other functions, enter into dialogue, and listen carefully, each representing 12.1%. This was expressed as follows:

*“We realize that older people enjoy talking about what they do outside, or even what they have done in their working lives.”* (Nurse #3).

Most participants believed that a professional-patient relationship was based on speaking and that this needed to be developed. This was expressed in the following way:

*“It’s important to take time to speak with them, because they have many things to unburden. It is not rare that some of them cry.”* (Physician #1).

Some participants insisted that it was important to speak with older people and to address their concerns. This was expressed as follows:

*“Sometimes practitioners do, sometimes they don’t. We have an important role in explaining things at this level.”* (Physiotherapist)

To allow older people to raise questions, to obtain answers to them, and to remove any doubts was considered important. This is illustrated by:

*“Things have to be rephrased because it is important that older people express their anxieties and questions.”* (Physiotherapist); *“In any case, if questions are raised, the patient needs to get an answer.”* (Nursing auxiliary #2).

More particularly, for some participants, it seemed useful to talk about personal aspects of the older adult’s life and to understand to a certain extent what the person had previously done in their life. Knowing how the older people functioned in their daily life would allow a differential approach to treatment in relation to their age and their motivations, adapted to each situation. This was expressed as follows:

*“It is important to take time to discuss with an older adult in order to know how he or she works at home, and to adapt accordingly.”* (Occupational therapist).

Moreover, the relational aspect was perceived as important by healthcare professionals, maintaining a suitable distance from the other requires both consent and use of a personal approach. This was expressed in this way:

*“I ask them if I can sit down and I wait for them to give me permission to do so.”* (Social worker)

Allowing older people to verbalize and enter into dialogue was seen as important. The following statements from participants reflect these points:

*“I never address a person by their first name, we always call each other Mr/Mrs with the surname.”* (Occupational therapist); *“Addressing each other formally allows a distinction to be made between each other. It avoids inappropriate behaviour while preserving the relationship.”* (Occupational therapist).

Finally, empathy towards others was not clearly expressed by healthcare professionals. Indeed, while participants pointed out the importance of listening carefully, listening was not expressed as an empathic mode.

### (3) *Promoting progress*

Promoting progress was revealed as the third category with two important words: analyse representing 40% and support 22.9%. Regarding the word analyse, healthcare professionals emphasized the importance of explaining what they were going to do together, establishing a joint care project, and getting the patient to become aware of their condition. This was expressed as follows:

*“We have a job to do regarding the loss of autonomy and, as the patient’s capacity has changed, we must look together as to how the patient can modify their daily life for their rehabilitation.”* (Psychologist).

Behind the word support, healthcare professionals emphasized the importance of encouragement. This was considered to be necessary at all times to raise awareness of when results were achieved and to comfort and support the patient. The following statements illustrate these points:

*“We must develop the skills they have. Sometimes, rehabilitation is possible and in this case encouragement is essential.”* (Psychologist); *“There is continuous encouragement, at all times. It is true.”* (Health executive #2); *“Encouraging every little action is really important.”* (Hospital worker #1).



Participants stressed that it was the whole team that gave support and was behind the older adult. Finally, healthcare professionals indicated that it was important to suggest ways in which the older people could make progress. Weighing up different options, providing opportunities for suggestions to be made, and allowing patients to confront the difficulties themselves were identified as ways of promoting progress and success. This was expressed as follows:

*“For every little difficulty we have met and overcome, we try to go a bit further together.”*

(Physiotherapist).

Healthcare professionals also pointed out their role as a resource person. This was expressed by:

*“We are seen as a resource person who can help the patient to make progress.”*

(Physiotherapist).

## Discussion

The aim of this study was to explore different healthcare professionals' points of view on what an autonomy supportive environment is, and to identify themes and behaviours underlying the three dimensions (i.e., autonomy support, structure and involvement) of the notion of autonomy support in SSR units (Stroet et al., 2013; Vansteenkiste et al., 2012). The results of the present study show that most of the themes and behaviours identified were associated with the structure and involvement dimensions.

The theme *“Building a relationship of trust with older people”* is related to both the structure and involvement dimension of autonomy support. Trust is an essential element of clinical care (Charon, 2001). It integrates openness, respect, interest, understanding and mutual exchange, allowing the patient to be treated as a person, and is created gradually over time. This transactional aspect of trust highlighted in the present study has been put forward by several authors (Reina, Reina, & Rushton, 2007). In particular, participants highlighted the role of first



contacts in building trust and also constructive patient feedback that can increase patient confidence in an effective course of care. Brooks, Ballinger, Nutbeam, and Adams (2017) showed how beneficial these first contacts were for the patient. Indeed, their research highlighted that older people sought to communicate with healthcare professionals and that the trust they grant in healthcare professionals depends on their communication and professional skills used during the first contact. In their trust model, Reina et al. (2007) showed that trust consisted of three components, namely competence trust (i.e., professionals practice humility, honour the patient's choices, and express compassion), contractual trust (i.e., professionals keep agreements, manage expectations, establish boundaries, and encourage mutually serving expectations) and communication trust rooted in the respect of others. The results of the present study highlight that, for participants building a trusting professional-patient relationship was mainly based on communication. However, it is not certain that the participants considered all the aspects of the trusting professional-patient relationship, and this lack of an integrative care approach could limit the effects of a trusting relationship on the patient's satisfaction in competence and relatedness needs and his or her involvement in changing behaviours (Starfield, 2011). Moreover, participants made little mention of the uniqueness of each patient's autonomy preferences. Lee and Lin (2010) examined the link between patients' perceptions of autonomy support and autonomy preferences with regard to their health outcomes and suggested that the links were more positive when patients' autonomy preferences were high. Our results do not mention this, a factor which could increase the efficiency of patient-centred care.

The theme "*Encouraging patients to express themselves*" is related to the involvement dimension of autonomy support. Participants highlighted the importance of a climate allowing (1) positive communication and listening to be established, and (2) the respect and recognition of the patient as a person (Entwistle & Watt, 2013) leading to his or her relatedness need satisfaction (feelings connected to significant others, like healthcare professionals). However,

participants paid little attention to personalizing patient care and clearly indicated that the time required to interact with older people was limited (Mawardi, 1979). Although participants demonstrated their willingness to care for their patients, it is unclear whether this would be sufficient to contribute to a patient's relatedness need satisfaction. Indeed, they did not provide enough details about what they actually did with patients in their daily work and, in particular, they gave little indication of the frequency or length of time spent with the patient or the time spent listening to them.

The theme "*Promoting progress*" is related to the structure dimension of autonomy support. Participants highlighted themes such as presenting clear directions with respect to patient behaviour, offering an action plan to guide patients' activities and providing competence-relevant feedback. These findings confirm the role of SSR units in rehabilitation care (Russell & Bray, 2010). Participants clearly indicated the importance of their active role in providing help and guidance to satisfy the older people's need for competence. In this respect, the results of the present study reflect those of Jang et al. (2010) which emphasized the role of "well structuring teachers" in the satisfaction of needs for competence in a school context. Moreover, participants considered older people as patients who followed activities that were consistent with their treatment plan and recommendations, and implicitly excluded attitudes or activities that challenged patients (Entwistle et al., 2010). Participants did not really discuss the concept of partnership with patients. The literature relating to this indicates that this concept is based on three principles, (1) recognition of the patient's experiential knowledge; (2) the patient's capacity to become an integral part of a healthcare team; and (3) alignment of healthcare decision-making with the patient's life plan (Pomey, Ghadiri, Karazivan, Fernandez, & Clavel, 2015). The present results highlight an ambiguity. It is possible that the structure dimension of autonomy support, as perceived by the participants, allows older people to feel confident and effective in their actions. However, it is also possible that structure, instead of

being perceived as competence-supportive, may instead be perceived by older people as relatively constraining. Further research is needed in this area.

Our results have highlighted healthcare professionals' positive view on what an autonomy supportive environment can represent. Reeve (2006, p. 229) suggested that the motivational style of autonomy-support was based on a set of beliefs and assumptions about the nature of an individual's motivation and engagement, in other words what was expected, and that it was not limited to defined techniques and strategies. In this sense, the present study presents some theoretical and practical implications. Ntoumanis, Quested, Reeve, and Cheon, (2017) suggested that culture influences what people believe to be true, and culture establishes what is most expected, accepted, and common (i.e., what is normative) among teachers, coaches or healthcare professionals. A better understanding of healthcare professionals' beliefs about their role in the health care system and a better understanding of the processes by which an autonomy supportive environment may be facilitated in SSR units could help professionals to use a more autonomy-supportive motivating style. The present study reveals an initial approach, highlighting that healthcare professionals play an important role in the quality of a social context and can facilitate the needs satisfaction and engagement of older people, conditions which are necessary to involve patients more fully in the care process (Chang et al., 2009; Levy, Polman, & Borkoles, 2008). More particularly, the structure and involvement dimensions of autonomy support lead us to reconsider what autonomy support really includes: by defining the boundaries of a style that supports competence and relatedness needs, we also redefine elements of the style that support need of autonomy. Within SDT, structure, involvement and autonomy are separate and compatible dimensions (Deci & Ryan, 2000; Jang et al., 2010). This latter dimension which facilitates and encourages patients to pursue their personal goals and make their own decisions about health care was little addressed by the participants. However, Deci and Ryan (2000) have indicated that structure and involvement need to be coupled with at least

a moderate amount of support of autonomy in order for all psychological needs to be simultaneously supported. From a practical point of view, in an educational or sport contexts Su and Reeve (2011), Cheon, Reeve, Lee, and Lee (2015) and Escriva-Boulley, Tessier, Ntoumanis, and Sarrazin (2018) indicated that it was possible to train teachers or coaches to adopt an autonomy supportive motivational style, preferably through brief session (one to three hours). According to some authors (Ntoumanis et al., 2017), this learning could have a positive impact on health practices to the extent that an intervention could offer sufficient detail to facilitate replication of the behaviour change techniques put in place. Thus, sharing the knowledge gained with this research could enable us to set up intervention in order to (1) familiarize healthcare professionals with the themes associated with an autonomy supportive motivational style and (2) help them to put into practice this motivational style.

Some limitations of the present study should be addressed. Our intention was to improve understanding of healthcare professionals' points of view on behaviours underlying an autonomy supportive motivational style. Other measures of healthcare professionals' behaviour (e.g., direct observations) could also be used. Indeed, changing a person's style of communication can be a time-consuming process (Ntoumanis et al., 2017). Observations could identify what is routinely carried out and show whether it was sufficiently need supportive. It would also be interesting to extend this research to include the points of view of both older people and healthcare professionals on this subject, thus highlighting potential areas of convergence or divergence. Moreover, social relationships within a group influence what can be said. Few contradictions emerged from the focus groups. Although the moderator was careful, and no single participant dominated any group, it is possible that perceptions of influence may have encouraged some to participate more than others. To guard against this, the content of each focus group was given to each participant individually for possible modification, and validation. Finally, regarding the population of the professionals recruited to



participate in the focus groups, it seems clear that we cannot exclude a gender effect, which could have introduced a bias in the data analysis. It would be interesting for future research to ensure gender parity.

In summary, by drawing attention to what can be an autonomy supportive environment, the present study offers useful conceptual resources from SDT for thinking about the role of health care in supporting autonomy. The next stage of research will focus on the patients' point of view to allow comparison. In addition, field observations will be performed to determine which themes and behaviours associated with the notion of autonomy support are actually put into practice. Finally, this article can serve as a starting point to train healthcare professionals in the benefits of adopting an autonomy supportive motivational style.

### **Author statements**

#### *Ethical approval*

The study protocol received approval from the University of Human Research Ethics. File n° 2016-02-01 – recommendation of the Ethics Committee for Non-Interventional Research Tours-Poitiers (CERNI-TP).

#### **Funding**

None declared

#### *Conflict of interest*

None declared



## References

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (7th ed). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Berkman, C. S., Leipzig, R. M., Greenberg, S. A., & Inouye, S. K. (2001). Methodologic issues in conducting research on hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(2), 172-178. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49039.x>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *Série «L'enquête et ses méthodes»: L'entretien*. Paris, FR: Armand Collin.
- Brooks, C., Ballinger, C., Nutbeam, D., & Adams, J. (2017). The importance of building trust and tailoring interactions when meeting older adults' health literacy needs. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2428-2435. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1231849>
- Chang, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S., & Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(12), 1977-1982. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.024>
- Charon, R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Chen, M. F., Chang, R. E., Tsai, H. B., & Hou, Y. H. (2017). Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 27(3), 765-773. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1714-2>
- Cheon, S. H., Reeve, J., Lee, J., & Lee, Y. (2015). Giving and receiving autonomy support in a high-stakes sport context: A field-based experiment during the 2012 London Paralympic Games. *Psychology of Sport and Exercise*, 19, 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.02.007>
- Cheval, B., Chalabaev, A., Quested, E., Courvoisier, D. S., & Sarrazin, P. (2017). How perceived autonomy support and controlling coach behaviors are related to well- and ill-being in elite soccer players: A within-person changes and between-person differences analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 28, 68-77. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.10.006>

- Conroy, S. P., Stevens, T., Parker, S. G., & Gladman, J. R. F. (2011). A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: « Interface geriatrics ». *Age and Ageing*, 40(4), 436-443. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr060>
- Coquelet, F., & Valdelièvre, H. (2011). *Les soins de suite et réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins*. Consulté à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-2.pdf>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Boston, MA, US: Springer US.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024-1037. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.6.1024>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29-39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>
- Entwistle, V. A., Carter, S. M., Cribb, A., & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7), 741-745. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2>
- Escriva-Boulley, G., Tessier, D., Ntoumanis, N., & Sarrazin, P. (2018). Need-supportive professional development in elementary school physical education: Effects of a cluster-randomized control trial on teachers' motivating style and student physical activity. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 7(2), 218-234. <https://doi.org/10.1037/spy0000119>
- Gillet, N., Gagné, M., Sauvagère, S., & Fouquereau, E. (2013). The role of supervisor autonomy support, organizational support, and autonomous and controlled motivation in predicting employees' satisfaction and turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(4), 450-460. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.665228>

- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2015). The importance of older patients' experiences with care delivery for their quality of life after hospitalization. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0982-1>
- Jang, H., Reeve, J., & Deci, E. L. (2010). Engaging students in learning activities: It is not autonomy support or structure but autonomy support and structure. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 588-600. <https://doi.org/10.1037/a0019682>
- Koponen, A. M., Simonsen, N., Laamanen, R., & Suominen, S. (2015). Health-care climate, perceived self-care competence, and glycemic control among patients with type 2 diabetes in primary care. *Health Psychology Open*, 2(1), 205510291557977. <https://doi.org/10.1177/2055102915579778>
- Lee, Y.-Y., & Lin, J. L. (2010). Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient–physician relationships and health outcomes. *Social Science and Medicine*, 71(10), 1811-1818. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.008>
- Levy, A. R., Polman, R. C. J., & Borkoles, E. (2008). Examining the relationship between perceived autonomy support and age in the context of rehabilitation adherence in sport. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 224-230. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.53.2.224>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA, US: Sage Publications.
- Mawardi, B. H. (1979). Satisfaction, dissatisfaction, and causes of stress in medical practice. *The Journal of the American Medical Association*, 241(14), 1483. <https://doi.org/10.1001/jama.1979.03290400043020>
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Ntoumanis, N., Quested, E., Reeve, J., & Cheon, S. (2017). Need supportive communication : Implications for motivation in sport, exercise and physical activity, and physical activity.

- In B. Jackson, J. Dimmock & J. Compton (Eds.), *Persuasion and communication in sport, exercise, and physical activity* (p. 155-169). Abington, UK: Routledge.
- Pardessus, V., Durocher, A. M., & Di Pompeo, C. (2000). Activité réelle d'un service de soins de suite et réadaptation gériatrique. *Revue Gériatrique*, 25(5), 303-310.
- Patrick, H., Turner, J. C., Meyer, D. K., & Midgley, C. (2003). How teachers establish psychological environments during the first days of school: Associations with avoidance in mathematics. *Teachers College Record*, 105(8), 1521-1558. <https://doi.org/10.1111/1467-9620.00299>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3ed). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Pomey, M. P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015). Patients as partners: A qualitative study of patients' engagement in their health care. *Plos One*, 10(4), e0122499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122499>
- Reeve, J. (1998). Autonomy support as an interpersonal motivating style: Is it teachable? *Contemporary Educational Psychology*, 23(3), 312-330. <https://doi.org/10.1006/ceps.1997.0975>
- Reeve, J. (2006). Teachers as facilitators: What autonomy-supportive teachers do and why their students benefit. *The Elementary School Journal*, 106(3), 225-236. <https://doi.org/10.1086/501484>
- Reeve, J. (2009). Why teachers adopt a controlling motivating style toward students and how they can become more autonomy supportive. *Educational Psychologist*, 44(3), 159-175. <https://doi.org/10.1080/00461520903028990>
- Reeve, J. (2016). Autonomy-supportive teaching: What it is, how to do it. In J. C. K. Wang, W. C. Liu, & R. M. Ryan (Eds.), *Building autonomous learners: Perspectives from research and practice using self-determination theory* (p. 129-152). Singapore: Springer.
- Reeve, J., & Jang, H. (2006). What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 209-218. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.98.1.209>
- Reeve, J., Deci, E. L., Ryan, R. M., & Jang, H. (2008). Understanding and promoting autonomous self-regulation: A self-determination theory perspective. In D. H. Schunk &



- B. J. Zimmerman (Eds.), *Motivation and self-regulated learning: Theory, research, and applications* (p. 223-244). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Reeve, J., Jang, H., Carrell, D., Jeon, S., & Barch, J. (2004). Enhancing students' engagement by increasing teachers' autonomy support. *Motivation and Emotion*, 28(2), 147-169. <https://doi.org/10.1023/B:MOEM.00000032312.95499.6f>
- Reina, M. L., Reina, D. S., & Rushton, C. H. (2007). Trust: The foundation for team collaboration and healthy work environments. *AACN Advanced Critical Care*, 18(2), 103-108. <https://doi.org/10.1097/01.AACN.0000269252.94224.0b>
- Russell, K. L., & Bray, S. R. (2010). Promoting self-determined motivation for exercise in cardiac rehabilitation: The role of autonomy support. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 74-80. <https://doi.org/10.1037/a0018416>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). An overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (p. 3-33). Rochester, NY, US: University of Rochester Press.
- Silva, M. N., Markland, D., Carraça, E. V., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., ... Teixeira, P. J. (2011). Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(4), 728-737. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181f3818f>
- Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63-69. <https://doi.org/10.7812/TPP/10-148>
- Stroet, K., Opdenakker, M.-C., & Minnaert, A. (2013). Effects of need supportive teaching on early adolescents' motivation and engagement: A review of the literature. *Educational Research Review*, 9, 65-87. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2012.11.003>
- Su, Y.-L., & Reeve, J. (2011). A meta-analysis of the effectiveness of intervention programs designed to support autonomy. *Educational Psychology Review*, 23(1), 159-188. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9142-7>



- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Vansteenkiste, M., Niemiec, C. P., & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions. In T. C. Urdan & S. A. Karabenick (Eds.), *Advances in motivation and achievement. The decade ahead: Theoretical perspectives on motivation and achievement* (p. 105-165). London, UK: Emerald Group Publishing.
- Vansteenkiste, M., Sierens, E., Goossens, L., Soenens, B., Dochy, F., Mouratidis, A., ... Beyers, W. (2012). Identifying configurations of perceived teacher autonomy support and structure: Associations with self-regulated learning, motivation and problem behavior. *Learning and Instruction*, 22(6), 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2012.04.002>
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (2001). Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical Care*, 39(8), 813-823. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00007>
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651. <https://doi.org/10.2337/diacare.21.10.1644>
- Williams, G. C., Lynch, M. F., McGregor, H. A., Ryan, R. M., Sharp, D., & Deci, E. L. (2006). Validation of the « important other » climate questionnaire: Assessing autonomy support for health-related change. *Families, Systems, and Health*, 24(2), 179-194. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.24.2.179>
- Williams, G. C., Patrick, H., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Lavigne, H. M. (2011). The smoker's health project: A self-determination theory intervention to facilitate maintenance of tobacco abstinence. *Contemporary Clinical Trials*, 32(4), 535-543. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2011.03.002>
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.3.269>

Williams, G. G., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology*, 21(1), 40-50.  
<https://doi.org/10.1037//0278-6133.21.1.40>

# Soutien à l'autodétermination, personnalité et conséquences émotionnelles chez des patients hospitalisés en service de soins de suite et réadaptation

## Apport de la théorie de l'autodétermination

### Résumé

L'hospitalisation représente une étape de vie à laquelle doit faire face une grande majorité des personnes âgées. Cette expérience trop souvent accompagnée d'un déclin physique et psychologique marque pour beaucoup *le début de la fin*. Basé sur les fondements théoriques de la théorie de l'autodétermination (TAD), ce travail doctoral a deux objectifs. (1) Définir qualitativement le soutien à l'autodétermination dans les services de soins de suite et réadaptation (SSR). (2) Connaître l'impact des orientations de causalité des patients sur la perception de soutien ou de contrôle à l'autodétermination et les conséquences motivationnelles et émotionnelles associées. L'étude 1 a montré que les professionnels de santé mettaient en avant une image *idéalisée* de leur environnement de soins. Les patients (étude 2) ont indiqué de nombreuses contraintes qui atténuent l'effet de cette vision positive. L'étude 3 a démontré que les orientations de causalité du patient étaient une variable qui en interaction avec la perception de l'environnement, n'aboutissait pas aux mêmes conséquences motivationnelles et émotionnelles. De par le rôle déterminant octroyé par la TAD à la motivation, les professionnels de santé se doivent d'être capables de nourrir, entretenir et soutenir la motivation des patients. Une réflexion sur les recommandations pratiques et des axes de recherches futurs seront proposés.

**Mots clés :** théorie de l'autodétermination (TAD), personnes âgées, soins de suite et réadaptation (SSR), soutien à l'autodétermination, orientation de causalité.

### Abstract

Hospitalization is a life stage that faces a large majority of older people. This experience is often accompanied by both physical and psychological declines and means, for most of older people *the beginning of the end*. Based on the self-determination theory (SDT), this doctoral dissertation has two objectives. (1) To qualitatively define an autonomy supportive environment in after-care and rehabilitation services (ACRS). (2) To know the impact of causality orientations on patients' perceptions of an autonomy supportive or controlled environment and the associated motivational and emotional consequences. Study 1 showed that healthcare professionals conveyed an *idealized* image of their work environment and the care they provide. Patients (study 2) indicated many constraints that mitigated the effect of this positive view of an autonomy supportive environment and reduced their ability to experience it. Study 3 demonstrated that patient's causality orientations were a variable which interacted with the perception of ACRS environment, did not induce the same motivational and emotional consequences. Thus, these studies contribute to the self-determination theory in the health setting by showing the determining role of patients' motivation. It is therefore necessary for healthcare professionals to be able to feed, maintain and support patients' motivation. In the light of the contribution of the self-determination theory, a reflection about practical recommendations and future lines of research will be proposed.

**Keywords:** Self-Determination Theory (SDT), older people, after-care and rehabilitation services (ACRS), autonomy support, causality orientations.