



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2- L 335.10.

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND-EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LA PERSONNE ADULTE ATTEINTE
D'UNE PARALYSIE CÉRÉBRALE : À TRAVERS UNE ÉTUDE
QUALITATIVE, PROPOSITION D'UN OUTIL AUX MASSEURS-
KINÉSITHÉRAPEUTES POUR ÉVALUER LES BESOINS DU PATIENT
EN TERMES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES.**

Sous la direction de
Mme CARA-CONTINI Isabelle

Mémoire présenté par Estelle FILLON,
étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



UE28 – MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussignée, Estelle FILLON.

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 20.04.2020

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'activité physique chez la personne adulte atteinte d'une paralysie cérébrale : à travers une étude qualitative, proposition d'un outil aux masseurs-kinésithérapeutes pour évaluer les besoins du patient en termes d'activités physiques.

Introduction : De nombreux jeunes adultes atteints de paralysie cérébrale (PC) ont une pratique insuffisante d'activités physiques modérées à vigoureuses. Ce mode de vie augmente les facteurs de risques de morbidité et comorbidité. Il peut également participer à l'exacerbation des conséquences secondaires à la paralysie cérébrale et conduire à une perte fonctionnelle précoce. L'objectif est de proposer aux masseurs-kinésithérapeutes un outil d'évaluation de l'activité physique d'un adulte jeune atteint de paralysie cérébrale, mais également d'obtenir une adhésion des masseurs-kinésithérapeutes à l'outil. Les hypothèses sont les suivantes. L'outil créé apporte une plus-value à l'arbre décisionnel du masseur-kinésithérapeute et permet la mise en place de stratégies pour un devenir actif de la personne atteinte de paralysie cérébrale. Le masseur-kinésithérapeute peut ajouter l'outil à son bilan diagnostic kinésithérapique.

Matériel et Méthode : Deux phases se distinguent. Tout d'abord, un outil a été conçu principalement à partir d'une recherche littéraire. Secondairement, nous avons réalisé une étude qualitative transversale au moyen d'entretiens semi-directifs auprès de masseurs-kinésithérapeutes expérimentés dans la paralysie cérébrale. Ils ont été recrutés à partir de deux carnets d'adresse par effet boule de neige. Une analyse de contenu a permis l'extraction de données du matériel et leur interprétation. Les données ont été analysées avec Microsoft office®.

Résultats : Deux masseuses-kinésithérapeutes ont été interrogées. Les objets d'attitude « forme de l'outil », « corps du texte » et « résultats » ont respectivement pour valeurs directionnelles – 0,2 ; 0,2 et 0,6. Par conséquent, l'outil a une valeur directionnelle de + 0,2. L'opinion globale des masseuses-kinésithérapeutes envers l'outil est favorable. Toutefois, une certaine nuance est à retenir.

Discussion et conclusion : L'outil semble être adapté à une population d'adultes jeunes atteints de PC âgés de dix-huit à trente-cinq ans et ne présentant pas de troubles cognitifs majeurs. Les masseuses-kinésithérapeutes semblent avoir une opinion favorable sur l'utilisation de l'outil. L'outil semble apporter une plus-value aux masseurs-kinésithérapeutes et aurait un impact positif sur la personne atteinte de PC. Il serait intéressant de compléter l'étude avec d'autres entretiens individuels ou de groupe.

Mots-clés : activité physique ; adulte ; enquête qualitative ; outil ; paralysie cérébrale.

Physical activity in adults with cerebral palsy : through a qualitative study, proposal of a tool for physiotherapists to assess the patients' needs in terms of physical activities.

Introduction : Many young adults with cerebral palsy (CP) have a low levels of moderate to vigorous physical activity. This life style increases the risk factors for morbidity and comorbidity. It can also participate in the exacerbation of the secondary consequences to cerebral palsy and lead to early functional deficit. The aim is to offer physiotherapists a assessment tool for assessing the physical activity of a young adult with cerebral palsy, but also to gain physiotherapists' support for the tool. The hypothesis are as follows. The tool created brings added value to the decision-tree of the physiotherapist. It enables the implement of strategies for the active becoming of the person with cerebral palsy. The physiotherapist can add the tool to his physiotherapy diagnostic assessment.

Material and Method : There are two phases. Firstly, a tool was designed mainly from literary research. Secondly, we carried out a transversal qualitative study by means of semi-structured interviews with physiotherapists experienced in cerebral palsy. They recruited from two address books by snowball effect. A content analysis enabled the extraction of data from the material and their interpretation. The data was analyzed with Microsoft office®.

Results : Two physiotherapists were questioned. Attitude objects « tool shape », « main text » and « results » have respectively directional values – 0,2 ; 0,2 and 0,6. Therefore, the tool has a directional value of + 0,2. The physiotherapists' overall opinion towards the tool is favorable. However, there is a certain nuance to remember.

Discussion and conclusion : The tool seems to be appropriate for a population of young adults with CP aged eighteen to thirty five years old and without major cognitive impairment. The physiotherapists have a favorable opinion on the use of the tool. The tool seems to bring added value to physiotherapists and would have a positive impact on the person with CP. It would be interesting to complete the study with other individual or group interviews.

Keywords : Physical activity ; adult ; qualitative study ; tool ; cerebral palsy

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. CADRE THÉORIQUE.....	3
2.1. Paralyse cérébrale.....	3
2.1.1. Définition.....	3
2.1.2. Tableaux cliniques et classifications.....	3
2.1.3. Enquête ESPaCe.....	5
2.2. Activité physique adaptée et pathologie chronique.....	5
2.2.1. Terminologie.....	5
2.2.2. Bénéfices de l'activité physique.....	6
2.2.3. Recommandations.....	7
2.2.4. Prescription d'activités physiques adaptées.....	8
2.3. Freins et barrières pour la mise en place d'une activité physique adaptée soutenue dans le temps.....	9
2.3.1. Identification des obstacles majeurs.....	9
2.3.2. La motivation.....	9
3. MATERIEL ET METHODE.....	10
3.1. Méthode.....	10
3.1.1. Phase 1 :.....	10
3.1.2. Phase 2 : entretien semi-directif.....	13
3.2. Matériel.....	16
3.2.1. Phase 1 : Forme de l'outil d'évaluation.....	16
3.2.2. Phase 2 : entretien semi-directif.....	18
3.3. Méthodologie d'analyse des données recueillies.....	19
3.3.1. L'analyse thématique.....	20
3.3.2. Analyse de l'évaluation et analyse directionnelle.....	20
4. RESULTATS.....	21
4.1. Phase 1 :.....	21
4.1.1. Résultat de la stratégie documentaire.....	21
4.1.2. Résultat de la confrontation de l'outil à la population cible.....	22
4.2. Phase 2 : analyse de contenu.....	22
4.2.1. Caractéristique de la population.....	22

4.2.2. Analyse thématique	23
4.2.3. Analyse de la fréquence	25
4.2.4. Analyse directionnelle et analyse de l'évaluation.....	27
5. DISCUSSION.....	34
5.1. Analyse de la méthodologie	34
5.2. Analyse des résultats	37
5.2.1. Amélioration de l'outil d'évaluation	37
5.2.2. Adaptation à la population	38
5.2.3. Les échelles complémentaires.....	38
5.2.4. Diagramme.....	39
5.3. Conclusion et perspective d'approfondissement	39

LISTE DES ABRÉVIATIONS COURAMMENT UTILISÉES :

AP : Activité physique

APA : Activité Physique Adaptée

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique.

BREQ-2 : Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire – 2

CEM : Centre d'Education Motrice

GMFCS : Gross Motor Function Classification System

MK : Masseur(s)-kinésithérapeute(s) ou masseuse(s)-kinésithérapeute(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PC : Paralysie cérébrale

1. INTRODUCTION

La paralysie cérébrale (PC) est définie comme « *un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, attribuables à des atteintes non progressives survenues sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, d'une épilepsie et de problèmes musculo-squelettiques secondaires* » (1). Les troubles du développement du mouvement et de la posture constituent les conséquences primaires de la pathologie. Ils entraînent des conséquences secondaires et peuvent nuire aux capacités physiques et à la qualité de vie de la personne présentant une PC (2,3).

Il est largement démontré dans la littérature que de nombreux jeunes adultes atteints de paralysie cérébrale ont une pratique insuffisante d'activités physiques (AP) modérées à vigoureuses (4,5). Il est également retrouvé dans la littérature une réduction des capacités physiques, une diminution de l'endurance cardiorespiratoire, ainsi qu'un comportement caractérisé de sédentaire (4,5).

Ces aspects peuvent déjà être présents dès l'enfance. En comparaison avec leurs pairs en développement typique, les enfants atteints de paralysie cérébrale ont une pratique en termes d'activités physiques modérées à intenses moindre (6,7). Il est également mis en avant un comportement sédentaire prépondérant et une capacité aérobie plus faible (6–8). A partir de l'adolescence, il est observé de surcroît une diminution de la thérapie physique (4). La période de passage à l'âge adulte est synonyme de nombreux changements dans l'environnement de la santé de l'adolescent (5,9). Des barrières peuvent nuire au succès de cette transition notamment dans le champ de la santé physique (9). Or, nous savons que plus de 90% des personnes atteignent l'âge adulte (9). Selon les données de la Fondation Paralysie Cérébrale, actuellement environ 125 000 individus (enfants, adolescents et adultes) présentent une paralysie cérébrale en France.

Au même titre qu'une personne lambda, une faible activité physique et un comportement sédentaire augmentent les facteurs de risques de comorbidité et de mortalité précoce (5,10). Ce mode de vie peut également exacerber les conséquences secondaires à la paralysie cérébrale et conduire à une perte fonctionnelle précoce (2,5,10). La recherche d'un maintien d'une activité physique régulière chez les sujets adultes atteints de PC est donc d'autant plus justifiée.

En tant que professionnel de la santé, les masseurs-kinésithérapeutes (MK) ont un rôle déterminant dans la promotion, la mise en place et le maintien de l'activité physique dans le cas d'une pathologie chronique. De nombreuses études font référence à des programmes adaptés d'AP. Cependant, peu d'entre elles évoquent ou détaillent les moyens mis en œuvre pour adapter cette activité à l'individu. Selon Clanchy *et alii.*, beaucoup de programmes d'activités seraient inefficaces (11).

Le MK doit avoir à sa disposition toutes les clefs pour développer et adapter des stratégies optimales et individualisées à l'individu. C'est pourquoi, l'objectif est de proposer aux masseurs-kinésithérapeutes un outil d'évaluation de l'implication et du rapport à l'activité physique et / ou sportive d'une personne adulte atteinte de paralysie cérébrale. De telle sorte que les MK intègrent l'outil dans leur bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) ainsi que l'activité physique adaptée dans leur prise en charge rééducative. Les hypothèses sont les suivantes. L'outil créé apporte une plus-value à l'arbre décisionnel du MK et permet la mise en place de stratégies pour un devenir actif de la personne atteinte de PC. La seconde hypothèse est que le MK peut utiliser cet outil pour construire son BDK.

Dans un premier temps, nous rappellerons certains éléments importants afin de conceptualiser le sujet. Dans un second temps, nous détaillerons la méthode et les matériaux utilisés pour réaliser l'enquête. Dans un troisième temps, nous présenterons nos résultats. Au final, nous discuterons de la méthodologie employée et des résultats. Nous le ferons en les corrélant avec nos recherches bibliographiques et essaierons d'anticiper les perspectives d'évolution.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1. Paralysie cérébrale

2.1.1. Définition

La paralysie cérébrale est une atteinte du Système Nerveux Central (12). Elle est la première cause d'incapacité motrice dans l'enfance et touche environ 1500 nouveau-nés par an (12,13). Selon le Comité exécutif international, elle constitue un ensemble de troubles permanents et non progressifs du développement du mouvement et de la posture (1). Les étiologies sont diverses mais elles sont toutes à l'origine de lésions sur un système nerveux encore immature (13). Les troubles engendrés ne sont pas seulement moteurs. Ils peuvent être accompagnés de déficits sensoriels, perceptifs, cognitifs ou comportementaux (1). Les capacités intellectuelles n'entrent pas dans la définition du comité exécutif international. Elles peuvent être préservées ou non.

2.1.2. Tableaux cliniques et classifications

La paralysie cérébrale est une dénomination internationale qui reprend une variété de syndromes (12,13). Les tableaux cliniques sont individuels et complexes. Ils vont d'une atteinte motrice relative à une atteinte plus sévère telle qu'une quadriplégie spastique et hypotonie axiale. C'est pourquoi, il existe de nombreuses classifications pour évaluer l'atteinte d'une personne présentant une paralysie cérébrale (1). Elles sont complémentaires les unes des autres (1).

La classification en fonction de la prédominance de l'anomalie motrice regroupe quatre formes mères : les formes spastiques, les formes dyskinétiques, les formes ataxiques et les formes mixtes (1,12). La spasticité prévaut dans 70 à 80% des atteintes (12). Elle est définie comme « *une augmentation vitesse dépendante du réflexe tonique d'étirement et est accompagnée d'une exagération des réflexes ostéo-tendineux* » (14). Elle renvoie à un syndrome pyramidal par dysfonctionnement des voies cortico-spinales (14,15). Les formes dyskinétiques se scindent en dyskinésie et choréoathétose (1). Elles sont caractérisées par

des mouvements involontaires, un schéma moteur pauvre et stéréotypé ainsi qu'une tonicité musculaire fluctuante (12,15). Les formes ataxiques renvoient au syndrome cérébelleux statique et / ou dynamique avec notamment des troubles de l'équilibre et un défaut de la coordination motrice volontaire (15). Les formes mixtes sont retrouvées lorsqu'il n'y a aucune anomalie motrice prédominante (1).

La classification fondée sur la distribution anatomique peut prendre différent aspect. Elle peut être sur un mode binaire unilatérale et bilatérale ou plus détaillée avec quadriplégie, hémiplégie et diplégie (1,15).

La Gross Motor Function Classification System (GMFCS) permet une caractérisation de l'individu en fonction de ses capacités fonctionnelles auto-initiées (1,16). Elle est la plus couramment utilisée dans les études. Elle est fiable et validée (16). Elle se base sur cinq niveaux d'indépendance motrice selon quatre tranches d'âge (16). La GMFCS - Expanded and revised est une version élargie et révisée. Elle inclut une tranche d'âge supplémentaire (de 12 à 18 ans) et révisé celle de 6 à 12 ans (17). Comme la classification initiale, elle dissocie cinq niveaux d'indépendance motrice, allant de l'indépendance à la dépendance totale d'un tiers et de technologies d'assistance (17).

Le pronostic de marche varie selon le tableau clinique (12,15). Certaines personnes atteintes de PC n'acquièrent pas la marche pendant l'enfance ou que tardivement (12). L'aptitude à la marche peut également être compromise plus précocement par rapport à leurs pairs en développement typique (18).

Cette hétérogénéité dans la manifestation clinique met le masseur-kinésithérapeute en première ligne pour adapter un programme d'entretien des capacités physiques et fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute reste parfois le seul professionnel à garder un contact régulier à l'âge adulte (12,19).

2.1.3. Enquête ESPaCe

La Fondation Paralysie Cérébrale a mené une enquête internationale de juin 2016 à juin 2017. Près de mille personnes atteintes de PC ont participé et 51% étaient des adultes (19). Pour la plupart d'entre eux, la kinésithérapie semble être une de leur priorité et ce tout au long de la vie (19). Chez les personnes adultes atteintes de PC, la rééducation motrice est représentée majoritairement par le milieu libéral (19). Cependant, il semble difficile pour eux de trouver des masseurs-kinésithérapeutes libéraux formés à la paralysie cérébrale (19). Les techniques passives seraient plus faciles à mettre en place pour une personne non formée (19). Ceci expliquerait que les techniques passives soient les plus utilisées (76%), puis suivent les techniques actives (60%) (19). 50% des personnes ayant répondu à l'enquête souhaiteraient pouvoir bénéficier d'autres types de pratiques kinésithérapiques dont une activité physique adaptée (19).

2.2. Activité physique adaptée et pathologie chronique

2.2.1. Terminologie

Afin d'éviter toute méprise, les définitions de certains termes ont été recherchées. L'activité physique est définie selon Caspersen *et alii* comme « *l'ensemble des mouvements corporels produits par la mise en action des muscles squelettiques et entraînant une augmentation substantielle de la dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos* » (20).

L'activité physique quotidienne regroupe les déplacements actifs comme la marche ou les déplacements en fauteuil roulant manuel, les activités domestiques et les activités professionnelles ou scolaires (21).

L'activité sportive est définie aux termes de l'article 2 de la Charte européenne du sport : « *toutes formes d'activités physiques et sportives qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux* » (22).

L'activité physique adaptée (APA) est, au sens de l'article L. 1172-1 du Code de Santé Publique « *la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* » (23). Elle « *a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée.* » (23). L'APA doit correspondre individuellement au patient c'est-à-dire à sa pathologie et à ses capacités fonctionnelles.

2.2.2. Bénéfices de l'activité physique

L'activité physique est reconnue comme apportant un effet bénéfique sur la santé dans la population générale et dans la population présentant une pathologie chronique (21). Dans le cadre de la PC, l'activité physique apporte une évolution favorable de la santé physique. Elle améliore notamment les capacités aérobies, l'activité fonctionnelle, les capacités cardio-respiratoire et l'équilibre (11,24,25). Elle impact également positivement la sphère psychosociale et les fonctions cognitives (24).

La fatigue et la douleur sont deux éléments fréquemment rapportés par les personnes atteintes de PC (19,24,26). Elles interfèrent avec les activités quotidiennes et les activités physiques (24,26).

La mise en place d'une AP valorise un mode de vie physique actif avec tous ses bénéfices. Cependant, les troubles musculosquelettiques induits par la PC sont responsables d'une demande d'énergie excessive par rapport à leur pair en développement typique pour une même activité (6,7). Les activités atteignent précocement le seuil anaérobie (8) et en cas de déconditionnement à l'effort encore plus précocement. Une fatigue accrue peut alors apparaître (26,27). La fatigue est une contrainte à elle-seule et elle peut engendrer d'autres aléas comme une augmentation de la spasticité (24). L'engagement volontaire dans l'AP de la personne atteinte de PC peut alors être compromis.

Une activité physique adaptée individuellement peut aider à la diminution de la douleur et de la fatigue. Elle permet de développer une meilleure condition physique et par conséquent une meilleure qualité de vie (6,7). Afin d'adapter au mieux l'activité physique, il est important de comprendre l'impact de la fatigue et de la douleur sur le mode de vie de la personne. Il existe une échelle validée et spécialement développée pour évaluer l'impact de la fatigue chez les adolescents et jeunes adultes atteints de PC. Il s'agit de la Fatigue Impact and Severity Self-Assessment ou FISSA (ANNEXE I). Cette échelle est en langue anglaise. La douleur doit également être évaluée avec les échelles validées adaptées au handicap.

Dans le cas où le programme d'AP semblerait adapté mais que la fatigue ou les douleurs persistent, il est important de collaborer avec d'autres professionnels de santé. Il pourrait y avoir une pathologie sous jacente.

2.2.3. Recommandations

En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie des recommandations quant à l'activité physique. Il y est évoqué les conditions nécessaires en termes de fréquence, durée, intensité et quantité afin d'influencer favorablement la santé dans la population générale (28). Verschuren *et alii* reprend les directives de l'OMS et celles de l'American College of Sports Medicine afin de les soumettre aux spécificités de la paralysie cérébrale. L'étude met l'accent sur la complexité de mettre en place l'activité physique dans une population de paralysés cérébraux et interroge les ressources scientifiques pour établir des recommandations spécifiques.

De l'étude résulte un recensement des conditions favorables à la pratique d'une activité physique chez une personne adulte atteinte de PC afin d'avoir une amélioration des conditions physiques. Certaines conditions semblent plus accessibles que d'autres. Il est indispensable de pratiquer une activité physique d'**intensité modérée à vigoureuse**. Il faut également qu'elle soit **pérenne** (5). Quand cela est possible, il faut s'efforcer de respecter les recommandations de l'OMS en termes de **fréquence et durée** (5) :

- Minimum trente minutes d'AP d'intensité modérée à vigoureuse par jour.
- Moins de deux heures par jour d'activités sédentaires de loisir.

Il faut adapter l'AP aux manifestations cliniques et principalement dans les atteintes les plus sévères (GMFC IV et V), où il est complexe voire impossible d'être conforme aux recommandations (5).

Pour rappel, une activité physique d'intensité modérée « demande un effort moyen et accélère sensiblement la fréquence cardiaque » (21). Une AP d'intensité élevée est un « *effort important, le souffle se raccourcit et la fréquence cardiaque s'accélère considérablement* » (21).

2.2.4. Prescription d'activités physiques adaptées

L'adaptation de l'activité physique dans le cadre d'une pathologie chronique, fait écho avec l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016. Il réfère à la prescription d'activités physiques adaptées : « *l'article L .1172-1 du code de santé publique prévoit que, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* » (23).

Le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par un médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, précise notamment les modalités de l'encadrement. L'activité physique adaptée peut être dispensée entre autres par un professionnel de santé (MK, ergothérapeute et psychomotricien) et un enseignant en éducation physique adaptée.

2.3. Freins et barrières pour la mise en place d'une activité physique adaptée soutenue dans le temps

2.3.1. Identification des obstacles majeurs

La littérature recense plusieurs obstacles environnementaux et personnels à la pratique continue d'une AP d'intensité modérée à vigoureuse. Les **principaux obstacles** identifiés en dehors des restrictions propres au handicap physique sont :

- les contraintes financières (5,11,29) ;
- les contraintes de temps (5,29) ;
- la motivation (24,29,30) ;
- les difficultés de transport (11) ;
- l'accessibilité des locaux et équipements non appropriés (3,24,31) ;
- le manque de programme adapté ou d'accompagnement personnel (11,24) ;

Nous entendons par **restrictions propres au handicap physique** : troubles du tonus musculaire, perturbations de la commande motrice, troubles neuro-articulaires, fatigue, douleur *et cetera*.

2.3.2. La motivation

La motivation peut être définie comme « *l'ensemble de facteurs déterminant l'action et le comportement d'un individu pour atteindre un objectif ou réaliser une activité.* » (29). Elle semble être fondamentale pour maintenir une activité physique sur le long terme (32).

Les trois degrés de motivations sont amotivation, motivation extrinsèque et motivation intrinsèque (29,32). La motivation dépend de nombreux facteurs et suivrait un continuum d'autodétermination scindé en six types de régulation (29). Plus la personne a un niveau d'autodétermination élevé, plus elle serait apte à maintenir une activité physique (32). La motivation intrinsèque est le plus haut niveau d'autodétermination. La personne pratique alors l'activité pour son intérêt propre et / ou pour la satisfaction qu'elle en retire. Par opposition, une personne amotivée manque d'intentions parce qu'elle ne perçoit pas de relation entre sa pratique d'une activité physique et les résultats obtenus (29,32). Ces principes répondent à la théorie de l'auto-détermination (25,26).

Selon certaines études un programme d'activités physiques efficace doit induire un changement de comportement chez la personne (11,33). Sans cela l'activité physique ne sera pas maintenue et ses bénéfices en termes d'amélioration de la condition physique non plus.

Le Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire – 2 ou BREQ-2 est un outil d'évaluation de la motivation en regard de l'activité physique et sportive (ANNEXE II) (34). Il existe sous une forme courte à six items ou sous une forme plus longue à vingt-quatre items. L'échelle est validée en langue anglaise (34). Elle est disponible en français sur le site de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (35). Elle a fait l'objet d'une étude, sous sa forme anglaise, pour être validée chez des adultes souffrants de douleurs musculosquelettiques chroniques (36). L'étude apporte des preuves plutôt favorables à son utilisation en réadaptation (36).

3. MATERIEL ET METHODE

Le développement qui suit détaille la méthodologie et le matériel de notre étude. Il s'agit principalement une étude transversale qualitative dont la visée est l'analyse d'un outil par des MK expérimentés. L'enquête a été précédée par la création d'une première version de l'outil d'évaluation. Nous avons donc fait le choix de présenter la méthodologie selon deux phases.

3.1. Méthode

3.1.1. Phase 1 :

La première phase est essentiellement théorique. Nous avons entrepris une recherche dans différentes bases de données. Le but était de trouver des études reflétant deux aspects : les obstacles entravant l'APA et les moyens (à développer par le professionnel de santé) pour instaurer une APA pérenne dans le temps.

Nous avons également confronté l'outil à différents stades de confection à deux personnes atteintes de paralysie cérébrale. Nous voulions prendre des informations relatives à la formulation et à la compréhension des questions.

❖ **Stratégie de recherche documentaire**

La stratégie de recherche documentaire exposée ci-dessous s'est donnée pour objectif de trouver de la matière au corps du texte de l'outil d'évaluation. Elle ne précise pas la méthode de recherche pour les autres éléments de l'étude.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées par l'intermédiaire de plusieurs **bases de données** : PUBMED, Evidence Database (PEDro), Cochrane Lybrary. Certains articles ont été trouvés à partir des références bibliographiques de nos lectures.

Les recherches ont été rétrospectives sur les 5 dernières années à compter de janvier 2020. Les **mots de recherche** entrés dans les différentes bases de données sont les suivants :

- En français : activité physique, paralysie cérébrale et stratégies.
- En anglais : « physical exercise », « cerebral palsy » et « strategies » ,

Nous avons recruté les thesaurus fournis par les bases de données quand cela était possible. Ainsi dans la base de données Pubmed, les mots de recherche précédemment cités ont généré **l'équation de recherche** suivante : (strategies[All Fields] OR strategy[All Fields] AND ("exercise"[MeSH Terms] OR "exercise"[All Fields] OR ("physical"[All Fields] AND "exercise"[All Fields]) OR "physical exercise"[All Fields]) AND ("cerebral palsy"[MeSH Terms] OR ("cerebral"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "cerebralpalsy"[All Fields])) AND ("2015/01/01"[PDat] : "2020/01/15"[PDat]).

Les articles ont été sélectionnés après lecture des titres, puis des résumés et enfin par la lecture de l'intégralité de l'article. Des soixante-huit résultats obtenus initialement par les différentes bases de données, nous avons retenus dix références répondant à notre sujet de recherche. Ont été exclus les articles traitants de rééducation tels que la rééducation post-opératoire et les stratégies de rééducation à la marche. Les études élargissant le champ aux enfants atteints de PC n'ont pas été exclues. Notre diagramme de flux reprend les étapes de la stratégie documentaire (fig.1).

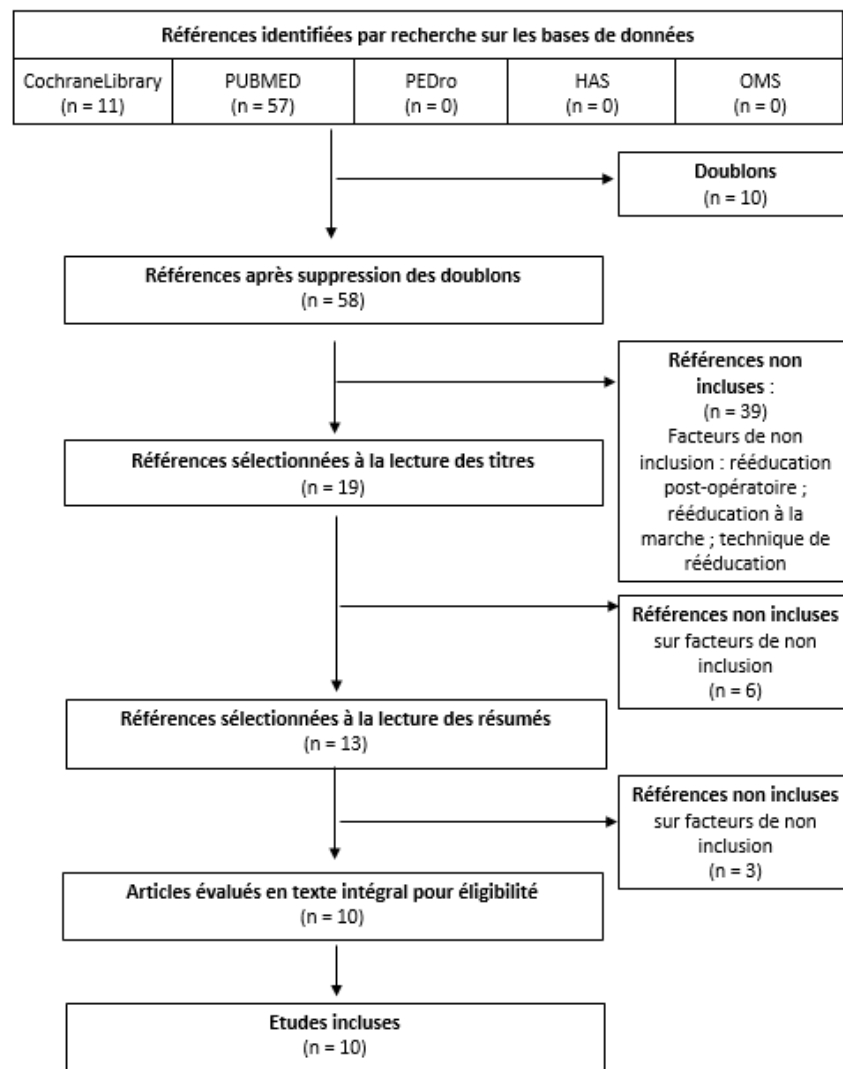


Figure 1 : Diagramme de flux de sélection des articles (sur modèle PRISMA).

❖ **Confrontation à la population**

Nous avons recherché des personnes volontaires pour tester les premières versions de l'outil. Elles ont été recrutées parmi les adultes atteints de PC ayant eu des soins au Centre d'Education Motrice (CEM) de Flavigny sur Moselle. Les critères d'inclusion étaient d'avoir entre dix-huit et trente-cinq ans avec un diagnostic de PC posé. Les critères d'exclusion étaient d'être non capable de communiquer oralement et en français. Il n'y avait pas de contraintes spécifiques se référant à la pratique d'activités, aux capacités fonctionnelles ou aux troubles cognitifs. Le critère de non inclusion concernait les personnes qui n'auraient plus souhaitées participer à l'étude.

Elles devaient répondre aux différents items et nous informer si un élément les interpellait. L'interviewer devait rester attentif aux réactions particulières de la part de l'interrogé.

3.1.2. Phase 2 : entretien semi-directif

Cette phase constitue le cœur de l'étude transversale qualitative.

❖ **Population**

La population enquêtée se compose de masseurs-kinésithérapeutes (MK) expérimentés dans le domaine de la paralysie cérébrale (MK libéraux et MK salariés). Le recrutement s'est fait sur une base non probabiliste en boule de neige. La période de recrutement s'est étendue du 15 mars 2020 au 28 mars 2020.

Les **critères d'inclusion** appliqués sont les suivants :

- Homme ou femme diplômé d'état en Masso-kinésithérapie.
- Parler couramment la langue française.
- Avoir lu l'outil d'évaluation.
- Avoir au moins cinq ans d'expérience dans le domaine de la paralysie cérébrale.

Critère de **non inclusion** :

- Ne pas avoir suivi de personne atteint de paralysie cérébrale depuis plus d'un an.

Les critères **d'exclusion** :

- Entretien non mené à terme.
- Souhait de ne plus participer à l'étude.

❖ Protocole de recueil des données

L'échantillon est construit par effet boule de neige à deux points de départ. Le premier est le carnet d'adresse de la cadre du CEM de Flavigny sur Moselle. Le second est les masseurs-kinésithérapeutes rencontrés par l'étudiante sur ses lieux de stage. Un diagramme de flux schématise les différentes étapes de l'échantillonnage (fig.2).

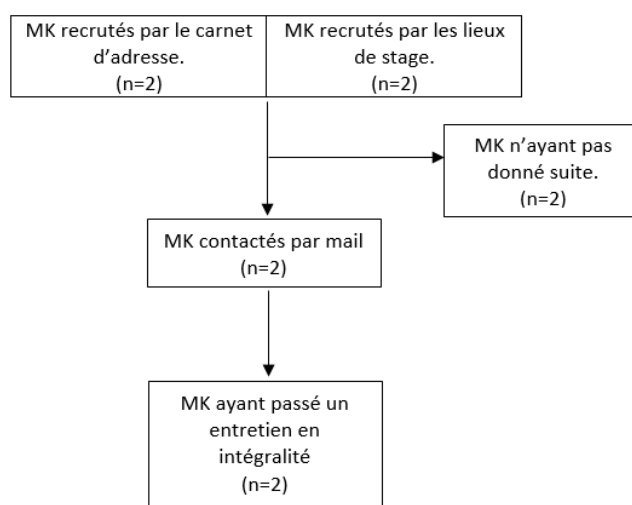


Figure 2 : Diagramme de flux de l'échantillonnage

Quatre masseurs-kinésithérapeutes ont été recrutés. Deux MK n'ont pas souhaité participer. Un courrier électronique a été envoyé aux deux MK volontaires (ANNEXE III). Il reprenait brièvement les objectifs de l'outil d'évaluation et l'outil était joint. Il évoquait également le déroulement et la planification de l'entretien semi-directif. Un temps de lecture et d'appropriation de l'outil de minimum deux jours a été alloué aux MK. Un consentement

oral à l'enregistrement audio et à la retranscription anonymisée a été recueilli avant de commencer l'entretien. L'interviewé a dû confirmer la bonne lecture de l'outil.

Les entretiens se sont déroulés par appels téléphoniques. Ils ont tous été réalisés par le même enquêteur selon une grille d'entretien prédéfinie. Un ordinateur portable a permis l'enregistrement audio. La durée de chaque entretien n'a pas dépassé une heure. Il est à noter qu'entre le premier et le second entretien, nous avons apporté deux modifications : la rectification des fautes d'orthographe et la correction d'une erreur de numérotation.

Les entretiens ont débuté par la question ouverte suivante : « Quelle est votre position face à cet outil d'évaluation en Masso-kinésithérapie ? ». La question est suivie d'un rappel en une phrase des objectifs de l'outil. Cette large question ouverte invite l'interviewé à s'exprimer sur le thème général qu'est l'outil d'évaluation. Elle offre également au MK la possibilité d'une interprétation à partir de ses connaissances et de son expérience. Conjointement, elle renvoie au domaine de la santé. L'entretien étant téléphonique, l'environnement n'est pas maîtrisé (37). Nous rappelons donc à l'interviewé qu'il est sollicité en tant que MK. Un discours riche et singulier peut alors être envisagé (37).

Dans le cas contraire, l'enquêteur peut amorcer une nouvelle fois le discours avec un des thèmes fixés. Il peut par exemple relancer en demandant : « Que pensez-vous de cet outil par rapport à votre pratique professionnel ? ». Dans le but d'explorer tous les thèmes, une question de relance est associée à chacun d'eux. L'ensemble est réuni dans une grille d'entretien (ANNEXE IV). Les questions ne sont qu'indicatives. L'enquêteur doit s'adapter aux propos de l'interviewé et laisser une certaine liberté dans le discours du MK (37). Si l'interviewé aborde de lui-même un thème, la question associée ne sera pas posée. Cependant, si les propos sont pauvres ou ambigus l'enquêteur peut avoir recourt à des questions de clarification ou de précision (37). Par exemple dans la recherche d'un approfondissement du sujet, l'enquêteur peut reformuler les mots ou les groupes de mots que vient d'énoncer le MK (37,38). Les questions de clarification ou de précision sont dépendantes des dires du MK. Par conséquent, elles ne peuvent pas faire partie de la grille d'entretien.

Un enquêteur doit prêter une oreille attentive et avoir une certaine réactivité pour adapter ses questions (38). Les entretiens répondent à une théorie ancrée, c'est-à-dire « une

méthode inductive qui élabore une théorie à partir de la réalité du terrain » (38). L'enquêteur doit également veiller à la non directivité de ses propos et faire un effort d'expression pour être compréhensible (39). L'enquêteur de notre étude s'est efforcé de répondre à ces qualités, et particulièrement à la neutralité qui est indispensable pour ne pas biaiser nos résultats.

Chaque entretien est ensuite retranscrit sur un fichier informatique à partir de son enregistrement audio. Nous avons réalisé un codage de retranscription en fonction des besoins que nous avons rencontrés et en nous inspirant d'un ouvrage de Detienne *et alii* (40) (ANNEXE V). Nous nous sommes assurés de garantir l'anonymat des masseurs-kinésithérapeutes et de leurs patients. Dans ce but, nous avons attribué un numéro aux MK, par exemple MK1. L'entretien est désigné par le même nombre précédé de la lettre E, soit E1 dans cet exemple. Nous avons changé les noms des patients et masqué en noir des informations que nous jugions nécessaire à retirer.

3.2. Matériel

3.2.1. Phase 1 : Forme de l'outil d'évaluation

Définition de la population cible :

L'outil a été élaboré dans l'optique de correspondre aux **jeunes adultes** atteints de paralysie cérébrale âgés de **dix-huit à trente-cinq ans**. En effet, ils sont nombreux à avoir une pratique insuffisante d'activités physiques pour de multiples raisons (4,5) : soit ils ne pratiquaient pas d'activités physiques pendant l'enfance, soit ils ont peu à peu abandonné l'AP avec le passage à l'âge adulte. L'idée est d'essayer d'instaurer ou réinstaurer un mode de vie physiquement actif à l'âge adulte. L'outil pourrait permettre la mise en place d'un programme d'activités physiques adaptées.

Forme générale de l'outil :

Il a été choisi de présenter l'outil selon deux formats : un questionnaire et un entretien individuel.

La première partie est sous forme d'un **questionnaire**. Les questions sont fermées et sont toutes accompagnées de modalités de réponses sauf deux. Les modalités se basent sur une échelle de Likert à quatre valeurs allant de 0 à 3. Chaque valeur chiffrée est associée à un adjectif qualificatif (aucun ; léger ; modéré ; intense). Les propositions doivent être suffisantes sans devenir ambiguë (41). Le répondant ne doit pas être contraint à adapter sa réponse au peu de valeurs proposées, c'est-à-dire faire une supposition aléatoire (41). Nous avons choisi un nombre pair de propositions sans valeur médiane, afin que le M.K. puisse interpréter et se positionner plus facilement sur le profil du patient. Cette première partie tend à caractériser l'effort, la fatigue et l'essoufflement lors d'activités. Le M.K. pourra ainsi avoir une première approche sur les capacités physiques de l'individu.

La seconde partie offre plus de liberté d'expression à l'interviewé (37). Elle se présente sous la forme d'un **entretien directif**. En comparaison au questionnaire, l'entretien directif offre la possibilité d'une communication interpersonnelle (38). Il incite l'interviewé à approfondir son discours en restant dans un thème défini (37). Les questions ont été construites pour répondre à une problématique. Il s'agit d'identifier les contraintes individuelles responsables de l'insuffisance ou de la non pratique d'AP. Le discours de l'interviewé est orienté vers sa pratique (passée, présente et future), son ressenti et ses connaissances par rapport à l'AP. Le but est de l'accompagner dans l'identification des obstacles propres à son mode de vie. Grâce à la verbalisation, il se représente sa propre expérience et peut initier une réflexion pour dépasser ses obstacles.

En dehors des deux parties principales se trouve le **recueil d'informations personnelles** et le **cadre** (ou consigne). Le cadre permet une présentation brève de la démarche et de son déroulement.

3.2.2. Phase 2 : entretien semi-directif

Les éléments qui ont été nécessaire à l'enquête qualitative sont :

- l'outil d'évaluation à la fin de la première phase (ANNEXE VI) et l'auto-questionnaire sur la motivation,
- le guide d'entretien semi-directif (ANNEXE IV) pour recueillir l'opinion des M.K. vis-à-vis de l'outil d'évaluation,
- un téléphone pour conduire l'entretien semi-directif,
- une application d'enregistrement audio sur l'ordinateur,
- retranscription des entretiens (ANNEXE VII) et analyse avec Microsoft Office®.

Réflexion sur l'élaboration du guide d'entretien :

Afin d'initier l'entretien semi-directif dans les meilleures conditions, un **guide** a été confectionné (ANNEXE IV). Il se compose d'un cadre contractuel et d'une grille. Le **cadre contractuel** présente brièvement l'étude et l'auteur de l'étude. Il indique également les thèmes que l'interviewé devra renseigner. La **grille des entretiens** comporte un listage des thèmes. Nous avons choisi d'aborder seulement cinq thèmes. Par cette mesure, nous souhaitons garder l'interviewé concentré et disposé à être exhaustif dans ses réponses.

Nous avons défini les cinq thèmes suivants :

- L'apport de l'outil aux professionnels.
- La forme de l'outil.
- Le fond de l'outil d'évaluation,
- L'interprétation des réponses.
- L'association avec une échelle d'évaluation de la motivation.

Les thèmes renseignent les différents éléments du constituant de l'outil et les résultats que nous pouvons en espérer. Nous recherchons ainsi à savoir si le MK trouve l'outil adapté en fond et en forme à la population. Mais également à savoir si l'outil permet de comprendre les freins personnels qui empêchent le patient à instaurer une activité physique. Pour répondre à ces questions, nous faisons appel à l'expérience et aux connaissances des MK. Les questions de relance sont donc formulées sous la formule « Que pensez-vous de [...] ». En passant par le pronom « vous », nous nous adressons directement à l'interlocuteur et sollicitons son opinion personnelle.

La mise en confiance de l'interviewé est recherchée, dès le début de l'entretien, avec une **question inaugurale** large, simple et ouverte. Les questions ouvertes appellent des réponses plus longues et plus complètes (37). Les questions de relance se veulent courtes et ouvertes pour faciliter la compréhension et expression libre de l'interviewé. Les thèmes abordés vont du général au précis, c'est-à-dire de l'opinion global de MK au sujet de l'outil à l'interprétation des données. L'ordre des thèmes permet un déroulement flexible et fluide des questions de relances (39). Les questions sont non directives et peuvent être introduites facilement en prolongation des dires et des réponses de l'interviewé.

Le guide d'entretien n'a pu subir de pré-test. La durée maximale d'une heure pour l'entretien n'a été donnée qu'à titre indicatif lors la prise de rendez-vous. Elle sous-entendait que la personne devait prévoir un temps certain où elle ne serait pas dérangée ou pressée. Néanmoins afin qu'elle puisse s'organiser nous avons donné une durée maximale à respecter par nos soins.

3.3. Méthodologie d'analyse des données recueillies

L'analyse des données recueillies s'est construite sur le modèle d'une **analyse de contenu**. Il s'agit d'une méthode souvent utilisée pour faire émaner des résultats à partir d'entretiens (42). Trois techniques ont été exploitées : une **analyse thématique**, une **analyse directionnelle** et **analyse de l'évaluation**. Elles reposent sur un processus en trois étapes : pré-analyse, exploitation du matériel puis traitement et interprétation (42).

3.3.1. L'analyse thématique

L'analyse thématique relève d'un processus de **catégorisation** (42). La **pré-analyse** permet l'élaboration d'indicateurs sur la base des retranscriptions des entretiens (42). La lecture flottante de chaque retranscription permet un découpage en unité d'enregistrement et la détermination d'indicateurs à partir d'indices perçus. La longueur des unités d'enregistrements peut aller d'un seul mot à plusieurs phrases puisque les unités sont d'ordre sémantique (42). Par la suite, nous **exploiterons** les indicateurs en les regroupant en sous-catégories et catégories de thématiques similaires. L'ensemble de la démarche n'introduit pas de biais de rejet ou de surplus (42). Elle révèle simplement des indices dans les données brutes et les organise (42). Les catégories doivent respecter entre autres l'exclusion mutuelle, c'est-à-dire qu'une même unité d'enregistrement ne doit pouvoir renseigner qu'une seule catégorie, la sienne.

Nous commencerons le **traitement** des données avec une analyse de la répartition des unités d'enregistrement en fonction des sous-catégories. Nous utiliserons la fréquence, la moyenne et l'écart type. La suite du traitement est détaillée dans la sous-section suivante **et l'interprétation** est détaillée dans la section résultat de notre écrit.

3.3.2. Analyse de l'évaluation et analyse directionnelle

L'analyse d'assertion évaluative décrite par Osgood mesure « **les attitudes du locuteur à l'égard d'objets au sujet desquels il s'exprime** » (42). Cependant, elle ne se prête pas à notre corpus. Il aurait fallu que les attitudes vers l'objet soient exprimées explicitement par les MK (42). Cette technique a déjà été modifiée dans le passé (42), nous l'adapterons donc à nos retranscriptions.

Nous nous basons sur la grille catégorielle de l'analyse thématique pour faire émerger la tendance des MK face aux différentes catégories et sous-catégories. Sur le principe de l'analyse de la direction, nous orientons notre analyse vers deux pôles. Le pôle positif est gage d'une opinion favorable du MK vis-à-vis des catégories et sous-catégories. A l'inverse le pôle négatif signifie une opinion défavorable de la part du MK. Nous n'avons pas codifié l'intensité, c'est-à-dire que l'amplitude de codification reste à un seul degré. Les quatre modulations possibles d'une unité d'enregistrement sont donc : favorable (+), défavorable (-), neutralité (0) et ambivalence ($\pm$).

Les objets d'attitude (OA) sont les sous-catégories et les catégories définies dans la phase de catégorisation. La valeur directionnelle des objets d'attitudes est calculée grâce à la formule suivante : $T_{VD}/1(N)$.

- N : le nombre d'unités d'enregistrement attribuées à l'objet d'attitude.
- 1 : le degré d'amplitude de l'échelle.
- T_{VD} : le total des valeurs directionnelles de toutes les unités d'enregistrement de l'objet d'attitude.

En toutes lettres, il s'agit du total des valeurs directionnelles de toutes les unités d'enregistrement de l'objet d'attitude divisé par le produit de l'amplitude de l'échelle et du nombre d'unités d'enregistrement. L'objet d'attitude n'a pas d'unité de mesure parce que la seule unité du calcul est divisée par elle-même.

Les valeurs attribuées aux objets d'attitudes sont placées selon Osgood sur une échelle (42). A des fins de lisibilité, nous avons fait le choix de faire figurer les valeurs sur un histogramme en barre à valeur négative et positive.

4. RESULTATS

4.1. Phase 1 :

4.1.1. Résultat de la stratégie documentaire

Les études issues de la recherche documentaire ont permis la construction de l'outil d'évaluation. Elles ont servi essentiellement pour la seconde partie. L'outil se compose de deux parties principales. La première partie aide à déterminer les activités que pratique actuellement le patient. Elle constitue aussi un premier abord de ses capacités physiques. La seconde partie permet d'interroger plus précisément sur les activités physiques réalisées et les freins personnels à l'activité pour en dégager des pistes d'amélioration. Les contraintes empêchant un mode de vie actif peuvent être d'ordre personnel ou environnemental. La seconde partie reprend les principales contraintes que nous avons identifiées dans la littérature. Nous les avons énoncées dans la section cadre conceptuel, sous-sections identifications des obstacles majeurs.

Nous trouvons qu'il est important d'évaluer la motivation afin de savoir à quel stade le patient se trouve. Le MK pourrait ainsi anticiper les prochaines étapes et savoir si un changement de comportement est nécessaire pour pérenniser l'AP. Une échelle de motivation validée est donc proposée en complément de l'outil d'évaluation. Il s'agit de la version longue du BREQ-2.

Si au cours de l'échange, la fatigue semble interférer de manière dominante dans le mode de vie du patient, une échelle d'évaluation de la fatigue type FISSA pourrait compléter le bilan. Elle n'est citée dans l'outil que pour référence, contrairement à la version longue du BREQ-2 qui serait proposée systématiquement pour compléter l'outil.

La douleur devra également être cotée suivant les échelles validées habituelles en fonction du profil cognitif du patient.

4.1.2. Résultat de la confrontation de l'outil à la population cible

Deux adultes atteints de PC sans troubles cognitifs ou intellectuels apparents se sont prêtés à une confrontation avec une première version de l'outil d'évaluation. Globalement, ils n'ont pas exprimé de difficulté à la compréhension des questions. L'un des participants a trouvé que l'échelle de motivation rendait l'ensemble un peu long et redondant. Un autre élément est qu'il n'avait pas compris pourquoi nous cherchions à caractériser son ressenti vis-à-vis de l'effort. Il pensait que nous le jugions moins apte à faire de l'activité physique qu'une personne lambda.

4.2. Phase 2 : analyse de contenu

4.2.1. Caractéristique de la population

Les entretiens ont été menés entre le 16 mars et le 1^{er} avril 2020 auprès de **deux masseuses-kinésithérapeutes** diplômées d'état. L'une exerce en tant que salariée et l'autre est actuellement en libéral. Les différentes caractéristiques des MK sont synthétisées dans le tableau suivant (tab.I).

Tableau I : Caractéristique des masseuses-kinésithérapeutes interrogées.

MK	Sexe	Années d'exercice : en salarial (S) et libéral (L)	Taux de prise en charge sur l'année 2019 de patients atteints de PC	Lieu de l'entretien selon l'interviewé
1	Femme	S = 32,5 ans	< 5%	Lieu de travail
2	Femme	(S= 13 ans) ; L = 11 ans	20-25%	Lieu d'habitation

4.2.2. Analyse thématique

L'intégralité des retranscriptions est décomposée. Le processus de catégorisation permet une déstructuration des textes, puis une réorganisation de façon à renseigner notre problématique. Il est recherché un recueil d'opinion quant à l'appréciation personnelle de l'outil et à la plus-value possible de l'outil en Masso-kinésithérapie. Un organigramme à la fin de cette sous section reprend les intitulés des catégories et des sous catégories définis par la démarche d'analyse thématique (fig.3).

Les masseuses-kinésithérapeutes font de nombreuses fois référence à la forme des questions et à l'adaptation de la forme des questions à la population visée. Cependant, une distinction est faite entre les différents éléments de l'outil d'évaluation. L'intérêt des MK se porte principalement sur la première et la seconde partie. Ainsi, nous formons une grande catégorie « forme » regroupant les sous-catégories « partie 1 », « partie 2 » et « autres parties » (fig.3). Les unités d'enregistrements sélectionnées pour cette catégorie sont référencées selon leur indicateur dans un tableau (ANNEXE VIII).

Nous constatons un auto-questionnement sur la rédaction de l'outil. Elles s'interrogent plus précisément sur les termes utilisés et leur adéquation avec la population et avec les objectifs de l'outil. Le fil conducteur entre les différentes questions rédigées est aussi examiné. Dans le premier entretien, la masseuse-kinésithérapeute évoque en plus la manière d'énoncer les questions. Cet indicateur entre dans la catégorisation puisqu'il est relatif à une meilleure compréhension des termes par le patient. Bien que certains indicateurs ne soient présents que dans un seul entretien, ils sont pris en considération s'ils renseignent un axe de réponse de la problématique. Tous ces indicateurs illustrent la sous-catégorie « lexiques ». Au cours des deux entretiens, les MK ont rapporté quelques expériences relatives à leurs prises en charge de personnes atteintes de paralysie cérébrale.

Elles ont alors appuyé sur certains freins ou difficultés à l'activité physique qu'elles ont pu observer. Elles ont poursuivi avec des moyens qui leur semblent judicieux pour faciliter l'accès à l'activité physique aux personnes atteintes de PC. Même s'ils ne sont pas en lien direct avec l'opinion des MK vis-à-vis de l'outil, ce sont les éléments importants qui ouvrent sur la portée de l'outil et les contextes d'utilisation possible de l'outil. Les sous-catégories lexiques, freins et moyens ont pour point commun qu'elles concernent le corps du texte de l'outil. Elles constituent donc notre seconde catégorie (fig 3). Comme pour la première catégorie, les unités d'enregistrements sélectionnées sont reprises dans un tableau (ANNEXE VIII).

Dans le premier entretien, la masseuse-kinésithérapeute désigne les données chiffrées par leur objet, par exemple la « dyspnée » (E1 – L.27). Les unités d'enregistrement indicatrices des données chiffrées, ne sont pas retrouvées dans le second entretien. La compréhension des questions par le patient et son honnêteté dans ses réponses sont deux indices évoqués par la seconde masseuse-kinésithérapeute. La MK nous informe ainsi de la fiabilité des réponses données. Il s'agit d'un point important pour leur interprétation. Les deux MK s'accordent à parler de la proposition de graphique. Les graphiques permettent l'interprétation des données chiffrées et aident à discerner le profil du patient. Nous formons ainsi une nouvelle sous-catégorie, nommée « données » avec les indicateurs : données chiffrées, interprétation des données, détermination du profil du patient et fiabilité des données.

Des unités d'enregistrement renseignent la réaction immédiate du patient face à l'outil, l'impact sur la profession et l'impact sur la perception de la pratique d'activité du patient et sur lui-même. Il s'agit des indicateurs qui forment la sous-catégorie impact. Les sous-catégories « données » et « impact » constituent la catégorie « Résultats ».

Ces unités d'enregistrement et les catégories ne sont pas totalement stochastiques. Elles sont en lien avec les thèmes de la grille des entretiens semi-directifs.

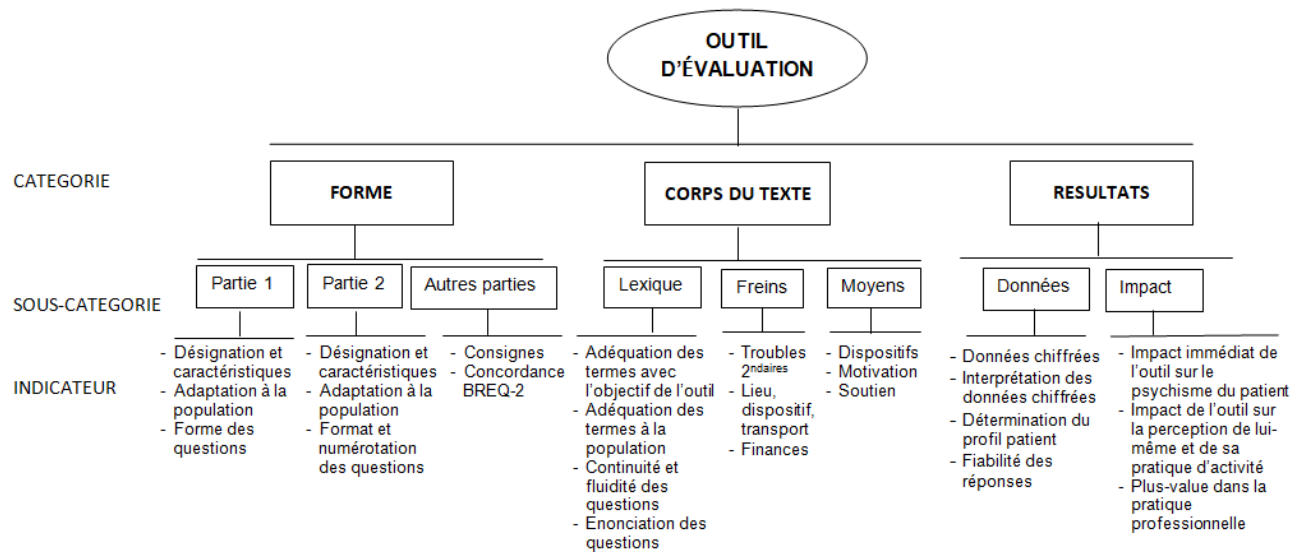


Figure 3 : organigramme du processus de catégorisation.

4.2.3. Analyse de la fréquence

Nous souhaitons identifier l'importance accordée par les MK à chaque sous-catégorie. Une analyse de la répartition des unités d'enregistrement en fonction des sous-catégories est réalisée au moyen de fréquence, de moyennes et d'écart types. Le premier diagramme en secteur regroupe les résultats des deux entretiens afin d'avoir une première approche globale du nombre d'unités d'enregistrement par sous-catégories (fig4). Les diagrammes suivants nous permettent une analyse réduite à l'échelle d'un seul entretien. Ces résultats étayeront l'analyse directionnelle et l'analyse de l'évaluation.

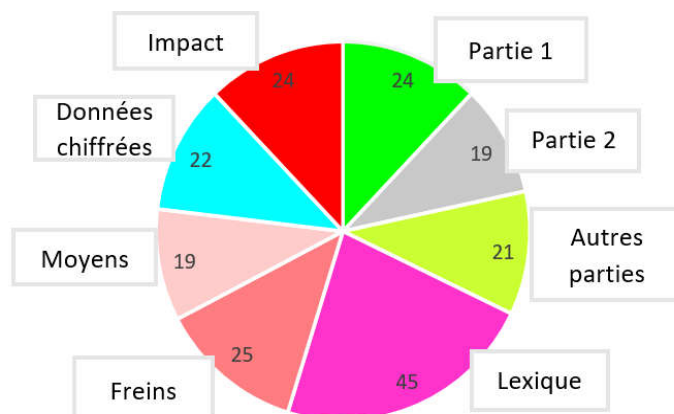


Figure 4 : diagramme en secteur de la répartition des unités d'enregistrement par sous-catégorie.

Nous observons une répartition plutôt homogène des unités d'enregistrement dans les sous-catégories à l'exception de celle nommée lexique. Elle en dénombre beaucoup plus (45/199 unités soit environ 22%) et dépasse le double du nombre de certaines. Elle a fait l'objet d'un intérêt particulier. En comparant séparément les données des entretiens, nous remarquons que ce gonflement global du nombre d'unités est dû à l'entretien numéro un (fig.5). Si nous regardons plus en détail, il s'agit de l'indicateur de continuité et de fluidité des questions qui est en cause. L'analyse directionnelle nous permettra de savoir l'orientation des dires de la masseuse-kinésithérapeute.

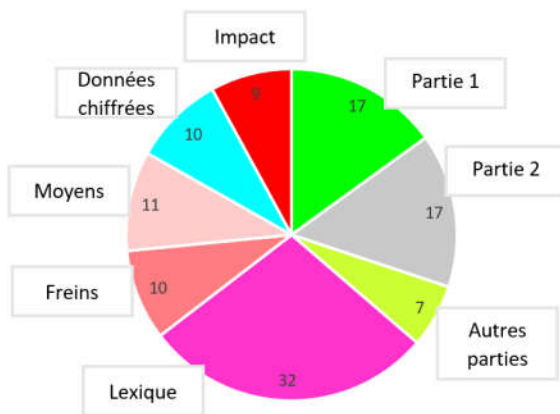


Figure 5 : diagramme en secteur de la répartition des unités d'enregistrement par sous-catégorie pour l'entretien n°1.

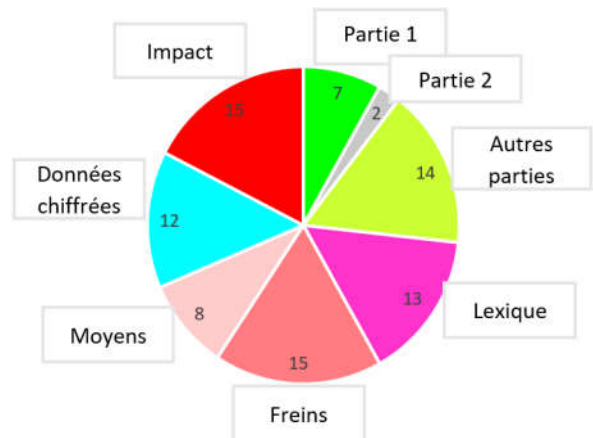


Figure 6 : diagramme en secteur de la répartition des unités d'enregistrement par sous-catégorie pour l'entretien n°2.

Au sujet du premier entretien, la moyenne d'unités d'enregistrement par sous-catégorie est de 14.7 ± 8.1 unités. De par le diagramme et l'écart type, nous remarquons une forte dispersion des unités d'enregistrement par sous-catégorie. Les sous-catégories ayant un nombre d'unités d'enregistrement inférieur à la moyenne sont dans l'ordre décroissant : moyens et freins, les données chiffrées, impact et autres parties. Les sous-catégories les moins riches en unités d'enregistrement et donc ayant suscité le moins d'intérêt sont celles dénommées impact et autres parties.

Concernant le deuxième entretien, nous remarquons peu de considération de la part de la personne interviewée pour la forme de la deuxième partie de l'outil (fig 6). Elle en présente davantage pour le reste des parties constituant l'outil d'évaluation. En comparaison, la première MK y accorde plus d'importance. Comme dit dans la section matériel et méthode,

entre les deux entretiens nous avons rectifié la numérotation des questions. Elle était incorrecte dans la deuxième partie de l'outil. Or, les unités d'enregistrement de la première MK interrogée évoquent majoritairement la numérotation des questions de la deuxième partie. Ceci pourrait expliquer la grande différence de moins quinze unités d'enregistrement pour la seconde retranscription. La moyenne des unités d'enregistrement du second entretien est de 10.1 ± 4.7 unités. Nous constatons une moindre dispersion des unités par rapport à l'autre entretien. Les sous-catégories freins, lexique, autres parties et celles formant la catégorie « résultats » présentent le plus d'unités d'enregistrement.

Les masseuses-kinésithérapeutes semblent toutes deux porter une attention particulière envers la sous-catégorie lexique. Néanmoins, nous distinguons deux tendances. La première MK semble s'intéresser plus à la forme et au lexique, soient les éléments du constituant de l'outil. A l'inverse la seconde MK semble tendre à approfondir les éléments produits par l'outil.

4.2.4. Analyse directionnelle et analyse de l'évaluation

Sur la base de l'analyse catégorielle, nous recherchons l'orientation des dires des masseuses-kinésithérapeutes c'est-à-dire sur quels points sont-elles **favorables** et sur quels points sont-elles **défavorables** en termes d'adhésion à l'outil. La valeur directionnelle d'un objet d'attitude (OA) donné nous permet d'imager selon un axe bipolaire l'opinion des MK.

Lorsqu'une unité d'enregistrement est citée, elle est suivie de l'entretien et des lignes dont elle est extraite. Le numéro de l'entretien est précédé de la lettre E.

La vue d'ensemble d'un graphique, des valeurs directionnelles attribuées aux sous-catégories, nous donne les premières indications (fig7). Les masseuses-kinésithérapeutes semblent avoir une opinion favorable sur les deux sous-catégories référençant les résultats et les sous-catégories freins, moyens et partie 1.

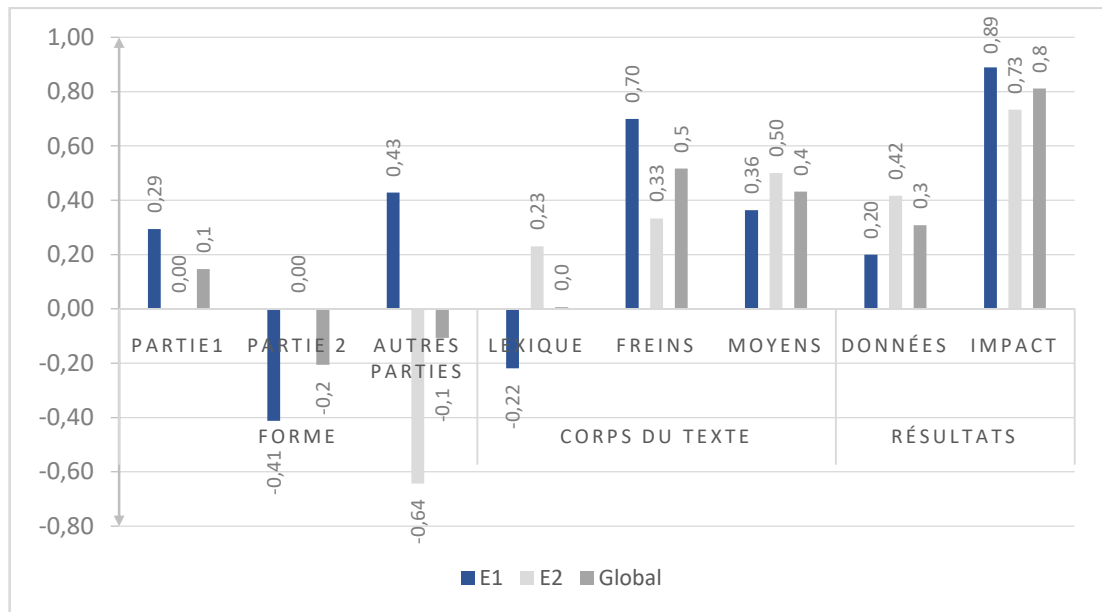


Figure 7 : histogramme de l'analyse directionnelle ayant pour objets d'attitude les sous catégories.
 Dans la légende, E1 symbolise le premier entretien. E2 est le second entretien. Global reprend les données des deux entretiens.

❖ Catégorie intitulée « forme »

Nous nous intéressons à la sous-catégorie « **Partie 2** » comme objet d'attitude. En confrontant l'analyse de fréquence avec l'analyse de la direction, nous sommes confortés dans notre hypothèse précédente. Autrement dit, l'erreur de numérotation de départ est à l'origine du grand nombre d'unités pour la sous-catégorie dans l'entretien un. Elle serait même responsable de l'attraction de l'objet d'attitude « Partie 2 » vers le pôle négatif. En effet, dans le premier entretien les unités d'enregistrement associées à l'indicateur « forme et numérotation des questions » sont principalement de valeur négative. L'indicateur contient plus de 80% des unités dédiées à la catégorie. En parallèle dans le second entretien, la valeur directionnelle globale pour cet indicateur est nulle. Par conséquent, l'objet d'attitude Partie 2 a une valeur globalement négative. Rappelons qu'un seul paramètre a changé entre les entretiens : la correction de la numérotation des questions. Nous considérons donc que la partie deux n'est plus à évaluer comme défavorable.

Nous nous centrons sur la sous-catégorie « **Autres parties** » comme objet d'attitude. Nous observons une divergence d'opinion entre les deux MK pour cette sous-catégorie. A l'inverse de la première personne interrogée, la seconde serait plutôt défavorable. Elle l'est

dans un souci d'homogénéisation entre les différents éléments pris en compte dans l'outil. L'ensemble regroupant consigne, échelle de motivation et première et deuxième partie de l'outil n'est pas harmonieux. La MK s'interpelle sur le pronom nominal « nous » dans la consigne : « nous [...] comme si on était supérieur » (E2 ; I.125-126). Elle ajoute qu'elle trouve cela « un peu étonnant comme (.) premier abord » (E2 ; I.131-132). Dans la consigne, « nous » est employé pour désigner l'interviewer, mais le pronom de la première personne du singulier lui semblerait plus approprié. Malgré tout, la consigne est quand même « claire » (E2 ; I.113). Parallèlement dans le questionnaire et l'entretien directif, nous avons opté pour le vouvoiement. Alors que le BREQ-2 étant une auto-évaluation, il est rédigé sous le pronom « je ». De plus, elle trouve que l'échelle de motivation « s'adresse plus à des adolescents ou très très jeunes adultes » (E2 ; I.22). Ces discordances la chagrinent, bien que cela ne semble pas interpeler l'autre MK. Cependant, elle spécifie bien que « c'est important effectivement de (.) d'appuyer ton étude sur cette échelle de motivation » (E2 ; I.105-106). A *contrario* de ne pouvoir modifier le BREQ-2, elle soumet l'idée d'adapter l'outil : « si tu veux faire la corrélation entre les deux ! Après même si effectivement tu ne peux pas modifier les questionnaires validés » (E2 ; I.144). La première MK, quant à elle, évoque la possibilité de non réponse de la part du patient parce que « ça peut être lourd » (E1 ; I.438) et « il faut aussi un niveau intellectuel suffisant » (E1 ; I.438-439). Néanmoins, elle trouve intéressant de terminer avec un auto-questionnaire en « complément d'un entretien directif » (E1 ; I.448). Un auto-questionnaire permet d'aborder différemment la personne, de faire émerger d'autres traits de sa personnalité et de pouvoir « recouper les choses » (E1 ; I.448).

L'objet d'attitude « **Partie 1** » a une valeur positive pour le premier entretien et une valeur neutre pour le second. Cependant dans les dires de la première MK, nous remarquons une ambivalence de 33% concernant l'adéquation de la première partie avec la population. La première MK propose l'utilisation d'une échelle visuelle pour accompagner la première partie : « je ne suis pas certaine que ::: oralement la personne puisse dire combien, [...] un petit support visuelle en plus » (E1 ; I.77-78). Pour la seconde MK, nous observons également des unités de valeurs ambivalentes pour les indicateurs « adéquation à la population » et « forme des questions ». En détaillant les unités qui composent la sous-catégorie : deux sont positives, deux sont négatives, une seule est neutre et deux sont ambivalentes. Elles sont plus le reflet d'une incertitude que d'une neutralité. En effet, la MK trouve qu'il est difficile pour tout individu « de faire la différence entre « légère » et « modérée » » (E2 ; I.76-77). Les termes que nous avons défini pour l'échelle de Linkert, lui

semble proche de sens. Au sujet de l'adaptation à la population, elle s'interroge pour les personnes atteintes de PC ayant des troubles cognitifs. Elle l'exprime dans son entretien : « si c'est quelqu'un qui (.) n'a pas de troubles cognitifs majeurs, oui » (E2 ; l.40-41) ; « des troubles cognitifs plus importants, c'est (.) c'est plus (.) plus difficile » : (E2 ; l.41-42).

Il en est de même pour la deuxième partie de l'outil. Toutes les unités d'enregistrement de l'indicateur « adaptation à la population » pour la deuxième partie sont ambivalentes chez la seconde MK. Selon elle, « les questions me semblaient plus à adresser à une jeune cible. » (E2 ; l.146-147). Elle entend par jeune cible, adolescents et adultes de moins de 30 ans. Plus tard dans l'entretien, elle précise que le BREQ-2 influence en ce sens. La première MK n'a pas émis d'avis.

❖ Catégorie intitulée « corps du texte »

En prenant seulement les dires de la première interviewée, l'objet d'attitude **lexique** a une valeur directionnelle de - 0,22. Pour la seconde interviewée, il vaut + 0,23. L'ensemble directionnel des deux entretiens équivaut à une direction neutre à 0,01 près. La sous-catégorie Lexique est celle qui contient le plus d'unités d'enregistrement (22%) et semble être une source de divergences d'opinion entre les MK. Sur les deux entretiens, l'indicateur de continuité et de fluidité des questions représente 56% des unités de la sous-catégorie Lexique. De plus, nous remarquons une ambivalence de 31% pour cet indicateur dans les dires de la première MK, et de 11% pour les dires de la seconde MK. Nous en déduisons que les masseuses-kinésithérapeutes elles-mêmes sont partagées quant à la continuité et la fluidité des questions.

La première MK a un avis globalement négatif, par exemple « il me semble que poser cette question-là à quelqu'un qui est en CLUB, en AUTONOMIE ::: et ::: bien, on est un petit peu à côté » (E1 ; l.242 -243) ; « il me semble que c'est plutôt une question que j'aurais posé au début » (E1 ; l.259). Elle marque malgré tout son indécision avec par exemple « Alors après est-ce que c'est voulu ? Est-ce que c'est une façon de reformuler les choses ? Ça je ne sais pas c'est peut-être une tactique aussi par rapport au questionnement » (E1 ; l.342-344).

La seconde MK caractérise le contenu de « répétitif » ou de « redondant » de premier abord. Cependant, elle le voit comme possiblement bénéfique « la clé pour le patient même si un peu redondant des fois pour le kiné. » (E2 ; I.73-74). Elle ajoute « je ne pense pas qu'il voit la nuance comme telle » (E2 ; I.59).

Les masseuses-kinésithérapeutes se positionnent dans des directions opposées, néanmoins l'une comme l'autre émettent une nuance.

Au sujet des indicateurs d'adéquation de l'outil avec la population et les objectifs, la seconde MK émet un bémol. Les termes sont pertinents (E2 ; I.44), néanmoins « les mots [...] ont du sens pour que quelqu'un qui n'est pas du milieu médical (.) paramédical (.) puisse comprendre que les termes (.) utilisés (.) sont plutôt assez simplistes » (E2 ; L.45.47). Selon elle, les patients « sont vraiment habitués à des termes plus complexes. » (E2 ; I.47-48).

Les objets d'attitude **freins** et **moyens** ont des directions positives à la fois en global et indépendamment par entretien. En détaillant les unités d'enregistrement aucune n'est défavorable. Elles sont essentiellement de direction nulle ou positive. Les MK ne présentent pas d'avis défavorable pour l'identification des freins soulevés dans l'outil. Elles n'évoquent pas non plus d'autres freins supplémentaires. Elles émettent des hypothèses ou idées pour engager une activité physique continue dans la population atteinte de PC. Quelques unités correspondantes sont de direction ambivalente.

❖ La catégorie « Résultats »

Les objets d'attitude **impact** et **données** ont également des directions positives à l'échelle de l'entretien et à la réunion des deux.

Concernant l'interprétation des réponses grâce à un diagramme polaire, la seconde MK émet un avis positif mais pour les patients. En effet, le diagramme pourrait les aider à se représenter leurs conditions physiques sur le principe du feed-back visuel : « patient a peut-être effectivement besoin de diagramme » (E2 ; I.92-93). Le diagramme ne lui semble pas nécessaire pour aider le masseur-kinésithérapeute dans le bilan diagnostique kinésithérapique. Alors que notre but premier, quand nous l'avons intégré, était justement d'aider le MK.

L'outil d'évaluation permettrait de faire ressortir le profil du patient par rapport à l'activité physique : « mieux connaître le patient » (E1 ; I.42) ; « ça permettrait de faire ressortir que (.) ce n'est pas pour lui qu'il le fait mais ses parents, sa femme, ses enfants, ou le ou la kiné » (E2 ; I.6-7). Il permet également selon la seconde MK, de savoir si le patient est « honnête » (E2 ; I.56-57) avec nous et avec lui-même.

L'outil est un médiateur permettant une autre forme d'« échange avec le patient » (E2 ; I.3). L'entretien directif peut instaurer un contexte favorable à l'expression du patient sur un sujet défini. Il peut renforcer le lien de confiance entre le patient et le MK conduisant le patient à aborder des éléments d'anamnèses sensibles. Par exemple, la première MK nous explique qu'elle ne demande pas systématiquement les finances disponibles : « c'est parce que souvent les gens n'osent pas le dire » (E1 ; I.52). Le patient serait plus confiant mais également « plus HONNETE ::: avec lui-même (.) vis-à-vis de (.) de nous » (E2 ; I.4-5).

L'outil pourrait permettre une prise de conscience avec un premier abord de lui-même, de sa pratique et de son savoir-faire physique. La première MK y fait référence avec les dires suivants « une démarche aussi un peu d'éducation ::: » (E1 ; I.57-58). La seconde MK la rejoint avec les propos « pour qu'il ait une prise de conscience LUI de ce qu'on peut faire, pas faire, ce qui est important, moins important » (E2 ; I.71-72).

Malheureusement, l'outil pourrait mettre le patient face à un ou plusieurs obstacles environnementaux ou personnels qu'il n'a pas les moyens de franchir. La seconde MK nous fait remarquer que le patient pourrait avoir envie de pratiquer une AP sans avoir les structures adaptées à proximité ou l'argent nécessaire. Ce serait alors « un peu source de FRUSTRATIONS. » (E2 ; I.228) ; une « source de FRUSTRATIONS quand on leur dit ça serait important que vous puissiez en faire, il faudrait en faire (.) puis finalement (.) ce n'est pas possible » (E2 ; I.202-204). Elle accentue doublement sur le thème de la frustration que nous pourrions déclencher chez le patient.

La première MK apprécie que l'outil mette en avant le mode actif de la kinésithérapie. La seconde MK précise qu'il ne doit pas se limiter aux séances de kinésithérapie, mais bien s'ouvrir vers un mode de vie physique actif « c' ::: est ::: l'action que le kiné peut proposer au patient dans son (.) quotidien » (E2 ; I.17).

❖ **L'outil comme objet d'attitude global**

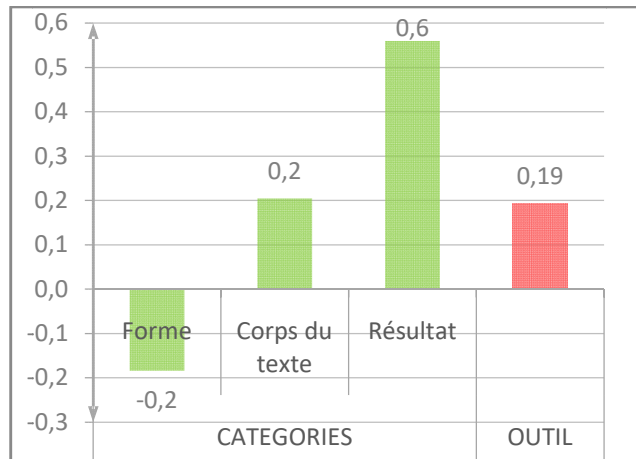


Figure 8 : histogramme de l'analyse directionnelle de l'opinion des deux masseuses-kinésithérapeutes ayant pour objets d'attitude les catégories et l'outil.

Les catégories « forme », « corps du texte » et « résultats » ont réciproquement pour valeurs directionnelles – 0,2 ; 0,2 et 0,6 (fig.8). L'outil a donc une valeur directionnelle de + 0,2. Nous en déduisons que l'opinion globale des masseuses-kinésithérapeutes est favorable. Toutefois, une certaine nuance est à retenir comme nous avons pu le voir dans les sous-sections précédentes.

En effet, l'outil semble intéressant dans son contenu. Les résultats que nous pouvons en extraire semblent profitables aux masseurs-kinésithérapeutes et aux patients. Cependant la forme est à retravailler, notamment la mise en page.

5. DISCUSSION

5.1. Analyse de la méthodologie

Nous avons rencontré des difficultés au dimensionnement du sujet, ce qui nous a conduits à modifier certains aspects de l'étude à la fin février. La méthode initiale n'incluait pas d'entretiens semi-directifs avec des masseurs-kinésithérapeutes. C'est pourquoi la période de recrutement est si courte. Cette courte période a contribué à la petite taille de l'échantillon.

En science sociale, discipline mère des enquêtes qualitatives, les entretiens sont menés jusqu'à l'apparition d'un phénomène de saturation autrement dit lorsque les entretiens n'apportent plus de nouvelles informations (38). Ce phénomène détermine alors la fin de l'enquête. La contrainte de temps, nous a imposé un recrutement court et un nombre de participant limité. Un nombre réduit à deux entretiens induit indéniablement une absence de saturation interventionnelle.

La particularité de la population recrutée est à notre avantage. Les masseuses-kinésithérapeutes participant à l'étude ont de nombreuses années d'expérience en termes de pathologies neurologiques. La première MK a eu un faible taux de suivi de patients atteints de PC au cours de l'année 2019. Cependant, elle exerce dans un centre spécialisé en neurologie et prend en charge des patients adultes atteints de troubles neuromoteurs. La promotion de l'AP est toute aussi importante et présente des similitudes avec d'autres pathologies neurologiques centrales (11). La seconde MK a un taux de prise en charge de patients atteints de PC satisfaisant.

Nous espérons qu'à la fois des MK libéraux et des MK salariés soient volontaires. Nous voulions observer si une tendance se dégagait en fonction du milieu d'exercice. Cependant suite au nombre restreint de personnes interrogées, un milieu est représenté par une seule personne. De plus, malgré une distinction actuelle des milieux d'exercice, la seconde MK a été de nombreuses années en centre. Par conséquent, il serait fallacieux de prétendre trouver une tendance. Il est également regrettable de ne pas avoir eu de MK volontaires exerçant en Maison ou Foyer d'Accueil Spécialisé pour adultes.

Une limite de la méthode est le recrutement qui est non probabiliste. Nous avons recruté les masseuses-kinésithérapeutes à partir de deux carnets d'adresses. Il est possible qu'elles se connaissent et aient eu des expériences communes qui pourraient influencer leur opinion dans le même sens. Il n'y a pas eu de randomisation. Les entretiens ont été conduits dans l'ordre où les MK se sont proposées volontaires. La méthode amène un risque de biais de sélections et de représentativité élevé. Cependant, l'enquête qualitative que nous avons réalisée n'a pas pour ambition une extrapolation des résultats. Nous souhaitons seulement recueillir l'avis des masseurs-kinésithérapeutes envers l'outil d'évaluation. Le but était d'avoir une première confrontation de l'outil à ses utilisateurs potentiels. C'est pourquoi nous avons choisi les entretiens semi-directifs. Selon Baribeau et Royer, « la qualité de l'échantillon est moins liées à sa taille et à sa représentativité qu'au fait qu'il produit des informations nouvelles » (43).

Les deux masseuses-kinésithérapeutes n'ont eu aucune restriction à livrer leur expérience et connaissance personnelles. Elles se sont même appuyées sur le récit de leur expérience à la fin de l'entretien pour apporter des perceptives ou des moyens de promotion de l'activité physique dans une population présentant une PC.

Lors de l'entretien non directif, trois stades sont référencés selon Ghiglione et Matalon (1998) (37). Le discours est d'abord fondé sur des stéréotypes (37). Ensuite grâce à l'accompagnement de l'enquêteur, l'interviewé s'éloigne des stéréotypes pour initier un discours de recherche. L'amorce du travail de recherche peut être synonyme de poses ou de réflexions à voix haute. Finalement, l'interviewé termine par un discours qualifié de redondant. Même si nous avons réalisé des entretiens semi-directifs, à un moment les MK ont synthétisé et résumé leurs propos. Signe que leur réflexion s'achevait, alors nous avons conclu nos entretiens.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone. Nous n'avons pas pu contrôler le lieu où se trouvaient les personnes interviewées. L'une des MK se trouvait à son domicile, l'autre sur son lieu de travail. Le domicile peut être source de sollicitations familiales et le lieu de travail peut être source de distractions ou d'impératifs professionnels. Le domicile et le lieu de travail peuvent nuire à la concentration en générant de bruits périphériques parasites.

Dans le but de limiter au maximum ces biais d'investigations, nous avons convenu à l'avance d'une date et une plage horaire arrangeant l'interviewé. Nous avons changé l'horaire quand cela a été demandé.

Il est recommandé de retranscrire les entretiens dans un bref délai. Nous avons fait la retranscription le jour même ou la journée suivante, afin de garder à l'esprit des dires du MK. Ce principe nous a permis d'atténuer un aléa de l'appel téléphonique. Lorsque l'interviewé s'éloigne du combiné alors qu'il est sur haut-parleur, la qualité de l'enregistrement diminue. Nous avons pu retrouver la plupart des mots accidentés par notre mémoire et quelques notes papiers. Dans le cas contraire, nous aurions eu une perte de données brutes.

Une autre limite à l'entretien téléphonique est la perte d'une partie de la communication non verbale notamment les expressions du visage et le langage corporel. Toutefois, cette perte n'est que partielle. Par exemple, l'intonation et l'accentuation des mots sont conservées et ont été codifiées dans la retranscription. Nous aurions pu palier ce biais d'investigation par un appel vidéo. Cependant, ce mode était plus complexe à mettre en œuvre surtout sur le lieu de travail.

Pour une première expérience en tant qu'enquêtrice, mener des entretiens semi-directifs est un exercice complexe. Il demande un effort d'écoute active et de recentrage des interviewés sur le sujet. Ceci nécessite une certaine pratique.

Nous pouvons remarquer que les deux masseuses-kinésithérapeutes n'ont pas abordé l'outil de la même manière, engendrant à la fois une complexité d'interprétation et une richesse des dires. Au final cette complémentarité nous a permis d'affiner l'outil.

5.2. Analyse des résultats

5.2.1. Amélioration de l'outil d'évaluation

Fort des indications des masseuses-kinésithérapeutes, nous avons apporté certaines modifications à l'outil d'évaluation.

La numérotation des questions avait été corrigée après la retranscription du premier entretien. Aux termes des deux entretiens, nous avons modifié la mise en page de manière à rendre la lecture plus linéaire. Nous avons ainsi supprimé la numérotation des questions qui n'était plus nécessaire. Ces modifications ont concouru à un meilleur enchaînement de l'ordre des questions et une meilleure compréhension de la forme.

Dans le but d'effacer le sentiment de discordance et de supériorité à la lecture des différentes parties, le pronom nominal « nous » a été remplacé par le pronom de la première personne du singulier. Dans la même idée, nous avons modifié certaines formulations. Nous avons retiré les expressions qui relèvent plus de la rédaction que du discours oral. Par exemple nous avons transformé la phrase « Nous allons par conséquent vous posez une série de questions auxquelles vous répondrez le plus spontanément possible » en les phrases « Je vous explique comment nous allons procéder. Je vais vous poser une série de questions auxquelles vous répondrez le plus spontanément possible. ». Nous avons également modifié des questions : « Cette(es) AP et/ou AS répond(ent) à vos attentes ? Veuillez argumenter votre réponse. » qui devient « En quoi cette/ces activité(s) répond(ent) ou ne répond(ent) pas à vos attentes ? ».

Certaines questions révélées comme étant répétitives ont été supprimées. Cependant, nous en avons conservé d'autres. Nous trouvons qu'elles apportent une nuance dans les réponses qu'il est important de maintenir pour identifier le profil du patient et ses préférences en termes d'activités.

Il est proposé en annexe un tableau synthétisant les dires des MK avec les propositions d'amélioration correspondantes (ANNEXE IX). L'outil d'évaluation en état à la fin de l'étude est également en annexe (ANNEXE X).

5.2.2. Adaptation à la population

Nous souhaitons que l'outil soit ouvert au plus grand nombre d'adultes atteints de PC. Selon la Fondation Paralysie Cérébrale, la moitié des enfants atteints de PC présenteraient une déficience intellectuelle. En extrapolant ces résultats à la population adulte, puisqu'il s'agit de troubles permanents, l'outil aurait une limite importante. Il faudrait tester l'outil chez des personnes présentant des troubles intellectuels et cognitifs.

Il nous semble important de rappeler que l'outil peut et doit être adapté par le masseur-kinésithérapeute en fonction du niveau d'handicap du patient tant sur le plan physique que cognitif et intellectuel. Le patient peut être interrogé par le MK tout en étant accompagné d'une personne aidante ou d'un proche.

5.2.3. Les échelles complémentaires

Une échelle de motivation semble être justifiée pour compléter l'outil d'évaluation. Cependant, le choix de l'utilisation de la version longue du BREQ-2 est controversé. D'une part, le principe de l'auto-questionnaire permet d'avoir une méthode d'approche différente mais la formulation des questions semble nuire à l'homogénéisation de l'ensemble. D'autre part, l'addition de l'outil d'évaluation avec la version longue du BREQ-2 semble former un ensemble trop conséquent. Pour y remédier, le professionnel pourrait le remplacer par la version courte du BREQ-2.

L'échelle de la fatigue n'a pas fait l'objet de remarque de la part des MK. Nous l'expliquons par le fait qu'elle ne soit pas proposée systématiquement pour accompagner l'outil. Elle se révèle nécessaire qu'en cas de fatigue importante ou entravant la qualité de vie du patient. Dans ce cas, la fatigue doit être évaluée de manière plus approfondie et le MK doit en référer au médecin traitant.

5.2.4. Diagramme

Nous avons proposé aux MK un diagramme polaire pour représenter les réponses des patients concernant la partie activité physique quotidienne. La proposition a été survolée par les MK. L'avantage est que le diagramme peut servir de feed-back avec le patient pour mesurer ses progrès au cours du temps. Toutefois, l'interprétation semble plus simple pour les MK en remplissant le questionnaire et en entourant les chiffres réponses. De plus la schématisation du diagramme s'avère complexe. Elle demande un travail informatique plus poussé. Par conséquent, nous avons fait le choix de supprimer le diagramme de l'outil papier.

5.3. Conclusion et perspective d'approfondissement

L'outil semble être adapté à une population d'adulte jeune atteint de PC âgé de dix-huit à trente-cinq ans et ne présentant pas de troubles cognitifs majeurs. Les MK semblent avoir une opinion favorable concernant l'utilisation de l'outil. L'outil semble apporter une plus-value aux masseurs-kinésithérapeutes et semble avoir un impact positif sur la personne atteinte de PC.

Dans le but d'approfondir notre travail, nous pourrions conduire d'autres entretiens avec la même grille afin d'obtenir un phénomène de saturation. Cependant comme l'outil d'évaluation a été modifié, il serait préférable que nous complétions l'analyse de l'outil avec la réalisation d'entretien de groupe centré ou de groupe de discussion. Il permettrait de réunir plusieurs MK expérimentés face à la PC pour échanger au sujet de l'outil d'évaluation, de son utilisation et de sa mise en place. L'entretien de groupe est une méthode intéressante en complément des entretiens individuels (38).

Nous espérons que la dimension de l'activité physique adaptée puisse par ce travail faire partie des objectifs des kinésithérapeutes pour la population des adultes porteurs d'une paralysie cérébrale. Cet outil, avec quelques variantes, pourrait également être utilisé pour d'autres pathologies chroniques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. The Definition and Classification of Cerebral Palsy: The Definition and Classification Document. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Févr 2007 ; 49 : 8-14.
2. Guedin D, Gaveau J. Musculation à haute intensité et paralysie cérébrale : utopie ou révolution ? *Motricité Cérébrale*. Juin 2019 ; 40(2) : 30-41.
3. Koldoff EA, Holtzclaw BJ. Physical Activity Among Adolescents with Cerebral Palsy : An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*. Sept 2015 ; 30(5) : 105-117.
4. Liljenquist K, O'Neil ME, Bjornson KF. Utilization of Physical Therapy Services During Transition for Young People With Cerebral Palsy : A Call for Improved Care Into Adulthood. *Physical Therapy*. Sept 2018 ; 98(9) : 796-803.
5. Verschuren O, Peterson MD, Balemans ACJ, Hurvitz EA. Exercise and physical activity recommendations for people with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. Août 2016 ; 58(8) : 798-808.
6. Williams SA, McFadden LM, Blackmore AM, Davey P, Gibson N. Do adolescents with cerebral palsy meet recommendations for healthy weight and physical activity behaviours? *Disability and Rehabilitation*. Janv 2019 ; 1-6.
7. Riquelme I, do Rosário RS, Vehmaskoski K, Natunen P, Montoya P. Influence of chronic pain in physical activity of children with cerebral palsy. *NRE*. Août 2018 ; 43(2) : 113-123.
8. Balemans AC, Bolster EA, Brehm M-A, Dallmeijer AJ. Physical Strain : A New Perspective on Walking in Cerebral Palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Déc 2017 ; 98(12) : 2507-2513.
9. Panteliadis C. *Cerebral Palsy : A Multidisciplinary Approach*. 3e ed. Cham : Springer ; 2018. 358 p.
10. Bania TA, Dodd KJ, Baker RJ, Graham HK, Taylor NF. The effects of progressive resistance training on daily physical activity in young people with cerebral palsy: a randomised controlled trial. *Disability and Rehabilitation*. Mars 2016 ; 38(7) : 620-626.
11. Clanchy KM, Tweedy SM, Trost SG. Evaluation of a Physical Activity Intervention for Adults With Brain Impairment: A Controlled Clinical Trial. *Neurorehabil Neural Repair*. Oct 2016 ; 30(9) : 854-865.
12. Fondation Paralysie Cérébrale. Dossier de presse [Internet]. 2017 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.fondationparalysiecerebrale.org/sites/default/files/inline-files/Dossier%20de%20presse%20La%20Fondation%20Paralysie%20Ce%CC%81re%CC%81brale%20VF%20-%20dec%202017.pdf>
13. Morris C. The Definition and Classification of Cerebral Palsy : Historical Perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Févr 2007 ; 49 : 3-7.

14. Lance J. Symposium Synopsis. In: Spasticity : disordered of motor control. Year Book Medical. Chicago; 1980. p. 485-95.
15. Truscelli D. Comprendre la paralysie cérébrale et les troubles associés : évaluations et traitements. 2e ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017.
16. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Avr 1997 ; 39(4) : 214-223.
17. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Oct 2008 ; 50(10) : 744-750.
18. Morgan P, McGinley JL. Cerebral palsy. In : *Handbook of Clinical Neurology*. 3e ed. Elsevier ; 2018. p. 323-36.
19. Fondation Paralysie cérébrale. Enquête ESPaCe sur la rééducation motrice : les cahiers de la recherche n°24. 2019. Disponible sur : <https://www.fondationparalysiecerebrale.org/mediatheque>
20. Caspersen C, Powell K, Christenson G. Physical activity, exercise, and physical fitness : definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. Mars 1985 ; 100(2) : 126-31.
21. Haute Autorité de Santé. Activité physique et sportive : un guide pour faciliter la prescription à tous les patients. 2018 [page consultée le 5 déc 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/presse_dp__prescription_activite_physique.pdf
22. Conseil de l'Europe Comité des Ministres. Charte européenne du sport : recommandation [en ligne]. 2001 [page consultée le 6 déc 2019]. Disponible sur : <http://thelawsp.com/charte-europeenne-du-sport/>
23. République française. Décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. *Journal Officiel*, n°0304 du 31 décembre 2016, texte n°48.
24. Tow S, Gober J, Nelson MR. Adaptive Sports, Arts, Recreation, and Community Engagement. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. Févr 2020 ; 31(1) : 143-158.
25. M. Piovesana A, Ross S, Lloyd O, Whittingham K, Ziviani J, Ware RS, et al. Randomized controlled trial of a web-based multi-modal therapy program for executive functioning in children and adolescents with unilateral cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*. Sept 2017 ; 39(20) : 2021-2028.
26. Brunton LK, Bartlett DJ. Construction and validation of the fatigue impact and severity self-assessment for youth and young adults with cerebral palsy. *Developmental Neurorehabilitation*. Juill 2017 ; 20(5) : 274-279.

27. Brunton LK. Descriptive Report of the Impact of Fatigue and Current Management Strategies in Cerebral Palsy: Pediatric Physical Therapy. Avr 2018 ; 30(2) : 135-141.
28. Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève : OMS ; 2010.
29. Valensi M, Bertin S. La motivation : essentielle dans la mise en place d'une activité physique régulière en kinésithérapie. KS. 2016 ; (581) : 29-35.
30. Reedman SE, Boyd RN, Elliott C, Sakzewski L. ParticiPAted CP: a protocol of a randomised waitlist controlled trial of a motivational and behaviour change therapy intervention to increase physical activity through meaningful participation in children with cerebral palsy. BMJ Open. Août 2017 ; 7(8) : e015918.
31. Sienko S. Understanding the factors that impact the participation in physical activity and recreation in young adults with cerebral palsy (CP). Disability and Health Journal. Juill 2019 ; 12(3) : 467-472.
32. Rodrigues F, Bento T, Cid L, Pereira Neiva H, Teixeira D, Moutão J, et al. Can Interpersonal Behavior Influence the Persistence and Adherence to Physical Exercise Practice in Adults? A Systematic Review. Front Psychol. Nov 2018 ; 9 : 2141.
33. Kahlon S, Brubacher-Cressman K, Caron E, Ramonov K, Taubman R, Berg K, et al. Opening the Door to Physical Activity for Children With Cerebral Palsy : Experiences of Participants in the BeFAST or BeSTRONG Program. Adapted Physical Activity Quarterly. Avr 2019 ; 36(2) : 202-222.
34. Markland D, Tobin V. A Modification to the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to Include an Assessment of Amotivation. Journal of Sport and Exercise Psychology. Juin 2004 ; 26(2) : 191-196.
35. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité. Motivation : BREQ-2 version longue [en ligne]. 2015 [page consultée le 15 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.onaps.fr/data/documents/Breq%202%20long.pdf>
36. Brooks JM, Kaya C, Chan F, Thompson K, Sánchez J, Cotton BP, et al. Validation of the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire-2 for adults with chronic musculoskeletal pain. International Journal of Therapy and Rehabilitation. Août 2018 ; 25(8) : 395-404.
37. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 3e ed. Paris: Dunod; 2015. 128 p. (Les Topos).
38. Boutin G. L'entretien de recherche qualitatif : Théorie et pratique. 2e ed. Paris: Presses de l'Université du Québec ; 2019.
39. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. Kinésithérapie, la Revue. Déc 2016 ; 16(180) : 32-37.
40. Detienne F, Traverso. Méthodologies d'analyse de situations coopératives de conception. Presses Universitaires de Nancy. Nancy; 2009. 69-84 p.

41. Alwin D, Krosnick A. The Reliability of Survey Attitude Measurement : The Influence of Question and Respondent Attributes. *Sociological Methods Research*. Août 1991 ; 20(1) : 139-181.
42. Bardin L. *L'analyse de contenu*. 2e ed. Paris: Presses Universitaires de France ; 2013.
43. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation*. *Revue des sciences de l'éducation*. Nov 2012 ; 38(1) : 23-45.

ANNEXES

ANNEXE I : Fatigue Impact and Severity Self-Assessment (FISSA).

ANNEXE II : Version longue du BERQ-2.

ANNEXE III : Courrier électronique envoyé aux masseurs-kinésithérapeutes volontaires

ANNEXE IV : Guide d'entretien semi-directif.

ANNEXE V : Codage de retranscription des entretiens.

ANNEXE VI : Outil d'évaluation à la fin de la première phase.

ANNEXE VII : Retranscription des entretiens (E1 et E2).

ANNEXE VIII Tableau des unités d'enregistrement en fonction des indicateurs des sous-catégories.

ANNEXE IX : Tableau de synthèse des résultats

ANNEXE X : Outil d'évaluation à la fin de l'étude

ANNEXE I : Fatigue Impact and Severity Self-Assessment (FISSA).

Please answer the following questions about your experience with fatigue. For the purposes of this questionnaire we would like you to think about fatigue in terms of:

- physical tiredness
- muscle soreness
- exhaustion of your muscles and body
- or any related feeling

When answering the questions, please try to focus on fatigue as it is defined above and not pain you may experience that is different from muscle soreness.

Impact Scale

Completely Disagree	Somewhat Disagree	Neither Agree nor Disagree	Somewhat Agree	Completely Agree
1	2	3	4	5

Using the scale above and thinking about a **typical week** (7 days), to what extent do you agree with the following statements?

Fatigue interferes with ...

1. my general everyday activities	1	2	3	4	5
2. my ability to move around indoors	1	2	3	4	5
3. my ability to do things on my own	1	2	3	4	5
4. my ability to move around in my community	1	2	3	4	5
5. my ability to get outside of my house	1	2	3	4	5
6. my ability to finish things	1	2	3	4	5
7. my participation in social activities	1	2	3	4	5
8. my ability to start things	1	2	3	4	5
9. my ability to take care of myself (examples: dressing, eating, bathing, brushing my teeth/hair, toileting etc.)	1	2	3	4	5

In addition,

10. I use adaptive equipment to manage my fatigue (examples: a walker, manual wheelchair, power wheelchair etc.)	1	2	3	4	5
11. I have had to reduce my work responsibilities outside of my home because of fatigue (examples: school work, job-related work, volunteering etc.)	1	2	3	4	5
12. I have had to reduce my responsibilities at home because of fatigue	1	2	3	4	5

Using the scale given with each question, please think about the **last seven (7) days** and answer the following statements or questions.

13. Rate your level of fatigue on the day within the last week that you felt the **most** fatigued:

No Fatigue		Moderate Fatigue		Severe Fatigue
1	2	3	4	5

14. Rate your level of fatigue on the day within the last week that you felt the **least** fatigued:

No Fatigue		Moderate Fatigue		Severe Fatigue
1	2	3	4	5

15. Rate your **average** level of fatigue for the past week:

No Fatigue		Moderate Fatigue		Severe Fatigue
1	2	3	4	5

16. On average, how much of the day do you feel fatigued?

None	A Quarter of the Day	Half the Day	Three Quarters of the Day	All Day
1	2	3	4	5

17. For how many days last week did you feel fatigued at least part of the day?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Management and Activity Modification Scale

Using the scale below and thinking about a **typical week** (7 days), to what extent do you agree with the following statements?

Completely Disagree 1	Somewhat Disagree 2	Neither Agree nor Disagree 3	Somewhat Agree 4	Completely Agree 5
-----------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------

Fatigue interferes with ...

18. my enjoyment of life	1	2	3	4	5
19. my leisure and recreational activities	1	2	3	4	5
20. the length of time I can be physically active	1	2	3	4	5
21. my balance and coordination	1	2	3	4	5
22. my motivation to do physical activities	1	2	3	4	5
23. my motivation to participate in social activities	1	2	3	4	5

In addition,

24. my muscles ache when I am fatigued	1	2	3	4	5
25. long periods of inactivity increase my fatigue	1	2	3	4	5
26. stress increases my fatigue	1	2	3	4	5
27. fatigue increases my stress	1	2	3	4	5
28. I pace my physical activities to manage my fatigue	1	2	3	4	5
29. I think about fatigue when I plan my day	1	2	3	4	5
30. I limit my physical activity to manage my fatigue	1	2	3	4	5
31. I stop and rest during activity to manage my fatigue	1	2	3	4	5

Additional Questions:

32. Does your level of fatigue change depending on the time of day?

Yes (If yes, please answer question 32b) No

32b. What time of day is your fatigue the worst?

Early Morning	Mid-morning	Noon	Late afternoon	Evening
1	2	3	4	5

33. Does your level of fatigue change depending on the day of the week?

Yes (If yes, please answer question 33b) No

33b. On which day of the week are you most fatigued?

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
1	2	3	4	5	6	7

34. What factors are responsible for or contribute to your fatigue?

35. What do you do to reduce or manage your fatigue?

36. What else could you do to reduce or manage your fatigue?

37. What could other people do to help reduce your fatigue?

ANNEXE II : Version longue du BREQ-2

Consigne : Nous voudrions connaître tes motivations quand tu fais des activités physiques, c'est-à-dire, pourquoi tu fais une activité physique ou des exercices physiques. Réponds à chacune des questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à ce que tu penses.

	MOTIVATION A FAIRE UNE ACTIVITE PHYSIQUE	Pas vrai du tout		Moyennement vrai			Tout à fait vrai	
1.	Je fais de l'activité physique parce que j'aime ça	1	2	3	4	5	6	7
2.	Je ne vois pas pourquoi je devrais faire de l'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
3.	Je fais de l'activité physique parce que les autres estiment que je dois en faire	1	2	3	4	5	6	7
4.	Je me sens coupable si je ne fais pas d'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
5.	J'apprécie les avantages que m'apporte l'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
6.	Faire de l'activité physique me donne une bonne image de moi-même	1	2	3	4	5	6	7
7.	Je fais de l'activité physique pour l'amusement qu'elle me procure	1	2	3	4	5	6	7
8.	Je ne vois pas pourquoi je devrais prendre la peine de faire de l'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
9.	Je fais de l'activité physique parce que mes amis/ma famille me dise(nt) que je dois en faire	1	2	3	4	5	6	7
10.	Je sens que je dois faire de l'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
11.	J'estime qu'il est important de pratiquer une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5	6	7
12.	Faire de l'activité physique est l'un des aspects importants de ma personne	1	2	3	4	5	6	7
13.	Je trouve ça agréable de faire de l'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
14.	Je ne vois pas l'utilité de faire de l'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
15.	Je fais de l'activité physique parce que les autres n'apprécieraient pas que je n'en fasse pas	1	2	3	4	5	6	7
16.	Je me sens minable quand je n'ai pas fait	1	2	3	4	5	6	7

	d'activité physique pendant un certain temps							
17	J'estime qu'il est important de faire un effort pour pratiquer régulièrement	1	2	3	4	5	6	7
18.	Faire de l'activité physique m'apporte des bénéfices dans ma vie de tous les jours	1	2	3	4	5	6	7
19	L'activité physique m'apporte du plaisir et de la satisfaction	1	2	3	4	5	6	7
20	Je trouve que l'activité physique est une perte de temps	1	2	3	4	5	6	7
21.	Je trouve que mes amis/ma famille font pression sur moi pour que je fasse de l'activité physique	1	2	3	4	5	6	7
22.	Je me sens nerveux(se) si je ne fais pas d'activité physique régulièrement	1	2	3	4	5	6	7
23.	En faisant de l'activité physique je peux exprimer des valeurs qui comptent pour moi	1	2	3	4	5	6	7
24.	Etre actif physiquement correspond bien à ma personnalité	1	2	3	4	5	6	7

Calcul des moyennes par régulations :

Intrinsèque : 1, 7, 13, 19

Intégrée : 6, 12, 23, 24

Identifiée : 5, 11, 17, 18

Introjectée : 4, 10, 16, 22

Externe : 3, 9, 15, 21

Amotivation : 2, 8, 14, 20

La traduction française du BREQ-2 version longue a été trouvée sur le site de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (35).

ANNEXE III : Courriel électronique envoyé aux masseuses-kinésithérapeutes volontaires.

Objet : Mémoire – Activité physique et paralysie cérébrale.

Bonjour Madame X,

Vous trouverez en pièce jointe la proposition d'outil. Il permettrait d'évaluer le niveau d'implication dans l'activité physique (AP) et / ou sportive (AS) d'une personne adulte atteinte de paralysie cérébrale (PC) ainsi que son rapport actuel à l'activité physique. Lors d'un bilan, il serait également proposé de le corrélérer avec le deuxième document mis en pièce jointe. Ce dernier reprend la version longue du BREQ-2. Il évalue la motivation de la personne face à l'AP ou AS. (Il s'agit d'une échelle déjà validée évaluant la motivation).

L'objectif de l'enquête est, à la suite de plusieurs entretiens (téléphoniques) avec des masseur-kinésithérapeutes de dégager un outil pertinent d'évaluation. Il est recherché un outil apportant une plus-value à l'arbre décisionnel du MK et permettant ainsi la mise en place d'une stratégie pour adapter l'AP / AS à la personne.

A la suite de votre lecture, nous planifierons une date afin que vous exprimiez votre avis concernant cette proposition d'outil. Lors de l'entretien semi-directif, je vous poserez des questions ouvertes afin que nous abordions différents thèmes. La durée de cet entretien semi-directif n'excédera pas une heure. A des fins de facilitation d'analyse, l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio et d'une retranscription mais gardera un caractère anonyme dans l'écrit final.

Je reste à votre disposition en cas d'interrogation,

ANNEXE IV : Guide d'entretien semi-directif

Cadre contractuel :

Etudiante en 4^{ème} année à l'IFLM de Nancy, je réalise **une enquête** relative à la pérennisation de l'activité physique chez une personne adulte atteinte de paralysie cérébrale.

L'objectif est à travers une approche qualitative de dégager un outil d'évaluation du niveau d'implication et du rapport qu'une personne paralysée cérébrale a face à l'activité physique. Il est recherché un outil apportant une plus-value à l'arbre décisionnel du masseur-kinésithérapeute et permettant ainsi la mise en place d'une stratégie pour adapter l'AP/AS à la personne.

Par conséquent, grâce à cet entretien semi-directif, je souhaite recueillir votre avis en tant que masseur-kinésithérapeute expérimenté dans la paralysie cérébrale. L'entretien n'excédera pas une heure et j'aimerais que nous abordions les thèmes suivants : l'apport de l'outil aux professionnels, la forme de l'outil, le fond de l'outil d'évaluation, l'interprétation des réponses et l'association avec une échelle d'évaluation de la motivation (BREQ-2).

Avant de commencer, pouvez-vous me confirmer la bonne lecture de l'outil d'évaluation ?

Sachant que les données resteront anonymes et à des fins de retranscription, me permettez-vous de réaliser un enregistrement audio de l'entretien ?

Grille d'entretien :

Question inaugurale : **Quelle est votre position face à cet outil d'évaluation en masso-kinésithérapie ?** *Pour rappel, l'objectif de l'outil est d'évaluer le niveau l'implication et le rapport qu'une personne adulte PC a vis-à-vis de l'AP.*

Thèmes	Questions de relance.
Apport de l'outil	Que pensez-vous de cet outil par rapport à votre pratique professionnel ?
Forme	Que pensez-vous de la forme de l'outil ?
Fond	Que pensez-vous du contenu des parties et des sous parties ?
Interprétation des données	Que pensez-vous de l'interprétation des réponses ?
BREQ2	Que pensez-vous d'associer un questionnaire d'évaluation de la motivation (BREQ2) ?

ANNEXE V : Codage de retranscription des entretiens

La retranscription a été codifiée de la même manière pour chaque entretien. Chaque nouvelle prise de parole est précédée de son énonciateur :

- « I » : l'interviewer
- « MK » : Masseur-kinésithérapeute suivi du chiffre correspondant au numéro de l'entretien.

Les parties non analysées sont grisées.

Les sections surlignées en noir sont des éléments que nous avons choisi de masquer pour garantir l'anonymat.

La retranscription est faite dans un souci de fidélité par rapport aux dires du MK. Par exemple, si l'interviewé ne prononce pas le « ne » de la négation alors ne sera pas présent à l'écrit. Autre exemple, les élisions non réalisées : l'interviewé dit « que il » au lieu de « qu'il ».

Code	Signification du codage
(.)	Pause ou silence court.
(3s)	Pause de 3 secondes.
::: le :::	Prolongation du mot.
Prolongation :::	Prolongation de la dernière syllabe.
Kinésithé/	Amorce de morphème.
=	Enchaînement direct.
[Texte entre crochet]	Chevauchement des propos des deux interlocuteurs.
(Lis à voix basse)	Indication de contexte.
{Incertain}	Retranscription incertaine.
(x)	Passage incompréhensible d'une syllabe.
(xx)	Passage incompréhensible de plusieurs syllabes
(xxx)	Passage incompréhensible relativement long.
« ... »	Les modalisations ou lecture de texte audible.
Mot en capital	Intonation d'insistance / accentuation
!	Exclamation

Nous avons réalisé cette grille de codage en fonction des besoins que nous avons rencontrés lors des retranscriptions et en nous inspirant de Detienne *et alii* (40).

ANNEXE VI : Outil d'évaluation à la fin de la première phase.

Nom et prénom	
Sexe	
Mois et année de naissance	
Taille ; poids	
Lieu de résidence	
Statut (Activité professionnelle, étude, autre ou aucun)	
Type d'atteinte	
Répartition de l'atteinte	
Moyen de déambulation	
Niveau du GMFC	
Score EMFC	

Cadre : Nous voudrions connaître votre rapport à l'activité physique et/ou sportive, plus précisément, votre ressenti face aux activités que vous pratiquez déjà et les conditions idéales pour mettre en place une activité physique et/ou sportive continue si besoin. Nous allons par conséquent vous poser une série de questions auxquelles vous répondrez le plus spontanément possible. Dans un premier temps, il faudra répondre aux questions selon une échelle prédéfinie (de 0 à 3). Dans un second temps, vous serez plus libre de vos réponses.

Avant de commencer : Quel est, pour vous, le sens des termes suivants : Activité physique (AP) ; activité sportive (AS) ; actif.

PARTIE 1 :					
AP quotidienne					
1.1. Diriez-vous que vos activités quotidiennes vous demande : pas d'effort, un effort léger, un effort modéré, un effort intense.		0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré)	3 (intense)
	Toilette				
	Ménage				
	Cuisine				
	Transfert				
	Déplacement				
1.2. Diriez-vous que vous êtes essoufflé (e) à la suite d'une activité quotidienne : légèrement essoufflé, modérément essoufflé, intensément essoufflé ou pas du tout essoufflé ?		0	1	2	3
	Toilette				
	Ménage				
	Cuisine				
	Transfert				
	Déplacement				
1.3. Diriez-vous que vous ressentez une fatigue : légère, modérée, intense ou nulle (pas de fatigue), à la suite de vos activités quotidiennes ?		0	1	2	3
	Toilette				
	Ménage				
	Cuisine				
	Transfert				
	Déplacement				

Kinésithérapie active				
Pour cette partie, nous faisons référence à la kinésithérapie ACTIVE actuelle (sur ces 3 derniers mois)				
2.1.1.	Diriez-vous que vos séances de Kinésithérapie active actuelles vous demande : pas d’effort, un effort léger, un effort modéré, un effort intense ?	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré) 3 (intense)
2.1.2.	Diriez-vous que vous êtes essoufflé(e) à la suite d’une séance de kinésithérapie active actuelle ?	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré) 3 (intense)
2.1.3.	Diriez-vous que vous ressentez une fatigue légère, modéré, intense ou nulle à la suite d’une séance de kinésithérapie active actuelle ?	0 (Aucune)	1 (légère)	2 (modérée) 3 (intense)
2.1.4.	Les modalités (fréquence, durée, techniques, effort ressenti) répondent à vos attentes ? Veuillez argumenter votre réponse, en décrivant vos attentes par exemple.			
AP et/ou AS régulière et continue.				
3.2.	Pratiquez-vous de façon continue et planifiée une activité sportive ou une activité physique ?	Aucune	AP	AS AP et AS
Dans le cas où la réponse est positive :				
3.2.1	Diriez-vous que vos activités actuelles vous demande : pas d’effort, un effort léger, un effort modéré, un effort intense	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré) 3 (intense)
3.2.2.	Diriez-vous que vous êtes essoufflé(e) à la suite d’une séance?	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré) 3 (intense)
3.2.3.	Diriez-vous que vous ressentez une fatigue légère, modéré, intense ou nulle à la suite d’une séance ?	0 (Aucune)	1 (légère)	2 (modérée) 3 (intense)

Partie 2 : ENTRETIEN INDIVIDUEL	
Pratique d'AP et/ou AS	
3.3. <u>Dans le cas où la réponse à la question (3.2.) est positive (« AP » ; « AS » ; « AP et AS ») :</u>	3.4. <u>Dans le cas où la réponse à la question (3.2.) est « aucune »</u>
3.4.1. La(les)quelle(s) ?	3.4.2. Pouvez-vous détailler les raisons cette non pratique d'AP/AS ?
3.4.3. Quel(s) facteur(s) vous a motivé à démarrer cette activité ?	3.4.4. Quelles activités physiques ou sportives avez-vous pratiqué, hors kinésithérapie, lors de votre enfance/dans le passé?
3.4.5. Quel type d'encadrement (structurel ou humain) bénéficiez-vous pour la pratique de cette/ces activité(s) physique(s) ? Est-ce dans un cadre de loisir, club, compétition, avec une association, en autonomie, avec un éducateur sportif, avec un professionnel de santé....	3.4.6. Vous a-t-il déjà été proposé de commencer une AP ou AS ?

3.4.7. A quelle fréquence pratiquez-vous cette AP ou AS ?	3.4.8. Avez-vous été sensibilisé à une AP ou AS ? <i>En cas de réponse positive</i> : De que intervenant provenait cette sensibilisation ?
3.4.9. Diriez-vous que vos pratiques d'AP et/ou AS vous demande : pas d'effort, un effort léger, un effort modéré, un effort intense ?	3.4.10. Diriez-vous que vous envisagez, dans le mois qui suivra, de commencer / reprendre une AP/AS continue ?
3.4.11. Diriez-vous que vous êtes essoufflé(e) à la suite d'une séance type ?	3.4.12. Une prescription médicale à l'activité physique adaptée pourrait avoir un impact sur votre pratique ?
3.4.13. Diriez-vous que vous ressentez une fatigue légère, modéré, intense ou nulle à la suite d'une séance type ?	
3.4.14. Cette AP et/ou AS répond(ent) à vos attentes ? Veuillez argumenter votre réponse.	
3.5. Ressentez-vous le besoin d'un accompagnement pour faire de l'AP ? (effacer) sous question	
3.6. Diriez-vous que l'AP ou AS est l'une de vos priorités ?	
Modalités qui vous conviennent pour instaurer une AP ou AS pérenne et durable dans le temps.	
4.1. Préférez-vous pratiquer une AP collective (en équipe) ou individuelle ? individuelle en groupe (avec un proche ou autre) ou seul ?	
4.2. Préférez-vous pratiquer une AP avec un intervenant ou en autonomie ? <i>Veuillez argumenter votre réponse.</i>	
4.3. Où souhaiteriez-vous pratiquer une AP ? Veuillez argumenter votre réponse. (<i>domicile, salle de sport, contrainte de transport,...</i>)	
4.4. Quelle(s) activité(s) aimeriez-vous pratiquer ? (<i>Sport d'équipe tel que basket FR, ou sport tel que danse FR, boccia ; Renforcement musculaire ; ...</i>). → Préférez-vous pratiquer une seule activité ou différentes activités tout au long de l'année ? Et si plusieurs activités : comment souhaiteriez-vous qu'elles soient réparties sur l'année ?	
4.5. Diriez-vous que vous êtes prêt(e) à consacrer une part de votre budget à la pratique d'une ou plusieurs activités choisies ?	
4.6. Pourriez-vous estimer ce montant ?	
4.7. Connaissez-vous des programmes ou des interventions d'AP et/ou AS déjà existants ? Connaissez-vous des programmes de financement ou de soutien ?	
Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter concernant l'activité physique ou AS ?	

Explication des termes :

Activité physique : Notion de dépense énergétique par la contraction des muscles. Dès l'instant où nous réalisons un mouvement ; que nous bougeons nos membres et notre corps. Lorsque nous réalisons un effort (exercice cardio-vasculaire, poussée le fauteuil, marcher, écrire, ...). Ce sont des activités physiques mais d'intensité plus ou moins élevée.

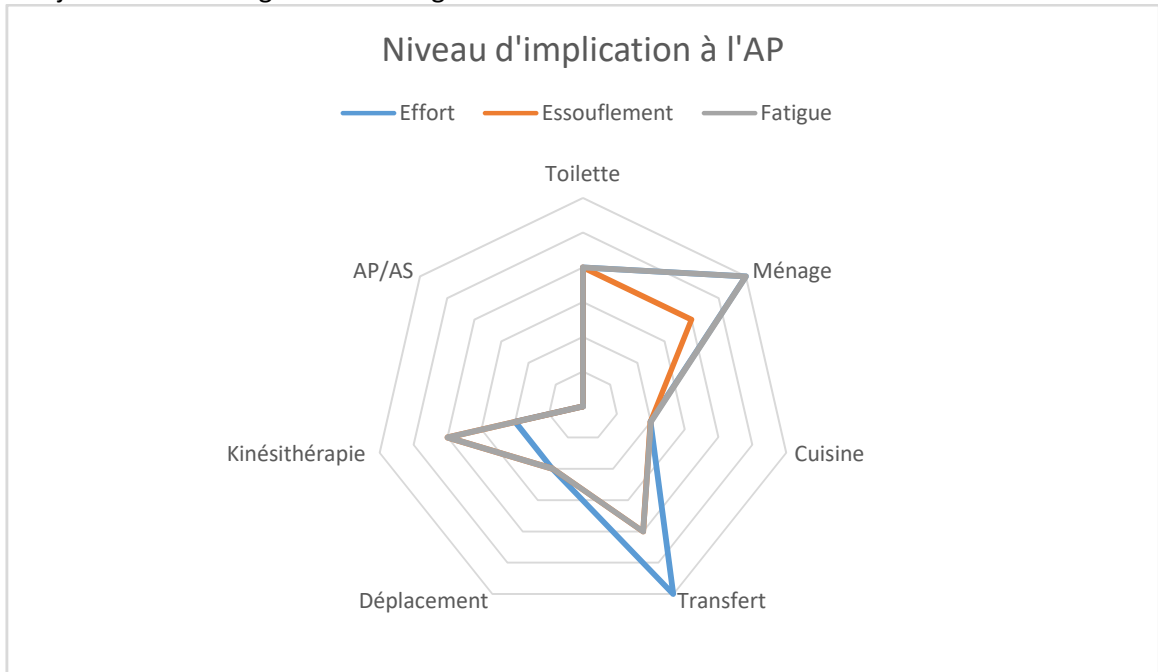
La nuance avec l'activité sportive : il s'ajoute à ce que nous venons de dire pour l'AP, la notion de loisir de performance et/ou de compétition. (Par exemple : boccia, basket fauteuil, danse fauteuil, football...).

Actif : Par opposition au passif, l'actif est lorsque vous réalisez les mouvements par vous-même. Et non lorsque le kinésithérapeute vous fait un étirement.

INTERPRETATION de la PARTIE 1 :

Diagramme polaire :

L'objectif est d'homogénéiser le diagramme.



Score global de la fatigue : (__/21) :

- **Niveau de fatigue faible** (0 à 7) : il ne semble pas nécessaire de réaliser une évaluation plus approfondie de la fatigue.
- **Niveau de fatigue moyen à important** (8 à 21) : Adaptation de l'effort en fonction des caractéristiques de la fatigue, avec une évaluation plus approfondie de la fatigue. Utilisation d'échelle validée comme FISSA – The Fatigue Impact and Severity Self-Assessment.

ANNEXE VII : Retranscription des entretiens

Entretien n°1 (E1) :

Date : 18.03.2020

Mode : appel téléphonique

Lieu : Lieu de travail (interviewé) et lieu d'habitation (enquêteur).

Durée : 46min25

- 1 I – Quelle est votre position face à cet outil d'évaluation en Masso-kinésithérapie ? Pour rappel,
2 l'objectif de l'outil est d'évaluer le niveau d'implication et le rapport qu'une personne P.C. (.) paralysé
3 cérébrale a vis-à-vis de l'activité physique.
- 4 MK1 – Donc on est d'accord que ça parle du questionnaire ::: la partie 1 sur l'activité
5 physique quotidienne ::: ; sur ::: la ::: (3s) sur ::: le ::: (3s) la représentation que le patient a de la
6 kinésithé/ =de de l'effort, de l'activité.
- 7 I – Oui, c'est bien ça.
- 8 MK1 – [Et] c'est ça, oui oui bah moi je (.) oui oui voilà j'ai trouvé que c'était intéressant ::: euh ::: et
9 que ça remettait un petit peu (3s) ::: euh ::: ça remettait des points sur les « i » pour les patients
10 hein ! Entre ::: « bah oui oui je fais de la kiné » ; « je fais du kiné » hein ! Souvent ils disent comme
11 ça et en fait ça remet à l'honneur un petit peu la kiné sur le fait que ce soit actif.
- 12 I – D'accord.
- 13 MK1 – [Alors] par rapport à l'entretien individuel ::: euh ::: oui alors donc la partie 2, voilà et donc
14 sur le questionnaire ::: (3s) oui bah j'ai trouvé que c'était intéressant. =Alors est ce qu'on compare, =
15 je sais pas, par rapport à la (3s) aux quest/ aux questions, il y a des questions ::: euh ::: je réponds à
16 des questions.
- 17 I – [En fait vous]
- 18 MK1 – [Oui.]
- 19 I - Vous vous expliquez ce que vous en pensez et sinon ::: euh ::: je peux ::: je peux vous réorienter
20 avec des questions de relance ou des questions de clarification.
- 21 MK1 – [Alors ouais ouais], alors parce que pareil, par exemple ::: là ::: on peut reprendre point par
22 point sur la partie 1, par exemple ::: On demande « pas d'effort ; un d'effort ». Donc là c'est un :::
23 euh ::: petit peu c'est la perception sur l'activité physique quotidienne, la perception qu'à le
24 patient ::: euh ::: {je dis} le patient hein du coup ?
- 25 I – [hum hum]
- 26 MK1 – Par rapport à l'activité ::: (3s) donc d'un côté sur ::: le ::: l'impact sur l'activité physique
27 quotidienne ; sur la dyspnée (.) ça veut dire sur le fait qu'il soit essoufflé, sur la fatigue. Oui bah ça
28 rappelle certains questionnaires ::: et ::: euh notamment le BORG hein ?
- 29 I – Oui. Et du coup selon vous (3s), d'après ce que j'ai compris il pourrait être utilisé dans votre
30 pratique (.) professionnelle (.) personnelle.

31 MK1 – [Tout] à fait ! Tout à fait ! Oui oui en termes ::: de ::: questionnaire ::: euh ::: (3s) de
32 questionnaire ::: euh ::: de qualité de vie.

33 I – O.K.

34 MK1 – Bah ça permettrait de faire le point déjà sur la perception qu’a le patient ::: euh ::: sur
35 l’activité ::: euh ::: quotidienne.

36 I – D’accord. ::: et ::: donc ::: euh ::: que pensez-vous plutôt du contenu :::des ::: dernières parties,
37 parce que vous avez évoqué plutôt les premières parties, et par rapport à la deuxième partie ?

38 MK1 – Alors première partie :::, donc là il y a la perception donc je continue au fils ::: de ::: voilà.

39 I – [Hum hum]

40 MK1 – Donc voilà la première partie dans « kinésithérapie active » et la partie ::: deux ::: Ouais donc
41 ça pourrait être un petit peu un complément d’anamnèse hein ? Hein finalement, par rapport à
42 l’activité. Donc c’est une façon aussi de mieux connaître le patient.

43 I – Ouais. (3s) Et selon vous les barrières identifiées :::, elles sont ::: euh :::

44 MK1 – Les quoi ? Je n’ai pas compris. Excusez-moi, comme on parle à côté de moi.

45 I – (rire) Et que pensez-vous des barrières et des modalités qui sont identifiées ?

46 MK1 – Par rapport à la fatigue, alors je suis, alors là par exemple je suis sur le 3.4.8. Oui bon la
47 fréquence :::, (6s) oui là ça remet ::: en :::, ça remet aussi dans le contexte c’est-à-dire savoir ::: si ::: si
48 le patient peut pratiquer une activité. S’il a les moyens de se déplacer aussi, pour la salle de sport :::
49 les ::: (3s).

50 I – O.K. parfait. Et du coup

51 MK1 – [Et le budget] aussi, c’est intéressant aussi, de revoir, aussi la part du budget, c’est pas les
52 choses qu’on est amené à demander ::: mais ::: c’est parce que souvent les gens n’osent pas le dire !
53 « Bah non, ça coûte ::: cher ::: , *et cætera* ! ». Ça peut être aussi un facteur limitant.

54 I – O.K.

55 MK1 – Et le fait de demander aussi si « vous connaissez les programmes » et tout, c’est une
56 démarche aussi un peu d’éducation ::: euh :::, d’éducation le fait de renvoyer aussi auprès du patient
57 c’est intéressant, cette façon de voir les choses. Voilà après moi de vous donne des idées sur les
58 questions (rire).

59 I – (rire).

60 MK1 – J’ai donné quelque (xx). Je découvre au fur et à mesure, je découvre le questionnaire, après
61 moi je veux bien répondre à des questions plus ciblées si il faut.

62 I – Que pensez de la forme de l’outil, le format général, le fait de faire un entretien ::: (.) vous l’avez
63 déjà un peu évoqué, (3s) le fait de faire un entretien directif ?

64 MK1 – [Et bah alors], est-ce que c’est un entretien ou un auto-questionnaire ?

65 I – Alors c’est plus un entretien.

66 MK1 – D’accord. Hum.

67 I – Et que pensez-vous du fait de faire un entretien ou (.) par rapport à un auto-questionnaire ?

68 MK1 – Là par exemple, on voit l’échelle 0 ; 1 ; 2 ; 3. (Lis à voix basse). Est-ce qu’un outil par exemple
69 comme un curseur ou ::: euh ::: une échelle visuelle analogique (3s) qui complète ça !

70 I – Du coup dans

71 MK1 – [Ouais] dans cette population-là, bon il y a pas toujours (.) il peut y avoir des petits troubles de
72 la compréhension *et cætera*.

73 I – Hum hum

74 MK1 – Et ::: euh :::, est-ce que ce ne serait pas plus judicieux d’utiliser ::: euh ::: une ::: échelle :::
75 type échelle visuelle analogique avec un petit curseur 0 ; 1 ; 2 ; 3.

76 I – OK.

77 MK1 – Parce que je ne suis pas certaine que ::: oralement la personne puisse dire {combien, ça ne
78 serait pas inintéressant d’avoir un petit support visuelle en plus quoi}.

79 I – D’accord.

80 MK1 – On est d’accord que la personne ne remplit rien du tout, c’est juste de l’oralité.

81 I - ::: Euh ::: oui dans l’idée c’est ça !

82 MK1 – [Ouai donc] moi je verrais ça en plus !

83 I – [OK].

84 MK1 – Pour aider à ::: la ::: à la décision, à la notation. Je pense que ça pourrait être ::: un ::: , =
85 vraiment un plus, une plus-value pour le patient.

86 I – OK. (3s) ::: Et ::: du coup en restant dans le même idée par rapport à la formulation du cadre, est-
87 ce que vous pensez que c’est (xx)

88 MK1 – (xx).

89 I - ::: Euh non un peu comme la consigne, en tout début « ::: Nous ::: voudr/ »

90 MK1 – [Euh oui attends.] Ouais (20s). Je regarde hein ! Je regarde au fur et à mesure ::: euh ::: Alors
91 ::: le ::: alors quand tu parles du carde c’est ::: par rapport ::: à ::: ?

92 I – C’est un peu comme la consigne ::: c’est

93 MK1 – [Ah oui !] Tout au début !

94 I – [Oui !]

95 MK1 – « Nous voudrions connaître votre rapport à l’activité physique ou sportive ::: »

96 I – Oui !

97 MK1 – (10s). Ouais oui oui (.) donc dire de 0 à 3 puis après de laisser parler le patient. Oui ouais ouais
 98 moi ça me paraît ::: oui hum hum très intéressant. Il faut quand même toujours garder toujours une
 99 trame. A mon avis dans un questionnaire comme celui-là il faut toujours garder une trame, et
 100 puis ::: euh ::: après laisser une (.) une partie libre hein ? Tout en sachant que les patients, ils v/ ils
 101 vont empiéter sur l’item suivant. A mon avis c’est ça. Hein ? Voilà.

102 I – D’accord. ::: Et ::: du coup aussi selon vous la formulation des questions, elle est adaptée ou :::

103 MK1 – Oui alors « Diriez-vous que vous êtes le/ légèrement ou modérément, intensément ou pas du
 104 tout essoufflé ». Alors ce (.) la façon de formuler ça peut être aussi intéressant (Lis à voix basse). Et ce
 105 qui est intéressant c’est de reformuler, de redire « essoufflé » ; « LEGEREMENT essoufflé » ;
 106 « MODEREMENT essoufflé » ; intensément essoufflé » ; « ou pas du tout ». Je pense que c’est
 107 intéressant de refaire (.) de ne pas tout énoncer d’un coup, mais déjà de parler/ =parce que déjà
 108 effectivement en gras il y a le mot clé. Et à mon avis, je pense que dans la (.) dans la façon
 109 d’interroger le patient c’est bien de parler d’essoufflement donc comme ça il reste sur l’idée d’
 110 « essoufflé », « tu es essoufflé ? – Oui. » ::: euh ::: « Beaucoup ? Légèrement ? Modérément ? ».
 111 Alors et là avec des mots c’est très intéressant. Ça me rappelle le BERG, hein ::: euh ::: le BORG,
 112 BORG ! BORG ! hein BORG !

113 I – (rire)

114 MK1 – (rire) ça me rappelle le BORG. ::: Et ::: je pense que c’est intéressant !

115 I – D’accord.

116 MK1 – Hein voilà, juste sur la formulation, hein parce que la façon dont c’est écrit, dont c’est à l’écrit
 117 « légèrement, modérément essoufflé » (xx) le mot clé « essoufflé » et après refaire préciser, comme
 118 ça, ça laisse le temps au patient de réfléchir.

119 I – D’accord.

120 MK1 – Pareil pour la fatigue, donc voilà ! Pareil pour ::: euh ::: l’effort, voilà. (2s) Je pense que ça c’est
 121 intéressant. Après il y a les mots et il y a les CHIFFRES. Donc je pense qu’il y a une corrélation entre
 122 les mots et les chiffres je suppose que par exemple la {statique} c’est 0, légère c’est 1, modérée c’est
 123 2, intensive c’est 3 ::: ou ::: enfin nul c’est 0 pardon. Hein c’est ça ?

124 I – C’est ça !

125 MK1 – [Parce que] un mot correspond à un chiffre. Donc voilà, après c’est le choix : est-ce que je
 126 laisse le choix au patient ? Ou est-ce qu’il comprend mieux en mots ? Ou alors, si on voit que les mots
 127 parce q/ ne conviennent pas, on peut aussi utiliser l’échelle analogique. Je pense que de toute façon
 128 l’idée c’est d’aboutir à une réponse ::: et ::: une réponse ::: juste, la plus juste possible, et la plus
 129 compréhensible pour le patient. Mon avis c’est ça.

130 I – Oui parce que le but ::: je sais p/ ::: euh ::: si vous avez vu à la fin c’est (.) il y a un diagramme
 131 polaire pour l’interprétation des réponses.

132 MK1 – [Oui. Oui, oui.]

133 I – Et c’est pour ça que

134 MK1 – [D'accord.]

135 I – les mots ont été (.) ont été repris par rapport à des chiffres.

136 MK1 – Pour pouvoir les mettre en diagramme, les figurer en diagramme je suppose.

137 I – C'est pour refaire une interprétation (.) en fait c'était de faire ::: une représentation visuelle

138 pour les ::: euh :::

139 MK1 – Oui, ouais, ouais, ouais, ouais.

140 I – Vous en pensez quoi du coup de cette interprétation des réponses ?

141 MK1 – ::: Euh ::: Oui c'est-à-dire que ça serait nous qui ferions ::: le ::: la corrélation entre effort léger

142 égale 1, c'est ça ?

143 I – C'est ça, il y a les

144 MK1 – [Ouais.]

145 I – En fait, ça donnerait après ensuite le diagramme pour pouvoir ::: ajuster sa prise en charge.

146 MK1 – [D'accord]. Alors finalement, moi je pense qu'en mot c'est plus simple pour le patient. Parce

147 que souvent on se rend compte quand on veut interroger les patients ::: que ::: ben ::: sur une

148 échelle de 0 à 10, hein je pense à l'E.V.A. qui est vraiment l'échelle analogique pour la douleur (.) :::

149 euh ::: sur eux, alors pour eux c'est difficile de se représenter :::euh ::: euh ::: une douleur maximale,

150 déjà là ::: euh ::: douleur maximale imaginable ! La personne qui n'a jamais eu une forte douleur ou

151 voilà après c'est propre à chacun. Mais je pense que c'est intéressant effectivement au

152 niveau ::: de ::: /. Par contre c'est sur la formulation moi, je trouve, hein ! Si vraiment j'ai un petit

153 commentaire à faire c'est le fait qu'il faut annoncer ::: euh ::: l'objet de la question c'est-à-dire ce

154 qui a été mis en gras, hein !

155 I – [Oui].

156 MK1 – Activité quotidienne ; essoufflé ; *et cætera*. Et après dans un deuxième temps, donc laisser

157 réfléchir le patient, et seulement après de graduer, dire « intensément » ; « légèrement » ;

158 « modérément » ; « intensément » ou « pas du tout ». Moi c'est souvent comme ça que je procède

159 et c'est comme ça que ça se passe bien.

160 I – OK. (3s). Et par rapport à la formulation des questions de la deuxième partie, qui serait plutôt un

161 entretien :::

162 MK1 – Donc la partie deux, entretien individuel ?

163 I – Oui.

164 MK1 – Alors (.) dans le cas {« a » « t » « a » « s » c'est « as »}}, « dans le cas où la réponse à la

165 question 3.2 est positive ». Alors la question 3.2. : « Pratiquez-vous de façon continue et planifiée

166 une activité sportive ou une activité ::: ». Ouais la formulation ::: euh ::: après je pense qu'il ne faut

167 pas hésiter à reformuler. Il a été testé déjà ce questionnaire au près d'un patient ou ...

168 I – Juste une fois.

169 MK1 - Ouai et alors comment ça s'est passé.

170 I – Alors c'était pas ::: la ::: version, c'était une autre vers/

171 MK1 – [La] première ?

172 I – Oui. Et ça c'est bien passé, il a plutôt bien compris.

173 MK1 – Bien compris ?

174 I – Oui.

175 MK1 – Hum. Parce que ça pourrait être ::: euh ::: aussi une pratique régulière ! Planifiée ::: ou

176 régulière ! Mais « planifier » ça veut d/ il y a encore une notion de temps, de timing, hein ? Tous les

177 mardis à telle heure je fais ça, il y a, hein ? Ça ressemble plus à ça, que régulièrement ::: OUI ::: bah

178 j'y vais régulièrement ! Je vais RÉGULIÈREMENT, mais régulièrement c'est pas toujours si régulier que

179 ça en fait. C'est plus précis ! Bon voilà après, par exemple sur la question 3.2. (Relis à voix basse).

180 Donc là c'est pour mieux comprendre l'activité, hein ?

181 I – Oui. Et donc selon vous les (.) les termes « planifier » et « régulier » sont différents ?

182 MK1 – Et bien oui parce que dans le « planifié » ça veut dire que il y ::: a ::: (.) c'est prévu, c'est

183 organisé. ::: C'est ::: il y a un petit côté répétitif, et que « habituel » ça peut « Oh oui ! Oh oui, j'y vais

184 souvent ! ». Ça peut être vite dévié !

185 I – [Oui] d'accord.

186 MK1 – Le fait de dire, « habituel » c'est « Ouais ouais, bah oui j'y vais ». Alors que planifier, il me

187 semble que ça correspondrait plus au cadre mais après voilà, après ::: ça veut dire aussi que c'est

188 peut-être en club, c'est peut-être (.) une activité vraiment bien CIBLÉE à une heure PRÉCISE et bien :::

189 voilà, alors peut-être que la différence entre pratique régulière ou habituelle je sais pas mais le fait

190 de dire « planifié ». Alors est-ce que ça peut être compris ::: euh ::: à adapter, je sais pas ! Je sais pas !

191 Faut voir ! Là je ne suis pas devin.

192 I – (rire) mais oui selon vous pla/ « planifier » encadre, engage plus un cadre et ça pourrait peut-être

193 MK1 – [Oui voilà] peut être, être moins compris ! Je pense que ça pourrait être un mot sur lequel les

194 (.) les jeunes que j'ai eu les patients peuvent buter, voilà ! Moi c'est parce que j'ai p/, moi (xx) de

195 premier abord, hein ! Voilà ! (3s). (Lis à voix basse). « Quel type d'encadrement bénéficiez-vous

196 pour la pratique d'activités physiques ? » Donc quel encadrement ? (2s) D'accord bon là ça après il

197 faut bien reprécisez, hein ! (6s) Oui non c'est bien ! Ça c'est bien le 3.4.6 c'est bon ... (3s) Alors (lis à

198 voix basse), ça sent un petit peu l'arbre décisionnel (lis à voix basse) « lors de votre enfance ». Alors

199 voilà c'est des questions qu'on poserait comme ça de façon informelle pour mieux connaître

200 quelqu'un par exemple là on a un nouveau patient. Voilà, sport *et cætera*. (Lis à voix basse) « Quel

201 intervenant » (3s). Et donc là, on repart sur une question comme la 3.4.6 « Diriez-vous que vos

202 pratiques ne vous demandent pas d'effort ; un effort léger ; un effort modéré ; un effort intense ? »

203 Donc finalement c'est l'appréciation de l'activité. Il y a l'idée qu'on se fait de l'activité physique et

204 cette activité physique vraiment telle que je la pratique (.) comment je la conçois. Donc là (3s) (lis à

205 voix basse) pareil la fatigue ::: (4s). Alors il y a une question qui m'interpelle c'est « la prescription

206 médicale à l'activité physique est-ce qu'elle pourrait avoir un impact sur votre pratique ? ». (2s)

207 I – Oui ?

208 MK1 – Donc là c'est dans quel but alors ? J'ai une vague idée mais je voulais savoir pourquoi vous
209 posez la question.

210 I – Parce que selon vous elle est, elle ne serait pas adaptée ?

211 MK1 – Euh ::: si ! Si si ! Mais voilà ! Après j'ai une petite idée derrière la tête, c'est pour se dire (3s) :::
212 dans ::: la mesure où c'est sous prescription médicale bah c'est un petit peu comme un
213 médicament ::: donc est-ce que ::: (4s)

214 I – Donc là c'était pour référer

215 MK1 – [Une sorte] un petit peu d'injonction ! C'est quelque part (3s) prescrire

216 I – [C'était ça, c'était] par rapport à la motivation intrinsèque (.) le fait de

217 MK 1 – [Ouais d'accord, oui oui]. Ouais, ouais, OK, oui. Alors ça c'est finalement, c'est quelque chose
218 qui pourrait relancer un peu plus la motivation finalement. Hein c'est quelque chose qui aiderait
219 encore plus. En partant du principe qu'on médicalise finalement, parce que c'est plus l'activité de
220 loisir mais sportif quand même, mais, du coup c'est l'activité de loisir prescrite. Et donc on retourne
221 un petit peu dans un cadre médical, ouai. Donc après à voir, moi je pense que c'est intéressant, oui
222 oui, c'est intéressant. (Lis à voix basse). Alors là c'est, à partir de la question 3.5 donc on repart sur le
223 fait que le patient ne fait pas d'activité ?

224 I – ::: Euh ::: Alors attendez :::

225 MK1 – Parce que là on a l'impression que ::: euh :::

226 I – Non 3.5 c'est pour les ::: euh ::: c'est pour si jamais activité ou non activité, c'est commune aux
227 deux.

228 MK1 – D'accord. OK.

229 I – Parce que vous pensez que ça serait plus

230 MK1 – [Parce que] j'ai l'impression que ouais ! Alors après ça dépend de ce que (.) va répondre :::
231 le ::: le patient mais ::: euh ::: « Quel type d'encadrement bénéficieriez-vous pour la pratique de ces
232 activités ? » par exemple si il y a déjà quelqu'un qui est en compétition ::: Ouais donc on peut dire
233 s'il y a besoin d'un ::: ou plus d'un accompagnant. Ouais, non, oui ! Mais alors ça amène quoi ? C'est
234 pour ::: euh ::: ? En fait c'est par rapport à la vision du sport (.) y a forcément (.) il y a quand même
235 une idée. La réponse ça impact forcément quelque chose. « Ressentez-vous le besoin d'un
236 accompagnement pour faire de l'activité ? »

237 I – Oui c'est pour savoir par rapport à lui sa pratique ::: Quelles stratégies développer par la suite si
238 la personne elle arrive, elle arrive pas à maintenir parce qu'elle se sent abandonnée. Elle arrive pas à
239 maintenir ::: par elle-même.

240 MK1 – D'accord, oui oui. Donc là ça serait presque :::, donc c'est encore aussi un élément
241 motivationnel finalement. Parce que le fait ::: de ::: d'avoir un accompagnement RENFORCERAIT le
242 fait de faire un ::: il me semble que poser cette question-là à quelqu'un qui est en CLUB, en

243 AUTONOMIE ::: et ::: bien, on est un petit peu à côté de la plaque ! Parce que s'il est déjà en club, en
244 autonomie et qui et qui (2s)

245 I – Ouai, donc selon vous ce serait plutôt pour ::: la ::: partie pour les personnes qui n'ont aucune
246 activité ?

247 MK1 – Et bien (.) oui ou qui ont une restriction, dire « bah oui ben je ferais bien de l'activité mais le
248 problème c'est que : ... ». Parce que sinon, ça fait toujours de (.) de reposer cette question-là. Bon
249 après encore une fois, tout dépend de la réponse ! ::: Mais ::: la personne qui a dit « oui je fais une
250 activité » hein « je pratique une activité :::, ça y est machin, dans un cadre de loisir, avec euh une
251 association ::: », et en fait si il est autonome forcément il va peut-être pas euh (.) par contre ce qui
252 serait peut-être bien c'est : est-ce que vous pensez-que ::: euh ::: un accompagnement vous
253 permettrait de (.) rendre encore plus efficace cette activité ou ::: (.) parce qu'il y a l'histoire du besoin
254 mais ça pourrait être aussi un élément qui renforce le fait de faire une activité peut-être ::: plus :::, en
255 voulant ::: (.), avec plus de temps ou ::: pendant plus longtemps je veux dire. Voilà c'est un petit peu
256 là, on a l'impression que ::: (4s)

257 I – Oui. Vous dites que

258 MK1 – [Vous voyez ce que je veux] dire, c'est que là on a démarré cette activité mais du coup il me
259 semble que c'est plutôt une question que j'aurais posé au début. (3s) Voilà ! Parce que après,
260 « diriez-vous que l'A.P. ou l'A.S sont une de vos priorités ? ». Bah oui ! Oui c'est probablement, s'il le
261 fait (.) pour la personne c'est une priorité ::: euh ::: Je pense que ça c'est oui, oui en termes de (.) :::
262 de ::: questionnement . Ouais (6s). Alors après sur l'arbre décisionnel, je pense que c'est un truc qui
263 viendrait après ::: le ::: après « oui mais là j'arrive pas parce ::: que ::: je suis tout ::: seul :::, c'est trop
264 dur ::: ». Voilà (8s).

265 I – D'accord.

266 MK1 – Alors ça pourrait être bien oui, par exemple je pense à la question « diriez-vous que vous
267 envisagiez (xx) que commencer, reprendre une activité physique continue ? ». Là ça pourrait être
268 dans la suite du 3.4.1.1, je veux dire 3.4.11 pardon ! Je veux dire ressentez-vous le besoin d'un
269 accompagnement, moi. Parce que la façon dont c'est mis en page :::, on a l'impression que c'est
270 après ::: que ça pourrait être mis après la 3.4.6, par exemple ! Parce qu'on est d'accord que là c'est
271 plus, (.) c'est mis sur deux colonnes mais c'est à la suite en fait ?

272 I – Euh ::: non ! En fait la colonne ::: la colonne à gauche c'est seulement dans le cas où on a fait de
273 l'activité (.) où on fait de l'activité physique et la colonne à droite c'est dans le cas où on ne pratique
274 pas d'activité physique.

275 MK1 – Ah oui d'accord. OK.

276 I – Et en fait, oui je viens de voir que les numéros, ils ne sont ::: pas :::

277 MK1 – Parce qu'on a l'impression que ça vient à la suite quoi ! C'est pour ça !

278 I – Oui c'est les nu/

279 MK1 – (xx)

280 I – Non pourquoi ? Ah oui.

281 MK1 – Donc 3.3.4 ; 3.3.5, hein parce que ça serait, normalement ça serait 3.3.

282 I – Oui.

283 MK1 – 3.3.1 ; 3.3.2. Alors dans le cas où la réponse est positive. Donc après 3.3 c'est pas 3.4.2. (.)

284 I – Non c'est un défaut, vous avez bien (.) vous avez bien vu c'est un défaut de numérotation.

285 MK1 – Oui.

286 I – Donc en fait dans la colonne gauche ça ferait :

287 MK1 – 3.4.2 ça ferait plutôt 3.3.2 là : laquelle ?

288 I – C'est ça 3.3.1 en fait.

289 MK1 – Après la 3.4.4, ça ferait 3.3.2.

290 I – Oui.

291 MK1 – Après la 3.4.6, ça ferait 3.3.3.

292 I – Oui c'est exact.

293 MK1 – la 3.4.8, ça ferait 3.3.4 (.) *et cætera* !

294 I – Oui.

295 MK1 – Hein ? Je pense, hein ? Il vaut mieux faire comme ça ! Et du coup faire la 3.4 « Dans le cas où
 296 la réponse à la question 3.2 est aucune. », « Pouvez-vous détailler les raisons de cette non
 297 pratique ? ». Donc après 3.4.1 ; 3.4.2. Parce qu'on a l'impression que la 3.4.2 ::: la 3.4 ; la 3.4.2 ça
 298 ferait partie ! Donc c'est faux ? On est d'accord ? Donc la 3.4.3 remplacée par 3.4.1 ; la 3.4.5
 299 remplacée par 3.4.2 ; la 3.4.7 remplacée par 3.4.3 ; la 3.4.9 remplacée par 3.4.4 et *cætera*.

300 I – C'est ça !

301 MK1 – Hein, on est d'accord ? OK. Alors c'est pour ça que je disais que la 3.5 ::: euh ::: ça paraît
 302 saugrenu de la poser après une réponse qui serait « bah oui je fais une activité en autonomie. »

303 I – Oui.

304 MK1 – Tu vois ce que je veux dire, hein ?

305 I – Oui. Effectivement !

306 MK1 – (Lis à voix basse). Parce que ça pourrait être oui (6s). Alors après ça devient plus une question
 307 généraliste, on est moins sur un arbre décisionnel. Du coup ouais. Alors je passe à la suite
 308 « modalités qui vous conviennent pour instaurer une activité » (Lis à voix basse). Alors pareil la
 309 question 4.2 c'est une reprise de la question 3.5 quelque part. Parce que « Préfèreriez-vous pratiquez
 310 une activité physique avec un intervenant, ou en autonomie » (12s).

311 I – Oui donc selon vous la 3.5 n'a pas lieu d'être comme question et ::: euh ::: parce qu'elle est

312 MK1 – [Bah] disons que à la suite de ::: la ::: de ::: celle ::: qui est écrite 3.4.6 mais qui devrait être
 313 3.3.3 ::: euh ::: (lis à voix basse). (10s) Alors le type d'encadrement je veux bien (3s). Ouais. Ça

314 pourrait être une sous question dans « ressentez-vous le besoin d'un accompagnement ? ». (2s) Je
315 trouve qu'elle va plus, qu'elle est plus en lien avec ::: euh ::: Alors effectivement elle est en lien avec
316 la 3.4.6. Je trouve qu'elle est assez en lien mais alors pourquoi elle est remise après ? C'est ce que je
317 (.) je (.). Ouais non on peut la laisser comme ça. Mais disons que (.) en fonction (3s). Ça on peut
318 toujours poser la question c'est ::: pas ::: Je pense que c'est important de le formuler aussi à un
319 moment donné ! Est-ce que le fait d'avoir eu un accompagnement ça aiderait parce que l'idée c'est
320 toujours de dégager l'outil d'évaluation ça OK (.) d'avoir un arbre décisionnel pour adapter (2s) et
321 puis vraiment pou/ pour mettre en œuvre la modalité d'une activité physique finalement. En fait
322 c'est dégager ::: les ::: les (.) FREINS à l'activité physique, hein c'est ça en fait ?

323 I – Oui les barrières ::: euh :::

324 MK1 – Hein, ouais ! Ouais, ouais, ouais !

325 I – La (.) La partie deux évoque surtout les barrières.

326 MK1 – Hum hum ! C'est vrai.

327 I - Et du coup selon vous c'est approprié ?

328 MK1 – C'est-à-dire que oui c'est approprié, mais ::: euh ::: en fonction de ce que le patient répond,
329 quel type (xx) bénéficieriez-vous, je pense que ::: (4s). On a l'impression que le fais de demander
330 « Vous préféreriez pratiquer avec un intervenant ou en autonomie ? ». Il me semble que ça viendrait
331 avant la question : « Quel type d'encadrement bénéficieriez-vous pour la pratique de ces
332 activités ? ». Ou alors il faudrait redégager sous une autre forme l'arbre décisionnel oui/non.

333 I – D'accord.

334 MK1 – La question quand c'est positif, OK et si vraiment (.) = c'est plus la mise en page moi qui me,
335 qui me, qui m'embête un petit peu. Parce qu'on a l'impression que quand on revient sur 3.5. ; 3.6.
336 On revient sur du généraliste quel que soit la trame du dessus.

337 I – D'accord.

338 MK1 – Alors c'était peut-être ce qui était voulu, hein ! (5s) Parce que par exemple « Est-ce que c'est
339 une de vos priorités ? ». La personne qui ne fait pas d'activités bah elle dit « Non c'est pas une de
340 mes priorités puisse que j'en fais pas ». Tu vois c'est ça, ça peut être ça la réponse ». (7s) Pareil
341 « Préféreriez-vous pratiquer avec un intervenant ou en autonomie ? » et du coup ça renvoie à
342 « Ressentez-vous le besoin d'un accompagnement pour faire de l'A.P. ? ». Alors après est-ce que
343 c'est voulu ? Est-ce que c'est une façon de reformuler les choses ? Ça je ne sais pas c'est peut-être
344 une tactique aussi par rapport au questionnement.

345 I – D'accord.

346 MK1 – Je pense qu'il faut faire un maximum de question/ de questionnaires ! Et puis après de (.) en
347 fonction de ce que les gens ::: euh :: et refaire un vrai arbre décisionnel, oui/non ! Je pense qu'il faut
348 être très simple. Mais sur les questionnements tout est bien, hein ! Les questions, elles sont bien.
349 Mais plus ::: euh :: sur l'ordre des questions, on a l'impression qui y a des choses (.) ça revient en
350 arrière ! Mais alors c'est peut-être voulu parce que je sais que souvent dans certains questionnaires
351 c'est une tactique (.) pour essayer vraiment de faire parler le patient, *et cætera*.

352 I – D'accord, je prends note !

353 MK1 – Voilà, c'est sur le ::: le ::: euh :::. Après je trouve que c'est intéressant, je trouve qu'il ne faut
354 pas l'oublier. Ça met aussi une contrainte et ça met en (.) lien en balance avec ::: euh ::: la
355 prescription médicale. Parce que finalement, c'est pris en charge et du coup c'est un petit peu le
356 pendant de « Seriez-vous prêt à consacrer une part de votre budget à la pratique d'une activité ? »
357 et ::: euh ::: Alors plusieurs activités choisies c'est « it » « ies » hein, il y a des petites fautes à corriger
358 hein, je j'en avais vue d'autres.

359 I – Ah !

360 MK1 - ::: Euh ::: (Lis à voix basse.) Parce que justement sur le principe du budget ::: euh ::: ça peut être
361 justement des freins obligés qui pourrait faire que la prescription médicale pourrait avoir du poids
362 pour avoir un impact sur la pratique, ça pourrait être aussi un facteur favorisant, allo ?

363 I – Oui.

364 MK1 – Oui (rire).

365 I – Je suis là (Rire).

366 MK1 – Voilà je pense que dans ces cas-là c'est un truc à mettre en balance, ça serait médical, budget
367 ça va avec.

368 I – [Après la prescription médicale] d'activité physique ça n'engendre pas un remboursement !

369 MK1 – Non ! Et y a pas de (.) non ça n'engendre pas un remboursement ! Donc non, non niveau
370 argent c'est bon OK (8s). Il me semble que c'est des questions mais il y a beaucoup ::: de ::: je sais pas
371 si on pourrait les remettre en ordre mais c'est peut-être voulu de rebondir sur des choses. Je ne sais
372 pas c'est peut-être une tactique aussi, par contre il faut bien revoir l'histoire de 3.3.4 et tout !

373 I – OK.

374 MK1 – Et sur la mise en page ::: revoir l'histoire des colonnes.

375 I – OK.

376 MK1- Parce la façon dont on le comprend (.) c'est que ::: bon ben (.) tout ce qui est dessous de la
377 colonne 3.3. et 3.4. on (.) on scinde le questionnaire. Là où je ne comprends pas c'est si à partir de
378 3.5 on repart sur une question générale quel que soit ::: le ::: la réponse quoi. C'est un peu
379 l'impression que j'ai !

380 I – Oui, ::: euh ::: je vais changer la numérotation, parce que l'idée c'était de repartir dans le général.
381 Et euh :::

382 MK1 – D'accord bon alors oui à ce moment-là la mise en page est bonne, par contre il faudra revoir
383 l'histoire du 3.3.4, comme on a dit !

384 I – Oui. Oui oui absolument. Mais parce que selon vous, ce que vous aviez l'air de dire c'est que ça
385 serait plus logique si les modalités qui conviennent, on le ferait que dans le cas (.) d'une non activité
386 en fait et que ça n'aurait pas lieu d'être dans le cas d'une activité déjà engagée ?

387 MK1 – Ouais, euh ouais. (Lis à voix basse). Parce que du coup on revient sur « quelles activités
388 aimeriez-vous pratiquer » mais c'est (.) c'est dommage de reposer la question sur quelqu'un qui

389 pratique déjà une activité, ou alors à ce moment-là une AUTRE activité : « Est-ce que vous auriez
390 aimé pratiquer une AUTRE activité ? ». Hein parce que là on suppose qu'il fait quelque chose qu'il
391 aime, « Qu'est-ce que vous aimeriez faire ? » et là ça serait « Qu'est-ce que vous aimeriez faire EN
392 PLUS ? Eventuellement ou de différent ? ». Hein parce que « Quelles activités vous aimeriez
393 pratiquer ? » (Lis à voix basse). Mais si la personne a déjà répondu qu'elle faisait une activité
394 régulière tu vois c'est une chose comme ça que tu vois j'ai du mal ::: à ::: à comprendre. Et je pense
395 que ça vient plus à la suite d'une non activité.

396 Et à ce moment-là on pourrait dégager, et peut-être le mettre d'une façon plus linéaire, ::: plus :::,
397 l'une à la suite de l'autre quoi ! Ouais, je pense que c'est bien de mettre 3.4. vraiment à la suite,
398 pour bien faire comprendre qu'on repose pas les questions ::: aux gens qui ont (.) répondu dans le
399 cas où la réponse est positive. Tu vois c'est ça qui est (.) parce que sinon ::: euh ::: sur le question/
400 j'aimais mieux la première partie.

401 I - D'accord.

402 MK1 – Les questions c'est bon, mais il me semble qu'il faudrait mieux brasser un petit peu la partie.

403 I – D'accord.

404 MK1 – Peut-être que dans ta tête c'est clair mais sur la façon de présenter sur le papier, c'est moins
405 évident, c'est pas si évident que ça quoi !

406 I – Tout l'intérêt de demander l'avis.

407 MK1 – Ça reste une critique constructive encore une fois, c'est pas = c'est juste une petite ::: euh :::,
408 une mise en page à revoir mais c'est pas grand-chose, parce que sur les questions j'ai rien à redire. Je
409 trouve que c'est intéressant de parler du budget, effectivement parce que c'est des choses qui
410 reviennent quand les patients ::: euh ::: quand les patients (.) quand on interroge les patients je veux
411 dire c'est souvent un truc qui revient : c'est le transport, hein le fait de pouvoir se déplacer, hein
412 donc la contrainte de transport dans la question 4.3 ::: euh ::: ça (.) ça me paraît évident. (4s) Le
413 budget aussi, la question du budget c'est important. Souvent, on se retrouve avec des patients (.)
414 moi (.) je pense (.) je pense à des traumatismes crâniens mais c'est la même chose qu'en P.C., encore que
415 paralysie cérébrale, les parents sont très autour de leur (.) de leur gamin, c'est pas du tout la même
416 approche ! Nous on a toujours trouvé que les I.M.C., ils étaient même COUVÉS par leur parent. En
417 général, hein euh, bon sauf s'ils sont à la campagne et qu'ils veulent vraiment acquérir leur
418 autonomie euh en général ils sont quand même (.) ils sont bien accompagnés. Parce que un gars qui
419 fait un traumatisme crânien et qui se retrouve un petit peu dans la nature comme ça les parents sont
420 moins à le couvrir, parce que c'est une habitude de vie. Je te fais part de mon (.) un petit peu de mon
421 ressenti, de mon expérience, hein.

422 I – Oui.

423 MK1 – C'est une habitude de vie, il y a des habitudes de vie qui sont créées et ça reste toujours leur
424 gamin ! Ils peuvent avoir (.) ils ont vingt-cinq ans mais ça reste toujours leur gamin ! Parce que il y a
425 une sorte d'infan/ d'infantilisation qui a été créée par la maladie et souvent la grosse difficulté et
426 bah c'est de EUX obtenir leur indépendance ça reste toujours quelque chose de compliqué. Et le frein
427 (.) donc pour en revenir aux freins et à la pratique d'activités sportives, bah ça reste aussi les moyens
428 de transports, pouvoir y aller..., trouver quelqu'un qui se rende disponible *et cætera*. Chose qui est

429 un petit peu différent chez le paralysé cérébral car ils sont (.) quand même plus épaulés et ::: et :::
430 c'est encore des petits dans la tête de leur parent des très très (.) très très redemandeur hein les
431 parents des paralysés (.) cérébraux. Donc souvent très « papa poule » ; « maman poule » à trouver le
432 meilleur pour leur enfant *et cætera*. Et souvent c'est ce que l'on retrouve (.) en caractéristiques
433 communes. Voilà. C'est bon Estelle ?

434 I – Parfait, il y a juste une autre (.) un dernier point qu'on n'a pas abordé, c'est que (.) ce que vous
435 pensez de l'association du questionnaire avec une évaluation de la motivation, du coup c'est le
436 BREQ-2 ?

437 (xxx)

438 MK1 – Oui, c'est ça je l'ai sous les yeux. ::: Euh ::: ça peut être lourd. Après il faut aussi un niveau
439 intellectuel suffisant, tu vois ce que je veux dire.

440 I – Oui. Et donc du coup selon vous, ce n'est pas forcément

441 MK1 – [Mais euh] faut pas hésiter, fin faut voir si vraiment il y aurait une bonne adhésion mais
442 pourquoi pas ! Et donc c'est un auto-questionnaire donc pas dirigé, hein ? ::: Euh ::: on laisse
443 vraiment la personne (3s).

444 I – Oui, ce sont bien les consignes du ::: euh ::: de cet outil (.) il a été fait de sorte que ce soit un auto-
445 questionnaire.

446 MK1 – Oui. Euh (4s). Je pense que c'est intéressant quand même d'avoir un auto-questionnaire. Je
447 pense que l'auto-questionnaire c'est le truc le plus juste, c'est moins dirigé (.) c'est moins dirigé (.) ça
448 reste un complément d'un entretien directif. Alors est-ce qu'il y a moyen de recouper des choses
449 avec (2s). Je pense que c'est une autre façon de connaître la personne, si c'est fait sérieusement c'est
450 une autre façon de connaître la personne.

451 I – OK.

452 MK1 – Et puis ça renvoie à soi. Sur l'image qu'il a de lui-même.

453 I – Exact. D'accord.

454 MK1 – Je pense que c'est aussi une façon (.) ça a un effet miroir, voilà ce que je dirais de (.) de l'auto-
455 questionnaire. Je pense que ça a un effet miroir. C'est un moment, c'est un temps où la personne se
456 pose (.) et où elle réfléchit sur elle-même et je pense que c'est un bon complément.

457 I – OK. Parfait.

458 MK1 – Après ils racontent ce qu'ils veulent, il faut rester réaliste. Mais euh je pense que ça a un effet
459 miroir et c'est intéressant pour connaître la personne après le proposer systématiquement je sais
460 pas. Faut le proposer, on voit bien de toute façon s'il répond aux 24, c'est qu'il aura bien adhéré au
461 truc quoi, hein s'il répond entièrement, dans l'intégralité c'est que c'est bon quoi. C'est vraiment
462 entretien dirigé versus auto-questionnaire et je pense que ça (.) ça amène une autre (.), plus sur
463 l'image qu'il a de lui-même je pense. Ça je pense que c'est intéressant c'est moi dans la société, mais
464 c'est moi face à moi-même. Tu vois ce que je veux dire ?

465 I – Oui.

Entretien n°2 (E2) :

Date : 18.03.2020

Mode : appel téléphonique

Lieu : Lieu d'habitation (interviewé) et lieu d'habitation (enquêteur).

Durée : 33min

- 1 I - Quelle est votre position (.) face à cet outil d'évaluation en masso-kinésithérapie ?
- 2 MK2 – Alors, ma position (.) c'est un outil intéressant parce que (.) ça permet ::: de (.) d'avoir un
3 échange avec le patient autre que d'usuel. C'est-à-dire qu'il peut avoir un peu moins peur de
4 répondre aux questions et être un peu plus HONNÊTE ::: (.) avec lui-même (.) vis-à-vis de (.) de nous
5 parce qu'il voudrait peut-être pas répondre à certaines questions ou nous dire « oui je vais le faire »
6 pour nous faire plaisir alors que là ça permettrait de faire ressortir que (.) c'est pas pour lui qu'il le
7 fait mais pour ses parents, sa femme, ses enfants, ou le ou la kiné.
- 8 I – D'accord.
- 9 MK2 – Je trouve que ça permet d'être un peu plus objectif face à la réponse que le patient pourrait
10 faire sur le non sport, ou le sport (.) ou l'activité physique (.) qui pourrait lui être proposé.
- 11 I – Ok. ::: Et ::: donc pour vous (.) cet outil aurait un apport (.) bénéfique (.) dans l'arbre décisionnel
12 du M.K. ?
- 13 MK2 – Dans ::: pas forcément dans le milieu du M.K. c'est-à-dire que (.) quand on a un patient qui
14 présente une paralysie cérébrale (.) et ::: que ::: on lui propose de faire une activité autre ::: que :::
15 de ne rien faire ou de rester ::: chez lui à attendre que ça se passe. Ça lui permet à lui aussi d'avoir
16 une prise de conscience, c'est-à-dire c'est plus (.) voilà (.) c'est pas par rapport à l'action du kiné en
17 lui-même c' ::: est ::: l'action que le kiné peut proposer au patient dans son (.) quotidien.
- 18 I – D'accord. O.K. Et du coup (.)
- 19 MK2 – Par contre, juste une chose par rapport au questionnaire, après peut être juste parce que je
20 suis vieux jeu ou je sais pas. Mais je trouve ETONNANT en fait que ce soit (.) que il y ait tutoiement et
21 (.) de ce fait, en fait en voyant toutes les questions comme ça, j'aurais l'impression que ça s'adresse
22 plus à des adolescents ou très très jeunes adultes mais pas forcément quelqu'un qui a cinquante ans
23 ou (.) quarante-cinq ans (.) ou même soixante encore moins.
- 24 I – Euh, par rapport à la formulation des questions ?
- 25 MK2 – Oui.
- 26 I – D'accord. Donc ça cible (.) parce que ::: la ::: la population qui est ciblée c'est les jeunes adultes.
- 27 MK2 – Voilà c'est ça ! C'est pas (.) les jeunes adultes jusqu'à 30 ans max ?
- 28 I – Oui, c'était ça, c'était entre dix-huit ::: et ::: trente-cinq ans.
- 29 MK2 – Là, je suis d'accord donc effectivement ::: je ::: j'avais du mal (.) à envisager (.) des patients (.)
30 fin proposer ce type d'intitulé dans la formulation à des patients de trente ans et plus.
- 31 I – D'accord. Parce que justement que pensez-vous de la forme de l'outil ?

32 MK2 – Et bien, pour des jeunes (.) adolescents ou jeunes adultes, je dirais que ça leur parlera. Pour
 33 des quadragénaires, quinquagénaires (.) peut-être... (.) pour des plus de soixante ans je pense que ça
 34 sera pas forcément (.) validé.

35 I – O.K.

36 MK2 – Ils ont pas l'habitude d'utiliser ce genre (x).

37 I – Oui d'accord. Et le fait de faire en deux parties, une partie d'abord questionnaire et ensuite une
 38 partie entretien individuel selon vous c'est adéquat ?

39 MK2 – Bah ::: euh ::: tout dépendra dans la spécificité des paralysies cérébrales, c'est vraiment
 40 tellement variable sur leurs compétences cognitives que si c'est quelqu'un qui (.) n'a pas de troubles
 41 cognitifs majeurs, oui je pense que ça i/= ouais. Après s'il y a (.) des troubles cognitifs plus
 42 importants, c'est (.) c'est plus (.) plus difficile.

43 I – O.K. (8s) Et à propos du fond des questions (.) que pensez-vous du contenu des (.) des questions ?

44 MK2 – Bah à mon sens, elles (.) sont plutôt pertinentes. Après, il y en a quelques-unes qui étaient un
 45 petit peu (.) bah ça fait un petit peu répétitif mais (.) les mots qui ont du sens pour que quelqu'un
 46 qui n'est pas du milieu médical (.) paramédical (.) puisse comprendre que les termes (.) utilisés (.)
 47 sont plutôt assez simplistes. Et pas vraiment à des patients qui sont vraiment habitués à des termes
 48 plus complexes.

49 I – Et ::: euh ::: au niveau de l'enchaînement des questions, justement vous parlez de répétitions et
 50 j'ai déjà eu des remarques ::: sur des questions qui ne seraient peut-être pas (.) ::: euh ::: ça serait
 51 justement répétitif et qu'il n'y aurait peut-être pas l'obligation de (.) de les mettre.

52 MK2 – Alors ::: euh ::: oui ::: après, ça c'est (.) je pense avec notre vision, c'est ce que je me suis dit
 53 quand j'ai lu la PREMIER fois. Ça m'a paru un petit peu, je dirais redondant. Mais après en me
 54 mettant à la place du patient, la répétition, ça permet de NUANCER (3s) les questions (.) donc euh. La
 55 réponse qu'il va faire en fait nous permettra de voir si il répond « blanc » ou « 1 » à la question 1, et
 56 puis que la question 6 qui est à peu près la même, et qu'il répond « 3 » ça permettrait de voir que :
 57 ou il n'a pas compris ou il n'est pas très honnête et (.) que voilà. Pour moi, c'est (.) la redondance,
 58 elle est peut être {ennuyeuse} sur le plan kiné, professionnel après pour le patient qui n'a pas {initier}
 59 à ces questions. Je ne pense pas qu'il voit la nuance comme telle et ça nous permettrait à nous après
 60 de s'assurer qu'il a bien compris la question. La réponse est donc effectivement fiable, si (.) il répond
 61 toujours la même chose à chaque fois (.) ou à peu près la même chose et si répond à chaque fois
 62 différemment c'est que ce n'est pas forcément transmis (.) le résultat (.) après comme nous on
 63 verrait les choses.

64 I – D'accord. O.K. Et coup vous pensez que là on arrive bien (.) à partir de l'entretien (.) à la fin (.) on
 65 arrive bien à avoir l'opinion de la personne ?

66 MK2 – Oui je pense, bien sûr si (.) si je pose la question à (.) à un kiné (.) qui se retrouve avec un
 67 paralysé cérébrale et qui n'a pas de troubles cognitifs, il va trouver ça un petit peu (.) répétitif (.) et
 68 un petit peu long et il risque de s'ennuyer peut-être et de décrocher. Après vingt-cinq ans
 69 d'utilisation, fin de travail on s'aperçoit quand même qu'il y a beaucoup de gens qui faudrait donner
 70 (xx), toujours toujours répéter les choses. Les kinés s'en lasse mais EUX ils n'ont pas l'air de le penser,

71 donc non je ne suis pas sûre que là (.) ton outil est pour (.) le patient AUSSI, je pense que c'est pour
72 qu'il ait une prise de conscience LUI de ce qu'on peut faire, pas faire, ce qui est important, moins
73 important. Je pense que c'est {un défi} qui est la clé pour le patient même si un peu redondant des
74 fois pour le kiné.

75 I – O.K. Et par rapport à (.) que pensez-vous de l'interprétation des réponses ?

76 MK2 – Alors, là où (.) j'ai toujours après (.) il est difficile de faire la différence entre « légère » et
77 « modérée », par exemple, entre ::: euh ::: « légère » et « intense » oui ! « Modérée » je pense qu'il
78 risque d'avoir des (.) un petit peu de mal (3s) à faire. En fait tu parles aussi d'interprétation, c'est-à-
79 dire que une fois qu'il aura donné tous les chiffres, est-ce qu'on va pouvoir interpréter par rapport
80 aux chiffres ? Voilà c'est ça ?

81 I – Oui c'est ça !

82 MK2 – Ben après. ::: Si ::: ils ::: émettent des avis très tranchés, ce sera plus facile ! Si un coup c'est
83 « léger », un coup c'est « intense », un coup c'est « modéré ». Et bien ::: ce sera plus compliqué à (.) à
84 mettre en place.

85 I – Parce que à la fin de l'outil il y a (.) la proposition d'interprétation avec un digramme polaire qui
86 permettrait un peu de dégager des (.) activités type (.) où ::: euh ::: il y aurait plus d'effort ou d'autre
87 où il y aurait plus de fatigue (.) ou ::: euh ::: Et c'était à propos de ce diagramme polaire est-ce que
88 c'est un outil (.) qui permet (.) une bonne interprétation, sachant qu'on recherche l'homogéné/
89 homogénéisation du diagramme.

90 MK2 – Alors après, sur ::: euh ::: le diagramme (.) tout dépend de comment on veut faire prendre
91 conscience au patient, c'est-à-dire que pour moi comme pour la plupart des kinés j'essaie (.) de
92 vraiment de faire une représentation mentalement, après le patient a peut être effectivement besoin
93 de diagramme, de (.) de (.) ça sera peut-être plus parlant, ça lui permettra d'organiser (x) sur la (.) la
94 vitesse et de faire ou ne pas faire (xx). Pourquoi pas c'est par rapport (.) pour moi en tant que kiné
95 (.) (xx) et puis par rapport aux questions (.) la lecture que j'en aurais fait j'aurais l'impression d'avoir
96 mon diagramme (.) dans ma tête (.) mais effectivement pour pouvoir l'appuyer un peu plus aussi sur
97 l'interprétation que pourra faire le patient c'est peut être bien aussi d'avoir cet outil projeté (3s) sur
98 papier (.) ou sur écran.

99 I – O.K. Et par rapport à l'association avec un questionnaire d'auto-évaluation de la motivation, vous
100 en pensez quoi ?

101 MK2 – Alors ça par contre je pense que c'est important ! Parce que (3s) sans motivation quelle
102 qu'elle soit, fin si le patient il est pas acteur ::: de ::: sa prise en charge (.) rééducative, ou de
103 réadaptation ::: ou ::: au niveau du sport, il (.) y aura pas d'efficacité. Il y aura pas (.) ça ne perdurera
104 pas ! Parce qu'effectivement il faut qu'il soit conscient que c'est pour eux qu'ils le font et pas pour les
105 autres :: ou ::: Je pense que c'est important effectivement de (.) d'appuyer ton étude sur cette
106 échelle de motivation.

107 I – O.K. ! On a abordé tous les points que ::: je ::: voulais à part un seul c'est la formulation de la
108 consigne au début (.) un peu pour présenter le cadre : « Nous voudrions connaître votre rapport à
109 l'activité physique et sportive » Est-ce que (.) Pareil vous en pensez-quoi ?

110 MK2 – Attends je la relis (8s).

111 I – J’ai pas compris.

112 MK2 – Je (.) j’étais en train de dire que j’étais en train de la relire. Pa/ parce que moi elle m’a pas (.)
 113 m’a paru claire au départ quand je l’ai lu. (3s) Alors après c’est encore une fois (.) c’est du détail
 114 mais :: c’est :: la consigne par exemple que tu donnes « Nous voudrions » c’est-à-dire c’est comme si
 115 on était plusieurs à (.) à lui demander !

116 I – Oui.

117 MK2 – Donc c’est plus dans le cadre d’une prise en charge en centre de rééducation ? Avec une
 118 équipe, euh pluridisciplinaire ?

119 I – Euh, non c’était juste que (.) c’est compliqué de mettre un « je » je trouve dans les écrits :: mais
 120 euh :: (3s) c’est vrai que je me suis posée la question (.) entre un « je » ou un « nous ».

121 MK2 – C’est (.) c’est (.) juste après, bon c’est des détails mais pa/ pour que le patient à mon avis (.)
 122 ou la personne (.) justement (.) se voit comme une personne et pas forcément comme un patient
 123 avec euh les « sachant » (.) je sais pas (.) qu’il puisse être plus à l’aise, même si je pense que ce type
 124 de questions sera posé par un kiné qui connaîtra bien son patient, et son patient aura appris à le
 125 connaître. Euh mais c’était pour (.) je trouvais drôle de se mettre en (.) « nous voudrions » comme si
 126 on était supérieur et puis après poser des questions avec « je ». Tu vois, c’est le tutoiement d’un côté
 127 et le :: euh :: c’est plus (.), mais ça encore une fois c’est du détail. Effectivement je pense que ce
 128 questionnaire sera posé à un patient que l’on connaît bien, avec qui (.) on a déjà (.) eu des cas de
 129 rééducation pas toujours facile et que *a priori* une relation de confiance se sera instaurée entre les
 130 deux. Donc ils ne verront pas forcément effectivement le « nous voudrions » comme quelque chose
 131 de (.) de SUPÉRIEUR ou D’AGRESSIF. Mais c’est vrai que je trouvais un peu différé/ fin un peu étonnant
 132 comme (.) premier abord (.) mais vu que tu m’as dit que c’était pour une (.) une plus jeune cible (.) de
 133 trouver voilà un peu étonnant et c’est peut-être un peu aussi ça qui m’a fait un petit peu la (.) qui
 134 m’avait un petit peu interpellé et que au début il y avait un cadre où les (.) les « sachant » les (.) et
 135 après du coup on tutoyait donc je trouvais que c’était un petit peu entre guillemet ASSERVIR le
 136 patient, ne plus le mettre dans ce rôle D’ACTEUR (.) et en oubliant que en fait le principal intéressé
 137 c’était lui.

138 I – D’accord mais parce que les formulations de mes questions, elles sont (.) en vouvoyant, il n’y a pas
 139 de tutoiement, je ne crois pas.

140 MK2 – [Oui oui] Non non c’est dans le BREQ-2 en fait (.) la motivation.

141 I – Ah oui ! Oui parce qu’en fait le questionnaire de la motivation c’est un questionnaire validé, euh
 142 que j’ai repris alors que (.) l’outil d’évaluation c’est moi qui l’ai confectionné en fait.

143 MK2 – Oui donc en fait c’est :: c’est :: plus :: c’est plus :: de ce côté-là en fait, si tu veux faire la
 144 corrélation entre les deux ! Après même si effectivement tu ne peux pas modifier les questionnaires
 145 validés mais (.) :: je :: je trouvais (.) étonnant (.) ce tutoiement dans cette :: euh :: dans ce
 146 deuxième feuillet et puis (.) dans (.) dans toi (.) ton vouvoiement (.) et au final (.) les questions me
 147 semblaient plus à adresser à une jeune cible.

148 I – Oui donc ce serait peut-être plus judicieux de (.) mettre du vou/ du tutoiement dans ::: le ::: l'outil
149 d'évaluation ?

150 MK2 – Bah si vraiment tu es avec une jeune cible, oui ! Parce que tu vois si deux choses (.) vous
151 pouvez être amené (.) ou alors il faut que tu expliques aux kinés que ton questionnaire. Parce que là
152 sur le mé/ alors je ne l'ai pas lu mais tu n'as pas ciblé en fait l'âge de la population à qui on peut
153 proposer ça.

154 I – [Non].

155 MK2 – C'est fait exprès ? Non !

156 I – Euh c'est parce que c'est (.) au niveau d'une population de jeune adulte mais c'est vrai que je l'ai
157 dit dans mon mémoire, mais je n'ai pas donné une tranche d'âge précise.

158 MK2 – D'accord et pourquoi tu voulais plus adapter à une jeune population que ::: a ::: une
159 population de coup de (.)

160 I – [Parce] que dans les études, il ressort qu'à partir de l'adolescence donc il y a la transition enfant
161 adulte. Et gé/né/ralement quand ils passent à l'âge adulte, y a une perte d'activités physiques et :::
162 euh ::: et donc ce serait vraiment à cet/ à ce moment-là qu'il faudrait instaurer ::: une ::: une activité
163 physique pérenne si jamais elle n'a pas été prise pendant l'enfance.

164 MK2 – D'accord. Donc après, après ::: tu ::: te dis que si ce n'est pas fait à la sortie de l'adolescence
165 ou au début (3s) de ta vie d'adulte après c'est fichu, il ne peut plus, ne peut plus avoir envie après.

166 I – [Non] c'est que c'est plus judicieux de cibler ce type de population pour après faire un rappel si
167 jamais (.) dans d'autres conditions que celles qu'ils ont eu à l'enfance mais (.) non c'est vrai qu'à tout
168 âge on peut commencer une activité physique et elle sera bénéfique à tout âge donc ::: euh ::: donc
169 pas

170 MK2 – [Mais] dans, dans la population que tu (.) as ciblé, ces patients avec une paralysie cérébrale ce
171 sont des patients qui ont ::: été ::: euh (.) parce que tu as des patients entre ceux qui ont été en
172 centre de rééducation et ce qui ont une activité (.) en libérale.

173 I – Oui, c'est vrai. Bah là, il n'y a pas forcément de distinction entre les deux populations. C'était
174 vraiment

175 MK2 – Alors que je pense qu'il y a une (.) bon après c'est peut-être pas le sujet de ton mémoire mais
176 je pense qu'il y a une (.) une nette (.) une vrai nette différence entre (.) au niveau des REPONSES
177 entre quelqu'un qui a toujours connu (.) entre guillemet l'hospitalisation ou les centres de
178 rééducation, [REDACTED], et puis d'autres (.) qui (.) ont juste été en demi-pensionnat
179 ou voir pas du tout dans ce type de structure et être pris en charge maintenant en libérale. Je pense
180 que là (.) la (.) les réponses peuvent variées. Donc effectivement par exemple tu vois Elias qui (.) est
181 pris en charge en libéral. S'il veut trouver une activité (.) physique (.) adaptée (.) est beaucoup plus
182 compliqué. Et donc il l'a fait quand il était petit, deux heures par semaine, quand il était tout petit
183 [REDACTED] pour faire du sport ou de la piscine ou des choses comme ça parce que à l'extérieur et ben il
184 n'y a pas forcément les structures d'accueil (.) à proximité où on peut lui proposer une (.) activité (.)
185 physique (.) adaptée. Donc ::: euh ::: d'un autre côté ce qui sont en centre ils sont très passif et pas
186 du tout acteur de leur rééducation parce qu'on leur dit : de telle heure à telle heure il faut aller en

187 école, de telle heure à telle heure il faut aller en kiné, de telle heure à telle heure il faut aller en
188 sport, de telle heure à telle heure il faut aller en atelier, ::: euh ::: et donc ::: euh ::: ils suivent un petit
189 peu ::: le ::: le cheminement sans en avoir pleinement conscience que c'est important pour eux. Alors
190 que d'autres qui sont en libéral n'ont peut-être pas la possibilité de faire parce que même s'ils en
191 avaient envie, ils ne peuvent pas trouver des structures. Et même en tant que jeune adulte là j'ai un
192 jeune de 21 ans à [REDACTED], il (.) essaye de trouver des solutions pour faire (.) des
193 activités physiques (.) et sportives ::: et ::: bah c'est compliqué parce qu'il n'est pas autonome dans
194 ses déplacements et que les activités ne sont pas à porter de (.) RUE. Il pourrait faire du basket, il
195 pourrait faire du foot dans son village ou toutes les activités comme ça mais il ne peut pas faire de (.)
196 basket fauteuil, il ne peut pas faire de foot-fauteuil ou de choses comme ça, à proximité de son
197 village. Donc c'est ::: c'est aussi ça qui ::: peut-être frustrant pour certains patients, ils peuvent pas
198 par ailleurs quand même faire ces activités physiques ou sportives, c'est pas facile (.) quand tu n'es
199 pas autonome (.) dans tes déplacements.

200 I - Oui justement c'est pour ça que la dernière partie, elle concerne d'iden/ enfin elle permet
201 d'identifier les barrières et (.) et les freins à l'activ/

202 MK2 – Voilà, c'est important, après ça peut être aussi source de FRUSTRATIONS quand on leur dit ça
203 serait important que vous puissiez en faire, il faudrait en faire (.) puis finalement (.) ce n'est pas
204 possible de faire parce que les moyens techniques (.) ne sont pas (.) ne sont pas là.

205 I – Oui (2s). Après il y a plusieurs choses qui se développent de plus en plus donc euh l'idéal serait
206 vraiment (.) de voir et (.) je sais que j'ai vu sur le site de la Fondation de la Paralyse Cérébrale, il
207 essaye de développer justement des programmes ::: ou ::: des choses, il y a aussi Handisport et euh
208 (.) et voilà.

209 MK2 – Mais ça tu vois c'est voilà, c'est très très BIEN que ça soit fait, mais c'est pas (.) c'est pas aussi
210 simple parce que ::: bah ::: le budget, il y a déjà le budget pour ceux (.) ceux qui payent quand ::: la
211 boccia, quand tu regardes la rampe, combien coûte une rampe, euh pour la boccia c'est deux milles
212 euros, c'est bah tout le monde n'a pas les moyens même si ils peuvent parfois en prêter ou il y a des
213 associations qui font. C'est à chaque fois compliqué pour les patients. Tu vois, Lisa et sa rampe, elle
214 lui a été prêtée pour l'instant mais la rampe que Jules a, c'est une rampe d'occasion, travaillée,
215 bidouillée, parce que ça coûte trop cher et que les parents n'ont (.) pas les moyens, ont déjà (.) c'est
216 déjà compliqué pour eux d'avoir des lèves-personnes ; ils payent souvent pour la voiture ; pour des
217 choses supplémentaires et donc effectivement malheureusement le sport et les activités sportives,
218 ils viennent toujours (.) bah en dernier, dans les choix budgétaires. Et que même si les choses sont
219 faites c'est ::: voilà (.) c'est bien, c'est très bien mais après ça reste quand même des fois un petit peu
220 (xx) parce que c'est tellement de choses à payer. Tu vois par exemple les protections, Lisa des fois
221 quand elle a des protections (.) tout ça c'est pas pris en charge et le budget des fois peut être à plus
222 de deux cents euros par mois, tu rajoutes ça ça et ça, ça fait, ça fait beaucoup et effectivement quand
223 il faut après payer l'activité. Bah des fois, elle a un peu tendance à passer un petit peu (.) à côté.

224 I – Oui. On pourrait identifier toutes les barrières suites aux questionnaires et se rendre compte qu'il
225 n'y a aucunes activités sportives adaptées qui pourrait être engagées.

226 MK2 – Oui voilà après avec la difficulté de (.) au départ tu as pu donner un espoir « bah tu vois tu
227 pourrais faire ça et ça ou ça serait bien que tu fasses ça et ça, mais tu ne peux pas parce que (.) j'ai
228 pas le budget donc après c'est (.) ça peut être aussi un peu source de FRUSTRATIONS. Et ::: en même

229 temps il faut que les choses avancent et à force de (.) d'avancer peut être qu'il y aura une prise de
230 conscience et qu'il y aura des choses qui seront faites pour aider (.) les patients à accéder (.) à ce type
231 d'activités je pense et aller dépenser beaucoup plus de sous où il le faudrait. (xx) par exemple (xx)
232 pour aller faire son activité et ben le transport (x), si c'est pour faire effectivement quand il doit aller
233 à la fac tous les matins et le soir, ça c'est pris en charge mais si c'est pour aller faire une activité qui
234 n'est pas au sens de la sécurité sociale et la MDPH essentielle à sa vie et bah c'est pas pris en charge
235 sauf que bah ça coute beaucoup plus cher que (xx) ou ça coute déjà assez cher. C'est toutes ces
236 choses-là qui sont (x) mais après c'est hors de ton (.) de ton mémoire, il faudrait que (.) très
237 important qu'il puisse faire des activités physiques (.) des activités sportives mais malheureusement
238 il y a beaucoup de freins financiers (.) à combattre pour qu'ils puissent le faire.

239 I – En quelque sorte si ça fait partie de mon mémoire parce que ça fait partie des (.) je voulais ouvrir
240 sur les stratégies à dévelo/ pour essayer de développer une activité physique pérenne donc euh (.) et
241 justement il y a pas mal d'étude qui explique qu'il faudrait développer des (.) des programmes à base
242 communautaire, donc justement dans l'environnement pour (.) physique, donc a/ assez proche pour
243 que tout le monde puisse accéder à l'activité physique.

244 MK2 – C'est vrai, après il faudrait aussi par exemple tu vois dans les facs, il y a la fac de lettre à la
245 limite, mais ils se sont (.) en tous cas lui et j'en vois d'autre que j'ai pu voir ils sont assez passifs parce
246 qu'ils ont toujours été DIRIGÉS (.) même s'ils sont scolarisés normalement ils ont quand même eu des
247 auxiliaires de vie scolaire ils ont toujours été un petit peu protégés par leur tiers-temps
248 supplémentaire. Souvent ils n'ont pas fait EPS(.) parce que bah souvent (.) l'éducation nationale est
249 un petit peu RIGIDE dans certaine chose et les profs d'EPS particulièrement. Ils n'ouvrent pas (.)
250 n'ouvrent pas (.) euh leur (.) leur classe aux personnes à mobilité réduite ou autres et ça peut peut-
251 être commencer par l'éducation nationale. Quand on parle d'adapter et l'intégrer les personnes
252 paralysés cérébrales ou autres (.) qui présentent un handicap dans les milieux scolaires normaux :::
253 ça ::: c'est pas toujours facile déjà sur le plan éducatif (.) cognitif mais euh ça l'est quasiment jamais
254 en tout cas moi des patients que j'ai suivi jusqu'à présent ça n'a jamais été possible (.) pour aller en
255 sport. Il y a juste Marine. J'avais rencontré la prof de sport au collège mais ça a marché un petit peu
256 en sixième mais là ça marche plus du tout en cinquième parce qu'elle l'abandonne à un rôle d'arbitre
257 et l'intègre pas dans les activités, elle adapte pas le, après j'imagine que c'est pas facile quand tu as
258 qu'un seul élève et que trente autres courent dans tous les sens. Voilà Marine ne va pas forcément.
259 Et puis après on peut intégrer bah le fauteuil, comme elle a besoin d'un fauteuil pour cette activité là,
260 mais les parents marchent pas. Après déjà il faudrait aussi intégrer l'éducation nationale pour les
261 adolescents qu'étaient en milieu des valides. Parce que après quand ils arrivent à valider à la fac (.) et
262 bah à la fac il y a pour temps des (xx), il y a la piscine, il y a des activités. Mais il ne se sent pas en
263 capacité d'aller tous seul demander s'il y a une activité et j'ai beau le pousser et lui dire d'aller voir
264 mais comme (xx) vient le chercher à telle heure et si tu arrives avec cinq minutes de retard, (xx) s'en
265 va et tu te retrouves sur le carreau. Ben il ne prend pas le temps de faire ce genre de structures.
266 Peut-être que s'il y avait aussi (.) des (.) personnes qui allaient INFORMER dans les facs qu'il peut y
267 avoir aussi éventuellement du sport adapté et pas que du sport pour les valides ça pourrait être aussi
268 un (.) un petit (.) pour les personnes qui sont en situation de handicap de réussir à faire une activité
269 physique ET sportive ET sportive.

ANNEXE VIII : Tableau des unités d'enregistrement en fonction des indicateurs des sous-catégories.

CATEGORIE FORME			
Sous-catégorie : Partie 1 ; Partie 2 ; Autres parties			
Unités d'enregistrement par indicateur de la sous-catégorie « Partie 1 »			
	Désignation et caractérisation	Adaptation à la population Age / cognitif.	Forme des questions
E1	L.4-5 (0) « questionnaire ::: la partie 1 sur l'activité physique quotidienne » L.22 (0) « la partie 1 » L.28 (+) « rappelle certains questionnaires ::: et ::: euh notamment le BORG » L.32 (+) « questionnaire ::: euh ::: de qualité de vie » L.40 (0) « La première partie dans kinésithérapie active »	L. 64 (0) « un entretien ou un auto-questionnaire ? » L.68-69 (±) « on voit l'échelle [...]. Est-ce qu'un outil par exemple comme un curseur ou ::: euh ::: une échelle visuelle analogique (3s) qui complète ça ! » L.71-72 (±) « il peut y avoir des petits troubles de la compréhension » L.75-76 (-) « plus judicieux d'utiliser ::: euh ::: une ::: échelle ::: type échelle visuelle analogique avec un petit curseur 0 ; 1 ; 2 ; 3. » L.77-78 (±) « je ne suis pas certaine que ::: oralement la personne puisse dire combien, [...] un petit support visuelle en plus » L.80 (0) « la personne ne remplit rien du tout, c'est juste à l'oralité » L.82 ; 84 (-) « Moi je verrais ça en plus ! [...] Pour aider à ::: la ::: à la décision, à la notation. [...] une plus-value pour le patient »	L.108 (+) « en gras il y a le mot clé. » L.111 (+) « très intéressant. Ça me rappelle le BERG, hein ::: euh ::: le BORG » L.148 (+) « mot c'est plus simple pour le patient »
E2		L.32 (+) « jeunes (.) adolescents ou jeunes adultes, je dirais que ça leur parlera. » L.39 (±) « tout dépendra dans la spécificité des paralysies cérébrales » L.40 (0) « compétences cognitives » L.40-41 (+) « si c'est quelqu'un qui (.) n'a pas de troubles cognitifs majeurs, oui » L.41-42 (-) « des troubles cognitifs plus importants, c'est (.) c'est plus (.) plus difficile »	L76-77 (±) « difficile de faire la différence entre « légère » et « modérée » » L.78 (-) « risque d'avoir des (.) un petit peu de mal »

Unités d'enregistrement par indicateur de la sous-catégorie « Partie 2 »			
	Désignation et caractérisation	Adaptation à la population	Format et numérotation des questions
E1	L.14 (+) « l'entretien individuel [...] c'était intéressant » L.40 (0) « la partie ::: deux » L.100 (+) « une partie libre »		L.271 (-) « c'est mis sur deux colonnes mais c'est à la suite en fait ? » L.277 (-) « Parce qu'on a l'impression que ça vient à la suite » L.297-298 (-) « Parce qu'on a l'impression que la 3.4.2 ::: la 3.4 ; la 3.4.2 ça ferait partie ! Donc c'est faux ? » L.307 (-) « après ça devient plus une question généraliste on est moins sur un arbre décisionnel » L.332 (0) « redégager sous une autre forme l'arbre décisionnel oui/non. » L.334-335 (-) « c'est plus la mise en page moi qui me, qui me, qui m'embête un petit peu. » L.347-348 (-) « refaire un vrai arbre décisionnel, oui/non ! Je pense qu'il faut être très simple. » L.374 (-) « sur la mise en page ::: revoir l'histoire des colonnes. » L.382 (+) « alors oui à ce moment-là la mise en page est bonne » L.382-383 (-) « par contre il faudra revoir l'histoire du 3.3.4, comme on a dit » L.396 (0) « on pourrait dégager, et peut-être le mettre d'une façon plus linéaire » L. 400 (-) « j'aimais mieux la première partie » L. 404-405 (-) « Peut-être que dans ta tête c'est clair mais sur la façon de présenter sur le papier, c'est moins évident » L.408 (0) « une mise en page à revoir »
E2		L.146-147 (±) « les questions me semblaient plus à adresser à une jeune cible. » L.150 (±) « une jeune cible, oui »	

Unités d'enregistrement par indicateur de la sous-catégorie « AUTRES PARTIES »		
	Caractérisation de la consigne	Concordance de BREQ2 avec l'outil : avec la population de l'outil, la formulation de l'outil.
E1	L.98 (+) « très intéressant » L.98-99 (+) « garder toujours une trame »	L.438 (±) « ça peut être lourd » L.438-439 (-) « il faut aussi un niveau intellectuel suffisant » L.446 (+) « Je pense que c'est intéressant quand même d'avoir un auto-questionnaire. » L.448 (+) « un complément d'un entretien directif » L.460-461 (±) « Faut le proposer, on voit bien de toute façon s'il répond aux 24, c'est qu'il aura bien adhéré au truc quoi, hein s'il répond entièrement, dans l'intégralité c'est que c'est bon quoi. »
E2	L.113 (+) « m'a paru claire » L.114-115 (-) « nous [...] comme si on était plusieurs à (.) lui demander ! » L.125-126 (-) « nous [...] comme si on était supérieur » L.131 (-) « de supérieur ou d'agressif » L.131-132 (-) « un peu étonnant comme (.) premier abord » L.134 (-) « sachant »	L.20 (-) « ETONNANT [...] que il y ait tutoiement » ; L.22 (-) « s'adresse plus à des adolescents ou très très jeunes adultes » L.27 (-) « jeunes adultes jusqu'à 30 ans max ? » L.29-30 (-) « j'avais du mal [...] proposer ce type d'intitulé » L.105-106 (+) « c'est important effectivement de (.) d'appuyer ton étude sur cette échelle de motivation. » L.126 (-) c'est le tutoiement d'un côté » L.135-136 (-) « après du coup on tutoyait donc je trouvais que c'était un petit peu entre guillemet ASSERVIR le patient, ne plus le mettre dans son rôle d'ACTEUR » L.144 (±) « si tu veux faire la corrélation entre les deux ! Après même si effectivement tu ne peux pas modifier les questionnaires validés »

CATEGORIE CORPS DU TEXTE Lexique ; Freins et difficultés à l'AP ; les moyens				
Indicateur de la sous-catégorie « LEXIQUE »				
	Adéquation des termes avec objectif outil	Adéquation des termes à la population cible	Enonciation des questions pour faciliter la compréhension de la personne	
E1	L.175-176 (±) « une pratique régulière ! Planifiée ::: ou régulière ! » L.176 (0) « Mais « planifier » ça veut d/ il y a encore une notion de temps, de timing » L.178-179 (0) « mais régulièrement c'est pas toujours si régulier que ça. » L.182-183 (0) « « planifié » [...] c'est prévu, c'est organisé ». L.186-188 (±) « planifier, il me semble que ça correspondrait plus au cadre mais après voilà, après ::: ça veut dire aussi que c'est peut-être en club, c'est peut-être (.) une activité vraiment bien CIBLÉE à une heure PRÉCISE » L.193 (-) « moins compris [...] les patients peuvent buter » L.349 (+) « les questionnements tout est bien, hein ! Les questions, elles sont bien » L.407 (+) « sur les questions j'ai rien à redire »		L.100-101 (+) « ils vont empiéter sur l'item suivant » L.225 (-) « on a l'impression que ::: euh ::: » L.230 (±) « j'ai l'impression que ouais ! Alors après ça dépend de ce que (.) va répondre ::: le ::: le patient » L.233 (±) « Ouais, non, oui ! » L.242 -243 (-) « il me semble que poser cette question-là à quelqu'un qui est en CLUB, en AUTONOMIE ::: et ::: bien, on est un petit peu à côté » L.248-249 (±) « Parce que sinon, [...] de reposer cette question-là. Bon après encore une fois, tout dépend de la réponse » L.259 (-) « il me semble que c'est plutôt une question que j'aurais posé au début ». L.301-302 (-) « ça paraît saugrenu de la poser après » L.309 (-) « la question 4.2 c'est une reprise de la question 3.5 quelque part » L.317 (±) « on peut la laisser comme ça. » L.330 (-) « Il me semble que ça viendrait avant » L.335 -336 (-) « on a l'impression que	L.104 (0) « la façon de formuler ça peut être aussi intéressant » L.105 (0) « ce qui est intéressant c'est de reformuler, de dire » L.107 (0) « de ne pas tout énoncer d'un coup » L.108-109 (+) « la façon d'interroger le patient c'est bien de parler d'essoufflement donc comme ça il reste sur l'idée d' « essoufflé ». » L.116 (-) « parce que la façon dont c'est écrit » L.118 (0) « ça laisse le temps au patient de réfléchir. » L.120 (-) « Pareil pour la fatigue » L.125-126 (±) « est-ce que je laisse le choix au patient ? Ou est-ce qu'il comprend mieux en mots ? » L.128-129 (0) « aboutir à une réponse ::: et ::: une réponse ::: juste, la plus juste possible, et la plus compréhensible pour le patient » L.153-154 (0) « annoncer ::: euh ::: l'objet de la question c'est-à-dire ce qui a été mis en gras »

			quand on revient sur 3.5; 3.6. On revient sur du généraliste quel que soit la trame du dessus » L.342-344 (±) « Alors après est-ce que c'est voulu ? Est-ce que c'est une façon de reformuler les choses ? Ça je ne sais pas c'est peut-être une tactique aussi par rapport au questionnement. » L349-350 (-) « sur l'ordre des questions, on a l'impression qui y a des choses (.) ça revient en arrière ! » L.394-395 (-) « je pense que ça vient plus à la suite d'une non activité »	
E2	L44. (+) « pertinentes »	L.45.47 (+) « les mots qui ont du sens pour que quelqu'un qui n'est pas du milieu médical (.) paramédical (.) puisse comprendre que les termes (.) utilisés (.) sont plutôt assez simplistes » L.47-48 (-) « patients qui sont vraiment habitués à des termes plus complexes. » L.121-125 (±) « Pour que le patient à mon avis (.) ou la personne (.) justement (.) se voit comme une personne et pas forcément comme un patient avec euh les « sachant » (.) je sais pas (.) qu'il puisse être plus à l'aise même si je pense que ce type de questions sera posé par un kiné qui connaîtra bien son patient, et son patient aura appris à le connaître »	L.45 (-) « un petit peu répétitif » L.53 (-) « redondant » L54 (+) « la répétition, ça permet de NUANCER (3s) les questions » L.57 (±) « la redondance » L.59 (+) « je ne pense pas qu'il voit la nuance comme telle » L.68 (-) « il risque de s'ennuyer peut-être et de décrocher. » L.70 (+) « toujours toujours répéter les choses. » L.70 (+) « Kinés s'en lasse mais EUX ils n'ont pas l'air de la penser » L.73-74 (+) « la clé pour le patient même si un peu redondant des fois pour le kiné. »	

Indicateurs de la sous catégories « FREINS ET DIFFICULTÉS À L'AP »			
	Troubles secondaires PC	Lieu, dispositif et transport	Finance
E1	L.46 (0) « fatigue » L.47-48 (+) « remet dans le contexte c'est-à-dire savoir si ::: euh ::: si le patient peut pratiquer une activité. » L.205 (0) « la fatigue »	L.48-49 (+) « s'il a les moyens de se déplacer aussi, pour la salle de sport » L. 411-412 (+) « c'est souvent quelques choses qui reviennent : c'est le transport, hein le fait de pouvoir se déplacer, hein donc la contrainte de transport » L.414-415 (±) « Encore que paralysie cérébrale, les parents sont très autour de leur (.) de leur gamin »	L.51 (+) « le budget aussi, c'est intéressant » L.51-52 (+) « la part du budget, c'est pas les choses qu'on est amené à demander » L.409 (+) « c'est intéressant de parler du budget » L.413 (+) « la question du budget c'est important »
E2		L.181 (0) « libéral [...] plus compliqué » L.183-184 (0) « pas forcément de structure d'accueil (.) à proximité » L.185-186 (0) « en centre ils sont très passifs et pas du tout acteur de leur rééducation » L.191 (0) « ne peuvent trouver de structure » L.193-194 (0) « pas autonome dans ses déplacements » L.194 (0) « pas à porter de (.) RUE. » L.198-199 (0) « c'est pas facile (.) quand tu n'es pas autonome (.) dans tes déplacements » L.204 (0) « moyens techniques (.) ne sont pas (.) ne sont pas là. » L.232 (+) « le transport »	L.210 (+) « budget » L.211 (0) « boccia [...] combien coûte une rampe » L.215 (0) « ça coûte trop cher et que les parents n'ont (.) pas les moyens » L.218 (+) « en dernier dans les choix budgétaires » L.228 (+) « le budget » L.238 (+) « il y a beaucoup de freins financiers (.) à combattre »
Indicateurs de la sous-catégorie « MOYENS »			
	Dispositif	Motivation	Soutien
E1	L.55 (+) « demander aussi si « vous connaissez les programmes » et tout » L.205-206 (0) « une question qui m'interpelle c'est « la prescription médicale à l'activité physique » L.212-213 (0) « petit peu comme un médicament » L.215 (0) « un petit peu d'injonction » L.219 (0) « En partant du principe qu'on médicalise finalement » L.221 (+) « je pense que c'est intéressant »	L.240 (+) « aussi un élément motivationnel » L.241 (+) « d'avoir un accompagnement RENFORCERAIT le fait de faire un ::: »	L.319 (±) « Est-ce que le fait d'avoir eu un accompagnement ça aiderait » L.416 (0) « ils étaient même COUVÉS » L.418 (0) « ils sont bien accompagnés »

E2	L.176 (0) « une vrai nette différence entre (.) au niveau des REPONSES entre quelqu'un qui a toujours connu (.) entre guillemet l'hospitalisation ou les centres de rééducation, [...], et puis d'autres (.) qui (.) ont été juste en demi-pensionnat ou voir pas du tout dans ce type de structure et être pris en charge maintenant en libérale. » L.196 (0) « basket fauteuil » L.196 (0) « foot fauteuil » L.229-230 (+) « peut-être qu'il y aura une prise de conscience et qu'il y aura des choses qui seront faites pour aider »	L.101 (+) « c'est important » L.101 -103 (+) « sans motivation quelle qu'elle soit, fin si le patient il est pas acteur [...] il (.) y aura pas d'efficacité. » L.104 (+) « ne perdurera pas »	L.212-213 (0) « des associations »
----	---	---	---

CATEGORIE « RESULTATS »				
Données ; Impact				
Unités d'enregistrement par indicateur de la sous-catégorie « DONNÉES »				
	Données chiffrées	Interprétation des données chiffrées : Diagramme et score	Détermination du profil du patient par rapport à l'activité physique	Fiabilité des réponses
E1	L.26-27 (0) « l'impact sur l'activité physique quotidienne » L.27 (0) « la dyspnée » L.121 (0) « Après il y a les mots et il y a les CHIFFRES. Donc je pense qu'il y a une corrélation entre les mots et chiffres ».	L.135 (0) « les figurer en diagramme »	L.5-6 (0) « La représentation que le patient a de la kinésithé/ =de de l'effort, de l'activité ». L.23 (0) « la perception sur l'activité physique quotidienne, la perception qu'à le patient » L.34-35 (+) « faire le point déjà sur la perception qu'à le patient ::: euh ::: sur l'activité ::: euh ::: quotidienne » L.38 (0) « la perception » L.42 (+) « mieux connaître le patient » L.203 (0) « c'est l'appréciation de l'activité »	
E2		L.79-80 (0) « pouvoir interpréter par rapport aux chiffres ? » L.90-91 (±) « le diagramme (.) tout dépend de comment on veut faire prendre conscience au patient » L.91-92 (-) « kiné [...] de faire une représentation mentalement » L.92-93 (+) « patient a peut-être effectivement besoin de diagramme » L.95-96 (-) « j'aurais l'impression d'avoir moi diagramme (.) dans ma tête (.) » L.97 (+) « interprétation que pourra faire le patient » L.97 (+) « outil projeté »	L6-7 (+) « ça permettrait de faire ressortir que (.) ce n'est pas pour lui qu'il le fait mais pour ses parents, sa femme, ses enfants, ou le ou la kiné ». L82-84 (±) « Si ::: ils ::: émettent des avis très tranchés, ce sera plus facile ! Si un coup c'est « léger », un coup c'est « intense », un coup c'est « modéré ». Et bien ::: ce sera plus compliqué à (.) à mettre en place. »	L.56-57 (+) « ça permettrait de voir que : ou il n'a pas compris ou il n'est pas très honnête » L.59-60 (+) « ça nous permettrait à nous après de s'assurer qu'il a bien compris la question. L.60 (+) « La réponse est donc effectivement fiable »

Unité d'enregistrement par indicateur de la sous-catégorie « IMPACT »			
	Impact immédiat de l'outil sur le psychisme du patient.	Impact de l'outil sur le patient : sa perception de lui-même et sa pratique d'activité.	Plus-value dans la pratique professionnelle du MK
E1	L.9 (+) « ça remettait des points sur les – i – pour les patients » L.52 - Budget (±) « c'est parce que souvent les gens n'osent pas le dire ! »	L.55-57 (+) « une démarche aussi un peu d'éducation ::: euh :::, d'éducation le fait de renvoyer aussi auprès du patient c'est intéressant »	L.8 (+) « oui oui bah moi je (.) oui oui voilà j'ai trouvé que c'était intéressant » L.11 (+) « remet à l'honneur un petit peu la kiné sur le fait que ce soit actif. » L.31-32 (+) « [Tout] à fait ! Tout à fait ! Oui oui en terme ::: de ::: questionnaire ::: euh ::: (3s) de questionnaire ::: euh ::: de qualité de vie » L. 41-42 (+) « un complément d'anamnèse [...] par rapport à l'activité. » L.198 (+) « ça sent un petit peu l'arbre décisionnel » L.199 (+) « c'est des questions qu'on poserait comme ça de façon informelle pour mieux connaître quelqu'un »
E2	L.3-4 (+) « moins peur de répondre » L.4-5 (+) « plus HONNETE ::: avec lui-même (.) vis-à-vis de (.) de nous ». L.202-204 (-) « source de FRUSTRATIONS quand on leur dit ça serait important que vous puissiez en faire, il faudrait en faire (.) puis finalement (.) ce n'est pas possible » L.226 (+) « au départ tu as pu donner un espoir » L.228 (-) « un peu source de FRUSTRATIONS. »	L.13 (+) « pas forcément dans le milieu du M.K. » L.16 (+) « d'avoir une prise de conscience » L.71 (+) « ton outil est pour (.) le patient AUSSI » L.71-72 (+) « qu'il ait une prise de conscience LUI de ce qu'on peut faire, pas faire, ce qui est important, moins important. » L.93 (+) « plus parlant, ça lui permettra de d'organiser » L.104-105 (+) « il faut qu'il soit conscient que c'est pour eux qu'ils le font et pas pour les autres »	L.2 (+) « outil intéressant » L.3 (+) « échange avec le patient autre que d'usuel » L.9-10 (+) « d'être plus objectif face à la réponse que le patient pourrait faire » L.17 (+) « c' ::: est ::: l'action que le kiné peut proposer au patient dans son (.) quotidien »

ANNEXE IX : Tableau de synthèses des résultats.

		Synthèse des dires des MK par sous-catégorie		Propositions apportées et améliorations de l'outil
FORME	Partie 1	MK1	- Adaptation à la population (troubles cognitifs). → Proposition d'une échelle visuelle pour compléter l'échelle de Likert et faciliter la compréhension. - Garder les mots en gras pour faciliter l'énonciation des questions.	- Valoriser l'adaptation aux capacités cognitives avec une échelle visuelle : une échelle visuelle peut effectivement être ajoutée sans difficulté. - Ambiguïté : Nous avons justement essayé d'équilibrer entre ambiguïté et précision lors de la réalisation de l'outil. De plus, ce point n'a pas semblé gêner les deux personnes atteintes de PC que nous avons interrogées. - Tester l'outil en interrogeant des personnes présentant des troubles cognitifs.
		MK2	- Ambiguïté des termes associés à l'échelle de Likert (modéré et léger). → Trouver des termes moins proches de sens. - Adaptation à la population : outil non adapté en cas de troubles cognitifs majeurs.	
	Partie 2	MK1	Erreur de numérotation des questions responsable de l'attraction vers pôle négatif de l'OA. → La MK propose une correction de l'erreur et une modification de la mise en page (arbre décisionnel ou une mise en page plus linéaire).	- La numérotation a été corrigée, puis supprimée. - La mise en page a été modifiée.
		MK2	L'outil est adapté à une population de « très jeune adulte » c'est-à-dire de maximum trente ans. (Influence négative de la version longue du BREQ-2 : la formulation des questions est plutôt adaptée à une jeune population.)	
	Autres parties	MK1	- Favorable à l'auto-questionnaire : permet une approche différente en complément de l'entretien directif. - Négatif : adaptation à la population en cas de troubles intellectuels ; longueur importante en utilisant l'outil et la version longue du BREQ-2.	- Diminution de dissemblance : nous avons fait de choix, dans un premier tant de modifier des pronoms personnels de l'outil - Les personnes atteintes de PC interrogées avaient également fait une remarque sur la longueur. - Choisir une autre échelle ? Une échelle plus courte et plus adaptée à une population adulte.
		MK2	- Négatif : manque d'homogénéisation dans la manière de s'adresser au patient. Elle décrit le BREQ-2 comme répondant au tutoiement, ce qui n'est pas le cas. Les questions sont formulées à la première personne du singulier puisqu'il s'agit d'un auto-questionnaire. Cependant, les thèmes abordés et la formulation des questions semble orienté vers une jeune population (« l'amusement » ; « mes amis ») → proposition d'une modification de l'outil ou de choisir une autre échelle. - Favorable à une échelle motivationnelle.	

CORPS DU TEXTE	Lexiques	MK1	- Les thèmes se répètent nuisant à la fluidité (défavorable).	- Suppression de certaines questions répétitives. - Maintien de certaines questions : nécessaire selon nous pour identifier le profil du patient et ses préférences en termes d'activités.
		MK2	- Répétition des thèmes abordés permettrait de s'assurer que le patient a bien compris les questions et qu'il est honnête (favorable). - Termes pertinents mais simplistes : les patients sont habitués à des termes de santé plus complexes.	
	Freins	MK1	- Elle n'évoque pas de freins supplémentaires que nous aurions manqués. - Elle insiste sur les contraintes de transport et de financement.	Pas de nouveaux freins identifiés pour les adultes atteints de PC.
		MK2	- Elle n'évoque pas de freins supplémentaires que nous aurions manqués. - Beaucoup de freins financiers à combattre (exemple des coûts élevés de la boccia). - Autonomie dans les déplacements. - Distinction de la prise en charge kinésithérapique pendant l'enfance entre le milieu libéral et les centres : influencerait la perception et la pratique de l'AP à l'âge adulte	
	Moyens	MK1	- Les adultes PC sont bien accompagné voire « couvés », ils restent des enfants aux yeux de leurs parents (par rapport TC). - Prescription médicale à titre d'injonction.	
		MK2	- Moyens techniques ne sont pas là (rares sont les structures adaptées à proximité) - Pour les étudiants universitaires atteints de PC : sensibilisation dans les facultés aux sports adaptés.	

RESULTATS	Données	MK1	- Identifier le profil du patient : sa perception de l'AP et sa pratique.	Le diagramme n'a pas été perçu comme nous le souhaitions. Elles n'ont pas amené d'élément d'amélioration.
		MK2	- Diagramme polaire : favoriser la compréhension du patient (feedback visuel) - Profil du patient : bonne compréhension du profil du patient grâce à l'outil (sa motivation ; sa pratique en termes d'activité quotidienne, physique et sportive)	
	Impact	MK1	- Démarche d'éducation du patient. - Instaurer un environnement de confiance, favorable à l'expression du patient pour évoquer les éléments d'anamnèses nécessaires. - Séance de kinésithérapie active et patient acteur de sa rééducation.	Elles n'ont pas analysé l'outil dans le même contexte d'utilisation.
		MK2	L'outil permet de : - Favoriser l'échange avec le patient - Favoriser son honnête avec nous - Favoriser une prise de conscience du patient sur sa pratique en termes d'activités et son mode de vie. Il est possible d'engendrer une frustration chez le patient.	

ANNEXE X : Outil d'évaluation à la fin de l'étude.

Il s'agit de l'outil d'évaluation sous la forme finale, c'est-à-dire ayant subi les modifications de la première et seconde phase de l'étude.

Nom et prénom	
Sexe	
Mois et année de naissance	
Taille ; poids	
Lieu de résidence	
Statut (Activité professionnelle, étude, autre ou aucun)	
Type d'atteinte	
Répartition de l'atteinte	
Moyen de déambulation	
Niveau du GMFC	
Score EMFC	

Cadre : Je souhaite connaître votre rapport à l'activité physique et/ou sportive, plus précisément, votre ressenti face aux activités que vous pratiquez déjà et les conditions qui vous conviendraient pour mettre en place une activité continue d'intensité modérée à soutenue.

Je vous explique comment nous allons procéder. Je vais vous poser une série de questions auxquelles vous répondrez le plus spontanément possible. Vous devriez d'abord répondre aux questions selon une échelle prédéfinie (de 0 à 3). Dans la deuxième partie, vous serez plus libre de vos réponses.

Avant de commencer : Quel est, pour vous, le sens des termes suivants : Activité physique (AP) ; activité sportive (AS) ; actif.

Explication des termes :

Activité physique : Notion de dépense énergétique par la contraction des muscles. Dès l'instant où nous réalisons un mouvement ; que nous bougeons nos membres et notre corps. Lorsque nous réalisons un effort (exercice cardio-vasculaire, poussée le fauteuil, marcher, écrire, ...). Ce sont des activités physiques mais d'intensité plus ou moins élevée.

Activité sportive : Il s'ajoute à ce qui vient d'être dit pour l'AP, la notion de loisir de performance et/ou de compétition. (Par exemple : boccia, basket fauteuil, danse fauteuil, football...).

Actif : Par opposition au passif, l'actif est lorsque vous réalisez les mouvements par vous-même. Et non lorsque le kinésithérapeute le fait pour vous.

PARTIE 1 : QUESTIONNAIRE					
AP quotidienne					
Diriez-vous que vos activités quotidiennes vous demandent : pas d'effort, un effort léger, un effort modéré, un effort intense.		0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré)	3 (intense)
	Toilette				
	Ménage				
	Cuisine				
	Transfert				
	Déplacement				
Diriez-vous que vous êtes essoufflé(e) à la suite d'une activité quotidienne : légèrement essoufflé, modérément essoufflé, intensément essoufflé ou pas du tout essoufflé ?		0	1	2	3
	Toilette				
	Ménage				
	Cuisine				
	Transfert				
	Déplacement				
Diriez-vous que vous ressentez une fatigue : une fatigue légère, une fatigue modérée, une fatigue intense ou nulle (pas de fatigue), à la suite de vos activités quotidiennes ?		0	1	2	3
	Toilette				
	Ménage				
	Cuisine				
	Transfert				
	Déplacement				
Kinésithérapie active					
<i>Pour cette partie, nous faisons référence à la kinésithérapie ACTIVE actuelle (sur ces 3 derniers mois)</i>					
Diriez-vous que vos séances de Kinésithérapie active actuelles vous demandent : pas d'effort, un effort léger, un effort modéré, un effort intense ?	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré)	3 (intense)	
Diriez-vous que vous êtes essoufflé(e) à la suite d'une séance de kinésithérapie active actuelle : légèrement essoufflé, modérément essoufflé, intensément essoufflé ou pas du tout essoufflé ?	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré)	3 (intense)	
Diriez-vous que vous ressentez une fatigue une fatigue légère, une fatigue modéré, une fatigue intense ou nulle à la suite d'une séance de kinésithérapie active actuelle ?	0 (Aucune)	1 (légère)	2 (modérée)	3 (intense)	
Les modalités (fréquence, durée, techniques, effort ressenti) répondent à vos attentes ?					
AP et/ou AS régulière et continue.					
<i>En cas de non pratique d'activités, passer directement à la partie « non pratique d'AP et AS »</i>					
Pratiquez-vous de façon continue et planifiée une activité sportive ou une activité physique ?	- Activité physique - Activité sportive - Activité physique ou activité sportive				
Diriez-vous que vos activités actuelles vous demandent : pas d'effort, un effort léger, un effort modéré, un effort intense	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré)	3 (intense)	
Diriez-vous que vous êtes essoufflé(e) à la suite d'une séance : légèrement essoufflé, modérément essoufflé, intensément essoufflé ou pas du tout essoufflé ?	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré)	3 (intense)	
Diriez-vous que vous ressentez une fatigue une fatigue légère, une fatigue modéré, une fatigue intense ou nulle à la suite d'une séance ?	0 (Aucun)	1 (léger)	2 (modéré)	3 (intense)	

Partie 2 : ENTRETIEN INDIVIDUEL	
Pratique d'AP et/ou AS	
La(les)quelle(s) ?	
Quel(s) facteur(s) vous a motivé à démarrer cette activité ?	
Quel type d'encadrement (structurel ou humain) bénéficiez-vous pour la pratique de cette/ces activité(s) physique(s) ? Est-ce dans un cadre de loisir, club, compétition, avec une association, en autonomie, avec un éducateur sportif, avec un professionnel de santé....	
A quelle fréquence pratiquez-vous cette AP ou AS ?	
En quoi cette/ces activité(s) répond(ent) ou ne répond(ent) pas à vos attentes ?	
Ressentez-vous le besoin d'un accompagnement pour faire de l'AP ?	
Diriez-vous que l'AP ou AS est l'une de vos priorités ?	
Non pratique d'AP et AS	
Pouvez-vous détailler les raisons cette non pratique d'AP/AS ?	
Quelles activités physiques ou sportives avez-vous pratiquées, hors kinésithérapie, lors de votre enfance/dans le passé ?	
Vous a-t-il déjà été proposé de commencer une AP ou AS ?	
Avez-vous été sensibilisé à une AP ou AS ? <i>En cas de réponse positive : De que intervenant provenait cette sensibilisation ?</i>	
Diriez-vous que vous envisagez, dans le mois qui suivra, de commencer / reprendre une AP/AS continue ?	
Une prescription médicale à l'activité physique adaptée pourrait avoir un impact sur votre pratique ?	

Modalités qui vous conviennent pour instaurer une AP ou AS pérenne et durable dans le temps.	
Préférez-vous pratiquer une activité collective (en équipe) ou individuelle ?	
Dans le cas où la réponse est « individuelle » : vous préférez une activité individuelle mais en groupe (avec un proche ou autre) ou seul ?	
Préférez-vous pratiquer une activité avec un intervenant ou en autonomie ?	
Quelles en sont les raisons ?	
Où souhaiteriez-vous pratiquer une AP ? (Domicile, salle de sport, contrainte de transport, ...)	
Quelles en sont les raisons ?	
Quelle(s) activité(s) aimeriez-vous pratiquer ? (Sport d'équipe tel que basket FR, ou sport tel que danse FR, boccia ; Renforcement musculaire ; ...).	
Préférez-vous pratiquer une seule activité ou différentes activités tout au long de l'année ?	
Diriez-vous que vous êtes prêt(e) à consacrer une part de votre budget à la pratique d'une ou plusieurs activités choisies ?	
Pourriez-vous estimer ce montant ?	
Connaissez-vous des programmes ou des interventions d'AP et/ou AS déjà existants ? Connaissez-vous des programmes de financement ou de soutien ?	
Souhaitez-vous ajouter ou approfondir un élément concernant l'activité physique ou AS ?	

Note aux masseurs-kinésithérapeutes : dans le cas où la personne présenterait une fatigue importante ou anormale lors de ses activités. Il existe une échelle validée et spécialement développée pour évaluer l'impact de la fatigue chez les adolescents et jeunes adultes atteints de PC. Il s'agit de la Fatigue Impact and Severity Self-Assessment ou FISSA. Cette échelle est en langue anglaise.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

L'activité physique chez la personne adulte atteinte d'une paralysie cérébrale : à travers une étude qualitative, proposition d'un outil aux masseurs-kinésithérapeutes pour évaluer les besoins du patient en termes d'activités physiques.

Introduction : De nombreux jeunes adultes atteints de paralysie cérébrale (PC) ont une pratique insuffisante d'activités physiques modérées à vigoureuses. Ce mode de vie augmente les facteurs de risques de morbidité et comorbidité. Il peut également participer à l'exacerbation des conséquences secondaires à la paralysie cérébrale et conduire à une perte fonctionnelle précoce. L'objectif est de proposer aux masseurs-kinésithérapeutes un outil d'évaluation de l'activité physique d'un adulte jeune atteint de paralysie cérébrale, mais également d'obtenir une adhésion des masseurs-kinésithérapeutes à l'outil. Les hypothèses sont les suivantes. L'outil créé apporte une plus-value à l'arbre décisionnel du masseur-kinésithérapeute et permet la mise en place de stratégies pour un devenir actif de la personne atteinte de paralysie cérébrale. Le masseur-kinésithérapeute peut ajouter l'outil à son bilan diagnostic kinésithérapique.

Matériel et Méthode : Deux phases se distinguent. Tout d'abord, un outil a été conçu principalement à partir d'une recherche littéraire. Secondairement, nous avons réalisé une étude qualitative transversale au moyen d'entretiens semi-directifs auprès de masseurs-kinésithérapeutes expérimentés dans la paralysie cérébrale. Ils ont été recrutés à partir de deux carnets d'adresse par effet boule de neige. Une analyse de contenu a permis l'extraction de données du matériel et leur interprétation. Les données ont été analysées avec Microsoft office®.

Résultats : Deux masseuses-kinésithérapeutes ont été interrogées. Les objets d'attitude « forme de l'outil », « corps du texte » et « résultats » ont respectivement pour valeurs directionnelles – 0,2 ; 0,2 et 0,6. Par conséquent, l'outil a une valeur directionnelle de + 0,2. L'opinion globale des masseuses-kinésithérapeutes envers l'outil est favorable. Toutefois, une certaine nuance est à retenir.

Discussion et conclusion : L'outil semble être adapté à une population d'adultes jeunes atteints de PC âgés de dix-huit à trente-cinq ans et ne présentant pas de troubles cognitifs majeurs. Les masseuses-kinésithérapeutes semblent avoir une opinion favorable sur l'utilisation de l'outil. L'outil semble apporter une plus-value aux masseurs-kinésithérapeutes et aurait un impact positif sur la personne atteinte de PC. Il serait intéressant de compléter l'étude avec d'autres entretiens individuels ou de groupe.

Mots-clés : activité physique ; adulte ; enquête qualitative ; outil ; paralysie cérébrale.

Physical activity in adults with cerebral palsy : through a qualitative study, proposal of a tool for physiotherapists to assess the patients' needs in terms of physical activities.

Introduction : Many young adults with cerebral palsy (CP) have a low levels of moderate to vigorous physical activity. This life style increases the risk factors for morbidity and comorbidity. It can also participate in the exacerbation of the secondary consequences to cerebral palsy and lead to early functional deficit. The aim is to offer physiotherapists a assessment tool for assessing the physical activity of a young adult with cerebral palsy, but also to gain physiotherapists' support for the tool. The hypothesis are as follows. The tool created brings added value to the decision-tree of the physiotherapist. It enables the implement of strategies for the active becoming of the person with cerebral palsy. The physiotherapist can add the tool to his physiotherapy diagnostic assessment.

Material and Method : There are two phases. Firstly, a tool was designed mainly from literary research. Secondly, we carried out a transversal qualitative study by means of semi-structured interviews with physiotherapists experienced in cerebral palsy. They recruited from two address books by snowball effect. A content analysis enabled the extraction of data from the material and their interpretation. The data was analyzed with Microsoft office®.

Results : Two physiotherapists were questioned. Attitude objects « tool shape », « main text » and « results » have respectively directional values – 0,2 ; 0,2 and 0,6. Therefore, the tool has a directional value of + 0,2. The physiotherapists' overall opinion towards the tool is favorable. However, there is a certain nuance to remember.

Discussion and conclusion : The tool seems to be appropriate for a population of young adults with CP aged eighteen to thirty five years old and without major cognitive impairment. The physiotherapists have a favorable opinion on the use of the tool. The tool seems to bring added value to physiotherapists and would have a positive impact on the person with CP. It would be interesting to complete the study with other individual or group interviews.

Keywords : Physical activity ; adult ; qualitative study ; tool ; cerebral palsy

