



La motivation de l'enfant dans la prise en charge orthophonique

Marina Claudon, Emilie Kugler

► To cite this version:

Marina Claudon, Emilie Kugler. La motivation de l'enfant dans la prise en charge orthophonique. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01880040

HAL Id: hal-01880040

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01880040>

Submitted on 24 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire 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 : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

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

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ÉCOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. Simon

**LA MOTIVATION DE L'ENFANT DANS LA PRISE EN
CHARGE ORTHOPHONIQUE**

Mémoire en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

Présenté par

ÉMILIE KUGLER & MARINA CLAUDON

Juin 2011

Président du jury : Monsieur le Professeur G. BARROCHE, neurologue

Directeur de mémoire : Madame S. JAWAHER, orthophoniste

Assesseur : Madame C. SEVRAIN, orthophoniste

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Barroche,

Car nous sommes très sensibles à l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury, que ce travail soit l'expression de notre profond respect.

À Madame Jawaher,

À qui nous adressons toute notre gratitude pour ses nombreuses relectures et sa disponibilité pour deux étudiantes au départ égarées dans les méandres théoriques...

À Madame Sevrain,

Pour ses feedbacks toujours positifs!

À Monsieur Betala et à Patrick,

Pour leur aide statistiquement indispensable...

À tous les orthophonistes,

Qui ont accepté avec engouement de participer à notre enquête, ainsi que

À leurs patients,

Qui ont fait preuve de courage et de sincérité dans leurs réponses parfois inattendues...

À la promotion 2011,

Qui a partagé cette aventure et en particulier au fameux clan qui nous a aussi fait vivre d'autres aventures !

À ma famille et particulièrement mes parents et mes sœurs pour leur précieux soutien dans des moments parfois difficiles. De tout cœur, merci.

À Antoine pour ses doux encouragements et tout le réconfort qu'il a su m'apporter.

À mon père qui a sa façon de m'encourager ainsi qu'à ma mère qui m'accompagne en toute circonstance malgré son absence, et me donne la force d'avancer chaque jour que Dieu fait.

À mes beaux-parents si affectueux sur lesquels je peux compter en toute circonstance.

À Youma, Sabrina et Émilie ainsi qu'à mes coloc' de 4^{ème} année, Lucie & Flora qui, en plus d'accueillir régulièrement un moulin à chansons râleur, ont cherché à préserver sa motivation...

Et enfin à l'homme de ma vie qui se montre toujours patient et trouve les paroles réconfortantes, même à distance...Et qui demeure aussi mon point de repère dans l'horizon !

Sommaire

INTRODUCTION	7
 ASSISES THÉORIQUES	 9
1 LA MOTIVATION.....	10
1.1 Qu'est-ce que la motivation ?	10
1.2 La théorie de l'autodétermination.....	12
1.2.1 Présentation du continuum d'autodétermination.....	12
1.2.2 La motivation intrinsèque.....	14
1.2.3 Les motivations extrinsèques	14
1.2.4 L'amotivation	17
1.2.5 Les conséquences de la motivation	17
1.3 Les facteurs de motivation.....	20
 2 LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LA MOTIVATION	 28
2.1 Le jeune enfant.....	29
2.1.1 L'aspect cognitif.....	29
2.1.2 L'aspect psychoaffectif	31
2.1.3 Les interactions sociales	34
2.2 L'enfant d'âge scolaire	38
2.2.1 D'un point de vue cognitif.....	38
2.2.2 D'un point de vue psychoaffectif	39
2.2.3 En ce qui concerne la socialisation.....	41
 PROBLÉMATIQUE	 43
 MÉTHODOLOGIE.....	 45
1 Hypothèses opérationnelles.....	46
2 L'enquête auprès des patients	47

2.1	Présentation de la population	47
2.1.1	Critères d'inclusion	47
2.1.2	Critères d'exclusion.....	47
2.2	L'enquête auprès des patients en début de prise en charge	48
2.2.1	Construction des données	48
2.2.2	Passation	50
2.2.3	Recueil des données	50
2.2.4	Projet d'analyse	50
2.3	L'enquête auprès des patients en cours de prise en charge.....	52
2.3.1	Construction des données	52
2.3.2	Passation	55
2.3.3	Recueil des données	55
2.3.4	Projet d'analyse	55
3	L'enquête auprès des orthophonistes	56
3.1	Présentation de la population.....	56
3.1.1	Critères d'inclusion	56
3.1.2	Critères d'exclusion.....	56
3.2	Construction des données	57
3.3	Passation	58
3.4	Recueil des données.....	58
3.5	Projet d'analyse.....	58
LES RÉSULTATS.....		59
Étude du premier questionnaire à l'attention des patients		60
1	Résultats du premier questionnaire concernant les enfants.....	61
2	Interprétation des résultats	68
2.1	Présentation de la population	68
2.2	Particularités de notre population	68
2.3	Organisation des données	69
2.4	Le classement de notre population.....	69
2.5	Les commentaires des orthophonistes	72
Étude du second questionnaire à l'attention des patients		73

1	Résultats du second questionnaire concernant les enfants.....	74
2	Interprétation des résultats	83
2.1	Comparaison avec le premier questionnaire.....	83
2.2	Classement selon le type de motivation.....	84
2.3	Les patients non autodéterminés.....	84
2.4	Les patients plus ou moins autodéterminés	85
2.5	Les enfants autodéterminés.....	86
2.6	Les enfants non classés	87
	Étude des questionnaires à l'attention des professionnels.....	89
1	Résultats des questionnaires adressés aux orthophonistes	90
2	Interprétation des résultats	104
2.1	Présentation de la population.....	104
2.2	Opinions des orthophonistes sur la motivation.....	105
2.3	Les méthodes d'évaluation de la motivation	106
2.4	Les facteurs contextuels utilisés dans la dynamique motivationnelle	107
	DISCUSSION FINALE.....	111
	CONCLUSION	115

INTRODUCTION

Comme nous avons pu le constater au cours de nos stages, l'investissement dans le processus thérapeutique varie considérablement d'un patient à un autre, même dans le cas de pathologies similaires. Même si l'objet de la rééducation vise au départ à restaurer un fonctionnement normal ou à chercher des moyens de compensation face au(x) trouble(s), nous sommes aussi confrontés à une personne dans sa globalité.

Les compétences du professionnel de santé et le vécu du patient sont deux facteurs essentiels. L'orthophoniste comme le patient sont impliqués dans la rééducation et le degré de motivation de chacun est déterminant pour obtenir un résultat satisfaisant.

Pour autant, cet aspect de la prise en charge qui paraît évident a été peu étudié en orthophonie. C'est la raison pour laquelle nous avons pensé qu'une recherche sur la motivation serait intéressante.

A partir d'éléments empruntés à la psychologie, nous avons porté notre choix sur la théorie motivationnelle de Deci et Ryan qui semblait la plus proche de notre projet.

A travers celle-ci, nous avons enquêté auprès d'une population d'enfants suivis en rééducation pour différents troubles. Ce recueil d'informations fut possible grâce à la collaboration d'orthophonistes à qui nous avons envoyé des questionnaires.

L'exploitation de ces questionnaires devra nous permettre d'appréhender ce concept de la motivation dans le cadre de la rééducation, objet de notre étude.

Après une description de la théorie de l'autodétermination selon Deci et Ryan, et quelques rappels concernant le développement de l'enfant, nous passerons à l'enquête proprement dite puis à l'analyse des résultats.

Enfin nous amorcerons une discussion autour des réponses données par les patients et des pratiques professionnelles.

Il est certain qu'il ne s'agit là que d'une approche car si l'idée de la motivation paraît évidente, son étude s'est vite avérée plus complexe, comme nous l'avons constaté. C'est la raison pour laquelle nous l'avons limitée à une population d'enfants.

ASSISES THÉORIQUES

1 LA MOTIVATION

1.1 Qu'est-ce que la motivation ?

Dans le dictionnaire d'orthophonie (BRIN, COURRIER, MASY, LEDERLÉ, 2004), la motivation est définie ainsi :

« Ensemble des facteurs dynamiques qui déterminent la conduite. (...) Pour ce qui concerne la rééducation orthophonique,

- Soit la personne qui vient consulter l'orthophoniste (enfant ou adulte) est déjà consciente de ses difficultés et demande à être aidée,*
- Soit elle ne l'est pas (la demande peut émaner d'une ou d'autres personne (s) : un parent, membre de l'entourage familial, médecin, enseignant, etc.), et sa participation active à la rééducation doit être sollicitée par le biais de la motivation. »*

Ainsi, la motivation jouerait un rôle non négligeable dans la prise en charge et l'orthophoniste aurait les moyens de l'encourager.

Etant donné l'intrication de la composante psychologique dans la rééducation orthophonique, nous nous sommes tournées vers les différents courants de psychologie étudiant la motivation humaine, afin d'en comprendre les rouages. Chacun de ces courants étudie ce concept de diverses façons.

La perspective biologique privilégie le rôle des substances chimiques comme les neurotransmetteurs et les hormones de même que les systèmes par lesquels ces substances sont transmises.

La perspective psychodynamique de Freud cherche à découvrir les motifs et les influences inconscientes qui s'organisent autour des pulsions sexuelles et agressives pour orienter le comportement.

La perspective behavioriste étudie les caractéristiques de l'environnement qui renforcent ou diminuent les comportements moteurs, verbaux et sociaux, ou encore les attentes de la personne à l'égard des conséquences de ses propres comportements.

La perspective cognitive, quant à elle, met l'accent sur l'étude des pensées et des processus mentaux qui agissent comme des catalyseurs de comportements.

Ce survol rapide des différentes approches de la motivation montre le nombre important d'analyses sur le sujet. Il serait néanmoins impossible d'envisager notre mémoire sous tous ces aspects. Aussi avons-nous porté notre choix sur une dernière perspective non citée dans ce survol : la perspective humaniste. Pourquoi ? Celle-ci prône en effet une approche globale, selon laquelle la motivation d'une personne doit être vue comme un tout organisé et non comme une série de composantes indépendantes ou en opposition. Ainsi, au lieu d'analyser séparément divers éléments de la motivation, tels que les changements physiologiques, les pulsions, les renforcements ou les pensées qui accompagnent le choix d'une activité, la psychologie humaniste s'intéresse à la signification globale de ce choix pour la personne. En ce sens, cette perspective rejoint l'idée de motivation en orthophonie. En effet, nous pensons qu'il est important d'accueillir un patient dans sa globalité, d'évaluer ses besoins et ses attentes pour le placer au centre du processus thérapeutique et ainsi lui laisser la possibilité de s'impliquer dans la rééducation.

Dans le cadre de notre étude de la motivation en orthophonie, nous nous sommes inspirées d'une théorie appelée « théorie de l'autodétermination », élaborée par Edward L. Deci et Richard M. Ryan. Selon cette théorie, l'individu pourrait être motivé de différentes manières selon ses besoins et le contexte social dans lequel il évolue.

1.2 La théorie de l'autodétermination

1.2.1 Présentation du continuum d'autodétermination

Deci et Ryan, auteurs de la théorie de l'autodétermination, ont postulé l'existence chez l'être humain de différents types de motivations. Celles-ci se distingueraient par le degré d'autodétermination sous-jacent à leur fonctionnement, c'est-à-dire par le degré d'initiative dont le sujet ferait preuve.

Ces auteurs décrivent trois catégories de motivation : la motivation intrinsèque, les motivations extrinsèques et l'amotivation.

La motivation intrinsèque se rapporte à des comportements qui sont initiés librement et en ce sens, correspond au plus haut niveau d'autodétermination.

L'amotivation représente, quant à elle, la forme de motivation la moins autodéterminée puisqu'elle est définie par l'absence de contrôle interne chez l'individu.

Les différents types de motivations extrinsèques se situent entre ces deux pôles. Toutes sont mobilisées pour obtenir une conséquence en dehors de l'activité elle-même et répondent chacune à un degré d'autodétermination relatif.

Ainsi, toutes les motivations peuvent être hiérarchisées selon un continuum allant de l'absence d'autonomie (où la régulation du comportement est externe) à l'autodétermination (où le comportement est réellement autorégulé, initié volontairement).

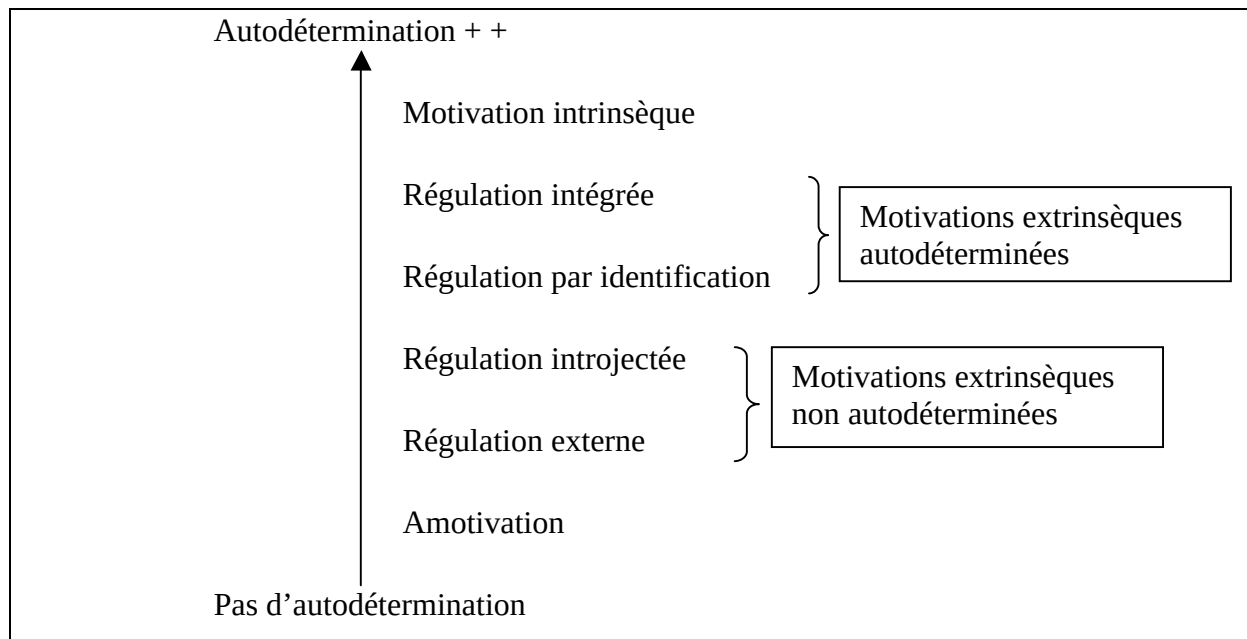


Schéma illustrant le continuum de l'autodétermination

Classer ainsi les différentes motivations permet d'analyser les motivations sous-jacentes à certains comportements et de prendre connaissance des différentes étapes à franchir pour parvenir à une motivation autodéterminée dans une activité.

Néanmoins, ce continuum ne constitue pas en soi un continuum de développement absolu. En effet, il n'est pas nécessaire d'évoluer en passant obligatoirement par chaque stade d'intériorisation.

Par ailleurs, selon les auteurs, la motivation est un concept dynamique. Plusieurs types de motivations peuvent coexister chez un individu, selon l'activité qu'il doit entreprendre. De plus, elles peuvent fluctuer pour une même activité selon les conditions dans lesquelles le sujet l'effectue : ainsi un individu qui effectuerait une tâche en raison d'une régulation externe (une récompense par exemple) pourrait, s'il fait l'expérience des propriétés intrinsèquement intéressantes de cette tâche, opérer un changement d'orientation d'une motivation régulée extrinsèquement vers une motivation plus autodéterminée.

1.2.2 La motivation intrinsèque

Elle correspond à la tendance à s'engager dans une activité « *pour le plaisir et la satisfaction qui sont inhérents à la pratique de cette activité et non en fonction des récompenses et des contraintes extérieures qui peuvent y être associées* » (VALLERAND et THILL, 1993).

Un patient serait donc motivé intrinsèquement face au processus thérapeutique lorsqu'il choisirait d'aller en rééducation pour le plaisir et la satisfaction qu'il éprouve à vouloir atteindre ses objectifs personnels en cours de prise en charge.

Vallerand, Blais, Brière et Pelletier, ont postulé l'existence de trois types de motivation intrinsèque (1995). Ce postulat repose sur une analyse de la vaste littérature concernant ce type de motivation. On distingue ainsi la motivation intrinsèque à la connaissance, la motivation intrinsèque à l'accomplissement et celle aux sensations :

- La motivation intrinsèque à la connaissance est celle d'un individu qui effectue une activité pour la satisfaction et le plaisir d'apprendre, de découvrir et d'explorer de nouveaux domaines.
- La motivation intrinsèque à l'accomplissement se réfère elle, au fait de s'investir dans une activité pour la satisfaction et le plaisir de l'accomplir, pour créer quelque chose ou encore pour relever un défi optimal.
- Enfin, la motivation intrinsèque aux sensations renvoie au fait d'entreprendre une activité afin de ressentir des sensations particulières d'excitation, d'amusement, de plaisir sensoriel. Ce troisième type de motivation semble être le plus simple. Dans ce cas, il n'existe pas de but apparent si ce n'est celui d'apprécier la tâche.

1.2.3 Les motivations extrinsèques

Bien que la motivation intrinsèque constitue évidemment un type de motivation idéal et une tendance innée de l'être humain, la plupart de nos activités ne sont pas à strictement parler intrinsèquement motivées.

Plus l'individu grandit, plus l'enjeu social le contraint à exécuter des tâches qui ne sont pas intrinsèquement intéressantes pour lui. Il peut alors mobiliser un autre type de motivation qualifiée d'extrinsèque : son comportement est alors exécuté spécifiquement pour des raisons instrumentales et non plus pour lui-même.

Il était postulé, à l'origine, que la motivation extrinsèque ne se référait qu'aux comportements adoptés en l'absence d'autodétermination. Ils n'étaient donc observés qu'en présence d'incitations externes (récompenses, punition, etc.). Mais Deci et Ryan ont progressivement identifié différents types de motivations extrinsèques. L'aspect extrinsèque n'est donc pas à négliger : il représenterait divers états, du plus passif au plus actif. Ainsi, un individu pourrait faire preuve d'un comportement extrinsèquement motivé mais comportant un certain degré d'autonomie tout en étant en accord avec ses valeurs.

On distingue plusieurs sortes de motivations extrinsèques qui se différencient par leur degré d'autodétermination.

La régulation externe :

Il s'agit de la motivation extrinsèque la moins autodéterminée. Le comportement est ici régulé par des sources de contrôle extérieures à la personne. L'individu agit pour satisfaire une demande externe ou une pression sociale, pour obtenir une récompense, pour plaire à quelqu'un ou pour éviter quelque chose de désagréable.

Nous pouvons penser à un patient qui s'engagerait dans une rééducation car les personnes de son entourage estiment qu'aller chez l'orthophoniste pourrait l'aider.

La régulation introjectée

Celle-ci correspond à une intériorisation de la contrainte externe avec un rôle important joué par l'estime de soi. Le sujet exerce sur lui-même des pressions pour agir. Il accomplira la tâche pour éviter un sentiment de culpabilité ou des menaces adressées à l'estime de soi, ou encore pour obtenir des compliments qui valoriseront son ego.

Partant de cette définition, nous pouvons donc imaginer que la personne faisant preuve de régulation introjectée serait celle qui irait en rééducation parce qu'elle se sentirait coupable

de ne pas agir pour son trouble. Il y a bien une pression interne mais pas d'autodétermination puisque la personne n'a pas la capacité de choisir.

La régulation par identification

A mesure que l'individu valorise le comportement en question et qu'il le perçoit comme librement choisi, le processus d'intériorisation des motifs externes devient alors régulé par identification. Même si l'activité n'est pas plaisante en soi, l'individu s'identifie à l'activité et s'y engage. Ici, le comportement est effectué car l'individu estime qu'il correspond à quelque chose d'important et de valable pour lui, ce qui, en soi, constitue une source de plaisir utilitaire, pragmatique, toujours non liée à l'activité elle-même mais à ce qu'elle va permettre de réaliser à plus long terme.

Ici, même si les fins sont instrumentales, l'activité est autodéterminée.

Un patient qui ferait preuve de ce type de motivation pourrait décider d'entreprendre une rééducation parce qu'il s'agirait du moyen qu'il a choisi pour l'aider à faire face aux événements et surmonter ses difficultés.

La régulation intégrée

La personne manifestant ce type de motivation extrinsèque se sent autodéterminée dans la régulation de son comportement. De plus, cette forme d'autodétermination est en harmonie avec les autres schémas de sa personne. La personne agit volontairement, en parfait accord avec ce qu'elle est, et trouve des sources d'auto-motivation complémentaires à la source externe à l'origine de l'action. Il s'agit là du plus haut niveau d'autodétermination dans la poursuite du comportement extrinsèquement motivé.

Nous pouvons penser que le patient affichant une motivation par régulation intégrée serait motivé à entreprendre une rééducation pour améliorer son bien-être, en accord avec ses valeurs.

1.2.4 L'amotivation

Deci et Ryan ont complété les notions de motivations intrinsèque et extrinsèque par celle d'amotivation.

Une personne amotivée ne perçoit pas de relations entre ses actions et les résultats obtenus. Elle a l'impression que ses comportements ont été causés par des facteurs indépendants de sa volonté. Désabusée, elle se demande pourquoi elle effectuerait l'activité et pourrait éventuellement l'abandonner.

Pour les auteurs, trois raisons expliquent l'émergence de l'amotivation.

- La première est l'impossibilité perçue d'atteindre le résultat souhaité car l'individu a appris à se résigner face à certaines situations (résignation acquise ou impuissance apprise).
- La deuxième est la croyance qu'aurait l'individu d'un manque de compétence pour adopter le comportement souhaité.
- Enfin, la troisième serait le fait que l'activité ou le résultat n'aurait aucune valeur aux yeux de l'individu : il n'en tirerait aucune satisfaction quelle qu'elle soit.

Dans cette perspective, amotivation rime donc avec absence de plaisir et d'intérêt à réaliser une activité, ainsi qu'avec un fort sentiment d'incompétence. Il s'agit de la motivation la moins autodéterminée car elle représente l'absence totale de choix et de contrôle sur les événements.

1.2.5 Les conséquences de la motivation

Dans le cadre de la théorie de l'autodétermination, de multiples études ont évoqué les conséquences des différentes motivations. Il semblerait qu'une motivation autodéterminée aboutisse à des conséquences plus positives sur les plans affectifs, cognitifs et comportementaux, par opposition à une motivation qui ne le serait pas.

Vallerand (1993) a étudié les conséquences affectives en contexte scolaire. Pour son expérimentation, différents concepts psychologiques associés au milieu de l'éducation (anxiété, plaisir de l'activité, etc.) ont été corrélés à une échelle de motivation en éducation

(EME). Il a ainsi été prouvé qu'une motivation autodéterminée procurait des émotions positives, un plaisir, une satisfaction générale et diminuait le niveau d'anxiété des élèves. Ces résultats ont par la suite été confirmés dans des domaines autres que celui de l'éducation tels que les loisirs (Sénécal, Vallerand, 1999), les relations interpersonnelles (Boislard-Pépin, Chartrand, Green-Demers, Seguin, Pelletier, 2002) le vieillissement (Guay, Losier, Vallerand, 1995), etc.

En ce qui concerne les conséquences cognitives, la motivation autodéterminée permettrait une meilleure concentration, une plus grande créativité. Elle favoriserait également l'émergence de processus cognitifs complexes. Ces derniers résultats ressortent dans une expérience menée par Benware et Deci (1984). Ces deux chercheurs ont considéré le postulat selon lequel *« être mis dans la position d'élève et apprendre simplement pour être ensuite testé serait moins motivant intrinsèquement qu'être mis dans la position d'enseignant et avoir à enseigner des connaissances »*.

Les auteurs ont donc demandé à des sujets d'emporter un texte de psychologie chez eux, de l'apprendre puis de revenir deux semaines plus tard. La moitié des sujets a été prévenue qu'elle allait être examinée sur le texte (contrôle) alors que l'autre moitié des sujets devait l'apprendre dans le but de l'enseigner à un autre apprenant. Le test sur les textes portait sur 24 questions dont certaines étaient du ressort de l'apprentissage par cœur et les autres d'un apprentissage conceptuel. Les résultats ont démontré que les sujets « enseignants » étaient plus motivés intrinsèquement que les sujets « élèves ». Alors que le temps d'apprentissage était le même pour les deux groupes, leurs résultats ne différaient pas significativement pour les questions de mémorisation alors qu'ils différaient significativement pour l'apprentissage conceptuel.

Ce résultat très intéressant permet de supposer que les sujets motivés intrinsèquement apprendraient mieux le texte et chercheraient à faire plus de liens entre les diverses notions abordées.

Enfin, concernant les conséquences comportementales, une personne ayant une motivation autodéterminée bénéficierait de performances meilleures et plus stables, d'une plus grande persévérance devant les obstacles et serait moins distraite, plus concentrée. De plus elle choisirait plus volontiers des activités comportant des défis et des difficultés, sûrement en raison d'une bonne perception de ses compétences.

MICRO-SYNTHÈSE

En résumé, la motivation intrinsèque fait appel aux notions :

- de plaisir,
- d'intérêt pour l'activité elle-même,
- de curiosité ou de plaisir du défi,
- de choix, de volonté d'atteindre des objectifs qui se veulent personnels (qu'ils soient d'accomplissement, de connaissance ou de sensations),

Le sujet agit afin de satisfaire ses besoins d'autodétermination et de compétence et ce, en l'absence de tout contrôle extérieur.

Parler de motivation extrinsèque induit des contraintes extérieures qui, de par leur aspect contrôlant, peuvent plus ou moins diminuer les sentiments d'autodétermination et de compétence. Cependant, nous savons qu'il s'agit d'un type de motivation fréquent, qui n'interdit pas un certain degré d'autonomie.

L'amotivation, quant à elle, signe une absence de plaisir et d'intérêt à réaliser une activité, ainsi qu'un faible sentiment de compétence.

Enfin, ce sont les motivations les plus autodéterminées qui offrent les conséquences les plus positives, tant sur le plan cognitif, qu'affectif ou comportemental.

1.3 Les facteurs de motivation

Deci et Ryan décrivent trois besoins qui détermineraient la motivation humaine :

- le besoin de se sentir compétent pour agir, c'est-à-dire avoir confiance en ses capacités,
- le besoin de se sentir autonome dans ses actions plutôt que contrôlé ou contraint à agir, et enfin,
- le besoin de se sentir en lien avec les autres, d'avoir des relations sociales satisfaisantes et qui soutiendront ses efforts.

Leur satisfaction permettrait l'accès à une motivation autodéterminée de type intrinsèque.

Ces trois besoins seraient cependant souvent influencés par l'environnement social qui proposerait des situations les favorisant ou non. Ainsi l'orthophoniste et/ou les parents, seraient en mesure d'influer sur le sentiment de compétence de l'enfant, et pourraient encourager son engagement dans une tâche, tout en manifestant leur empathie et leur bienveillance.

Deci et Ryan ont répertorié sept structures, susceptibles d'affecter les besoins et donc les motivations. Chacune d'elles, en plus d'avoir une influence sur les motivations, sera donc tributaire de la façon dont elle sera proposée par l'environnement :

- les récompenses,
- les structures existantes,
- les menaces et les limites de temps,
- l'évaluation et la surveillance,
- la possibilité de choisir,
- les objectifs face à la tâche,
- les rétroactions verbales.

1.3.1 Les récompenses

Délivrées en contrepartie d'un comportement donné, elles peuvent être de toutes sortes (bonbon, cadeau, etc.). D'une manière générale, les récompenses restreignent l'autodétermination. C'est pourquoi, la plupart du temps, elles diminuent la motivation intrinsèque à l'égard d'une tâche intéressante. En effet, les récompenses sont typiquement utilisées pour inciter ou induire les individus à faire des activités qu'ils ne feraient pas ou ne feraient plus. De plus, il a été observé que les individus recevant une récompense démontraient moins d'intérêt et de plaisir à reprendre une activité après avoir reçu une récompense pour leur participation (récompense liée à la pratique de l'activité) que ceux qui ont effectué une activité sans recevoir de récompense.

Nous notons cependant que les conséquences sur la motivation dépendent des conditions dans lesquelles les récompenses sont données.

En effet, une récompense liée à la pratique de l'activité (offerte pour la pratique de la tâche) n'aurait pas les mêmes conséquences qu'une récompense qui n'y est pas liée (offerte indépendamment de la pratique de la tâche). Cette dernière aurait moins de chance de diminuer la motivation intrinsèque car ici la récompense ne serait pas accordée pour faire l'activité. Cela diminuerait donc l'aspect saillant de contrôle que pourrait exercer la récompense sur le comportement de l'individu.

Par ailleurs, une récompense liée à la performance (offerte en fonction d'une performance attendue) n'aurait pas non plus les mêmes conséquences qu'une récompense qui n'y est pas liée. Cette première aurait pour effet de diminuer la motivation intrinsèque car l'enfant se focaliserait sur les habiletés, entraînant une orientation vers la performance.

Néanmoins, si l'accent est placé sur le niveau de compétence atteint par l'individu (dans ce cas la récompense est attribuée selon la directive : « Fais aussi bien que tu le peux. »), la motivation intrinsèque s'en retrouverait favorisée.

1.3.2 Les structures existantes

Elles correspondent aux « *perceptions que les individus se font de la nature globale des interactions dans un contexte précis* ». Celles-ci tendent-elles à soutenir l'autonomie ou sont-elles vécues comme contraignantes ?

Les structures étudiées par Deci et Ryan sont généralement les situations de compétition. Celles-ci diminueraient le sentiment d'autodétermination car l'individu n'organise plus ses actions en fonction de lui mais plus en fonction des autres. L'activité devient alors un instrument pour atteindre le but visé. De plus, le fait d'échouer serait vécu comme un message d'incompétence, la compétition supposant la présence de gagnants et de perdants.

Nous pouvons ainsi penser que créer un climat où l'enfant puisse s'autodéterminer tout en se sentant compétent, mais sans l'abandonner à ses choix, permettrait donc l'émergence, si ce n'est d'une motivation intrinsèque, au minimum d'une motivation autodéterminée.

1.3.3 Les menaces et les limites dans le temps

Les menaces et les limites dans le temps seraient vécues comme des événements contraignants. Elles diminueraient l'autodétermination de l'enfant, à défaut d'agir librement, il risquera davantage d'adapter son comportement en fonction des contraintes externes qui lui sont imposées.

Le temps limité d'une séance de rééducation, les objectifs fixés pour cette séance sont autant de facteurs pouvant rendre une rééducation plus contraignante. L'orthophoniste doit alors « jongler » entre les impératifs liés à la rééducation et les capacités d'adaptation de l'enfant.

1.3.4 L'évaluation et la surveillance

L'une comme l'autre diminueraient le sentiment d'autodétermination et donc les motivations autodéterminées car elles seraient vécues comme une forme directe de contrôle social. L'enfant n'organiserait plus son comportement en fonction de lui-même mais se focaliserait sur la composante normative qu'il se devrait alors de respecter. Rend compte des capacités de l'enfant, l'évaluation peut aussi affecter le sentiment de compétence de l'enfant.

Dans le domaine orthophonique, le bilan qui est réalisé dès les premières séances, représente une mesure des capacités et des difficultés. Cette première approche peut-elle donc dès le début affecter les sentiments d'autodétermination et de compétence ?

Mais n'est-ce pas quelquefois utile de se référer à une norme afin d'avoir un retour sur ses actions et pour permettre peut-être un réajustement des objectifs ?

1.3.5 La possibilité de choisir

Les événements qui encouragent l'autodétermination donnent aux individus l'occasion de choisir et donc de vivre une expérience d'autonomie. Que ce soit la possibilité de choisir l'activité pour une rééducation, d'utiliser un certain matériel ou de s'accorder le temps consacré à cette activité, cette liberté de choix a tendance à favoriser l'autonomie de l'individu et par conséquent sa motivation autodéterminée.

1.3.6 Les objectifs face à la tâche

L'objectif est la représentation cognitive d'un état final qui va donner à l'action sa direction. La conscience de l'objectif permet d'organiser l'activité du sujet dans quatre dimensions : l'attribution de l'attention à la tâche, la motivation de l'effort, l'accroissement de la persévérance et la définition de stratégies de travail.

La formulation d'objectifs augmenterait la motivation intrinsèque, mais cet effet varierait selon le type d'objectif et le contexte dans lequel ces objectifs seraient formulés.

Les objectifs proximaux augmenteraient la motivation extrinsèque alors que les objectifs distaux augmenteraient la motivation intrinsèque. En effet, le patient qui saurait pourquoi il vient et quelle est l'utilité de sa rééducation ne serait pas dans l'attente immédiate des résultats et saurait accorder de la valeur à l'activité.

Cependant, les enfants ont-ils réellement la notion de perspective future ?

Lens et Gailly (1980) ont étudié le concept de perspective future en fonction de l'âge chez des personnes de tous âges. Ils ont montré que la relation entre la perspective future et l'âge des personnes est curvilinéaire : représentée sur un graphique, elle apparaît telle une courbe en forme de cloche. Ainsi, la courbe de la perspective future croît avec l'âge : elle atteint son maximum à l'âge adulte et diminue chez les personnes âgées.

Pour Françoise Estienne, orthophoniste et chargée d'enseignement, la projection dans le temps est un facteur puissant d'évolution. Comment la personne se voit-elle dans trois mois ? Dans un an ? Comment les parents voient leur enfant ? S'il n'y a pas d'entrée dans le temps (jeune âge, handicap) elle conseille alors de gérer cela avec l'entourage, les parents, l'institution.

Dans plusieurs de ses ouvrages, l'auteure vante les mérites d'un contrat thérapeutique établi entre le patient, l'orthophoniste et quelquefois les parents. Ce contrat a pour but de fixer des objectifs thérapeutiques. De nombreuses études ont démontré que le choix de l'objectif par l'exécuteur de la tâche permettait une hausse de la motivation intrinsèque dans l'accomplissement de cette tâche. C'est en quelque sorte ce que permet le contrat thérapeutique, rarement construit par l'orthophoniste seule mais plutôt en collaboration avec l'enfant, pour une séance ou pour une certaine période.

Pour Françoise Estienne, le temps est réellement une donnée dynamique ayant une valeur thérapeutique et qu'il s'agira d'organiser. *«Le traitement prend bien la valeur d'itinéraire ou d'un voyage dont on prévoit les escales et le jour de l'arrivée à destination. Se donner des délais temporels dynamise les deux parties. On a une période de temps pour obtenir tel objectif.»* Cela permet donc d'évaluer l'efficacité de la prise en charge, d'éviter la routine, la passivité et la lassitude. Cependant, il ne s'agit pas non plus d'un couperet impératif !

1.3.7 Les rétroactions verbales

Les rétroactions verbales correspondent aux interventions qu'un individu fait, en l'occurrence l'adulte, pour informer un autre individu, ici l'enfant, sur ses capacités. Elles peuvent être positives (« C'est bien ! ») ou négatives (« Tu n'as pas bien travaillé aujourd'hui... »). Elles constituent un type d'événement pouvant affecter directement les perceptions de compétence de l'individu concerné et avoir ainsi des répercussions sur le type de motivation.

Les rétroactions positives auraient tendance à favoriser l'émergence d'une motivation intrinsèque car elles amélioreraient chez l'enfant la perception de ses compétences.

Les adultes, et encore plus les parents, exercent une influence importante sur les perceptions de leur enfant. En effet, les recherches en milieu scolaire prouvent que les enfants se fient plus au jugement de leurs parents qu'à leur réussite pour juger de leur compétence (VIAU, 1994). Face à cette constatation, nous réalisons d'autant plus l'importance d'un travail en collaboration avec les parents. En les rendant attentifs aux efforts parfois non reconnaissables de leur enfant face à ses difficultés, et à ses progrès parfois discrets, l'orthophoniste peut donc susciter chez eux des remarques attentives et encourageantes qui favoriseront sa motivation.

L'orthophoniste, participe également à l'amélioration chez l'enfant de la perception de ses compétences en proposant des rétroactions adaptées, authentiques et spécifiques sur ses progrès tout au long de la séance, en l'encourageant à engager un certain comportement.

Bien souvent les rétroactions positives augmentent la motivation intrinsèque, à condition qu'elles soient données dans un certain contexte d'autodétermination et par une personne entretenant une bonne relation avec l'individu.

Selon des recherches, essentiellement faites en contexte scolaire (VALLERAND, 1993), une rétroaction positive est efficace si elle fait ressortir le niveau de compétence mais l'est moins si elle est perçue comme une forme de contrôle interpersonnel.

Françoise Estienne, ajoute qu'une rétroaction, si l'on veut qu'elle ait un réel impact, devrait être adaptée. Selon elle, pas de mots grandioses nécessaires, « *ils n'ont rien à voir avec la flatterie* » (ESTIENNE, 2002). Ils sont exprimés à la première personne pour avoir

encore plus de sens. Ils peuvent être verbaux ou non verbaux (un bon sourire, un regard pétillant, etc.).

De quelque sorte qu'ils soient, l'auteure ajoute que « *les signes de reconnaissance positifs sont un levier puissant pour inciter l'enfant à agir pour faire encore mieux.* »

Il existe aussi des rétroactions négatives : « tu es distrait », « fais un effort »... Celles-ci, si elles sont répétées, auraient tendance à fixer et à renforcer chez l'enfant une perception négative de sa compétence et, de ce fait, à empêcher l'émergence d'une motivation autodéterminée.

MICRO-SYNTHÈSE

Les évaluations, la surveillance, les rétroactions verbales négatives, en somme toutes les structures perçues comme "contrôlantes", abaisseraient le sentiment d'autonomie et diminueraient ainsi le niveau d'autodétermination de la motivation. En revanche, la possibilité de faire des choix et de fixer ses propres objectifs ainsi que le fait de recevoir des rétroactions verbales positives semblent augmenter les sentiments d'autodétermination. Cependant, tous ces facteurs motivationnels dépendent de la manière dont ils sont proposés.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes particulièrement intéressées à l'accompagnement du jeune patient dans la rééducation orthophonique. C'est pourquoi, après la description générale du fonctionnement de la motivation du point de vue de la psychologie humaniste, nous allons étudier les aspects du développement de l'enfant qui pourraient interférer dans sa dynamique motivationnelle.

2 LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LA MOTIVATION

Avant d'aborder le lien entre le développement de l'enfant et la motivation, nous tenons à préciser que ce domaine de la psychologie est particulier dans le sens où il est en constante évolution. Du début du 20^{ème} siècle à ce jour, les théories se sont multipliées et nous avons ainsi sélectionné celles qui correspondaient le mieux à notre sujet d'étude, pas forcément les plus récentes.

Par ailleurs, nous optons pour la distinction entre deux classes d'âge, les jeunes enfants (de 3 à 6 ans) et les enfants d'âge scolaire (6 à 10 ans) :

- d'une part en raison des différences dans le développement cognitif et psychoaffectif,
- d'autre part à cause des changements majeurs occasionnés par l'école.

2.1 **Le jeune enfant**

2.1.1 **L'aspect cognitif**

Piaget, psychologue et épistémologue du XXème siècle a grandement contribué à l'étude du développement de l'enfant mettant en avant l'égoцентриisme intellectuel du jeune enfant. Selon ce théoricien, il correspond à un « *état cognitif dans lequel l'individu considère les choses uniquement selon son propre point de vue, sans se rendre compte qu'il existe d'autres perspectives* ». L'enfant ne serait donc pas capable de percevoir une autre vision que la sienne.

L'égoцентриisme « ontologique »

Par ailleurs Piaget distingue l'égoцентриisme logique, qui a trait au raisonnement de l'enfant, de l'égoцентриisme ontologique, qui exprime la façon dont l'enfant perçoit la réalité. Par exemple, il attribue à la réalité extérieure des explications subjectives : il existe alors une certaine confusion entre l'imaginaire et le réel. Ce réalisme consiste en « *une tendance spontanée à confondre le signe et le signifié, l'interne et l'externe, ainsi que le psychique et le physique* » (PIAGET, 1926). Selon cet auteur, le jeune enfant resterait donc attaché à sa propre vision du monde sans pouvoir accéder à celle d'autrui.

Hormis les conséquences sur le plan du raisonnement logico-mathématique (conservation, résolution de problèmes, etc.), nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'enfant est incapable de se décentrer à cet âge. En effet certaines études plus récentes démontrent une relative prise de conscience du point de vue des autres. Il semblerait que, dès l'âge de 3 ans, l'enfant pourrait adapter son discours, ses jeux en fonction de l'âge et du handicap de son interlocuteur (BEE, 2003). Pour certains chercheurs en psychologie cognitive tels que KUSHNIR et SCHULTZ (2007), ces capacités pourraient même émerger dès la toute petite enfance. Ainsi les théories piagétienne peuvent être complétées pour nuancer l'idée d'un point de vue exclusivement égoцентриique du jeune enfant, quelle que soit la situation.

Différentes expérimentations (FLAVELL, 1985/1990 ; COPNIK et ASTINGTON, 1988/1991) ont été menées pour affirmer l'existence de deux niveaux de prise de conscience du point de vue d'autrui. Avant 4 ans, l'enfant s'appuierait sur ses perceptions, ce qu'il

observe d'une situation, en croyant que le monde entier pense comme lui. Alors que, plus tard, il développerait une nouvelle théorie de la pensée : il « *commence à comprendre que (...) les désirs et les convictions d'une autre personne constituent également une part de la problématique. Ainsi l'enfant élabore différentes théories sur les idées, les croyances et les désirs des autres et sur l'influence de ces éléments sur leur comportement* ». (BEE, 2003)

Il n'est pas question ici de sous-estimer ou surestimer l'égoïsme du jeune enfant mais simplement d'envisager qu'il soit capable de réaliser et d'accepter le point de vue d'autrui, notamment de l'adulte.

La moralité « hétéronome »

Un phénomène, qui peut sembler curieux de prime abord, apparaît chez l'enfant entre 4 et 7 ans : la moralité hétéronome. Selon Piaget, il constitue le premier stade d'acquisition de la moralité dans lequel les règles sont perçues comme étant inflexibles et immuables. L'exemple suivant illustre cette rigidité de pensée que l'enfant intègre à travers les interdits énoncés par l'adulte :

« Un petit garçon a mis de l'ordre dans sa chambre et, lorsque sa mère est rentrée du travail, elle l'a puni. Un autre petit garçon a été désagréable avec sa sœur toute la journée mais, lorsque sa mère est rentrée du travail, elle lui a donné une friandise. Lequel des deux a mal agi ? Les enfants répondent habituellement que c'est le premier, car il a été puni. C'est la conséquence de l'action qui détermine le caractère positif ou négatif du comportement. ». (BEE, 2003)

Cette expérience, au-delà des apparences, nous montre l'importance accordée par l'enfant à la réaction de l'adulte : il n'est pas encore capable de juger lui-même de ce qu'il faut faire ou non. Nous en déduisons alors tout l'intérêt d'une réflexion sur les commentaires positifs ou négatifs donnés suite à la réalisation d'une tâche par l'enfant. Ainsi des encouragements et/ou des récompenses du thérapeute, en décalage avec les conduites d'un jeune patient, peuvent influencer la vision de ce dernier à propos de l'intérêt de son comportement.

2.1.2 L'aspect psychoaffectif

Quelle que soit la position que l'on adopte vis-à-vis de la psychanalyse, on ne peut ignorer son influence dans l'étude de l'enfant. Elle a en effet mis en évidence l'influence majeure des expériences personnelles et des relations interpersonnelles sur le développement d'un individu. L'enfant étant dans une période de construction psychique intense, il nous semble nécessaire d'évoquer certaines caractéristiques psychoaffectives liées plus ou moins directement à la motivation.

Le complexe d'Œdipe et la construction de la personnalité

Selon Freud, il s'agit d'une phase de développement normal se situant approximativement entre 4 et 7 ans. Elle structure d'abord les relations familiales puis les rapports sociaux et sexuels. Le complexe d'Œdipe revêt plusieurs aspects dont deux nous intéressent particulièrement : l'angoisse de castration, et l'intériorisation des interdits parentaux.

De manière simple, l'angoisse de castration, chez la fille comme chez le garçon, correspond à :

- une amputation de soi et de son pouvoir
- une limitation de sa relation à l'autre

Malgré la controverse autour de cette théorie. Il nous semble important d'évoquer ce point car il pourrait avoir une incidence dans la relation thérapeutique. En effet cette prise de conscience d'une frontière entre les autres et soi-même ainsi que de l'effondrement symbolique de sa toute puissance, peut provoquer chez l'enfant différentes réactions. Généralement, cette transition a lieu de façon naturelle dans le cercle familial sans incidence négative sur le développement psychoaffectif de l'enfant.

En imaginant que la relation avec les parents soit plus complexe, nous pouvons nous attendre à une difficulté d'adaptation sociale, en l'occurrence dans la prise en charge orthophonique. Les limites n'étant pas posées, la relation entre le jeune garçon face à une

orthophoniste ou la petite fille avec un orthophoniste peut s'avérer conflictuelle ou à l'inverse fusionnelle en extrapolant le raisonnement.

Quant à l'intériorisation des interdits parentaux, la transposition du cercle familial vers le cadre thérapeutique est également envisageable ; à l'extrême, l'enfant pourrait chercher les limites à ne pas franchir dans la relation avec l'orthophoniste...

Néanmoins ces propos sont à nuancer car l'implication affective de l'enfant avec le professionnel n'est évidemment pas la même qu'avec ses parents. Mais le parallèle est ici fait en raison de la généralisation théorique du complexe d'Œdipe : les hypothèses freudiennes évoquent l'existence d'une base psychique constituée avec les parents qui s'étendrait dans les relations sociales que l'enfant va établir dans sa vie.

La représentation de soi

Comment le jeune enfant se perçoit-il ? La conscience de soi est un processus qui s'élabore dès les premiers mois de vie lorsque le bébé distingue progressivement son corps de celui de sa mère, et réalise son potentiel d'action sur l'environnement. Cependant cette prise de conscience est encore une perception élémentaire. Grâce à une reconnaissance à travers l'image spéculaire et les interactions familiales et sociales, la représentation de soi comme un être différencié, deviendra effective.

La conscience de soi a été décrite notamment par WALLON qui parle du stade du personnalisme. Ce stade serait constitué de trois périodes : l'opposition (3-4 ans), celle de grâce/de séduction (4-5 ans) et enfin l'imitation (5-6 ans).

Durant la première période, l'enfant affirme sa personnalité, en tant qu'individu différent des autres, ce qui contribue à son sentiment d'autonomie, lui permettant progressivement de développer son autodétermination.

Pendant la période de séduction, il cherche plutôt à recueillir l'approbation dans un but de satisfaction personnelle. Même s'il n'attend pas encore vraiment une reconnaissance de l'adulte. L'enfant agit alors selon le regard posé sur lui, d'où l'importance d'adopter une attitude valorisante, condition nécessaire au développement de l'estime de soi.

La dernière période du personnalisme est l'imitation, « vraie » selon WALLON. Vers l'âge de 5-6 ans, l'enfant reproduirait volontairement des actions qu'il a observées chez autrui. Cette capacité d'imitation, inhérente au développement, inciterait éventuellement le jeune enfant à reproduire des gestes (praxies bucco-linguo-faciales par exemple), des techniques (comme la respiration abdominale pour une dysphonie), en séance puis en dehors du cadre thérapeutique, dans un but d'apprentissage, conscient ou non.

En résumé, le jeune enfant développe sa personnalité en fonction des adultes environnants, ses parents puis les autres, d'où l'importance du regard du professionnel et de la réponse apportée aux besoins psychoaffectifs du patient de cet âge.

Le sentiment de compétence

Chez les jeunes enfants, il n'est pas forcément lié à leurs capacités réelles mais bien au jugement ou au ressenti qu'ils en ont. Dans un article évoquant le lien entre perception de compétence et rendement scolaire (1999), Thérèse Bouffard et Luce Bordeleau soulignent qu'il peut exister une différence marquée entre les habiletés réelles de l'enfant et le sentiment qu'il a à leur égard. Ce n'est donc pas tant la réalité objective (histoire des succès et des échecs antérieurs) qui influencerait la motivation de l'enfant mais plutôt l'évaluation qu'il fait de ses ressources et de ses capacités.

Par ailleurs le jeune enfant a tendance à se surestimer. En effet, son jugement est dépendant des renforcements sociaux, habituellement très positifs. De plus, il éprouve encore des difficultés à attribuer une cause à ses échecs. Par exemple, il ne différencie pas les notions d'efforts et d'habiletés. Pour lui, un échec sera alors la cause d'un manque d'efforts, sans tenir compte de ses capacités. Enfin, le jeune enfant n'aurait encore guère accès à la comparaison sociale et à la référence à des normes de groupes. Arrivé à l'école élémentaire, son jugement

se ferait plus réaliste. Avec l'âge, il semblerait que le sentiment de compétence devienne plus différencié et stable.

2.1.3 Les interactions sociales

Dès la naissance, l'individu interagit avec son environnement. A mesure qu'il grandit, ses interactions avec le monde extérieur s'intensifient et se multiplient. Aussi tenons-nous à évoquer leur place dans le développement. En effet il est important de considérer l'interdépendance entre les relations humaines et la découverte de son environnement par l'enfant. Ce dernier s'imprègne de tout ce que vont apporter ses parents, mais également ses pairs et son professeur lors de l'entrée à l'école ou encore en situation de jeu. Même si, à 3 ans, il n'est pas encore prêt à considérer leur point de vue et encore moins à se mettre à leur place.

La fonction du jeu

Nous savons qu'il occupe une place prépondérante dans la vie de l'enfant et à travers le jeu symbolique, il va pouvoir s'exprimer et progressivement comprendre les rôles et places possibles de chacun. En effet, la période entre 3 et 6 ans est riche de conduites d'imitation, des actions d'adulte notamment, et l'enfant va pouvoir reproduire des situations vécues ou imaginées, seul ou avec des camarades :

- soit pour développer son savoir-faire (capacités physiques ou intellectuelles)
- soit dans le but de décharger des tensions (liées aux interdits sociaux ou parentaux)
- soit pour satisfaire des désirs inassouvis (domination par exemple)

L'observation de l'enfant en situation de jeu permet de mieux cerner ses préoccupations et son niveau de développement cognitif, psychoaffectif et social. En outre cette démarche clinique sert à constater les capacités et les difficultés de l'enfant : leur identification est utile pour favoriser le développement du sentiment de compétence, l'un des points clés de la motivation.

La sécurité affective ou l'indépendance ?

Entre 3 et 6 ans, l'enfant se retrouve dans une période de transition : il se distancie progressivement de ses parents mais seulement pour une "courte" durée. Malgré son autonomisation grandissante, les moments de séparation sont parfois difficiles et cela peut s'observer le temps d'une séance de rééducation alors que le parent reste pourtant dans la salle d'attente... Il revendique sa capacité à faire seul mais dès qu'il se trouve en difficulté, appelle ses parents. Dans ce contexte, la plus grande difficulté est de trouver un équilibre :

- entre le besoin constant de réassurance de l'enfant,
- et la nécessité de se détacher du groupe familial afin de se positionner en tant qu'individu à part entière.

A cet âge, l'enfant est donc encore fortement dépendant de ses parents sur le plan affectif.

L'influence de l'environnement

L'évolution psychoaffective et cognitive de l'enfant amène ce dernier à s'intéresser toujours davantage à son environnement. « *L'enfant ne peut se développer sans partenaire social, qui à la fois satisfait ses besoins et sert d'étayage à sa progression dans la dynamique de leurs échanges réciproques.* » (TOURRETTE & GUIDETTI, 2008). Ces interactions sociales vont influencer le cours du développement de l'enfant, même si l'interdépendance entre les facteurs innés et le milieu de vie rend difficile la distinction de leur importance respective.

Malgré cette difficile distinction entre l'inné et l'acquis, LAUTREY (1980) a cherché à démontrer le rôle de l'environnement dans le développement cognitif de l'enfant. Il s'est appuyé sur le « modèle d'équilibration » de PIAGET pour évaluer ces deux postulats :

- d'une part la nécessité d'une régularité des événements pour les assimiler et s'y accommoder,
- d'autre part la condition de déclenchement des compensations pour provoquer des « rééquilibrations constructives ».

Son expérimentation consistait à évaluer l'impact du milieu familial à structuration rigide (dans lequel les événements sont toujours réguliers) versus l'impact du milieu familial à structuration aléatoire (événements imprévisibles). Étant donné que ni l'un ni l'autre ne permet un fonctionnement cognitif optimal, le milieu le plus favorable au développement des connaissances serait celui qui apporterait ces deux modes d'accompagnement de l'enfant. *« Un environnement qui présente ces caractéristiques de régularité et d'imprévu est un environnement qui offre sans cesse des opportunités d'apprentissage et qui soutient la motivation de l'enfant à apprendre. »* (TOURRETTE & GUIDETTI, 2008)

Cette étude nous aide à comprendre l'importance de la position de l'adulte dans les découvertes théoriques sur la connaissance de l'enfant. Les phénomènes d'assimilation et d'accommodation de Piaget rejoignent les processus d'intériorisation et d'intégration des valeurs, nécessaires à un comportement autodéterminé selon Deci et Ryan. En effet, dans les deux théories, il faut que le sujet puisse se familiariser avec des formes de pensée extérieures au départ afin de les confronter à ses connaissances antérieures et à ses représentations. L'objectif final étant de se les approprier et d'en dégager des règles, des idées compréhensibles et acceptables par le sujet lui-même.

L'orthophoniste joue un rôle déterminant par l'étayage des conduites et de l'expression de l'enfant en rééducation. Toute la difficulté réside dans l'ajustement à ses capacités et à sa zone proximale de développement (VIGOTSKI). Selon cet auteur, cela consiste à favoriser des situations et des activités qui soient suffisamment élaborées pour faire évoluer l'enfant mais pas trop compliquées afin d'éviter l'impression d'échec.

Par ailleurs, comme nous l'avons précisé dans la partie précédente sur la motivation, le sentiment de compétence de l'enfant est complètement dépendant du regard valorisant de ses parents, d'où l'importance d'un accompagnement familial dans la prise en charge orthophonique. En outre, *« on ne peut dissocier la nature didactique des interactions parent-enfant de leur nature affective ; en effet la motivation à agir et à apprendre est largement sous-tendue par les adultes qui soutiennent la motivation de l'enfant, le renseignent sur le niveau de ses réalisations et l'encouragent à poursuivre. »* (TOURRETTE & GUIDETTI, 2008)

2.2 L'enfant d'âge scolaire

2.2.1 D'un point de vue cognitif

Entre 6-7 ans et 11-12 ans, l'enfant entre dans la période que Piaget nomme : le stade des opérations concrètes. Sa pensée devient catégorielle, réversible, et impose peu à peu son primat sur la perception. L'enfant dispose alors d'une meilleure appréhension de la réalité.

Avec l'expérience du monde qu'il accumule, l'enfant devient capable d'envisager des événements qui surviennent en dehors de sa propre vie et amorce une conceptualisation des informations fournies par son environnement.

Le déclin de l'égoïsme

Vers 5-6 ans, l'enfant sort progressivement de l'égoïsme qui orientait auparavant sa pensée. Il peut progressivement se décentrer, se mettre à la place d'autrui, coordonner les points de vue des autres avec les siens. Il commence à saisir leurs intentions. Ainsi, à cet âge, l'enfant serait de plus en plus sensible aux attentes extérieures et les comprendrait davantage. Il s'agit là d'une composante qui aurait très certainement son rôle à jouer dans la dynamique motivationnelle.

Une moralité autonome

Piaget décrit l'apparition d'une « moralité autonome » vers 6 ans. Auparavant, l'enfant faisait preuve d'une moralité hétéronome où il considérait les règles et l'autorité comme extérieures à lui-même. Désormais, il commence à les intégrer. Ses jugements se font alors moins catégoriques, plus souples. L'enfant devient plus réceptif à l'apprentissage des normes sociales, du respect mutuel et de la coopération entre les personnes.

L'autre prend ainsi une place grandissante dans son approche du monde et joue un rôle de plus en plus important dans la régulation de son comportement.

Le début de la métacognition

Selon de récentes études telles que celle de Bee en 2003, la capacité à réfléchir sur ses propres connaissances débiterait dès l'âge de 5 ans. Cette faculté métacognitive augmenterait de façon considérable après l'âge scolaire. Elle participerait fortement à l'amélioration des performances de l'enfant.

A partir de l'instant où l'enfant est capable de prendre du recul par rapport à ses processus cognitifs, nous pouvons donc penser qu'il serait en mesure d'évaluer l'importance de ce qu'il apprend, de pouvoir élaborer des stratégies afin d'enrichir ses connaissances et ainsi d'être autonome dans son apprentissage. Il s'agit là d'informations intéressantes en lien avec la problématique motivationnelle en rééducation orthophonique.

2.2.2 D'un point de vue psychoaffectif

L'intérêt pour l'autre

La période de six à dix ans correspond, selon Freud, à la « période de latence ». A cette époque, les préoccupations œdipiennes sont mises de côté : on observe un renoncement à la satisfaction des désirs lié au stade précédent et une atténuation des conflits.

Le processus d'individuation s'achève : l'enfant est maintenant tourné vers les autres, vers la vie extra-familiale et sociale et non plus vers soi. Il y a un « allègement » de la relation affective vis-à-vis des parents : d'autres adultes peuvent prendre le relais dans l'accompagnement de ses apprentissages et de son développement. De plus, l'enfant peut prendre en compte ses pairs comme de réels interlocuteurs et est désormais apte à établir des relations amicales. Ses amis vont alors devenir le support de nouvelles identifications.

Des intérêts plus socialisés

Selon Freud, l'enfant va investir l'énergie des pulsions refoulées dans des activités physiques et intellectuelles. A cet âge, l'intérêt grandissant pour les connaissances et le monde extérieur est manifeste. L'enfant exprime donc une disponibilité toute particulière pour les apprentissages pédagogiques, que l'école ne va pas manquer de saisir.

A cette période, l'enfant serait donc disponible, curieux, aurait soif de découverte : autant de facteurs de bon pronostic pour une bonne évolution dans les apprentissages ou dans la rééducation.

Une évaluation de soi plus nuancée

Les premières perceptions de soi de l'enfant d'âge préscolaire font preuve d'un caractère très concret et lié au contexte. A l'âge scolaire, ces perceptions évoluent. L'enfant a davantage tendance à se décrire en fonction de ses sentiments et de ses idées, de la qualité de ses relations et des traits généraux de sa personnalité. Nous observons alors une transition vers une définition de soi plus abstraite, plus comparative et plus générale.

De plus, à cet âge, ce dernier comprend qu'il possède des traits psychologiques permanents et qu'il a donc une personnalité qui lui est propre. Nous assistons alors à l'émergence d'une vision d'ensemble ou à l'apparition du concept de « conservation de la personnalité » selon la terminologie piagétienne : l'enfant peut décrire des traits non plus dépendants du contexte mais constants de la personne.

Il est intéressant de prendre en compte ce paramètre dans la rééducation orthophonique. Ainsi, l'enfant aurait la possibilité de se juger non plus comme « bon » ou « mauvais » mais en fonction des diverses variables de la situation. Il détiendrait la capacité de prendre du recul par rapport à son comportement. Il pourrait réfléchir sur son fonctionnement de pensée : s'il a échoué à une activité, est-ce par manque d'attention ? A-t-il utilisé une mauvaise stratégie ?

Une meilleure évaluation des attentes extérieures

Par ailleurs, son portrait devient plus réaliste, plus coordonné avec les attentes extérieures. Il peut désormais percevoir la distance entre la façon dont il se perçoit et les attentes des autres à son égard et peut en tenir compte pour essayer de s'y conformer.

Ainsi, à cet âge, l'enfant aurait la capacité de reconnaître les attentes de l'adulte : il pourra donc y répondre ou non.

2.2.3 En ce qui concerne la socialisation

Sur le plan affectif, le processus d'individuation est achevé. L'enfant peut vivre des séparations. Il quitte la phase de narcissisme et d'affirmation de soi. Ses intérêts, initialement centrés sur lui-même vont se tourner vers l'extérieur.

Sur le plan cognitif, moins égocentrique, il devient capable de changer de point de vue et de considérer le point de vue d'autrui.

D'une manière générale, on observe chez lui une ouverture au monde extérieur, impliquant des conséquences sur la construction de soi. Des changements similaires vont être observés en ce qui concerne sa socialisation.

Une affection particulière pour les rapports horizontaux

Hartup distingue deux sortes de relations sociales (BEE, 2003). Les « relations verticales » sont celles qu'un enfant entretient avec ses parents. Ces derniers lui procurent protection, sécurité, et fournissent des modèles d'habiletés sociales. Il décrit un deuxième type de relations : les relations horizontales. Ce sont celles qu'un enfant entretient avec ses pairs. Elles lui permettent de mettre en pratique ces habiletés sociales intégrées mais aussi de découvrir des concepts comme la coopération, la compétition, l'intimité... A cet âge, le groupe d'amis, autrement dit les relations horizontales, occupe une place grandissante dans la vie de l'enfant. Les rapports verticaux sont loin de disparaître mais les enfants, à cette période, préféreront jouer avec des enfants de leur âge.

La compagnie des camarades prend le dessus. Leur présence est plus attirante que celle contraignante de l'adulte. Il est probable qu'un enfant préférera jouer avec ses amis plutôt que venir en rééducation.

Des comparaisons de plus en plus fréquentes avec ses pairs

Par ailleurs, l'ouverture sociale lui offre la possibilité de se confronter à des points de vue différents, d'autres sources de jugement. L'enfant commence à réaliser que ses pairs peuvent porter un jugement de valeur sur lui et que leurs points de vue peuvent influencer sa conduite. La pensée opératoire l'aidant à se décentrer et à coordonner ses points de vue, l'enfant intègre mieux les représentations de lui-même et d'autrui. Il va de plus en plus se

comparer aux autres sur tel ou tel aspect de sa personnalité et découvrir des relations d'égalité et de réciprocité avec ses camarades.

Ainsi, à cet âge, l'estime de soi et certainement le sentiment de compétence, peuvent être plus facilement affaiblis : l'enfant étant de plus en plus sensible au jugement d'autrui. La situation duelle de rééducation, en ce sens, peut permettre d'aménager les conditions nécessaires au développement de l'estime de soi et du sentiment de compétence.

L'appropriation des contraintes de l'école

Enfin, à cet âge, l'école impose à l'enfant un nouveau rythme. A l'entrée au CP, de nouvelles règles apparaissent, de nouvelles contraintes. L'enfant découvre la notion d'effort. De plus, il va se voir attribuer des notes, et y être de plus en plus sensible. L'enfant va donc avoir de nouveaux repères, et va s'y conformer ou non. Concernant le patient pris en charge en orthophonie pour des troubles des apprentissages, il est parfois difficile de se détacher de ces normes pour entrevoir ses capacités réelles. En ce sens, l'orthophoniste peut l'y aider.

PROBLÉMATIQUE

Comme nous venons de l'étudier, la théorie de DECI et RYAN relève différents types de motivations qui s'échelonnent sur un continuum d'autodétermination. Ces motivations varieraient selon de multiples facteurs, d'une part ceux liés au contexte et d'autre part ceux liés aux relations humaines, influençant les besoins d'autodétermination et de compétence de l'individu. La motivation intrinsèque, motivation la plus autodéterminée, offrirait les conséquences les plus positives (meilleures performances, bien-être, persévérance). Cependant il serait possible de développer un sentiment d'autodétermination à partir d'une motivation extrinsèque.

Dans un cadre thérapeutique, nous nous sommes intéressées en particulier au patient d'âge scolaire (3 à 10 ans) afin de chercher à évaluer sa motivation sachant qu'il n'est pas à l'initiative de la prise en charge orthophonique. A cette période, l'enfant devient capable de se décentrer progressivement et d'élaborer son propre point de vue, en lien avec celui des autres. Puis sa dépendance par rapport aux parents s'amenuise pour laisser place à une certaine autonomie même s'il demeure sensible au regard valorisant de l'adulte. En évoluant sur les plans psychoaffectifs et cognitifs, il parvient à évaluer ses compétences et à établir une représentation de soi plus globale. Parallèlement à cela, son ouverture sociale, en dehors du cercle familial, permet à d'autres adultes de prendre le relais dans l'accompagnement de ses apprentissages et de son développement.

De plus en plus indépendant, l'enfant serait donc capable d'agir de manière plus autodéterminée. Ses relations avec les autres s'élargissant, il pourrait percevoir les attentes d'autres adultes comme l'orthophoniste et les intérioriser pour se les approprier à sa façon.

Le questionnement qui a émergé de ces bases théoriques est donc le suivant :

En quoi les moyens mis en œuvre par l'orthophoniste peuvent-ils contribuer au développement d'une motivation intrinsèque chez le patient enfant ?

Dans l'optique de répondre à notre problématique, nous avons posé les hypothèses suivantes :

La motivation de l'enfant serait extrinsèque en début de prise en charge.

Les moyens mis en place par l'orthophoniste pourraient déterminer le type de motivation du patient.

MÉTHODOLOGIE

1 Hypothèses opérationnelles

Nous pensons qu'un enfant débutant une rééducation sera plus motivé extrinsèquement. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons choisi d'élaborer un premier questionnaire à l'attention du patient censé évaluer sa demande, sa connaissance de l'orthophonie, et les raisons de sa venue.

Nous supposons également que l'enfant, de par ses facultés cognitives naissantes, ses capacités de décentration et de comparaison avec son environnement toujours plus large (ouverture sociale), aurait la capacité d'investir les moyens mis en place par l'orthophoniste pour susciter une motivation, et ainsi, d'évoluer vers une motivation intrinsèque. Nous avons donc cherché à travers un second questionnaire, à noter l'évolution d'une motivation faiblement autodéterminée au départ vers une motivation qui le serait davantage en cours de prise en charge.

Enfin, nous émettons une dernière hypothèse selon laquelle le professionnel aurait un rôle à jouer dans la dynamique motivationnelle. Aussi avons-nous consulté directement les orthophonistes des enfants interrogés à l'aide d'un troisième questionnaire afin d'étudier leurs avis et pratiques en lien avec la motivation. Ce questionnaire, confronté à celui des patients enfants, permettra peut-être d'établir un lien entre un type de pratique et la motivation de l'enfant.

2 L'enquête auprès des patients

2.1 Présentation de la population

2.1.1 Critères d'inclusion

Pour notre étude, nous avons choisi de porter notre intérêt aux enfants ayant moins de dix ans, laissant aux orthophonistes le soin de déterminer quels enfants seraient capables de comprendre et de répondre aux questions.

Entre 4 et 10 ans, la relation à l'adulte est encore très prégnante mais l'enfant, d'un point de vue cognitif et psychoaffectif, commence à être capable d'acquérir une certaine autonomie de pensée. Nous émettons l'hypothèse que cela permet une prise de conscience de son trouble et éventuellement l'émergence d'une motivation autodéterminée.

2.1.2 Critères d'exclusion

Les enfants ayant plus de dix ans ont donc été exclus de notre étude. La problématique de l'adolescence implique en effet de nouvelles préoccupations liées à la construction de la personnalité (identification au groupe de pairs, opposition à l'adulte, etc.). Les résultats des questionnaires n'auraient donc pu être analysés de la même manière. Nous les avons donc délibérément écartés de notre étude.

2.2 L'enquête auprès des patients en début de prise en charge

2.2.1 Construction des données

Le premier questionnaire se voulait volontairement peu contraignant et rapide à passer. En effet, nous ne voulions pas interférer dans le travail de rééducation de l'orthophoniste à un moment (lors du bilan ou des premières séances) où se construit la relation patient-orthophoniste.

Il s'inspire d'un questionnaire déjà existant issu d'un mémoire orthophonique visant une approche écologique du patient en rééducation (FERON et GUYARD). Il a été élaboré dans l'optique de recueillir des informations concernant l'identité du patient, sa demande de rééducation, ses connaissances quant à son trouble et celles concernant l'orthophonie afin d'analyser les raisons qui l'ont fait venir.

➤ Identité du patient

Nos items concernent :

L'âge du patient : pour constater une éventuelle influence de l'âge dans la dynamique motivationnelle.

Sa classe : pour confirmer ou non la concordance avec l'âge.

Son trouble : pour observer une possible influence sur la motivation.

La profession de ses parents : afin de corrélérer éventuellement des informations quant à la situation familiale avec l'implication de l'enfant en rééducation.

Ses centres d'intérêt : pour vérifier que l'enfant soit de nature curieuse et naturellement ouvert à d'autres activités.

Toutes les informations relatives au patient nous donnent un profil de départ et permettent d'évaluer l'importance ou non de ces variables dans la motivation.

➤ **La demande**

A travers la question « avais-tu envie de venir ? », nous voulions évaluer le degré d'autodétermination au début de la rééducation: le patient souhaite-t-il commencer la rééducation ou est-ce une contrainte extérieure qui l'incite à venir ?

➤ **Conscience et connaissance du trouble**

Par la question : « est-ce que tu sais pourquoi tu viens ? », nous voulions voir si l'enfant avait remarqué ses difficultés et savait pourquoi il consultait un orthophoniste.

En demandant : « est-ce que tu voudrais qu'on te réexplique pourquoi tu viens ? », nous espérions voir s'il éprouvait un réel intérêt pour la rééducation. Comprend-il ou refuse-t-il les explications de l'adulte ?

➤ **Connaissance de l'orthophonie**

A travers les questions « es-tu déjà allé chez un orthophoniste ? », « qui t'a parlé de l'orthophoniste ? » et « que penses-tu faire ici ? », nous voulions voir quelles étaient ses représentations de l'orthophonie. Sont-elles plutôt positives, négatives ou inexistantes ?

De plus, nous souhaitions glaner quelques indices sur une éventuelle atteinte du sentiment de compétence (revenir peut être synonyme d'échec) ainsi que sur sa prise de conscience du trouble en cas d'antécédents orthophoniques.

➤ **Vécu du trouble**

Par les questions « est-ce que [ton trouble, tes difficultés] embêtent quelqu'un ? » et « est-ce que ça te gêne tout le temps...jamais ? », nous voulions savoir si l'entourage influençait la perception du trouble par l'enfant.

➤ **Conviction**

Enfin, à travers la question : « Est-ce que tu crois que venir chez l'orthophoniste peut changer quelque chose ? » nous souhaitions évaluer l'amotivation et la causalité du patient.

Toutes ces données réunies ont permis la construction du premier questionnaire (cf annexes).

2.2.2 Passation

Les orthophonistes ont été sollicités par courrier postal/électronique. Nous leur avons expliqué les conditions de passation : il s'agissait d'interroger des patients qui débutaient une rééducation. Si les interroger lors du bilan leur paraissait trop précoce ou fastidieux suite aux épreuves de bilan, nous leur laissions la possibilité de le faire lors des premières séances.

Nous prévoyions trois mois plus tard un test de réévaluation de la motivation dans les mêmes conditions d'expérimentation.

2.2.3 Recueil des données

Pour analyser les questionnaires, nous avons établi des grilles de recueil informatisées rassemblant l'ensemble des critères décrits précédemment.

2.2.4 Projet d'analyse

L'hypothèse théorique supposant l'existence d'une motivation extrinsèque de l'enfant au départ, cette dernière sera analysée en fonction de la convergence des réponses en lien avec les variables suivantes :

- la demande (du patient), soit l'item 3
- la conscience et la connaissance du trouble, soit les items 6 et 10
- le vécu de l'enfant, soit les items 7 et 8
- la conviction de l'utilité en orthophonie, soit l'item 9

Nous chercherons à déterminer les points communs entre tous les enfants manifestant une motivation extrinsèque. Ainsi nous prévoyons d'analyser les résultats selon différents critères susceptibles d'être des facteurs d'influence sur la motivation:

- La classe d'âge (4 à 6 ans et 6 à 10 ans)
- Le type de trouble
- La connaissance et la conscience du motif de consultation
- Les antécédents orthophoniques, etc.

2.3 L'enquête auprès des patients en cours de prise en charge

2.3.1 Construction des données

Le second questionnaire à l'attention des patients consistait en une évaluation plus précise de la motivation et des facteurs s'y rattachant. Il a été construit en deux parties.

PREMIÈRE PARTIE

Nous voulions réévaluer et préciser la notion de demande et l'autodétermination par les questions ci-après :

- « Est-ce que tu as envie de venir chez l'orthophoniste ? »
- « Est-ce que tu aimerais faire autre chose qu'aller chez l'orthophoniste ? »
- « Est-ce que tu souhaiterais choisir ce que vous allez faire en rééducation ? »
- « Est-ce que tu as quelquefois des idées d'activités pour les séances ? »
- « Est-ce que tu refais chez toi ce que tu as fait chez l'orthophoniste ? »

Nous souhaitons également avoir plus d'informations sur le sentiment de compétence de l'enfant et ses capacités d'auto-évaluation, à travers les questions suivantes :

- « Est-ce que tu penses que tu as fait des progrès ? A quoi le vois-tu ? »
- « Est-ce que tu te sens capable de faire plus de choses maintenant ? »
- « Est-ce que tu as encore des difficultés, (des choses qui sont difficiles à faire)? »

Ces questions rejoignent la notion de conscience du trouble, évoquée dans le premier questionnaire, que nous voulions également étudier:

- « Est-ce que tu sais maintenant pourquoi tu viens ? »

Le premier questionnaire faisant état du vécu du trouble de l'enfant, nous souhaitons savoir s'il avait évolué :

- « Est-ce que ça embête quelqu'un ? »
- « Et ça (son trouble) te gêne : (tout le temps, jamais, en classe, etc.) »

Notre voulions également avoir un aperçu de ce qui s'était créé dans la relation patient – orthophoniste (à quoi le patient a-t-il prêté attention ? Quelles sont les raisons qui ont renforcé ou diminué son envie de venir ?). Nous avons alors posé les questions suivantes :

- « Qu'est-ce que tu aimes le plus quand tu viens chez l'orthophoniste ? »
- « Qu'est-ce que tu aimes le moins ? »

SECONDE PARTIE

Les derniers items s'inspirent de divers modèles d'échelles de motivation ayant été élaborées pour des domaines tels que la thérapie (Boisvert, 2000), la lecture (Fenouillet, Carré, Guthrie, Alexander, 2009), les loisirs (Sénécal, Vallerand, 1999).

L'orthophoniste énonce une proposition traduisant un type de motivation et l'enfant doit indiquer s'il est d'accord ou non avec ce qu'elle a dit. Ses réponses donnent alors un indice sur la nature de sa motivation à venir en rééducation.

L'amotivation est évaluée à travers les deux items suivants :

- « Venir en orthophonie ça ne sert à rien »,
- « Je préfère faire autre chose que venir en orthophonie ».

La régulation externe :

- « Ce que j'aime, c'est avoir une récompense quand je réussis bien »,
- « Je viens sinon je me fais gronder par mes parents ».

La régulation introjectée :

- « J'aime quand l'orthophoniste et mes parents sont fiers de moi quand je vais en rééducation,
- « Je viens parce que je ne veux pas que l'orthophoniste ou mes parents soient fâchés ».

La régulation par identification :

- « Je viens chez l’orthophoniste parce qu’elle peut m’aider... »,
- « Mes problèmes (son trouble) m’embêtent et venir en orthophonie pourra m’aider à aller mieux ».

La régulation intégrée :

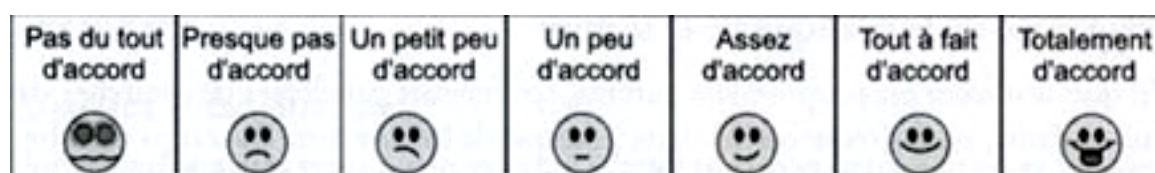
Ici les items ne nous paraissaient pas vraiment adaptés à la population des enfants, évoquant les projets futurs, l’avenir, c’est pourquoi nous avons hésité à inclure la régulation intégrée, d’autant que certains auteurs la regroupent avec la motivation intrinsèque. Nous avons finalement choisi de ne mettre qu’un item :

- « Je viens en orthophonie parce que ça va m’aider pour plus tard (quand je serai grand) ».

La motivation intrinsèque :

- « J’aime aller chez l’orthophoniste »,
- « J’aime venir en orthophonie car j’apprends plein de choses ».

Pour signifier s’il est d’accord ou non avec les propositions que l’orthophoniste lui fait, l’enfant désigne un petit visage parmi sept.



Le recours à ces dessins a été choisi afin de faciliter la compréhension des items chez les jeunes enfants qui, selon plusieurs orthophonistes, auraient éprouvé quelques difficultés à répondre à certaines questions du premier questionnaire.

Par ailleurs, afin de vérifier si le système des dessins était bien assimilé, il nous a paru intéressant de commencer par une proposition hors contexte : « j’aime la soupe de crapauds », à laquelle l’enfant devait répondre a priori négativement...

2.3.2 Passation

Nous avons donc demandé aux professionnels d'effectuer une deuxième passation, trois mois plus tard, avec les enfants ayant participé au premier questionnaire. Il était rappelé aux patients qu'ils avaient déjà répondu à des questions similaires au préalable et qu'il s'agissait de la suite.

2.3.3 Recueil des données

Tous les résultats ont été reportés dans une grille élaborée à l'aide du logiciel Excel.

2.3.4 Projet d'analyse

Nous prévoyons de comparer ces questionnaires aux premiers pour analyser les éléments qui auraient éventuellement évolué et rapprocher les différents types de motivation recensés aux pratiques des orthophonistes.

3 L'enquête auprès des orthophonistes

3.1 Présentation de la population

3.1.1 Critères d'inclusion

Afin de recueillir un échantillon d'avis hétérogènes, quels que soient l'âge, le sexe et l'expérience professionnelle, nous avons fait le choix de contacter plusieurs orthophonistes dont nous avons fait la connaissance au cours de notre formation. Cela nous permettait de les rencontrer afin d'expliquer notre projet et les conditions de passation des questionnaires (primo-arrivants, limites d'âge, re-test, etc.). Cependant, nous avons rapidement constaté qu'une population d'une vingtaine de professionnels ne suffirait pas. En effet, au bout d'un mois, nous n'avions réceptionné que quelques réponses. Aussi avons-nous opté pour une diffusion plus large des questionnaires.

3.1.2 Critères d'exclusion

Il aurait été intéressant de constituer des groupes de professionnels, classés selon leur durée d'exercice par exemple. Nous aurions alors déterminé éventuellement le lien entre certaines pratiques de rééducation et les caractéristiques de la motivation de leurs patients. Nous aurions pu également exclure les orthophonistes exerçant en milieu institutionnel car nous pouvions supposer que la population dans ce cadre d'accueil y était différente et la relation thérapeutique aussi. Quoi qu'il en soit, une étude préalable aurait été nécessaire avant d'affirmer l'influence de ce milieu. Mais l'objectif de notre étude étant d'établir un premier état des lieux de la motivation du patient dans la prise en charge orthophonique, il ne nous semblait pas judicieux d'éliminer un pan de la population selon certains critères en préjugant de leur intérêt.

3.2 Construction des données

Nous désirions également interroger les orthophonistes afin d'analyser leur approche de la motivation. Tout d'abord, nous souhaitions savoir si la motivation était un concept qu'ils prenaient en considération dans la rééducation. C'est pourquoi nous avons posé les questions suivantes :

« Selon vous, la motivation de l'enfant est pour la rééducation orthophonique : indispensable, utile... »

« Pensez-vous qu'il est possible d'agir dessus? »

« Est-ce le rôle de l'orthophoniste de la stimuler? »

« Cherchez-vous à l'évaluer? »

Nous avons ensuite repris les facteurs contextuels de la théorie de Deci et Ryan afin de savoir si les orthophonistes les employaient dans la rééducation (récompenses, compétition, limites de temps, évaluation, possibilité de choisir, objectifs, feedbacks positifs). Enfin, pour illustrer la composante interpersonnelle, essentielle dans cette même théorie, nous leur avons également demandé comment ils les utilisaient.

Il nous a aussi paru intéressant d'interroger plus particulièrement leur prise en compte du sentiment de compétence et de l'autodétermination, éléments prédictifs, selon Deci et Ryan, de la motivation. Nous leur avons donc posé les questions suivantes :

- « Sur une échelle de 1 à 10, quelle part d'autonomie l'enfant peut-il avoir dans la rééducation? (...) Selon quels critères ? (...) par quels moyens ? »
- « Pensez-vous qu'il soit nécessaire de préciser à l'enfant sa (ses) compétence(s) ? »

Ces éléments rassemblés nous ont permis d'élaborer le questionnaire destiné aux professionnels (cf annexes).

3.3 Passation

Ce questionnaire a été envoyé avec le second questionnaire enfants. Les orthophonistes nous l'ont retourné en même temps que les autres.

3.4 Recueil des données

Afin de rassembler les avis des orthophonistes contactés, nous avons distingué différents thèmes pour lesquels nous avons établi des grilles de recueil.

- les informations relatives à l'exercice professionnel (expérience et type d'exercice),
- leur opinion en général quant à la motivation du patient (approche personnelle),
- leurs avis et pratiques concernant les facteurs contextuels (récompenses, limites, évaluation, choix, buts, feedbacks positifs),
- leurs idées au sujet d'autres facteurs susceptibles d'influencer la motivation (expression libre),
- leur position vis-à-vis de l'autonomie accordée au patient et à l'expression de la compétence (note donnée à la part d'initiative et expression libre),
- et enfin, leur point de vue sur les patients interrogés (évolution de la motivation et progrès éventuels).

3.5 Projet d'analyse

L'état des lieux des pratiques professionnelles et l'étude de la relation thérapeutique nous permettront d'évaluer leur impact sur la motivation de l'enfant. Ainsi les réponses liées aux variables contextuelles («Utilisez-vous les récompenses ? Les limites de temps ? », etc.) seront à comparer avec le type de motivation de leurs patients.

LES RÉSULTATS

**Étude du premier questionnaire à l'attention des
enfants :**

Quelle motivation en début de rééducation ?

1 Présentation des résultats du premier questionnaire concernant les enfants

Nous comptabilisons au total 36 questionnaires : voici les informations que nous avons pu en extraire.

INFORMATIONS SUR LA POPULATION

Âge	NOMBRE enfants (N)	%
4	1	3
5	5	14
6	4	11
7	11	30
8	5	14
9	4	11
10	6	17
TOTAL enfants	36	100

Tableau 1. Répartition de la population selon l'âge des patients

Dans le tableau précédent, nous constatons que chaque classe d'âge (entre 6 à 10 ans) est représentée.

	NOMBRE enfants (N)	%
Enfants 4-6 ans	10	28
Enfants 6-10 ans	26	72
TOTAL enfants	36	100

Tableau 1bis. Répartition de la population selon la tranche d'âge

La proportion des jeunes enfants est de 28% (soit 10 sur 36) et celle des enfants âgés de 6 à 10 ans représente 72% (soit 26 sur 36).

	N	%
Langage Oral	10	28
Langage Écrit	19	53
Raisonnement logico-mathématique	2	5,5
Déglutition	2	5,5
Troubles associés (comportement essentiellement)	3	8
TOTAL enfants	36	100

Tableau 2. Répartition de la population selon le trouble

Parmi la population interrogée, 53% des patients (soit 19 sur 36) rencontrent majoritairement des troubles du langage écrit. En outre 28% (soit 10 sur 36) ont des difficultés d'accès au langage oral (trouble d'articulation et/ou retard de parole/de langage). Enfin les autres troubles (du raisonnement logico-mathématique, de la déglutition et du comportement) représentent 19% de l'ensemble de la population (soit 7 sur 36).

	NOMBRE de questionnaires	%
Profession des parents renseignée	9	25
Non renseignée	27	75
TOTAL questionnaires	36	100

Tableau 3. Renseignement de la profession des parents

Parmi tous les questionnaires, seuls 9 indiquent la profession des parents. Les réponses sont très variées : ouvrier spécialisé, infirmier, concierge, enseignant, informaticien, architecte, mère au foyer, etc.

	NOMBRE enfants	%
Sport	29	81
Jeux	32	89
Autres	17	47

Tableau 4. Répartition de la population selon le type d'activités

Concernant les activités pratiquées, l'ensemble des réponses s'oriente principalement en faveur des jeux (89%) et du sport (81%). Les autres activités représentent 47% (soit 17 sur 36) et correspondent à des loisirs divers (se promener, aller au cinéma, regarder la télévision, lire, etc.).

INFORMATIONS LIÉES À L'ÂGE

« Avais-tu envie de venir ? »

	Pas envie ou NSP		Envie		NOMBRE enfants
	N	%	N	%	
Enfants 4-6 ans	3	30	7	70	10
Enfants 6-10 ans	9	31	17	69	26

Tableau 5. Répartition des enfants ayant ou non envie de venir selon la tranche d'âge

Parmi les enfants âgés de 4 à 6 ans, 70 % (soit 7 sur 10) expriment leur envie de venir chez l'orthophoniste. Cette proportion est quasiment identique (69%) pour les enfants âgés de 6 à 10 ans (soit 17 sur 26).

« Est-ce que [ton trouble] embête quelqu'un ? »

	Pas de gêne entourage		Gêne entourage		NOMBRE enfants
	N	%	N	%	
Enfants 4-6 ans	6	60	4	40	10
Enfants 6-10 ans	9	35	17	65	26

Tableau 6. Répartition de la gêne extérieure selon la tranche d'âge

Parmi les enfants âgés de 4 à 6 ans, 40% (soit 4 sur 10) ressentent une gêne de l'entourage quant à leur trouble. Pour la tranche d'âge des 6 à 10 ans, 65% des enfants (soit 17 sur 26) ressentent également une gêne de leur entourage.

« Est-ce que tu sais pourquoi tu viens ? »

	Justification erronée		Justification adaptée		NOMBRE enfants
	N	%	N	%	
Enfants 4-6 ans	9	90	1	10	10
Enfants 6-10 ans	9	35	17	65	26

Tableau 7. Répartition du type de justification selon la tranche d'âge

9 enfants dans chaque tranche d'âge ne savent pas justifier le motif de consultation, cependant la proportion est différente :

- 90% des jeunes enfants donnent une justification erronée,
- 35% des enfants de 6 à 10 ans donnent également une justification erronée.

Nous remarquons également que 17 enfants (soit 65%) de 6 à 10 ans peuvent expliquer la raison de leur venue en orthophonie.

INFORMATIONS LIÉES À L'ENVIE DE VENIR

	NOMBRE d'enfants	%
Envie	24	67
Pas envie	12	33
TOTAL enfants	36	100

Tableau 8. Répartition de la population selon l'envie de venir

Parmi tous les enfants interrogés, 33% (soit 12 sur 36) disent ne pas avoir envie de venir chez l'orthophoniste au début de la prise en charge ou ne savent pas s'ils en ont envie.

	justification erronée		justification adaptée		NOMBRE enfants
	N	%	N	%	
Envie	13	54	11	46	24
Pas envie	5	42	7	58	12
TOTAL enfants	18	50	18	50	36

Tableau 9. Justification du motif de consultation selon l'envie de venir

Parmi les enfants ayant envie de venir, nous constatons que 54% (soit 13 sur 24) donnent une justification erronée de la raison de leur venue.

Ceux qui donnent une justification adaptée au motif de consultation représentent 58% des enfants n'ayant pas envie de venir (soit 7 sur 12).

	Pas de gêne entourage		Gêne entourage		NOMBRE enfants
	N	%	N	%	
Envie	12	50	12	50	24
Pas envie	4	25	8	75	12

Tableau 10. Influence extérieure selon l'envie de venir

Parmi les enfants qui souhaitent venir chez l'orthophoniste, 50% (soit 12 sur 24) ressentent une gêne de leur entourage par rapport à leur trouble.

RECAPITULATION DES DONNÉES RELATIVES À L'ENVIE DE VENIR

Enfants ayant envie de venir (au nombre de 24)	Justification erronée		Justification adaptée	
	N	%	N	%
Pas de gêne entourage	6	25	6	25
Gêne entourage	7	29	5	21

Tableau 11. Influence de l'entourage et justification du motif parmi les patients ayant envie de venir

25% des enfants ayant envie de venir savent réellement pourquoi ils viennent et ce, sans ressentir une quelconque gêne émanant de leur entourage.

Au nombre de 6, ils représentent donc 17% de notre population totale de 36 enfants.

2 Interprétation des résultats

2.1 Présentation de la population

Toutes les références à des tableaux se rapportent aux résultats présentés dans la partie précédente.

Toutes les tranches d'âge entre 4 et 10 ans sont représentées dans notre enquête (cf tableau 1). Cette répartition aléatoire nous permet donc une étude plus complète. Nous constatons cependant que les enfants plus grands représentent 72% (26 enfants) de notre population (cf tableau 1 bis).

En ce qui concerne les troubles de la population interrogée (cf tableau 2), nous remarquons qu'ils ne sont pas tous représentés (pas de handicap intellectuel, sensoriel ou moteur par exemple). Cette répartition peut être mise en lien avec le choix qu'ont fait certains orthophonistes de sélectionner des patients susceptibles de comprendre les questions.

Par ailleurs, la profession des parents devait nous aider à situer le milieu socio-culturel de la famille, donc de l'enfant. Cependant la variation et l'absence de réponses (cf tableau 3) ne nous a pas permis de vérifier si elle avait une quelconque influence sur la motivation de l'enfant.

Tous ces patients paraissent en outre intéressés par de multiples choses, dans divers domaines autres que celui de l'orthophonie (activités sportives, culturelle, etc.), ce qui écarte a priori toute idée d'une démotivation générale de l'enfant, voire de signes de dépression (cf tableau 4).

2.2 Particularités de notre population

Nous avons pu remarquer, au cours de notre dépouillement, les difficultés de certains patients pour comprendre les questions. Des persévérations dans les réponses, des contradictions, confirmées par les annotations des orthophonistes sur les questionnaires, ont

pu être relevées dans quelques feuillets. Ces difficultés de compréhension ont fréquemment été rencontrées chez des enfants présentant des troubles comportementaux et/ou psychotiques.

Ainsi nous constatons que certains troubles interfèrent sur la compréhension des items. Nous pouvons alors nous poser la question des répercussions sur la motivation. Si des troubles de la compréhension sont présents, l'enfant peut-il saisir la raison qui l'amène en orthophonie ? Peut-il prendre conscience de ses difficultés et participer activement à la rééducation ? Faudrait-il utiliser d'autres moyens que les mots pour lui permettre de s'impliquer ?

2.3 Organisation des données

Nous voulions au départ comparer les réponses des jeunes enfants à celles des plus âgés. Nous pensions ainsi relever des différences significatives nous permettant d'affirmer une approche de la motivation spécifique selon l'âge. Mais, à notre grande surprise, les profils motivationnels des plus âgés s'apparentaient sensiblement à ceux des plus jeunes.

En effet, concernant la demande, tous avaient également envie de venir en rééducation (cf tableau 5).

Nous nous sommes par ailleurs rendu compte que les jeunes enfants comme leurs aînés mesuraient l'impact de leur trouble sur leur entourage (cf tableau 6).

Enfin, il nous a semblé que les plus grands parvenaient davantage à expliquer les raisons de leur venue mais cette différence, compte tenu des possibilités d'expression parfois limitées des jeunes enfants ne nous a pas paru exploitable (cf tableau 7).

Nous avons donc choisi de ne pas faire de distinction entre les enfants de 4 à 6 ans et ceux de 6 à 10 ans.

2.4 Le classement de notre population

Afin d'étudier la motivation chez l'enfant en début de rééducation, nous avons défini trois groupes. Ils ont été constitués selon des critères nous permettant d'affirmer ou d'infirmer la présence d'une motivation extrinsèque chez le jeune patient en début de rééducation.

Notre premier groupe concerne les **enfants non autodéterminés**. Ils expriment nettement leur manque d'envie de venir ou ne manifestent pas d'intérêt pour la rééducation orthophonique.

Notre deuxième groupe rassemble **ceux plus ou moins autodéterminés**. En effet, même s'ils déclarent avoir envie de venir, tous ne connaissent pas les raisons de leur venue et beaucoup manifestent une forte dépendance par rapport au regard de l'adulte.

Notre troisième et dernier groupe réunit les **enfants autodéterminés**, conscients de la situation et indépendant de toute influence extérieure.

Les enfants non autodéterminés (au nombre de 12)

A la question : « *avais-tu envie de venir ?* », la majorité des enfants ont répondu positivement. Cependant, nous émettons un doute quant à la pertinence de cette question. En effet, il se pourrait, et cela a été confirmé par quelques orthophonistes, que certains aient répondu pour « faire plaisir » à l'adulte et n'aient pas osé exprimer leur hésitation. Si cette question avait été encore davantage nuancée, peut-être aurions-nous vu poindre quelques avis divergents.

Néanmoins, parmi les enfants interrogés, un tiers tout de même, à savoir 12 au total, n'ont pas exprimé leur envie de venir. 7 d'entre eux l'affirment même en connaissance de cause puisqu'ils parviennent à expliquer la raison de leur venue (cf tableau 9). Ces réponses sont donc la manifestation d'un manque d'autodétermination, ce qui place ces enfants dans une motivation par définition extrinsèque et même non autodéterminée.

E10 (l'enfant n°10 dans l'enregistrement de nos questionnaires) illustre parfaitement cette motivation extrinsèque non autodéterminée : E10 a 10 ans, présente des troubles du langage écrit, est investi dans de multiples activités sportives, aime jouer seul ou en groupe. Pourtant, il exprime une réserve quant à son envie de venir en rééducation, surtout que, selon lui, son trouble ne semble importuner que ses parents et son professeur. De plus, il n'est pas sûr que l'orthophonie puisse vraiment l'aider, comme bon nombre d'enfants non autodéterminés.

Il s'agirait là de patients ayant, peut-être, besoin de constater que la rééducation leur apporte un soutien quant à leur trouble pour décider ou non de leur implication dans celle-ci.

Les enfants plus ou moins autodéterminés (au nombre de 18)

Parmi les patients déclarant avoir envie de venir, beaucoup ne connaissent pas la raison de leur venue ni le rôle de l'orthophoniste (cf tableau 9).

Concernant le motif de consultation, nous remarquons que la moitié des enfants ne parviennent pas à expliquer le motif de consultation alors qu'ils ont envie de venir. A la question « *est-ce que tu sais pourquoi tu viens ?* », nous relevons donc des réponses telles que : « *un peu* », « *on dessine, je ne sais plus* », « *ma maman voulait que je vienne* », « *maman a dit : parce que c'est comme ça !* ».

Bon nombre ont une représentation erronée, voire absente de ce qu'est l'orthophonie. A la lecture des questionnaires, nous relevons des réponses telles que : « *on joue à quelque chose* », « *je sais pas* », « *pas d'idée* » ou encore... « *On cherche des carottes !* ». Pour beaucoup, surtout chez les plus grands, l'orthophonie se rapproche de l'école. La notion de « travail » revient fréquemment.

N'ayant pas encore vraiment connaissance de ce qu'ils feront en séance, ils ne peuvent donc avoir une autodétermination dirigée vers leur activité de rééducation. Ce constat les place donc dans une motivation extrinsèque.

Par ailleurs, la moitié des enfants ayant envie de venir semblent pourtant dépendants de ce que peut penser leur entourage de leur trouble (cf tableau 10). En effet, 12 affirment que leur trouble importune leurs parents, leur professeur ou encore leurs amis. Nous pouvons en conclure qu'ils ne viennent pas uniquement pour eux-mêmes et ne sont donc pas entièrement autodéterminés. En ce sens, ils feraient également preuve d'une motivation extrinsèque.

Les enfants autodéterminés (au nombre de 6)

Les enfants qui souhaitent commencer une rééducation, tout en sachant pourquoi ils viennent et ce qu'ils vont faire chez l'orthophoniste, représentent environ 14% de notre population. Nous ne pouvons donc affirmer chez ces enfants une motivation extrinsèque. Plus de précision dans nos questions aurait pu nous permettre de déceler une éventuelle pression extérieure ou des nuances dans les raisons qui les poussent à venir.

Notre hypothèse de départ stipulant que les patients débutant leur rééducation feraient preuve d'une motivation extrinsèque est donc en grande partie validée. Elle concerne 86% de l'ensemble de nos patients.

2.5 Les commentaires des orthophonistes

Bien que comportant quelques lacunes, ce questionnaire a, semble-t-il, été apprécié par la majorité des orthophonistes car il leur a permis, selon eux, de mieux connaître leur patient. Ainsi nous remarquons que le bilan des envies et attentes du patient, ainsi que de ses centres d'intérêt, n'est pas toujours réalisé en début de rééducation. Or nous pouvons supposer qu'il s'agit là d'éléments utiles pour impliquer davantage l'enfant.

Par ailleurs, selon quelques orthophonistes, certains patients ont paru agréablement surpris de se faire interroger sur leur envie de venir, sur leurs centres d'intérêt, ce qui a peut-être pu, par la suite, les rendre attentifs aux raisons qui les poussaient à venir.

En résumé, la majorité des enfants seraient motivés extrinsèquement en début de prise en charge. Tous ne savent pas encore ce qu'est l'orthophonie ou n'ont pas conscience du trouble qui les amène à consulter. Pourtant, la plupart sont parvenus à investir la demande de l'adulte, faisant ainsi preuve d'un certain degré d'autodétermination, et ce, quel que soit l'âge.

**Étude du second questionnaire à l'attention des
enfants :**

Quelles motivations en cours de prise en charge ?

1 Résultats du second questionnaire concernant les enfants

Comparaison avec le premier questionnaire

« Est-ce que tu as envie de venir chez l'orthophoniste ? »

	M0		M3	
	N	%	N	%
Envie toujours	24	67	24	67
Pas toujours envie	8	22	7	19
Pas envie ou ne sait pas	4	11	5	14
Total enfants	36	100	36	100

Tableau 12. Comparaison entre l'envie de venir en début et en cours de prise en charge

Parmi les 36 enfants interrogés, 24 enfants (soit 67%) disent au moment du bilan avoir envie de venir et sont aussi nombreux 3 mois plus tard.

En ce qui concerne l'envie aléatoire et l'absence d'envie, nous notons une légère différence entre les premières séances et au bout de trois mois de rééducation. 8 enfants (soit 22%) n'avaient pas systématiquement envie de venir au début et sont au nombre de 7 (soit 19%) en cours de prise en charge.

A la lecture des questionnaires, 4 enfants disent ne pas savoir s'ils ont envie de venir ou non au début de la prise en charge. Un seul exprime cette incertitude 3 mois plus tard, quatre autres affirment qu'ils ne souhaitent pas venir en rééducation.

« Est-ce que ça [ton trouble, tes difficultés] embête quelqu'un ? »

	M0		M3	
	N	%	N	%
Gêne entourage	20	56	20	56
Pas de gêne entourage	16	44	16	44
Total enfants	36	100	36	100

Tableau 13. Comparaison de l'influence extérieure en début et en cours de prise charge

Parmi les 36 enfants interrogés, 20 enfants (soit 56%) ressentaient une gêne de leur entourage quant à leur trouble en début de prise en charge. Le chiffre est identique 3 mois plus tard.

« Est-ce que tu sais maintenant pourquoi tu viens ? »

	M0		M3	
	N	%	N	%
Justification du motif de consultation adaptée	18	50	20	56
Justification du motif de consultation erronée	18	50	16	44

Tableau 14. Comparaison de la justification du motif en début et en cours de prise charge

Parmi les 36 enfants interrogés, 18 (soit 50%) pouvaient expliquer la raison de leur venue en orthophonie. Ils sont au nombre de 20 (soit 56%) à savoir justifier le motif de consultation.

Remarque importante: parmi l'ensemble des questionnaires, 5 enfants donnent des réponses incohérentes ou s'abstiennent. C'est pourquoi nous les avons délibérément écartés du nombre total d'enfants sur lequel nous nous basons.

Type de motivation en cours de prise en charge

Dans un premier temps, nous avons choisi d'établir un classement des différentes motivations existantes dans notre population d'après la question :

« Est-ce que tu as envie de venir chez l'orthophoniste ? »

	N	%
Toujours envie	20	64,5
Parfois envie	7	22,5
Pas envie	4	13
Total enfants	31	100

Tableau 15. Répartition de la population selon l'envie de venir

Parmi les 31 enfants comptabilisés dans notre classement, 20 (soit 64,5%) ont toujours envie de venir et 7 (soit 22,5%) déclarent leur envie aléatoire.

Les 4 autres enfants répondent qu'ils n'ont pas envie d'aller chez l'orthophoniste.

Ensuite nous avons affiné ce classement en fonction de la précision des réponses données par les patients à la question :

« Est-ce que tu aimerais faire autre chose qu'aller chez l'orthophoniste ? »

	N	%
Faire autre chose	11	36
Ne pas faire autre chose	19	61
Ne sait pas	1	3
Total enfants	31	100

Tableau 16. Répartition de la population selon l'envie de faire autre chose que consulter

Parmi les 31 enfants comptabilisés dans notre classement, 11 (soit 36%) déclarent souhaiter faire autre chose qu'aller chez l'orthophoniste.

Et un seul enfant ne parvient pas à dire s'il souhaite venir en consultation.

Enfin nous avons combiné ces deux variables : envie de venir et envie de faire autre chose.

	Ne pas faire autre chose		Faire autre chose		Total enfants	
	N	%	N	%	N	%
Pas envie	0	0	4	13	4	13
Parfois envie	4	13	3	9,5	7	22,5
Toujours envie	16	51,5	4	13	20	64,5
Total enfants	20	64,5	11	35,5	31	100

Tableau 17. Envie de faire autre chose selon envie de venir en consultation

Parmi les 20 enfants (soit 64,5%) qui ont toujours envie de venir, nous observons tout d'abord que 16 enfants (soit 51,5%) ne souhaitent pas faire autre chose à la place d'aller chez l'orthophoniste : ils seront par la suite regroupés sous le terme "autodéterminé".

Cependant 4 enfants (13%) aiment venir en consultation mais désireraient faire autre chose également. En outre 7 enfants (soit 22,5%) ne ressentent pas toujours l'envie de venir. L'ensemble de ces 11 enfants ont donc une envie aléatoire et seront nommés sous la classe des enfants plus ou moins autodéterminés.

Nous constatons enfin que les 4 enfants (soit 13%) qui n'ont pas envie de venir en orthophonie veulent tous faire autre chose. Nous appellerons ce groupe "non autodéterminé".

GROUPE DES PATIENTS NON AUTODETERMINES (4)

	N	%
Encore des difficultés	2	50
Plus de difficultés	2	50

Tableau 18. Expression des difficultés chez les enfants ayant une motivation non autodéterminée

Parmi les enfants n'ayant pas envie de venir, 2 sur 4 n'éprouvent pas de difficultés.

	N	%
gêne personnelle	0	0
Pas de gêne	4	100

Tableau 19. Expression de la gêne chez les enfants ayant une motivation non autodéterminée

Aucun enfant non autodéterminé pour la rééducation n'exprime de gêne personnelle concernant ses troubles.

GROUPE DES PATIENTS PLUS OU MOINS AUTODETERMINES (11)

« Est-ce que tu sais maintenant pourquoi tu viens ? »

	N	%
Justification adaptée du motif de consultation	7	64%
Justification erronée	4	36%

Tableau 20. Justification du motif chez les patients faisant preuve d'une motivation plus ou moins autodéterminée

Parmi les enfants ayant plus ou moins envie de venir, 4 sur 7 (soit 64%) connaissent le motif de la consultation.

« Est-ce que tu penses que tu as fait des progrès ? »

	N	%
Progrès	8	73
Pas de progrès	1	9
Ne sait pas	2	18

Tableau 21. Progrès chez les patients plus ou moins autodéterminés

Après 3 mois de prise en charge, 73% des enfants (soit 8 sur 11) estiment avoir progressé quant à leur trouble.

« Est-ce que tu te sens capable de faire plus de choses maintenant ? »

	N	%
Capable	9	82
Ne se sent pas capable	0	0
Ne sait pas	2	18

Tableau 22. Capacité ressentie par les patients plus ou moins autodéterminés

82 % (soit 9 sur 11) des enfants se sentent capables de faire plus de choses à présent et 2 enfants doutent encore de l'évolution de leur compétence.

« Est-ce que tu as encore des difficultés ? Des choses qui sont difficiles à faire ? »

	N	%
Encore des difficultés	9	82
Plus de difficultés	2	18

Tableau 23. Expression des difficultés chez les patients plus ou moins autodéterminés

9 enfants sur 11 (soit 82%) disent encore éprouver des difficultés.

« J'aime aller chez l'orthophoniste »

	N	%
totalement d'accord	4	36
tout à fait d'accord	1	9
assez d'accord	5	46
un peu d'accord	1	9
un petit peu d'accord	0	0
presque pas d'accord	0	0
pas du tout d'accord	0	0

Tableau 24. Intérêt pour la consultation orthophonique chez les patients plus ou moins autodéterminés

7 enfants (64%) émettent une restriction par rapport à leur attrait pour l'orthophonie.

GROUPE DES PATIENTS AUTODETERMINES (16)

« Je viens sinon je me fais gronder par mes parents »

	N	%
totalement d'accord	0	0
tout à fait d'accord	0	0
assez d'accord	0	0
un peu d'accord	1	6
un petit peu d'accord	0	0
presque pas d'accord	0	0
pas du tout d'accord	15	94

Tableau 25. Influence extérieure selon les enfants autodéterminés

Parmi les enfants affirmant leur envie de venir, 15 sur 16 (soit 94%) ne cherchent pas à éviter la dispute avec leurs parents.

« Je viens parce que je ne veux pas que mes parents ou l'orthophoniste soient fâchés »

	N	%
totalement d'accord	1	6
tout à fait d'accord	0	0
assez d'accord	0	0
un peu d'accord	0	0
un petit peu d'accord	0	0
presque pas d'accord	0	0
pas du tout d'accord	15	94

Tableau 26. Influence des réactions extérieures selon les patients autodéterminés

15 enfants sur 16 (soit 94%) ne viennent pas en orthophonie parce qu'ils ne veulent pas que leurs parents ou l'orthophoniste soient fâchés.

« Ton trouble gêne quelqu'un : toi, tes parents, ton professeur, tes amis etc. ? »

	N	%
Gêne entourage	8	50
Pas de gêne entourage	8	50

Tableau 27. Influence extérieure parmi les enfants autodéterminés

Parmi les enfants affirmant leur envie de venir, la moitié (soit 8 sur 16) ressent une gêne de leur entourage.

2 Interprétation des résultats concernant le second questionnaire à l'attention des enfants

2.1 Comparaison avec le premier questionnaire

Dans un premier temps, le second questionnaire nous sert à établir des liens avec le premier afin de noter d'éventuelles similitudes ou dissemblances. Toutes les références à des tableaux se rapportent aux résultats présentés dans la partie précédente.

Après trois mois de suivi, 24 enfants sur 36 (soit 67%) ont toujours envie de venir chez l'orthophoniste.

En ce qui concerne l'envie aléatoire et l'absence d'envie, la différence entre le début et le cours de la prise en charge n'est pas significative, les pourcentages respectifs variant de quelques unités (cf tableau 12). Ainsi nous ne notons pas d'évolution de la motivation au regard du seul critère "envie".

La question de l'influence extérieure apporte également une constance des réponses (cf tableau 13) : 56 % des patients éprouvent une gêne de leur entourage durant les premières séances et le même chiffre apparaît en cours de rééducation.

Enfin, à propos du motif de consultation (cf tableau 14), la moitié des enfants en donne une justification adaptée en début de prise en charge et 56% le font trois mois plus tard.

Nous en concluons qu'envisager une évolution de la motivation, surtout pour des enfants, est sans doute peu réaliste dans un tel intervalle de temps. L'influence extérieure (regard de l'adulte sur le trouble) et la connaissance du motif de consultation ne sont pas interprétables isolément et ne sont pas les seules variables à considérer. C'est pourquoi nous présentons ensuite une analyse plus fine du type de motivation.

2.2 Classement selon le type de motivation

Le second questionnaire à l'attention des enfants va donc nous permettre de dégager plusieurs profils motivationnels et d'observer comment les patients ont évolué.

Afin d'établir ces profils, nous nous sommes appuyées sur les questions concernant l'autodétermination, à savoir :

« Est-ce que tu as envie de venir chez l'orthophoniste ? » et,

« Est-ce que tu aimerais faire autre chose qu'aller chez l'orthophoniste ? ».

Les résultats à ces deux items (cf tableau 15 et 16) et le croisement des données (cf tableau 17) nous ont permis de constituer trois groupes d'enfants :

- Ceux ayant toujours envie de venir. Ceux-ci sont donc **autodéterminés**.
- Ceux exprimant une envie de venir relativement aléatoire : ils déclarent n'avoir que « parfois » envie de venir ou ont envie mais aimeraient cependant faire autre chose que venir. Ces enfants feront partie du groupe des patients **plus ou moins autodéterminés**.
- Ceux n'ayant pas envie de venir et préférant faire autre chose. Leur autodétermination pour la participation à la rééducation est donc très faible. Mais il n'est pas possible d'affirmer son inexistence uniquement à partir de ces deux questions. Nous dirons donc qu'ils sont **non autodéterminés** par rapport à la prise en charge.

2.3 Les patients non autodéterminés (au nombre de 4)

Nous en dénombrons 4. Aucun n'éprouve de gêne personnelle (cf tableau 19).

Parmi eux, 2 ne ressentent aucune difficulté (cf tableau 18). Nous pouvons supposer qu'ils ne perçoivent pas l'intérêt de la prise en charge et ne comprennent pas leur place en rééducation.

Les deux autres enfants révèlent avoir encore des difficultés. Leur manque d'autodétermination pourrait provenir d'un manque d'intériorisation de leur trouble. Ils se trouvent alors en décalage avec les attentes extérieures.

Leur faible autodétermination nous indique qu'ils feraient preuve d'une motivation par régulation externe et non d'une absence d'autodétermination ou d'une amotivation générale (autres centres d'intérêt). Trois d'entre eux révèlent en effet venir en orthophonie pour ne pas se faire « *gronder par les parents* ». Cependant, presque tous demeurent séduits par l'aspect ludique de la rééducation : « *j'aime jouer* », « *j'aime faire des jeux* », même si l'un d'eux déclare ne « *rien* » aimer (opposition à l'adulte selon l'orthophoniste). Le jeu permet ici une stimulation ponctuelle de la motivation mais sans pérennisation de l'investissement.

2.4 Les patients plus ou moins autodéterminés (au nombre de 11)

La majorité des enfants (cf tableau 20) savent expliquer la raison de leur venue. En effet, à la question « *est-ce que tu sais maintenant pourquoi tu viens* », nous relevons des réponses telles que : « *oui pour la déglut'* », « *oui pour bien lire* », « *oui parce que je ne savais pas lire, mais maintenant la maîtresse dit que je lis encore comme un robot* ».

Nous remarquons donc chez eux un certain degré de conscience du trouble qui n'a cependant pas altéré leur sentiment de compétence. En effet 73% des enfants plus ou moins autodéterminés pensent avoir fait des progrès par rapport à leur trouble et 82% se sentent capables de faire plus de choses (cf respectivement tableau 21 et 22). Ce qui expliquerait chez eux une certaine part d'autodétermination.

A l'item : « *j'aime aller chez l'orthophoniste* », 5 enfants (soit 45%) ont répondu le plus positivement (totalement ou tout à fait d'accord), 6 (soit 55%) ont modéré leur avis en cochant « *assez d'accord* » ou « *un peu d'accord* ». Nous pouvons penser que le contexte de rééducation, même s'il se veut chaleureux, souligne inévitablement les difficultés de l'enfant, difficultés que 9 d'entre eux (soit 82%) révèlent. Il est donc légitime pour eux d'exprimer une hésitation à venir en séance d'orthophonie.

Encore une fois, même si tous ces enfants émettent une restriction quant à leur envie de venir, et leur attrait pour l'orthophonie, tous semblent apprécier le climat lié à la rééducation, surtout pour son aspect ludique.

2.5 Les enfants autodéterminés (au nombre de 16)

Parmi ces enfants, tous ont envie de venir en orthophonie et aucun d'eux ne révèle l'envie de faire autre chose. Un autre point commun les caractérise : nul enfant ne craint de se faire « *gronder par [les] parents* » ou que ces derniers soient « *fâchés* ». Aucun signe donc, d'une quelconque culpabilité ou pression extérieure, qui aurait pu nous faire penser à une motivation extrinsèque non autodéterminée.

Nous distinguons cependant deux groupes d'enfants : la moitié dont l'avis de l'entourage semble encore prégnant et l'autre moitié libérée de toute influence extérieure.

En effet, parmi ceux qui affirment avoir envie de venir, 8 sur 16 gardent à l'esprit que leur trouble gêne leur entourage (cf tableau 27). Ces derniers évoquent en plus de la leur, la gêne des parents, celle du professeur, ou encore mais plus rarement, celle des camarades. Pourtant ils ne semblent pas trop opprimés par cette influence extérieure : 94% répondent "*pas du tout d'accord*" à la question « *Je viens sinon je me fais gronder par mes parents* ». Un seul coche la case "*un peu d'accord*" (cf tableau 25). À la lecture de l'ensemble de ses réponses, il apparaît que cet enfant ne cherche pas à éviter une conséquence désagréable mais davantage à faire plaisir à l'adulte.

Le cas se reproduit pour la question : « *Je viens parce que je ne veux pas que mes parents ou l'orthophoniste soient fâchés* ». Le même enfant répond ici "*totalement d'accord*" (cf tableau 26) mais une fois encore, cela ne signifie pas qu'il ne fait pas preuve d'une réelle autodétermination dans les autres items.

Nous pouvons donc penser qu'il s'agit là d'enfants ayant intériorisé les attentes de l'adulte. Ils agiraient non plus en fonction d'eux mais pour eux-mêmes et auraient trouvé des sources d'auto-motivation. Cette motivation pourrait s'apparenter à une motivation de type intégrée.

Le second groupe d'enfants établi est celui des enfants venant volontairement et par plaisir. Selon eux, leur trouble ne gêne personne. Tous constatent des progrès, à différents niveaux.

E14 nous dit : « *Je suis plus joyeuse, je suis plus forte en orthographe et j'ai le plaisir de faire de l'orthographe, j'ai de la motivation* ». Elle ajoute : « *je ne suis plus timide et plus contente* ».

E15 déclare : « *Ça m'a aidé à avoir plus confiance.* »

Certains sont plus succincts mais la simple expression de leurs progrès signe une évolution significative de leur implication dans la prise en charge. C'est le cas d'E1 qui parle de son évolution par quelques mots alors qu'il y a trois mois, cet enfant, plutôt introverti, refusait de se livrer, comme nous l'a précisé l'orthophoniste.

L'autodétermination dont font preuve ces enfants, le plaisir qu'ils expriment en lien avec la rééducation et les conséquences psychologiques positives qu'ils manifestent nous indiquent qu'ils pourraient se situer dans une motivation de type intrinsèque.

2.6 Les enfants non classés (au nombre de 5)

5 enfants ne rentrent pas dans les critères que nous avons fixés. En effet, certains n'ont sans doute pas pu comprendre les questions. Nous pensons que cette difficulté est en partie liée à leurs troubles (retards massifs en langage oral, dysphasie suspectée, trouble psychotique). Bien souvent, leurs réponses se contredisaient ou les patients ne parvenaient à exprimer leur avis.

Il faut préciser que ces enfants manifestent pourtant une envie de venir et sont capables d'exprimer ce qu'ils aiment ou non faire en rééducation. Ainsi nous supposons qu'une autodétermination est en construction...

Pour conclure, nous constatons que 8 enfants ont pu accéder à une motivation intrinsèque. Même si les autres sont plus ou moins autodéterminés, il est un fait que la majorité d'entre eux prennent plaisir à venir en orthophonie. L'orthophoniste semble jouer un rôle essentiel comme le souligne E14 en parlant du sien : « *Tu es contente quand tu me reçois*

et c'est bien parce qu'il y a des orthophonistes qui ne sourient pas. Et tu m'apprends en m'amusant, j'ai envie de jouer, j'apprends ! »

Étude des questionnaires à l'attention des orthophonistes :

Quelle approche concernant la motivation ?

1 Résultats des questionnaires adressés aux orthophonistes

EXERCICE PROFESSIONNEL

« Dans quel cadre travaillez-vous ? »

Sur 14 orthophonistes interrogés, 13 exercent en secteur libéral et un seul en établissement (CAMSP).

« Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ? »

Nombre de mois	7	8	20	36	67	68	72	79	192	216	252	276	360	Total
Total orthophonistes	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14

Tableau.28. Répartition des professionnels selon la durée d'exercice

Nous constatons dans un premier temps que la durée moyenne d'exercice professionnel des orthophonistes interrogés est de 18 ans. En effet, la moitié des orthophonistes ont une expérience inférieure ou égale à 5 ans et 8 mois tandis que l'autre moitié exerce depuis plus de 5 ans 8 mois. Dans l'ensemble de la population, 5 ont plus de 16 ans de pratique professionnelle.

OPINIONS SUR LA MOTIVATION

« Selon vous, la motivation de l'enfant est pour la rééducation orthophonique : indispensable, utile, un moyen parmi d'autres, insuffisante ou pas nécessaire ? »

	N	%
MOTIVATION indispensable uniquement	11	79
MOTIVATION utile	2	14
MOTIVATION indispensable / pas nécessaire	1	7
Total orthophonistes	14	100

Tableau 29. Avis des professionnels concernant la motivation

En ce qui concerne la rééducation orthophonique, 79% des professionnels (soit 11 sur 14) pensent que la motivation est indispensable, 2 estiment qu'elle est utile et enfin un seul ne la juge pas nécessaire pour les jeunes enfants mais indispensable pour les plus âgés.

« Pensez-vous qu'il est possible d'agir dessus ? »

	N	%
ACTION toujours possible sur la MOTIVATION	5	36
Difficile	2	14
Ça dépend	6	43
Ne sait pas	1	7
Total orthophonistes	14	100

Tableau 30. Influence du professionnel sur la motivation du patient

Parmi les orthophonistes interrogés, 5 sur 14 (soit 36%) considèrent qu'il est toujours possible d'agir sur la motivation de l'enfant. À l'inverse, 2 professionnels (soit 14%) trouvent qu'il est difficile de la stimuler et 6 personnes (soit 43%) avancent l'idée que cela dépend de multiples facteurs (comme l'âge pour 4 personnes, la pathologie selon 2 personnes, l'investissement des parents pour 4 personnes etc.)

« Est-ce le rôle de l'orthophoniste de la stimuler ? »

Pour l'ensemble des professionnels (un seul s'abstient), c'est effectivement le rôle de l'orthophoniste de stimuler la motivation. Parmi eux, 9 personnes (soit 64%) ajoutent que les parents ont également un rôle à jouer.

*« Selon vous, la prise de conscience du trouble par le patient est pour la motivation :
indispensable, utile, un moyen parmi d'autres, insuffisante ou pas nécessaire ? »*

	N	%
Non indispensable	8	57
PRISE DE CONSCIENCE DU TROUBLE indispensable	6	43
Total orthophonistes	14	100

Tableau 31. Avis des professionnels concernant la prise de conscience du trouble

Parmi les orthophonistes interrogés, 6 sur 14 (soit 43%) jugent indispensable la prise de conscience du trouble par le patient pour favoriser la motivation, les autres estimant qu'elle est utile (6 sur 8), nécessaire (1 sur 8) ou insuffisante (1 sur 8).

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION

« Cherchez-vous à l'évaluer? »

	Nombre d'orthophonistes (sur 14)	%
ÉVALUATION avant la prise en charge	10	71
ÉVALUATION au début de la prise en charge	9	64
ÉVALUATION pendant la prise en charge	12	86

Tableau 32. L'évaluation de la motivation dans la prise en charge

Parmi les 14 orthophonistes interrogés, 13 (soit 93%) disent évaluer la motivation. 10 professionnels le font avant la prise en charge, et cela en vérifiant qu'une demande est présente chez l'enfant lors du bilan.

9 orthophonistes sur 14 (soit 64%) évaluent la motivation en début de prise en charge. Ils utilisent des moyens très divers : vérification de la connaissance du motif de consultation par le patient, observation de l'attitude de l'enfant, dialogue sur l'orthophonie, etc.

Enfin, 12 professionnels sur 14 (soit 86%) cherchent à apprécier la motivation pendant la prise en charge. Cette évaluation s'effectue à travers le contrôle de l'assiduité du patient, le recadrage (mise au point sur l'intérêt et les objectifs de rééducation), l'attitude de l'enfant.

UTILISATION DES FACTEURS CONTEXTUELS

Il est demandé aux professionnels pour les 7 facteurs suivants : « *Utilisez-vous... ? Comment ?* ».

1) Les récompenses

	Utilisé	
	N	%
RÉCOMPENSES	5	36

Tableau 33. L'utilisation des récompenses dans la prise en charge

Parmi les 14 orthophonistes interrogés, 5 (soit 36%) utilisent des récompenses pour motiver l'enfant. Ces récompenses peuvent être matérielles (diplômes, images, bonbons), verbales (félicitations) ou consister en un choix de jeu.

2) La compétition

	Utilisé	
	N	%
COMPÉTITION	6	43

Tableau 34. L'utilisation de la compétition dans la prise en charge

6 professionnels sur 14 (Soit 43%) utilisent la compétition avec les patients de la façon suivante : compétition orthophoniste/enfant (4 sur 6) ou stagiaire/enfant (1 sur 6) ou comparaison des résultats enfant/autres patients obtenus à un jeu informatisé (1 sur 6).

3) Les limites de temps

	Utilisé	
	N	%
LIMITES DE TEMPS	8	57

Tableau 35. L'utilisation des limites de temps dans la prise en charge

Quant aux limites de temps, 8 professionnels sur 14 (soit 57%) les mettent en place dans la rééducation :

- soit par un système de chronométrage (7 orthophonistes sur 8)
- soit par une limite dans le temps de prise en charge (1 sur 7).

4) L'évaluation et la surveillance

	Utilisé	
	N	%
ÉVALUATION et SURVEILLANCE	5	36

Tableau 36. L'utilisation de l'évaluation et de la surveillance dans la prise en charge

Parmi les 14 orthophonistes interrogés, 9 ne se servent pas de l'évaluation (soit 64%) et de la surveillance pour influencer la motivation. 5 sur 14 professionnels évaluent le patient au moyen de différentes techniques : présentation des résultats à des épreuves de bilan (4 sur 5) ou demande à l'enfant de s'auto-évaluer (1 sur 5).

5) La possibilité de choisir

	Utilisé	
	N	%
LA POSSIBILITÉ DE CHOISIR	13	93

Tableau 37. L'utilisation du choix dans la prise en charge

13 professionnels sur 14 (soit 93%) permettent au patient :

- de déterminer son implication (1 sur 13),
- et/ou d'avoir le libre choix de l'activité en séance (8 sur 13),
- et/ou de choisir un jeu parmi d'autres en fonction des objectifs de rééducation (7 sur 11).

6) Les objectifs face à la tâche

	Utilisé	
	N	%
LES OBJECTIFS FACE À LA TÂCHE	7	50

Tableau 38. L'utilisation des objectifs dans la prise en charge

7 orthophonistes sur 14 (soit 50%) se servent des objectifs dans la rééducation. Parmi ces 7 professionnels, 4 fixent eux-mêmes le but en lien avec le trouble et le soumettent ensuite au patient. 5 sur 7 élaborent des buts avec l'enfant, dont 2 le font également avec les parents.

7) Les feedbacks positifs

	Utilisé	
	N	%
LES FEEDBACKS	14	100

Tableau 39. L'utilisation des feedbacks dans la prise en charge

L'ensemble des orthophonistes font usage de feedbacks positifs dans leur pratique professionnelle. Ces feedbacks sont décrits sous plusieurs formes :

- verbaux de type encouragement (6 sur 14)
- verbaux de type gratification (12 sur 14)
- verbaux à l'attention des parents (3 sur 14)
- matérialisés (2 sur 14).

TABLEAU RECAPITULATIF DES VARIABLES UTILISEES PAR LES PROFESSIONNELS

Tableau 40. Utilisation des variables contextuelles parmi la population interrogée

type de variable contextuelle	Nombre d'orthophonistes	%
RECOMPENSES	5	36
COMPETITION	6	43
LIMITES de TEMPS	8	57
EVALUATION et surveillance	5	36
la possibilité de CHOISIR	13	93
LES OBJECTIFS face à la tâche	7	50
les FEEDBACKS POSITIFS	14	100

D'une part nous remarquons que les feedbacks positifs et la possibilité de choisir sont les moyens les plus utilisés dans la pratique professionnelle, respectivement 100% (soit 14 orthophonistes) et 93% (soit 13 orthophonistes).

D'autre part, nous constatons que les récompenses ainsi que l'évaluation et la surveillance sont employées par 36% des professionnels (soit 5 sur 14). La compétition représente également une pratique minoritaire (43% des orthophonistes, soit 6 sur 14).

AVIS DES PROFESSIONNELS SUR LES FACTEURS DE MOTIVATION

« Connaissez-vous d'autres facteurs susceptibles d'influencer la motivation de l'enfant ? »

Étant donné le caractère ouvert de la question, de multiples réponses ont été fournies. 12 sur 14 professionnels (soit 86%) ont suggéré des facteurs autres que ceux déjà cités dans le questionnaire. Ils ont été regroupés sous différents thèmes :

1) la posture thérapeutique

Un orthophoniste ajoute l'idée de faire confiance à l'enfant, de respecter son rythme. Il est question également de créer un espace de confiance, de plaisir dans la prise en charge (1 sur 12) mais aussi de cibler les centres d'intérêt de l'enfant (1 sur 12).

2) les pauses thérapeutiques

Par ailleurs, un seul orthophoniste a exprimé l'incidence éventuelle des pauses dans la prise en charge.

3) la relation orthophoniste/patient

6 professionnels sur 12 pensent que la relation de l'enfant avec l'orthophoniste (attachement, faire plaisir à l'adulte) entre en jeu dans sa motivation.

4) l'inclusion des parents

La moitié (soit 7 sur 12) estime qu'il est nécessaire d'inclure les parents dans la rééducation :

- soit parce qu'ils supposent que leur propre motivation peut être un moyen de stimuler celle de leur enfant,
- soit parce qu'ils pensent que l'enfant cherchera ainsi à satisfaire ses parents,
- soit parce que la motivation de l'enfant dépend, selon eux, des représentations de l'orthophonie qu'ont leur(s) parent(s).

5) les moyens matériels

Concernant les moyens mis à disposition par le professionnel, 3 personnes interrogées sur 12 mettent en avant l'importance du choix du matériel utilisé. La première évoque la fabrication avec l'enfant du jeu utilisé en séance, la deuxième parle de la diversification des supports et la dernière insiste sur le fait que le travail effectué en cabinet doit être reproductible à l'extérieur pour permettre de motiver davantage l'enfant.

6) l'impact de l'école

Enfin deux orthophonistes sur 12 suggèrent que la motivation de l'enfant dans la rééducation est liée à l'école. Ils choisissent de rapporter les commentaires positifs des professeurs pour favoriser la motivation de l'enfant. Ils estiment également qu'il faut communiquer entre orthophonistes et enseignants, et souligner les progrès scolaires.

L'AUTONOMIE DU PATIENT

1) « Sur une échelle de 1 à 10, quelle part d'autonomie l'enfant peut-il avoir dans la rééducation? »

NOTE AUTONOMIE	3	4	5	6	7	9	Total
Total orthophonistes	1	2	7	1	2	1	14

Tableau 41. Notes concernant la part d'autonomie laissée à l'enfant

Si les notes sont très variables d'un professionnel l'autre, nous remarquons néanmoins que, sur une échelle de 1 à 10, personne n'a indiqué de valeur extrême pour la part d'autonomie laissée à l'enfant en rééducation. Nous pouvons aussi constater la répartition très inégale des chiffres : 7 orthophonistes ont donné une note de 5 alors que les notes de 3, 6 et 9 ont été accordées chacune par un seul individu.

Pour les deux items suivants, relatifs à l'autonomie également, les réponses sont libres, ce qui explique la disparité des propositions.

2) « Selon vous, la part d'initiative accordée à l'enfant dépend de quel(s) critère(s) ? »

Selon les professionnels interrogés, le premier facteur intervenant sur l'autodétermination de l'enfant est son âge (9 sur 14). Cette réponse est complétée par ces précisions : maturité, autonomie, capacité d'initiative.

L'influence de la pathologie a ensuite été évoquée par 3 orthophonistes sur 14. Et enfin plusieurs données éparses (explication d'un orthophoniste à chaque fois) sont ajoutées : la prise de conscience du trouble par l'enfant, sa place dans la famille, sa personnalité (inhibition, manque de confiance ou autre), sa volonté d'écrire/de travailler, l'acceptation par l'enfant des moyens nécessaires pour répondre à son trouble.

3) « *Par quels moyens cette part d'initiative se met-elle en place dans la rééducation ?* »

Parmi les 14 personnes interrogées, 5 se sont abstenues de répondre à cet item. Sur les 9 orthophonistes restants, 5 proposent que la part d'initiative soit donnée en fonction de la demande de l'enfant. Tandis que 3 professionnels sur 9 ont recommandé le choix du support par l'enfant, 4 autres ont conseillé l'implication de l'enfant dans les exercices orthophoniques, soit par des renforcements, soit par la diversification des jeux, soit par la responsabilisation. Et, pour finir, un professionnel a évoqué la prise de conscience des difficultés, des capacités et des objectifs de rééducation par l'enfant en tant que moyen d'autodétermination.

L'EXPRESSION DE LA COMPÉTENCE

	N	%
COMPÉTENCE exprimée par les ENCOURAGEMENTS	6	43
COMPÉTENCE exprimée par les GRATIFICATIONS	4	29
COMPÉTENCE exprimée à partir des RESULTATS du bilan	1	7
COMPÉTENCE exprimée par le DIALOGUE	2	14
Ne sait pas	1	7
Total orthophonistes	14	100

Tableau 42. L'expression de la compétence par les orthophonistes

13 orthophonistes sur 14 (une abstention) pensent qu'il est important de signifier à l'enfant sa compétence et cela par différents moyens :

- valorisation capacités, encouragements face à la tâche (43%)
- verbalisation des progrès, gratifications (29%)
- résultats bilan (7%)
- dialogue sur le ressenti de l'enfant/orthophoniste ou sur leurs difficultés respectives (14%).

2 Interprétation des résultats concernant les questionnaires destinés aux professionnels

Toutes les références à des tableaux se rapportent aux résultats présentés dans la partie précédente.

2.1 Présentation de la population

Nous dénombrons 14 orthophonistes et nous sommes conscientes que cet échantillon n'est peut-être pas représentatif de la profession.

Tous les orthophonistes interrogés travaillent en secteur libéral, à l'exception d'un seul exerçant en structure (CAMSP). Cette disproportion ne nous permet donc pas d'établir un lien entre le type d'exercice et la relation thérapeutique. Cependant, sans pouvoir en tirer de conclusion, nous notons la spécificité de certaines réponses émanant de l'orthophoniste salarié. Ses remarques se détachent des autres et rend particulière son approche de la motivation. D'après ses réponses au questionnaire, il semble que la différence tienne essentiellement au recrutement de la clientèle qui regrouperait des troubles plus massifs (dysphasie, troubles du comportement et/ou psychotiques, handicap mental, etc.). Ainsi, le type de trouble pourrait influencer sur l'approche de la motivation qu'aurait l'orthophoniste.

Les durées d'exercice professionnel s'échelonnent par ailleurs de 7 mois à 30 ans (cf tableau 28) mais la répartition nous indique deux groupes : ceux ayant exercé moins de 5 ans 8 mois et ceux ayant exercé plus de 16 ans. Cependant nous n'avons pas pu distinguer des pratiques particulières selon l'expérience.

Certains jeunes orthophonistes nous ont néanmoins livré qu'il leur était encore difficile de veiller à l'implication de leurs patients, le côté technique de la rééducation prenant parfois le dessus.

2.2 Opinions des orthophonistes sur la motivation

En la jugeant indispensable (pour 11 orthophonistes) ou utile (pour 2 orthophonistes), les professionnels placent la motivation au cœur de la rééducation. Considérée par tous, elle favoriserait une prise en charge efficace (cf tableau 29).

Tous estiment avoir un rôle à jouer dans son installation. Cependant bon nombre d'entre eux émettent certaines restrictions et soulignent le poids des facteurs liés à l'individu :

- 4 orthophonistes évoquent l'âge comme frein éventuel à la mise en place d'une motivation
- 2 orthophonistes citent la pathologie
- Et 4 orthophonistes pensent que la motivation dépend également de l'investissement des parents.

Les parents semblent en effet occuper une place importante dans cette dynamique motivationnelle. 64 % des personnes interrogées pensent que l'action de l'orthophoniste doit se conjuguer à celle des parents. Ainsi, pour beaucoup, la motivation s'envisagerait dans un cadre beaucoup plus large que la seule relation orthophoniste-patient.

Enfin, nous pensions que pour une implication véritable et une motivation autodéterminée au changement il était préférable que le patient prenne conscience de la situation et de son trouble. Si cet avis est partagé par quelques orthophonistes il ne fait pas l'unanimité (cf tableau 31). En effet, 8 orthophonistes, même s'ils soulignent son utilité, ne la jugent pas indispensable. Il semblerait que le jeune âge du patient ne permette pas toujours cette prise de conscience. En effet, le jeune enfant n'a pas toujours une représentation de soi réaliste et les facultés cognitives suffisantes pour comprendre les attentes de l'adulte. A cela peuvent s'ajouter des troubles limitant encore plus son appréhension de la situation. Si l'enfant ne peut être autodéterminé à changer des choses qu'il ne perçoit pas, vers quoi peut-il tendre ? Si nous nous référons au modèle de Deci et Ryan, nous pouvons supposer qu'il pourrait s'approcher d'une motivation intrinsèque aux sensations. Sans forcément avoir de but apparent, il viendrait pour apprécier simplement la situation, l'interaction avec l'orthophoniste.

2.3 Les méthodes d'évaluation de la motivation

La motivation semble occuper une place importante dans la prise en charge puisque 12 orthophonistes sur 13 l'évaluent (cf tableau 32).

10 orthophonistes le font au moment du bilan en vérifiant si l'enfant est demandeur d'une rééducation. Nous supposons que les professionnels cherchent à vérifier si l'enfant est réellement volontaire car cela conditionnerait le déroulement de la rééducation.

9 professionnels l'évaluent en début de rééducation. Pour ce faire, ils s'appuient sur le dialogue avec le patient (5 sur 9), veillent à lui expliquer le déroulement de la rééducation (3 sur 9) tout en étant attentifs à l'attitude de l'enfant (3 sur 9). Par l'échange instauré avec le patient se crée une relation particulière, adaptée aux besoins de l'enfant qui va permettre une réflexion sur la rééducation et ainsi l'émergence d'une autodétermination. Même si la décision a été prise par les parents, ces orthophonistes souhaitent impliquer l'enfant, le rendre acteur de la prise en charge.

Enfin les professionnels qui apprécient la motivation en cours de rééducation sont les plus nombreux (12). Ils utilisent des moyens différents de l'évaluation initiale : l'observation du comportement de l'enfant, de son assiduité ou encore le recadrage. Ici, nous constatons que les moyens s'appuient davantage sur les signes extérieurs de motivation affichés par l'enfant que sur l'échange orthophoniste-patient comme au départ. Est-ce parce qu'à ce moment, il revient aux parents de prendre le relais ?

2.4 Les facteurs contextuels utilisés dans la dynamique motivationnelle

Nous observons une grande disparité concernant les pratiques des orthophonistes. Certains moyens paraissent cependant plus utilisés que d'autres.

Les moyens les plus utilisés :

- Les feedbacks positifs

14 professionnels s'en servent (cf tableau 39). 3 types de feedbacks sont évoqués : les encouragements, les félicitations par rapport à l'accomplissement, les récompenses.

La majorité (12 sur 14) évoque des gratifications, commentaires donnés après la réalisation de la tâche. Serait-ce le feedback le plus favorable à la motivation selon eux ?

2 professionnels s'appuient uniquement sur les encouragements. Ils pensent sans doute que ce type de feedback est le plus efficient. D'ailleurs, manifester à l'enfant ses capacités en général ou avant la réalisation d'une tâche augmentent encore davantage son sentiment de compétence, ce qui favorise l'autodétermination.

- La possibilité de choisir

13 orthophonistes sur 14 l'incluent dans leur pratique professionnelle (cf tableau 37).

Qu'il s'agisse d'un libre choix de participation, d'un choix de jeu ou encore d'un choix restreint ou orienté en fonction du trouble, ce moyen occupe une large place dans leur pratique.

Selon Deci et Ryan, les feedbacks positifs et la possibilité de choisir favoriseraient le sentiment de compétence de l'enfant et lui permettrait de s'autodéterminer. La majorité des orthophonistes les utilisent et participent donc naturellement à l'émergence d'une motivation autodéterminée.

Les moyens les moins utilisés :

Les pratiques des récompenses, de la compétition, des limites de temps, de l'évaluation et de la surveillance ne sont pas partagées par l'ensemble de notre population.

Dans la théorie de Deci et Ryan, ces facteurs diminueraient les sentiments d'autodétermination et de compétence et donc limiteraient une motivation autodéterminée. Pourtant plusieurs orthophonistes les emploient. Mais en étudiant leur pratique, nous constatons que ces moyens sont bien souvent utilisés à des fins intrinsèques.

Les récompenses

Nous relevons que seuls 5 orthophonistes sur 14 emploient cette forme de gratification (cf tableau 33). Les récompenses ne représentent donc pas une pratique courante même si tous les enfants interrogés témoignent de leur attrait pour elles.

Chez Deci et Ryan, les récompenses correspondent à un présent donné en contrepartie d'une activité que l'individu n'aurait pas effectué par lui-même. Elle diminuerait de ce fait son autodétermination.

Nous observons que chez les orthophonistes les utilisant, celles-ci ne sont pas du même acabit. Les récompenses accordées par les professionnels ne sont ni systématiques (2 personnes ajoutent "rarement"), ni obligatoirement matérielles. En effet, parmi les 5 orthophonistes les utilisant, 4 proposent le choix d'un jeu et 2 évoquent les félicitations. Ainsi, des moyens incitatifs tels que les récompenses, a priori favorisant la motivation extrinsèque selon Deci et Ryan, sont en réalité employés à des fins intrinsèques.

Quelles qu'elles soient, si elles sont utilisées comme signe vrai de reconnaissance, et ne sont pas liées à la réalisation d'une tâche, si elles permettent à l'enfant d'investir la rééducation et d'améliorer son sentiment de compétence alors elles peuvent ne pas être perçues comme « contrôlantes » et de ce fait, favoriser une motivation autodéterminée.

La compétition

6 orthophonistes utilisent la compétition (cf tableau 34). Celle-ci est envisagée par rapport au stagiaire ou par rapport à d'autres patients (dans le cadre de jeux sur ordinateur

dont les résultats sont enregistrés puis comparés) : « l'enfant ne serait plus le seul à devoir performer ».

Ils précisent qu'elle est utilisée uniquement avec certains enfants que la compétition galvanise ou lors d'activités rébarbatives. De plus, le but n'est pas de gagner absolument ni de montrer sa supériorité à l'autre. Il semblerait que le professionnel cherche ici à développer le sentiment de compétence de l'enfant, l'encourageant à démontrer ses capacités.

La compétition est finalement utilisée chez les orthophonistes comme un moyen de dynamiser les deux parties. En effet, dans un contexte ludique et bienveillant, elle devient un jeu et n'est pas intégrée comme une atteinte au sentiment de compétence. La rivalité n'y a donc pas sa place.

Les limites de temps

8 orthophonistes les utilisent (cf tableau 35). Encore une fois, elles ne sont pas présentées comme une contrainte mais sont souvent envisagées dans un cadre ludique sans pression extérieure. Elles permettent de stimuler l'enfant, et deviennent ainsi un moyen plutôt qu'une fin en soi.

L'évaluation et la surveillance

5 professionnels sur 14 emploient ces procédés pour influencer la motivation (cf tableau 36). Certains déclarent présenter les résultats aux épreuves de contrôle pour noter une évolution, d'autres privilégient l'auto-évaluation de l'enfant.

De quelque sorte qu'ils soient, ces moyens sont utilisés pour que le patient puisse constater ses progrès, comme le permet l'auto-évaluation, ou pour encourager son autodétermination.

Les facteurs contextuels décrits dans la théorie de Deci et Ryan ont été testés en laboratoire ou en contexte scolaire principalement. Nous remarquons dans notre étude qu'ils ne sont pas entièrement transposables au contexte orthophonique.

En effet, nous avons pu constater la place importante tenue par la composante interpersonnelle. Il existe certes des moyens stimulant une motivation, certains favorisant plus l'autodétermination que d'autres, mais c'est avant tout le caractère bienveillant et encourageant de l'orthophoniste qui fera écho chez l'enfant.

Il est un fait que tous les orthophonistes s'emploient à favoriser le sentiment de compétence de l'enfant (tous veillent à souligner les compétences de l'enfant) et son autodétermination (la majorité des professionnels laisse une large part d'autonomie à l'enfant, la moyenne des notes d'autonomie étant de 5,4). Ces deux éléments étant des besoins de l'individu nécessaires à la motivation autodéterminée selon la théorie, les orthophonistes encouragent donc naturellement ce type de motivation dans leur pratique professionnelle.

En orthophonie, la notion de motivation est peu développée dans les enseignements. Pourtant, les orthophonistes interrogés semblent avoir une approche implicite de la motivation. Tous s'accordent à dire qu'elle est importante dans la rééducation et utilisent spontanément des moyens pour la stimuler.

DISCUSSION FINALE

1^{er} constat : observation de pratiques relativement similaires chez les orthophonistes dont les patients sont motivés intrinsèquement

Nous avons dénombré 8 patients (E1, E14, E15, E18, E19, E29, E37 et E40) faisant preuve d'une motivation de type intrinsèque. Nous avons alors voulu savoir si des points communs existaient entre les pratiques de leurs orthophonistes (A, E, F, J, L, N).

La note concernant la part d'autonomie laissée à l'enfant

Dans leurs questionnaires, nous avons demandé aux professionnels d'établir une note de 1 à 10 reflétant la part d'autonomie qu'ils laissaient à l'enfant en rééducation. Les trois notes les plus élevées étaient : 9, 7, 7.

Nous avons alors constaté que les orthophonistes ayant donné ces notes étaient également les orthophonistes de trois des enfants motivés intrinsèquement (A, L et J).

Nous pouvons ainsi supposer qu'une large part d'autonomie laissée à l'enfant permettrait chez lui l'émergence d'une motivation intrinsèque. Cela confirme par ailleurs le même postulat de Deci et Ryan.

Les moyens utilisés

En regardant les moyens utilisés par les orthophonistes, nous constatons que deux orthophonistes, A. et E., n'utilisent qu'un seul des moyens mentionnés, à savoir: la possibilité de choisir, qu'il s'agisse d'un choix orienté, du choix du jeu par l'enfant, etc.

Proposer des situations où l'enfant puisse pleinement s'autodéterminer tout en se sentant soutenu par l'adulte favoriserait donc une motivation intrinsèque.

Les pratiques des autres orthophonistes révèlent également des points communs. Trois orthophonistes, F., J. et N., utilisent plus de moyens à visée intrinsèque, c'est-à-dire laissant la possibilité à l'enfant de s'autodéterminer, que de moyens à visée extrinsèque. Bien que J. et N. pratiquent les limites de temps et F. la compétition qui, selon Deci et Ryan, diminueraient le sentiment d'autodétermination, tous trois laissent à l'enfant la possibilité de choisir l'activité de façon libre ou orientée. Par ailleurs, J et N utilisent les objectifs face à la tâche mais ceux-ci sont élaborés avec l'enfant. Ainsi ce dernier aurait vraiment la possibilité de se sentir acteur de la rééducation. Enfin, F utilise les récompenses mais celles-ci correspondent à

la possibilité pour l'enfant de choisir un jeu. Encore une fois, il s'agit là d'un moyen supplémentaire pour favoriser l'autodétermination de l'enfant.

Tous semblent donc veiller à laisser une large part d'initiative à l'enfant et à ménager des situations où il puisse s'autodéterminer. Sans pouvoir cependant l'affirmer, il s'agirait peut-être ici d'une condition permettant peut-être l'émergence d'une motivation intrinsèque.

Nous sommes cependant conscientes des limites de l'autodétermination. En effet, peut-on proposer une large part d'initiative à un enfant anxieux ayant besoin d'un cadre très structuré ? De plus, l'orthophoniste a des objectifs de rééducation qui ne permettent pas toujours de laisser à l'enfant une réelle liberté d'action.

Nous retiendrons alors que les moyens favorisant les sentiments de compétence et d'autonomie, qui permettraient à l'enfant de s'estimer acteur de son comportement tout en se sentant soutenu, sont deux composantes essentielles pour une prise en charge optimale, s'ils sont employés justement et de manière adaptée.

2^{ème} constat : une pratique ne détermine pas nécessairement un type de motivation

Plusieurs patients d'un même orthophoniste ne seront pas motivés de la même façon. Par exemple l'orthophoniste I suit deux patients a priori autodéterminés, un patient plus ou moins autodéterminé et un autre non autodéterminé.

Cela nous porte à conclure qu'un type de pratique ne détermine pas un type de motivation. Certes elle peut l'influencer mais, en plus de l'approche de l'orthophoniste, interviendraient d'autres facteurs. Nous pouvons penser à celui de l'âge, du trouble, du caractère de l'enfant.

Notre seconde hypothèse est donc invalidée.

3^{ème} constat : les parents ont une grande influence

Force est de constater l'influence des parents dans la plupart des questionnaires. Bien souvent nous remarquons que ce sont eux qui déterminent la motivation de l'enfant, qu'elle soit autodéterminée ou non. Cela rejoint l'idée de notre chapitre sur le développement de l'enfant selon laquelle l'enfant dépendrait encore largement du regard de ses parents. Nous comprenons alors les nombreux orthophonistes évoquant l'utilité d'un partenariat avec ces derniers dans le but de favoriser l'implication de l'enfant. En effet, ceux-ci pourraient influencer sur l'autodétermination de l'enfant ainsi que sur son sentiment de compétence, éléments clés de la motivation selon Deci et Ryan.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous réalisons que la motivation est un concept vaste, attaché à de multiples champs disciplinaires et pouvant donc être envisagé sous des angles très différents. Notre choix s'est porté vers la théorie de l'autodétermination car elle correspond le mieux à nos aspirations. Nous sommes conscientes des limites de ce cadre théorique mais il a permis une réflexion à la fois sur le comportement de l'enfant dans la prise en charge et sur les pratiques professionnelles en orthophonie.

La théorie de l'autodétermination offre la possibilité d'étudier des variables individuelles et contextuelles de la motivation. Mais elle propose aussi de distinguer les diverses motivations, de la moins autodéterminée (amotivation) à la plus autodéterminée (motivation intrinsèque). Cette vision d'ensemble met en évidence la complexité du phénomène et les difficultés pour agir sur lui.

Nous avons en outre cherché à corrélérer certains aspects du développement de l'enfant à la motivation. Les parents ont une fonction essentielle dans la construction de la personnalité et dans l'orientation du comportement de leur enfant. Cependant les interactions sociales avec d'autres adultes et les pairs vont affiner la représentation de soi, le sentiment de compétence et l'autonomie de l'individu.

La première hypothèse de travail était ainsi formulée : la motivation de l'enfant serait extrinsèque en début de prise en charge. Elle a été globalement validée car la majorité des enfants manifestaient une influence extérieure (demande des parents, conseil du médecin ou du professeur). Parallèlement, l'enquête démontrait une envie de venir pour la quasi-totalité des enfants et une relative autodétermination pour certains.

Quant à la seconde hypothèse, elle visait à évaluer si les moyens mis en place par l'orthophoniste pouvaient déterminer le type de motivation du patient. Elle n'a été que partiellement validée. Nous sommes parvenues à définir quatre groupes d'enfants. Le premier était constitué d'individus inclassables (réponses incohérentes ou manquantes). Le deuxième regroupait des enfants dont l'envie de venir était totalement absente. Le troisième rassemblait les patients dont les réponses étaient fluctuantes (envie inconstante, influence environnementale, etc.). Et le dernier réunissait des enfants de tout âge dont la motivation autodéterminée voire intrinsèque était flagrante.

Nous en avons ainsi conclu qu'une évolution de la motivation était possible, même après seulement trois mois de prise en charge.

À propos des orthophonistes interrogés, nous avons constaté que les pratiques professionnelles n'étaient pas systématiquement en lien avec un seul type de motivation.

Il nous est donc impossible d'affirmer que les moyens mis en place par le professionnel peuvent déterminer le type de motivation du patient. Certes ils l'influencent mais nous ne savons pas dans quelle mesure en raison des nombreuses variables entrant en jeu dans la dynamique motivationnelle.

Lors de notre étude, la sensibilité des professionnels au thème de notre sujet nous a confirmé l'intérêt de la motivation dans le déroulement de la rééducation orthophonique.

Par ailleurs, l'étude de la motivation en fonction de l'âge n'a finalement pas été concluante. En effet, les réponses des jeunes enfants et celles des enfants plus âgés se confondaient. Ainsi nous nous demandons si cette variable est réellement déterminante dans la dynamique motivationnelle.

L'enquête auprès des enfants, malgré des remarques intéressantes, fut plus délicate en raison de leurs difficultés de compréhension et d'expression liées au trouble. Néanmoins il faut souligner que plusieurs enfants âgés de 7 à 10 ans ont éprouvé autant de difficultés, sinon davantage, à justifier le motif de consultation ou à faire preuve d'autodétermination. Ainsi le trouble a probablement entravé la réponse au questionnaire, c'est pourquoi il aurait été utile d'effectuer une passation préalable auprès d'une population témoin.

Enfin notre étude se voulait un premier état des lieux de la motivation dans la prise en charge. Il serait par exemple enrichissant d'envisager l'étude de la motivation en ciblant une pathologie ou en réalisant une enquête auprès des adultes. Quoi qu'il en soit, nous espérons que l'approche relationnelle entre le patient et son orthophoniste continuera à se développer dans la recherche en orthophonie afin de la conjuguer aux méthodes et techniques de rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES :

BENWARE C.A. & DECI E.L. (1984). **Quality of Learning with an active versus passive motivational set**, American Educational Research Journal in Fenouillet F. & TOMEH B., *La motivation agit-elle sur la mémoire ?*, Éducation permanente, 1998, n° 136, p.37-45.

BOISLARD-PÉPIN M.A. et col. (2002). **L'impact du style interpersonnel du partenaire sur la compétence, la motivation et la satisfaction sexuelles**, Revue québécoise de Psychologie vol. 23, n°3, p. 105-121.

BOUFFARD T. & BORDELEAU L. (1999). **Perception de compétence et rendement scolaire en première année de primaire**, Enfance vol. 52, n°4, p.379-395.

FENOUILLET F. et col. (2009). **Motivations autodéterminées et lecture**, Enfance vol. 61, n°4, p.397-422.

GUAY et col. (1995). **La motivation chez les personnes âgées : influence de l'évaluation cognitive du contexte social et répercussions sur l'adaptation psychologique**, Revue québécoise de Psychologie vol.16, n°2, p.209-235.

KLEIN-DALLANT C. (1998) **L'enfant, sa demande et sa motivation**, Rééducation Orthophonique n° 194, Fédération Nationale des Orthophonistes, Paris. p. 3-7.

KUSHNIR & SCHULTZ (2010). **Comment pensent les bébés ?**, Cerveau et Psycho n°42, p.22-27.

LAGUARDIA J.G. & RYAN R.M. (2000). **Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications**, Revue québécoise de psychologie vol. 21, n°2, p.281-303.

LENS W. & GAILLY A. (1994). **Extension of future time perspective in motivational goals of different age groups**, International journal of behavior development, n°3, p.1-17 in VIAU R., *La motivation en contexte scolaire*, (1^{ère} édition), De Boeck Université, Bruxelles, 1994.

RYAN R.M. & DECI E.L. (2000). **Intrinsic and Extrinsic Motivations : Classic Definitions and New Directions**, Contemporary Educational Psychology n°25, p.54-67.

SENÉCAL C. & VALLERAND R.J. (1999). **Construction et validation de l'échelle de motivation envers les activités familiales (ÉMAF)**, Revue européenne de Psychologie Appliquée vol.49, p.261-274.

VALLERAND et col. (1995). **Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation dans les sports**, International Journal of Sport Psychology vol.26, p.465-489.

OUVRAGES :

BEE H., BOYD D. (2003). **Psychologie du développement : les âges de la vie**. Bruxelles : Deboeck Université.

BOISVERT N. (2006). **Validation de l'échelle de motivation du client face à la thérapie (EMCT)**. Mémoire présenté à l'université du Québec à Chicoutimi pour l'obtention de la maîtrise en psychologie.

BRIN F., COURRIER C., MASY V., LÉDERLÉ É. (2004). **Dictionnaire d'orthophonie**. Ortho-éditions, Isbergues.

ESTIENNE F. (2004). **Orthophonie & efficacité : les fondements d'une pratique**. Solal, Marseille.

ESTIENNE F. (2002). **La rééducation du langage chez l'enfant**, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux.

GUIDETTI M. & TOURETTE C. (2008). **Introduction à la psychologie du développement** (3^{ème} édition), Armand Colin, Paris.

MUCCHIELLI A. (2001) **Les motivations**. Que sais-je ? PUF, Paris.

MUCHIELLI-BOURCIER A. (1979). **Educateur ou thérapeute**, ESF, Paris.

ROLLNICK et col. (2009). **Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation** (traduction française de Michaud et col.). InterÉditions, Paris.

TAVRIS C. & WADE C. (1999). **Introduction à la psychologie : les grandes perspectives** (2^{ème} édition). De Boeck Université, Bruxelles.

VALLERAND R.J., THILL E. (1993) **Introduction à la psychologie de la motivation**, Vigot, Paris.

VIAU R. (1994) **La motivation en contexte scolaire** (1^{ère} édition), De Boeck Université, Bruxelles.

CHAPITRES :

FLAVELL J.H. et col. (1985). **Cognitive development**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall. In BEE H. *Psychologie du développement : les âges de la vie* (2003). De Boeck Université, Bruxelles.

LAUTREY J. (1980). **Classe sociale, milieu familial et intelligence**, Presse Universitaire de France, Paris. In GUIDETTI M. & TOURETTE C., « Introduction à la psychologie du développement » (3^{ème} édition), Armand Colin, Paris, 2008.

PIAGET J. (1926). **La représentation du monde chez l'enfant**. PUF, Paris. In GUIDETTI M. & TOURETTE C., « Introduction à la psychologie du développement » (3^{ème} édition), Armand Colin, Paris, 2008.

MÉMOIRES :

BERTRAND F. (2006). **La motivation chez le schizophrène**. Mémoire d'orthophonie de la faculté de médecine de Nice. 109 p.

COGNIOUL O. (2008). **Souvenir de la Prise En Charge orthophonique par le patient**. Mémoire d'orthophonie de la faculté de médecine de Nancy. 145 p.

FÉRON A.C. & GUYARD C. (2001). **Approche écologique en orthophonie : élaboration d'un recueil d'informations préalables en vue d'une rééducation orthophonique d'orientation écologique chez l'adulte**. Mémoire d'orthophonie de la faculté de médecine de Toulouse. 160 p.

LACOMBE M. & VIARD M. (1998). **Enfant et orthophoniste : motivation et investissement dans la rééducation**. Mémoire d'orthophonie de la faculté de médecine de Toulouse. 89 p.

ANNEXES

Premier questionnaire à l'attention des enfants

A remplir par l'orthophoniste au préalable

Nom (initiale) : Prénom (entier) :

Âge :

Sexe : fille garçon

Classe :

Trouble :

Profession des parents :

Questions à l'enfant

1) Qu'est-ce que tu aimes bien faire en dehors de l'école ?

Sport : lesquels ?

Jeux : lesquels ?

Autres activités : lesquelles ?

2) Es-tu déjà allé(e) chez un orthophoniste ?

oui non

Si oui quand :

Et combien de temps :

3) Avais-tu envie de venir ?

oui non je ne sais pas pas vraiment je suis obligé(e)

4) Qu'est-ce que tu penses faire ici ?

5) Qui t'a parlé de l'orthophoniste ?

Tes parents

Ton médecin

Ton professeur

Un copain

Autres

6) Est-ce que tu sais pourquoi tu viens?

7) Et alors, est-ce que ça (son trouble) embête quelqu'un ?

toi

tes parents

ton professeur

tes copains

autres :

8) Et ça (son trouble) te gêne :

tout le temps

en classe

à la maison

d'autres fois, dans d'autres situations (dans la cour, le soir...)

seulement quelquefois

jamais

9) Est-ce que tu crois que venir chez l'orthophoniste ça peut changer quelque chose ?

oui, j'en suis sûr(e)

oui, peut-être

oui, selon mes parents

oui, un peu

non

10) Est-ce que tu voudrais qu'on te réexplique pourquoi tu viens ?

oui

non

Second questionnaire à l'attention des enfants

Prénom :

Âge :

Trouble :

« Je vais te poser des questions, comme au début quand tu es arrivé ici : essaie de répondre comme tu penses, pour de vrai. »

1) Est-ce que tu as envie de venir chez l'orthophoniste

☐ Toujours ☐ parfois ☐ non ☐ je ne sais pas

2) Est-ce que tu aimerais faire autre chose qu'aller chez l'orthophoniste ?

☐ Oui ☐ non ☐ je ne sais pas

3) Est-ce que tu souhaiterais choisir ce que vous allez faire en rééducation?

☐ Oui ☐ non ☐ je ne sais pas

4) Est-ce que tu as quelquefois des idées d'activités pour les séances?

☐ Oui ☐ non ☐ je ne sais pas

5) Est-ce que tu refais chez toi ce que tu as fait chez l'orthophoniste ?

☐ Oui ☐ non ☐ je ne sais pas

6) Est-ce que tu penses que tu as fait des progrès ?

☐ Oui ☐ non ☐ je ne sais pas

A quoi le vois-tu ?.....

7) Est-ce que tu te sens capable de faire plus de choses maintenant ?

☐ Je ne sais pas ☐ non

Si oui lesquelles :

8) Est-ce que tu sais maintenant pourquoi tu viens ?

.....

9) Est-ce que tu as encore des difficultés, (des choses qui sont difficiles à faire)?

☐ Oui ☐ non ☐ je ne sais pas

A quoi sont-elles dues à ton avis ?.....

Est-ce que ça embête quelqu'un ?

☐ toi ☐ tes parents ☐ tes copains ☐ ton professeur ☐ autre :

Et ça (son trouble) te gêne :

- ☐ tout le temps ☐ en classe
☐ à la maison ☐ d'autres fois, dans d'autres situations (dans la cour, le soir...)
☐ seulement quelquefois ☐ jamais

10) Qu'est-ce que tu aimes le plus quand tu viens chez l'orthophoniste?

.....

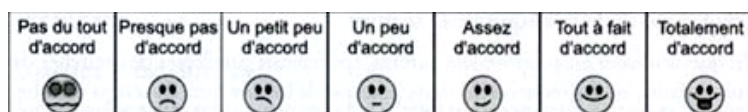
Qu'est-ce que tu aimes moins ?

.....

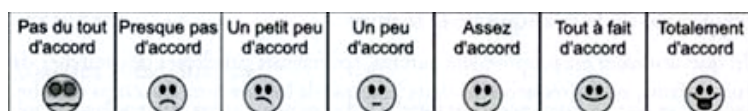
« Tu vois, ici, il y a des bonshommes. Lui (en montrant celui le plus à gauche), n'est pas content, il n'est pas du tout d'accord. Lui (au milieu) est un peu d'accord. Et lui (à droite) est content, il est totalement d'accord !
Vraiment beaucoup !

Je vais te dire des phrases et à chaque fois tu me montreras si tu penses comme le bonhomme là...là...là...
(Préserver chaque bonhomme avec l'intitulé correspondant). »

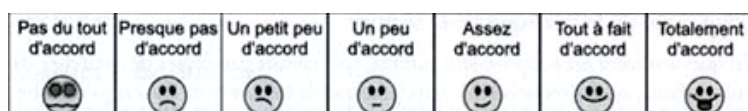
1) J'aime la soupe de crapauds :



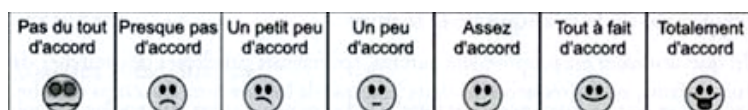
2) Je préfère faire autre chose que venir en orthophonie



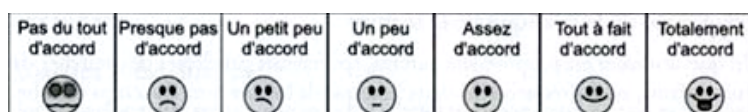
3) J'aime aller chez l'orthophoniste



4) Ce que j'aime, c'est avoir une récompense quand je réussis bien



5) J'aime quand l'orthophoniste et mes parents sont fiers de moi quand je vais en rééducation



6) Je viens chez l'orthophoniste parce qu'elle peut m'aider...

Pas du tout d'accord	Presque pas d'accord	Un petit peu d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Totalement d'accord

7) Venir en orthophonie ça ne sert à rien

Pas du tout d'accord	Presque pas d'accord	Un petit peu d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Totalement d'accord

8) J'aime venir en orthophonie car j'apprends plein de choses

Pas du tout d'accord	Presque pas d'accord	Un petit peu d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Totalement d'accord

9) Je viens sinon je me fais gronder par mes parents

Pas du tout d'accord	Presque pas d'accord	Un petit peu d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Totalement d'accord

10) Je viens parce que je ne veux pas que l'orthophoniste ou mes parents soient fâchés

Pas du tout d'accord	Presque pas d'accord	Un petit peu d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Totalement d'accord

11) Mes problèmes (son trouble) m'embêtent et venir en orthophonie pourra m'aider à aller mieux.

Pas du tout d'accord	Presque pas d'accord	Un petit peu d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Totalement d'accord

12) Je viens en orthophonie parce que ça va m'aider pour plus tard (quand je serai grand)

Pas du tout d'accord	Presque pas d'accord	Un petit peu d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Totalement d'accord

Questionnaire à l'attention des orthophonistes

(Il s'agit d'une enquête dont les informations serviront uniquement à notre travail de recherche et les réponses seront étudiées dans l'anonymat maximal, pas de lieu ni de nom. Nous vous remercions par avance pour l'attention que vous y aurez portée.)

1) Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'orthophoniste ?

Nombre d'années : De mois :

Et dans quel cadre travaillez-vous ? ☐ En institution ☐ En libéral ☐ Exercice mixte

☐ Autres, précisez :

2) Selon vous, la motivation de l'enfant est pour la rééducation orthophonique :

☐ Indispensable ☐ Utile ☐ Un moyen parmi d'autres

☐ Insuffisante ☐ Pas nécessaire

3) Pensez-vous qu'il est possible d'agir dessus?

☐ Oui ☐ Non

☐ C'est difficile

☐ Ça dépend : de quoi?

4) Est-ce le rôle de l'orthophoniste de la stimuler?

☐ Oui ☐ Non

☐ Pas seulement, qui ?

5) Cherchez-vous à l'évaluer?

☐ Non

☐ Oui :

☐ Avant la prise en charge?

Comment?

☐ En début de prise en charge?

Comment?

☐ Pendant la prise en charge?

Comment?

6) Considérez-vous que ces facteurs aient une influence sur la motivation ?

• les récompenses : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Les utilisez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Comment ?

- **la compétition** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Les utilisez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Comment ?

- **les limites de temps** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Les utilisez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Comment ?

- **l'évaluation et la surveillance** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Les utilisez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Comment ?

- **la possibilité de choisir** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, choisir quoi ?

- **les objectifs face à la tâche** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Les utilisez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quelle visée sont-ils ?

Sont-ils élaborés avec l'enfant ?

Avec les parents ?

- **les feedback positifs** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Les utilisez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Comment ?

7) Connaissez-vous d'autres facteurs susceptibles d'influencer la motivation de l'enfant ?

8) Selon vous, la prise de conscience du trouble par le patient est pour la motivation :

☐ Indispensable ☐ Utile ☐ Un moyen parmi d'autres

☐ Insuffisante ☐ Pas nécessaire

9) Sur une échelle de 1 à 10, quelle part d'autonomie l'enfant peut-il avoir dans la rééducation?

Selon vous, la part d'initiative accordée à l'enfant dépend de quel(s) critère(s)? (âge, pathologie, etc)

.....

Par quels moyens cette part d'initiative se met-elle en place dans la rééducation?

.....

.....

.....

10) Pensez-vous qu'il soit nécessaire de préciser à l'enfant sa (ses) compétence(s) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Comment ?

A quelle fréquence ?

11) Avez-vous noté une évolution de la motivation des enfants interrogés ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, pour le(s)quel(s) ?

.....

12) Chez quels patients, avez-vous remarqué des progrès éventuels, quels qu'ils soient, depuis le début de la prise en charge ?

.....

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....