

La théorisation comme recontextualisation des dynamiques motivationnelles psychosociales : le cas de la non observance des techniques respiratoires dans le cadre d'une réhabilitation cardiaque

Claire Noy, Docteure en Sciences de l'information et de la communication
Université Montpellier 3, France

Fabrice Giraudet, Diplôme d'état en kinésithérapie
Centre hospitalier Universitaire de Montpellier, France

Résumé

En tant que soignant au C.H.U. de Montpellier et enseignante chercheuse en communication, nous avons travaillé sur la problématique de la non observance des techniques respiratoires dans le cadre d'une réhabilitation cardiaque à moyen et long terme. De nombreuses études quantitatives montrent l'intérêt de ces techniques respiratoires pour ce type de rééducation. De nombreux tests tels que BCO, test de motivation, permettent aussi de donner des indices généraux sur les causes de la non observance des patients ayant une pathologie cardiovasculaire chronique, toutefois, il ne nous permettait pas de comprendre le patient et de saisir ce qui pouvait le rendre acteur de sa rééducation. Dès lors nous avons pris le pari d'entrer dans une approche compréhensive et de mettre en place une méthodologie qualitative pour tenter de comprendre les raisons de cette non observance. Ainsi nous avons organisé des enquêtes qualitatives et conçu un livret (carnet de bord) d'accompagnement suite à la première phase d'enquêtes. Ce qui a été très riche et de voir comment la résolution de ce type de problématiques mais aussi l'approche choisie, nous a amené à sortir du schéma classique hypothético-déductif souvent préféré en paramédical, pour entremêler plusieurs compétences et plusieurs disciplines pour lire les résultats recueillis et proposer des solutions propices à une optimisation de l'observance chez ces patients.

Mots clés

OBSERVATION, MOTIVATION, COMPRÉHENSION, PROJET, ACCOMPAGNEMENT

Introduction : Genèse du projet

En tant que kinésithérapeute au C.H.U. de Montpellier et enseignante chercheuse en communication, nous avons travaillé sur la problématique de la non observance des

RECHERCHES QUALITATIVES – Hors-série « Les Actes » – numéro 27 – pp. 162-175.

LA SYNTHÈSE EST-ELLE POSSIBLE EN RECHERCHE QUALITATIVE?

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2023 Association pour la recherche qualitative

techniques respiratoires dans le cadre d'une réhabilitation cardiaque à moyen et long terme. De nombreuses études quantitatives montrent l'intérêt de ces techniques respiratoires pour ce type de rééducation. De nombreux tests tels, que BCO, test de motivation, permettent aussi de donner des indices généraux sur les causes de la non observance des patients ayant une pathologie cardio-vasculaire chronique. Les kinésithérapeutes ne comprenaient pas cette non observance des techniques respiratoires. En effet cette prise en charge paraît indispensable pour la santé du patient. Pourquoi ce dernier ne s'engage-t-il pas à suivre le protocole indiqué?

Cette recherche, associant un kinésithérapeute et une enseignante chercheuse en communication, nous a demandé de réinterroger nos pratiques et nos analyses, de les partager, de les expliciter, de les justifier aussi parfois.

Ainsi, notre intervention tente de mettre en tension nos approches pour réfléchir à la portée de la théorisation ancrée d'une part, mais aussi d'optimiser, par cette approche, la relation soignant /patient. C'est ce dialogue que nous aimerions partager.

Contextualisation de l'étude et protocole de recherche-action

Le service de réhabilitation cardiaque reçoit des patients externes. Les séances sont soit collectives soit individuelles. Elle est orientée pour des patients atteints de pathologies coronaires qui ont subi soit un pontage soit une angioplastie. Elle se déroule sur une période de quatre semaines à raison de cinq séances par semaine. Chaque séance est composée de quarante-cinq minutes de gymnastique et de quarante-cinq minutes de travail sur ergo-cycle ou tapis de course. L'activité gymnique est constituée d'exercices respiratoires, d'étirement, de renforcement musculaire et d'exercices de gainage. L'activité d'endurance se déroule sur tapis de course et ergocycle pendant une durée de trente minutes.

La problématique de l'observance

Suite à ces quatre semaines de prise en charge, l'observance des exercices est indispensable. L'observance thérapeutique est une notion incontournable dans les pathologies chroniques. Car une observance trop réduite a des conséquences sur l'évolution de la maladie. En deçà d'un seuil, le traitement devient inefficace ce qui veut dire des dépenses inutiles et un risque augmenté de récurrence ou d'aggravation de la maladie. Cependant l'observance n'est pas seulement un résultat, c'est avant tout un processus. De nombreux cofacteurs sociaux, comportementaux, émotionnels, et cognitifs peuvent l'influencer. C'est ce qui rend complexe la prise en charge de ce type de pathologies et demande une collaboration multidisciplinaire. Du mode paternaliste, où le patient obéit, le système de santé s'est orienté autour d'une alliance entre le patient et les soignants. Le patient est devenu l'acteur principal de sa santé. Le mot initial « compliance » a été remplacé au début des années 2000 par le concept d'observance induisant dans le même temps l'idée la non-observance. Ainsi notre

travail tente d'appréhender la non observance du point de vue du soigné et non du soignant.

Notre positionnement en recherche-action

Nous positionnant dans la recherche-action, nous avons fait un va-et-vient entre le terrain et la recherche, nous amenant à tester de nouveaux supports suite aux premiers résultats. En effet, comme nous l'avons annoncé dès le départ, cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative et nécessite donc une approche empirico-déductive. Cette approche demande que ce soit l'exploration de terrain qui fasse émerger les problèmes ou du moins des axes de recherche. Ainsi contrairement à une démarche hypothético-déductive, nous sommes partis des perceptions et attentes des patients pour tenter de construire un programme optimisé et motivant de rééducation cardiaque.

Les différentes étapes de compréhension et d'évolution de notre recherche-action sont :

1. Étape 1 : évaluation du suivi du protocole de « Cohérence Cardiaque » pendant la réhabilitation cardiaque.
2. Étape 2 : entretiens qualitatifs individuels et 1^{er}s résultats sur la perception des techniques respiratoires des patients en réhabilitation cardiaque.
3. Étape 3 : conception d'un livret de suivi des exercices respiratoires et nouveaux résultats sur la perception des techniques respiratoires des patients en réhabilitation cardiaque.
4. Étape 5 : enquête téléphonique et 2^{ème} analyse sur le taux d'observance suite à la mise en place du livret et de la formulation d'objectif.

Positionnement constructiviste et approche compréhensive

Il nous a semblé important d'introduire des méthodologies qualitatives et d'amener l'objet de recherche vers une théorisation ancrée afin de comprendre le patient, sa perception de sa pathologie, d'abord, mais aussi de l'importance de la rééducation. En effet les enquêtes quantitatives citées plus haut, montraient indéniablement les résultats positifs de la réhabilitation, mais ne nous permettaient pas de comprendre le patient et de saisir ce qui pouvait le rendre acteur de sa rééducation. Dès lors nous avons pris le pari d'entrer dans une approche compréhensive et de mettre en place une méthodologie qualitative pour tenter de comprendre les raisons de cette non observance. Ainsi nous avons organisé des enquêtes qualitatives et conçu un livret (carnet de bord) d'accompagnement suite à la première phase d'enquêtes. Ce qui a été très riche est de voir comment la résolution de ce type de problématiques mais aussi l'approche choisie, nous ont amenés à sortir du schéma classique hypothético-déductif souvent préféré en paramédical, pour entremêler plusieurs compétences et plusieurs disciplines pour lire les résultats recueillis et proposer des solutions propices à une optimisation de l'observance chez ces patients au travers du protocole de la théorisation ancrée.

La théorisation ancrée est, pour rappel, un traitement qualitatif, progressif et itératif des données qui s'organise en six étapes :

1. Codification
 2. Catégorisation
 3. Mise en relation
 4. Intégration
 5. Modélisation
 6. Théorisation
- **Phase 1 : entretiens individuels** auprès de 15 patients en stage de réhabilitation cardiaque au mois de novembre.
 - **Phase 2 :** proposition d'un **carnet d'accompagnement** aux exercices respiratoires lors d'un programme de réhabilitation cardiaque à un groupe de 13 patients au mois de janvier.
 - **Phase 3 : enquête téléphonique** sur la réalisation des exercices respiratoires quatre semaines après la réhabilitation.
 - Le traitement des données qualitatives recueillies a été fait en utilisant le **logiciel Nvivo**, permettant de coder et de catégoriser les récurrences dans les réponses données.

L'étude s'est donc déroulée dans le service de réhabilitation cardiaque du CHU de Montpellier de septembre à mars dans le centre dans lequel des exercices respiratoires de « cohérence cardiaque » sont systématiquement proposés.

Un dialogue constructif sur nos protocoles scientifiques et notre positionnement de chercheurs

Cette volonté d'apporter un regard empirico-inductif sur cette problématique de santé, souvent traitée dans une démarche hypothético-déductive du soin, nous a amenés à partir de l'acteur et à appréhender la non observance du point de vue du soigné et non du soignant.

Cette recherche nous a permis de mieux saisir le processus proposé par la théorisation ancrée, ses points forts et peut-être ses biais.

La recherche visait à comprendre la non observance des patients mais surtout à proposer des dispositifs visant à l'améliorer. Nous réfléchissons, ainsi sur la portée de chaque étape et sur notre investissement dans la recherche, en tant que kinésithérapeute et en tant que communicante.

Le codage des données : du verbatim au prisme de la discipline?

La théorisation ancrée est une approche qui précise un phénomène donné à partir de l'observation systématique des cas ou des situations qu'elle considère comme des instances de ce phénomène (Laperrière, 1997).

Déjà, dans la partie de codage, déjà il est nécessaire de commencer à trier afin d'ensuite catégoriser.

Alors que le prisme du kinésithérapeute organiserait plutôt les codes autour de l'effort, des techniques, des douleurs, de l'activité, le prisme du chercheur constructiviste va plutôt lui s'orienter vers les perceptions, attentes et projets des patients.

1. le kinésithérapeute sélectionne dans les verbatims des patients et travaille à partir de ces derniers avec une focalisation sur l'activité respiratoire et de la réhabilitation.

Exemples de codes repérés : *mal-être, douleur, désintérêt, besoin d'accompagnement, guidance technologique, performance, baisse du stress, efforts, difficultés à tenir sur le temps demandé, respiration pour l'exercice physique...*

2. Le chercheur constructiviste lui, repère les verbatims relevant des ressentis et perceptions des patients, dans les expériences qu'ils relatent.

Exemples de codes repérés : *mal-être, désintérêt, besoin d'accompagnement, guidance technologique, confiance en soi, bien-être, baisse du stress, pas le temps, crainte de mal faire, solitude, expérience similaire, aucun ressenti...*

Les deux regards posés sur les données sont semblent-ils subjectifs quant aux intentions de recherche portées et relatifs à leur discipline mais restent ancrés dans les données recueillies et n'interprètent ni n'induisent des résultats. Les codes- chevilles (codes qui semblent montrer une idée, un phénomène) et les codes centraux (qui semblent faire émerger des points intéressants à analyser) s'ancrent indubitablement dans le corpus recueilli mais sont sélectionnés par nos focales disciplinaires.

Ainsi, là où le kinésithérapeute mettra, par exemple, un code central « *difficultés et douleur* », le communicant choisira plutôt « *besoin d'accompagnement* ».

Dès lors, notre propos vise à montrer que notre investigation dans le corpus recueilli se construit, dans cette démarche de théorisation ancrée, dès la codification et plus spécifiquement à travers l'émergence de codes centraux et chevilles. Ceci reste un constat et n'enlève rien à l'importance de cette étape de codification, garante de la scientificité de la recherche par la mise en évidence des récurrences.

- *Douleurs et difficultés à l'effort.*
- *La respiration, complémentaire à l'activité.*
- *Crainte de mal faire et de se faire mal.*
- *Importance d'accompagnement.*
- *Besoin d'évaluation.*
- *Importance d'indicateurs de performance.*
- *Pouvoir refaire une activité comme avant.*
- *Peur de la récurrence.*

Le regard de la communicante s'est plus focalisé sur les motivations des patients afin de comprendre pourquoi malgré des points aussi positifs que l'amélioration du bien-être ou de la confiance en soi, les patients ne continuaient pas les exercices respiratoires à court et moyen terme. Un autre point important que le kinésithérapeute n'a pas sélectionné s'avère l'expérience préalable

- *Relation à l'activité physique et au corps modifiés.*
- *Difficulté à se projeter dans l'avenir.*
- *Envie d'être comme avant.*
- *Crainte de mal faire et de se faire mal.*
- *Besoin de relation avec les soignants et patients.*
- *Réadaptations à la vie quotidienne.*

La construction et la consolidation des catégories sont des activités extrêmement importantes, dont les répercussions se feront sentir jusque dans l'écriture finale. Chacune des catégories d'une analyse par théorisation ancrée porte en elle une description riche et une analyse fine d'un aspect important de la réalité étudiée (Paillé, 1994, p. 167).

Effectivement nous pouvons voir que les deux formes de catégorisation amènent à un aspect important de la réalité étudiée mais en même temps décontextualise une partie de la problématique. Ainsi nous nous demandons si le prisme disciplinaire dans lequel se trouve chaque chercheur ne risque parfois pas d'amputer une partie de la réalité fondamentale pour l'acteur; d'où l'intérêt de proposer des études pluridisciplinaires mettant en lumière plusieurs facettes du problème.

Fern (2001) a colligé des données empiriques à ce propos : en entretien de groupe, les participants produisent moins (30 %) d'idées et celles-ci sont de moins bonne qualité qu'en entretien individuel. Il rapporte certaines études qui montrent que des entretiens individuels précédant des

entretiens de groupe produisent des données plus diversifiées que l'ordonnement contraire (Baribeau & Germain, 2010, p. 34).

Le focus group peut être ici une étape différente permettant à la catégorisation de ne pas se baser uniquement sur la créativité et l'esprit de synthèse du chercheur mais de travailler avec les différents de personnes ayant répondu aux entretiens individuels. Le focus group est souvent réalisé au départ pour tenter d'avoir une vision commune d'une situation.

Dans le stade de la catégorisation, elle peut être ce que l'on appelle plus globalement un métaplan c'est-à-dire cette capacité à mettre ensemble. C'est pourquoi le focus group paraît être important à ce stade pour que les interviewés participent à la mise en relation et pour que justement notre empreinte disciplinaire et théorique n'induisse pas de manière trop forte la compréhension générale *de ce qui se passe?* Ce processus itératif cher à la théorisation ancrée peut ici être indubitablement une valeur ajoutée pour continuer à ancrer l'avancée de l'analyse dans les pratiques et perceptions des acteurs. Finalement on pourrait se demander si la différence entre la mise en relation et la modélisation, ne trouverait pas toute sa pertinence, dans cette reconstruction du sens de la situation par les acteurs, à partir des catégories créées par les chercheurs.

La mise en relation : une recontextualisation au prisme de la discipline?

Le travail de mise en relation va viser, à partir de maintenant, à documenter des liens, à compléter l'examen vertical du corpus par une analyse transversale, à déceler, dégager, expliciter le motif derrière la forme, bref à reconstruire l'événement, l'expérience, la trajectoire (Paillé & Mucchielli, 2016).

Pour continuer à illustrer notre propos, à partir de ce cas, nous avons pu, en associant nos points de vue et nos catégories, proposer une mise en relation des catégories afin de mettre en place une première recontextualisation de ce « qui fait sens » pour le patient et surtout d'une compréhension du pourquoi de la non observance des techniques respiratoires.

Cette première mise en relation nous a permis de recentrer notre propos sur le projet du patient et sur ce qu'il pouvait mettre en place. Les deux besoins, d'accompagnement et de sécurité ont, dès lors, émergé de cette mise en relation, permettant un début de compréhension des réseaux de la non observance des exercices dans le cadre d'une réhabilitation cardiaque. Ainsi une discussion du soignant sur les objectifs que chaque patient pouvait imaginer atteindre a été proposée.

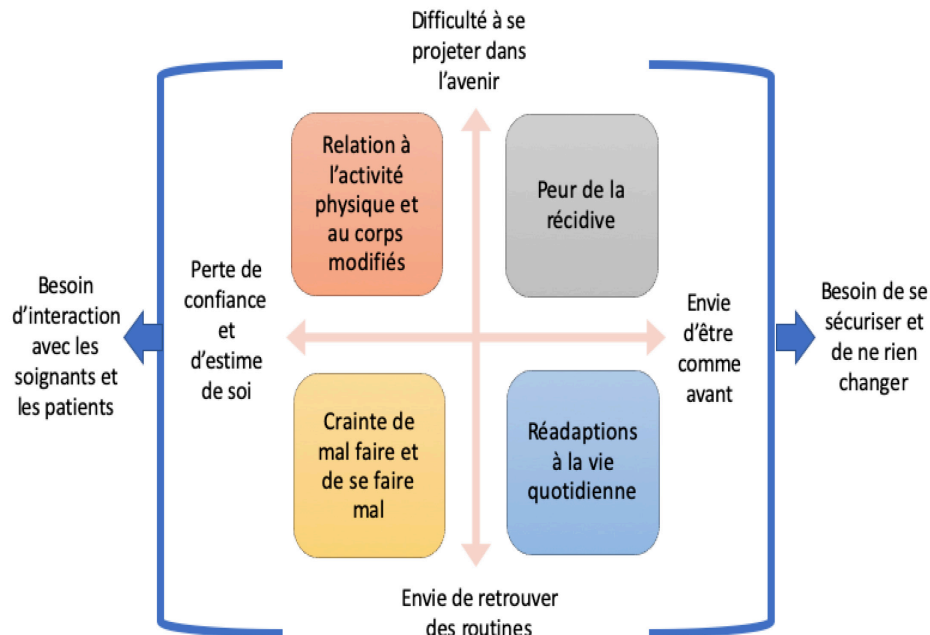


Figure 2. Mise en relation des catégories et émergence de sens.

La théorisation : de la traduction théorique au prisme des dynamiques motivationnelles psychosociales?

Or qu'est-ce que théoriser? C'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. En fait, théoriser, ce n'est pas, à strictement parler, faire cela, c'est d'abord aller vers cela (Paillé, 1994, p. 149).

Une traduction théorique s'avère nécessaire à ce stade afin de recentrer nos propos sur les perceptions, attentes et motivations des patients dans une perspective psychosociale. Suite à la mise en relation, nous avons posé la question « *Pouvez-vous me formuler un objectif que vous avez personnellement envie d'atteindre?* ».

Les réponses des patients, sur les objectifs principaux de leur présence en réhabilitation, mettent en avant deux éléments motivationnels qui sont *l'amélioration de leurs qualités physiques et redevenir comme avant. Mais aucune volonté de changement.*

Cette analyse des données nous a permis de comprendre que ce n'était pas les exercices en tant que tels qui étaient en cause, mais essentiellement un problème de motivation et de refus au changement. La recontextualisation devait aussi se comprendre dans les dynamiques motivationnelles psychosociales. Pour cela, la théorie des motivations (TAD) et celle de l'auto-efficacité (Bandura), nous ont permis de mettre en place une perspective proactive d'aide et d'accompagnement à l'observance des techniques respiratoires propice à une véritable réhabilitation cardiaque sur le moyen et long terme.

Les résultats du recueil de données que nous avons obtenus à travers le carnet, mettent en évidence que, malgré la présence des facteurs de plaisir, d'intérêt, de compétences, seulement la moitié des patients continue à pratiquer les exercices respiratoires à quatre semaines de la réhabilitation. La pratique des exercices respiratoires est liée dans la majorité des cas à la pratique d'exercice physique.

Lors de la première et deuxième phase d'étude, quinze patients sur vingt-huit n'envisagent pas de continuer les exercices respiratoires seuls. Sur les treize autres, la pratique est associée à l'activité physique, à la présence de kinésithérapeute, à une séance collective ou à des objets connectés tels que montres connectées ou applications. Enfin, notons que 60 % des patients ayant rempli les carnets voient des *contraintes à la réalisation de cette pratique*. Elles reposent sur le fait que les patients ont besoin d'être soit seul soit en groupe, qu'ils n'y pensent pas, ou que le cadre familial ne s'y prête pas.

La théorie de l'autodétermination (TAD) de Deci et Ryan (2000) nous a paru être la plus pertinente pour construire notre grille de réflexion. La TAD peut être appliquée dans de nombreux domaines tels que le travail (management), le sport, ou la santé.

La théorie de l'autodétermination (TAD; e.g., Deci et Ryan, 2000, 2002, 2008a) est une théorie de la motivation humaine qui apporte un éclairage à ces différentes questions. [...] Elle propose une approche plus qualitative, reconnaissant l'existence de différents types de motivation dont les conséquences affectives, cognitives ou comportementales ne sont pas équivalentes. [...] la TAD adhère au postulat « 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. Autrement dit, selon la TAD l'engagement dans des activités qui présentent un défi à surmonter, l'exercice et le développement de ses capacités, la recherche de liens sociaux, l'intégration des expériences dans une unité relative du moi, sont

des capacités innées qui participent d'un dessein adaptatif des organismes humains (Ryan & Deci, 2002). (Sarrazin et al., pp. 274-275.)

Cette théorie nous intéresse car, travaillant avec l'idée que le patient doit être acteur de sa rééducation, ce premier postulat organismique concorde avec le cadre dans lequel s'insère la réhabilitation cardiaque et son observance.

Ce qui nous interpelle dans le cadre de ce travail, sont les perspectives que nous offre la TAD (Théorie de l'autodétermination) qui propose une gradation de comportements autodéterminés en fonction du type de motivation animant l'individu.

Trois types de motivations : intrinsèque, extrinsèque et l'absence de motivation, l'amotivation, sont proposés.

Nous nous intéresserons aux différents éléments influençant la motivation intrinsèque et extrinsèque, sachant que nous souhaitons amener le patient à tendre vers une motivation intrinsèque. Elle est la forme de motivation qui conduit à des comportements autodéterminés et, si elle est présente dans une activité, garantit une pratique régulière. Cette motivation intrinsèque (MI) s'observe quand l'individu réalise une activité pour la satisfaction qu'elle lui procure en elle-même, et non pour une conséquence quelconque qui en découlerait. L'engagement est spontané, nourri par l'intérêt, le plaisir, la satisfaction, la curiosité ou le défi que véhicule l'activité. Les prototypes des activités qui génèrent ce type de motivation sont les passe-temps ou les activités de loisir.

Dans la terminologie de Decharms et Carpenter (1968), quand les gens sont motivés intrinsèquement, ils perçoivent un lieu de causalité interne : ils se sentent « à l'origine » des comportements qu'ils réalisent. La motivation extrinsèque (ME) correspond pour sa part, à tout engagement dans une activité afin d'atteindre un but, un résultat, une récompense ou ne pas être puni. Les individus sont supervisés par la personne offrant la récompense attendue. Si elle est ressentie comme informationnelle, elle peut augmenter le sentiment de compétence et agir positivement sur la motivation intrinsèque. Si la récompense est vécue comme ayant un effet contrôlant, elle baisse la motivation intrinsèque. En examinant nos résultats, nous avons constaté que ces deux types de motivations étaient présents dans nos enquêtes.

Dans le champ de la motivation extrinsèque, nous retrouvons les objectifs de participation à la réhabilitation cardiaque. Le premier objectif, cité par dix-sept patients sur vingt-huit, est *d'améliorer leur capacité physique*. Les quatre semaines de pratiques physiques vont permettre au patient de sentir et de vérifier par des informations quantitatives comme sa fréquence cardiaque, son niveau de d'intensité d'effort, l'amélioration de sa condition physique. Ce biofeedback informationnel renforce la motivation des patients à pratiquer. À l'inverse, pour les exercices respiratoires, cette notion d'amélioration des capacités physiques est présente uniquement dans les attentes de trois patients. Ils sont perçus comme un outil, une aide

pour récupérer d'un effort physique. Le troisième objectif, mentionné dans le carnet d'accompagnement, est la *peur de la récurrence*. Elle est cochée par un patient sur deux. L'atteinte de cet objectif est difficilement prévisible. Les risques de récurrences peuvent être dépendants de l'adhésion du patient au traitement et aux recommandations médicales et paramédicales, mais pas seulement.

Dans le champ de la motivation intrinsèque, la raison principale à la pratique d'exercices respiratoires, citée par dix patients sur vingt-cinq, est le *besoin de détente et de bien-être* avec une notion de *plaisir* associée. Cependant l'engagement spontané ne semble pas présent durant la réhabilitation puisque la pratique personnelle s'avère quasiment inexistante.

Si nous synthétisons à la fois les paramètres qui ressortent de nos enquêtes auprès des patients et les facteurs qui paraissent jouer sur la motivation de ces derniers, les trois piliers pouvant permettre de l'améliorer grâce à l'intervention du kinésithérapeute sont : l'autonomie, la personnalisation, l'accompagnement. Nous arrivons ainsi à cette modélisation de la Figure 3.

Conclusion

« La théorisation ancrée vise d'abord l'élaboration d'une théorie, certes enracinée dans la réalité empirique, mais n'en constituant pas une description » (Laperrière, 1997, p. 309). La démarche s'intéresse également aux processus sociaux fondamentaux qui sous-tendent le phénomène à l'étude. Cette théorie a pour unité d'analyse les incidents ou les problèmes concrets reliés à la dynamique des phénomènes psychologiques ou sociaux tels que vécus par les acteurs dans une situation exemplaire (Katambwe et al., 2014).

Cette analyse qualitative a permis de :

- Changer le regard du patient en le rendant acteur de sa santé.
- Changer le regard du soignant en mettant le patient, ses perceptions, ressentis et motivations au centre du programme de réhabilitation.
- Mettre en place des nouveaux outils pour accompagner les patient(e)s dont une application qui permet de continuer à accompagner le patient et de créer des espaces d'échange et de partage.

Les récits des patients, l'accompagnement sur la formulation des objectifs, l'écoute ont permis de repositionner l'observance, non pas comme une nécessité médicale mais véritablement comme un projet de vie à construire. Cette évolution n'a pu être possible que grâce au recueil qualitatif et à la compréhension de ce qui fait sens pour le patient, acteur de sa réhabilitation. Les enquêtes qualitatives nous ouvrent ainsi des perspectives propices à une meilleure prise en charge et accompagnement du patient.

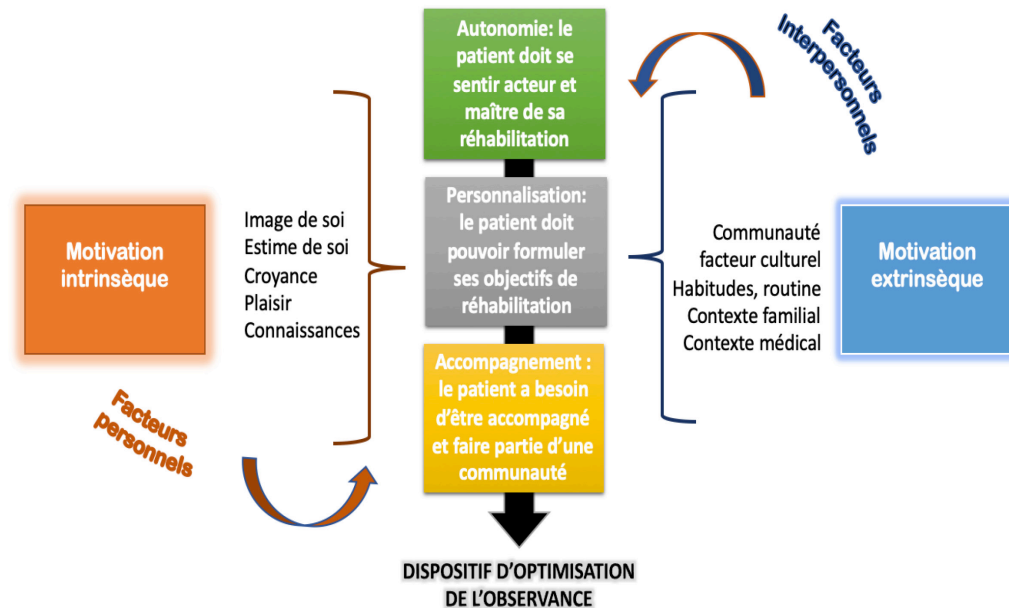


Figure 3. Perspectives pour l'optimisation de l'observance des exercices respiratoires.

Références

- Baribeau C., & Germain M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Decharms, R., & Carpenter, V. (1968). Measuring motivation in culturally disadvantaged school children. *The Journal of Experimental Education*, 37(1), 31-41.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Katambwe, J., Genest, K., & Porco, B. (2014). Approches méthodologiques et objets d'induction organisationnels : la pertinence d'une stratégie de recherche multiétagée. *Approches inductives*, 1(1), 239-268. <https://doi.org/10.7202/1025752ar>

- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-339). Gaëtan Morin.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). La mise en place d'une théorisation. Dans P. Paillé, & A. Mucchielli (Éds), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 379-410). Armand Colin.
- Sarrazin, P., Pelletier, L., 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'auto-détermination. Dans M. Krumm, & C. Tarquinio (Éds), *Traité de psychologie positive* (pp. 273-312). De Boeck.

Pour citer cet article :

Noy, C., & Giraudet, F. (2023). La théorisation comme recontextualisation des dynamiques motivationnelles psychosociales : le cas de la non observance des techniques respiratoires dans le cadre d'une réhabilitation cardiaque. *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, (27), 162-175.

Claire Noy est Maîtresse de conférences en Sciences de l'information et de la communication à l'I.T.I.C., à l'Université Montpellier 3 et chercheuse au laboratoire CERIC LERASS. Elle s'intéresse au positionnement et appropriation des dispositifs communicationnels scientifiques et pédagogiques et tente par une approche compréhensive d'en comprendre les usages et pratiques.

Fabrice Giraudet est masseur kinésithérapeute au Centre hospitalier Universitaire de Montpellier. Il a pour intérêts de recherche, l'éducation thérapeutique du patient en général et l'observance à moyen et long terme des exercices et pratiques conseillés par les soignants en particulier.

Pour joindre des auteurs :

claire.noy@univ-montp3.fr

f-giraudet@chumontpellier.fr