



HAL
open science

Développement et expérimentation d'un outil de communication “ **Enfant-Thérapeute** ” ayant pour objectif d'améliorer la motivation et l'engagement de l'enfant en rééducation

Fanny Breton

► **To cite this version:**

Fanny Breton. Développement et expérimentation d'un outil de communication “ **Enfant-Thérapeute** ” ayant pour objectif d'améliorer la motivation et l'engagement de l'enfant en rééducation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02269595

HAL Id: dumas-02269595

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269595>

Submitted on 23 Aug 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

Développement et expérimentation d'un outil
de communication « Enfant-Thérapeute »
ayant pour objectif d'améliorer la motivation
et l'engagement de l'enfant en rééducation.

BRETON Fanny

En vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

Promotion 2015-2019

Juin 2019

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Merci à mon directeur de mémoire, **Sylvain Brochard**, Médecin et enseignant-chercheur en médecine physique et réadaptation pédiatrique, pour son accompagnement, son soutien et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Merci à **Rodolphe Bailly** pour ses conseils dans le développement de l'outil.

Merci à **Elodie Créach** pour ses remarques pertinentes tout au long de ce projet.

Merci à **Béatrice Le Berre** pour avoir partagé son expérience professionnelle auprès des enfants.

Merci à **l'ensemble des masseur-kinésithérapeutes** qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires.

Merci à **l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Brest**, pour leur disponibilité et leurs recommandations.

Merci à tous ceux qui m'ont apporté leur soutien et leurs encouragements au cours de ces années d'étude.

Sommaire

1. Introduction	1
2. La motivation.....	3
2.1 Histoire.....	3
2.2 Définition	3
3. Concept de motivation.....	6
3.1. Théorie de l’auto-détermination.....	6
3.2. Besoins psychologiques fondamentaux	8
4. Repérer les sources de motivation du patient	9
4.1. Entretien avec le patient	9
4.2. Mise en place des objectifs de rééducation	12
5. Motivation et facteurs d’engagement à la thérapie.....	14
5.1. Définition de l’engagement.....	14
5.2. Facilitateurs de l’engagement	16
5.3. Obstacles à l’engagement.....	17
6. Outils d’évaluation	19
6.1. Outil d’évaluation de la motivation.....	19
6.2. Outils d’évaluation individualisés centrés sur le patient.....	22
7. Démarche réflexive	24
8. Méthodologie de recherche	25
8.1. Phase 1 : Construction de l’outil KID’EM.....	26
8.2. Phase 2 : Création d’un groupe évaluateur	30
8.3. Phase 3 : Recueil de données et finalisation de la version à tester	31
8.4. Phase 4 : Expérimentation de l’outil	31
8.5. Phase 5 : Analyse et obtention de la version finale.....	33

9. Recueil de données	33
9.1. Phase 2 : Groupe évaluateur	33
9.2. Phase 4 : Groupe expérimentation	36
10. Analyse – discussion	40
11.1. Utilité et limites de KID'EM.....	41
11.2. Lien avec les outils décrits dans la littérature	43
11.3. Décalage entre les attendus et l'utilisation réelle : problématique des objectifs SMART ?	45
11.4. Axe d'amélioration.....	47
11.3. Limites.....	52
11. Projection professionnelle future.....	53
12. Conclusion.....	54
Bibliographie	55
Annexes	62

1. Introduction

Au cours de ces trente dernières années, les besoins en santé ont évolué, augmentant la prévalence des maladies chroniques dans les pays occidentaux (Pomey MP et al., 2015) (1). Pour améliorer la santé de la population et la qualité des soins, une des voies prometteuses réside dans l'amélioration de l'engagement des patients au projet thérapeutique (1). Une méta-analyse affirme que la motivation permet de renforcer l'observance (Mc Grane N et al., 2015) (2) et l'engagement de ces patients dans le temps (Lequerica AH et al., 2010) (3).

L'implication à la rééducation varie considérablement d'un patient à un autre. Ce constat vaut autant, qu'il s'agisse des adultes ou des enfants. Le masseur-kinésithérapeute et le patient sont investis dans le traitement, et le degré de motivation de chacun est un facteur essentiel pour progresser. En effet, l'absence de motivation est un obstacle à la mise en place du projet de soins et limite le potentiel fonctionnel de l'enfant (Boosman H et al., 2013) (4). Les enfants très motivés éprouveront plus de plaisir pendant la rééducation induisant de meilleurs résultats thérapeutiques (Meyns, 2017) (5). Pour autant, cet aspect de la prise en charge a été peu étudié en kinésithérapie.

Lors de mon stage en centre de rééducation pédiatrique, en deuxième année de kinésithérapie, une situation m'a interpellée. Nous prenons en charge avec ma tutrice de stage, une patiente âgée de six ans, quatre mois après un accident vasculaire cérébral. Dans un premier temps, un de nos principaux objectifs de rééducation était qu'elle retrouve la marche avec l'aide d'un déambulateur. Au fil de la prise en charge, la patiente était fatiguée de suivre deux séances de rééducation tous les jours. Elle était dans l'opposition de toutes nos propositions de traitement. Pour nous, soignants, c'était important qu'elle puisse marcher et être autonome mais ce n'était peut-être pas le souhait de la patiente. A l'évidence, elle n'y voyait pas d'intérêt. En pédiatrie, nous avons tendance à agir pour atteindre nos objectifs, contribuant au bien de l'enfant à terme, sans vraiment s'interroger sur ce que veut l'enfant réellement. Dans le cas présent, on ne pouvait pas parler d'alliance thérapeutique entre nous et la patiente. Lors des séances suivantes, nous avons échangé avec l'enfant pour comprendre son refus face à la marche, nous nous sommes intéressées à ses centres d'intérêts et à ses souhaits pour co-construire notre projet thérapeutique. Sa seule envie était de jouer. Nous avons donc trouvé un compromis. Nous lui avons proposé de diviser la séance en deux séquences : une partie

où nous choisissons un exercice et une deuxième où elle choisissait son exercice. Le jeu est devenu un moyen de palier la lassitude et de répondre à nos objectifs en détournant son attention du mouvement à réaliser. Le fait de laisser une part d'autonomie à l'enfant, cela l'implique davantage dans sa rééducation et permet de le rendre acteur. Nous avons remarqué un changement dans la relation thérapeutique. La patiente était enjouée de venir en séance de kinésithérapie. Notre prise de conscience des centres d'intérêt de l'enfant est allée au-delà du « contrat » mis en place, nous avons pensé que son environnement immédiat pouvait avoir un impact sur son engagement. Nous avons décidé de décorer son déambulateur pour le rendre plus attrayant, ce qui l'a motivée à marcher. Elle était fière de celui-ci, elle voulait le montrer à ses amis, ce qui nous a permis d'augmenter son périmètre de marche. La prise en considération de la situation singulière de l'enfant a permis de personnaliser la prise en charge et d'augmenter sa participation. Ce cas nous a prouvé qu'en intégrant une dimension de plaisir dans la rééducation, le professionnel pouvait favoriser l'adhésion au schéma thérapeutique.

Parallèlement à cette situation, en 2017, une revue de littérature a examiné les effets de la motivation sur la rééducation des enfants ayant une lésion cérébrale. Après un tel accident, la rééducation intensive est considérée comme un élément clé pour promouvoir la neuro-plasticité. Cette thérapie peut être mal vécue sur le plan émotionnel et physique pour ses enfants (Tatla SK et al., 2014) (6). Une enquête menée auprès de 174 médecins, psychologues et rééducateurs a révélé que la motivation figurait parmi les facteurs les plus fréquemment cités pour influencer l'engagement de ces patients (4).

Depuis une vingtaine d'années, les approches paternalistes des soins ont évolué progressivement vers une approche centrée sur le patient (1). Tout au long de notre de formation initiale, nous avons été sensibilisés à la personnalisation de la prise en charge. Nous le sommes moins sur la motivation. Or, une des clés de la réussite est de savoir développer et maintenir la motivation du patient (Miller, 2004) (7).

L'objectif de ce mémoire est de concevoir un moyen pour améliorer la motivation et de cibler les facteurs favorisant et les potentiels obstacles à l'engagement de l'enfant en rééducation. Ce travail s'organisera en quatre grandes parties. Dans un premier temps nous développerons le cadre conceptuel, puis la méthodologie mise en place pour répondre à notre problématique. Nous continuerons par exposer nos résultats et une discussion pour mettre en relief notre sujet.

2. La motivation

2.1 Histoire

Au début du XX^{ème} siècle, la notion de motivation acquière son origine, lorsque Pavlov¹ et Skinner² ont développé la théorie du conditionnement opérant (8). Le conditionnement opérant se caractérise par la prise en considération des conséquences d'une action. Selon cette théorie, le comportement d'un individu est induit extrinsèquement par des punitions et/ou des récompenses. Lorsqu'un comportement est désiré, l'individu va chercher à l'augmenter et lorsqu'au contraire le comportement n'est pas désiré, il va chercher à le diminuer. C'est cette augmentation ou diminution qui permet d'établir si une action va se reproduire ou non. Cette théorie justifie qu'il existe une intention au comportement (8). Par la suite, Woodworth et Hull ont développé la notion de drive, qui peut se traduire par « détermination » : il s'agit « *des besoins physiologiques qui poussent l'individu à adopter un comportement, et qui peuvent être utilisés pour inciter une personne à réaliser certaines actions* » (8). Ces notions sont les résultats des premières recherches s'intéressant à l'origine d'un comportement. Ils se sont développés avec les courants psychologiques et les théories de l'apprentissage, aboutissant à la création du terme de « motivation » (8).

2.2 Définition

Il n'existe pas de définition unique et précise de la motivation. Une chronologie et une précision de la définition se sont affirmées au fil des années. La psychologie de la motivation a également « *une brève histoire, mais un long passé* » comme le témoigne Ebbinghaus³ en 1908 (8). Il est pratiquement impossible de tracer une ligne de démarcation nette entre la motivation et d'autres concepts tels que le besoin, l'intention, le désir, le but et la volonté. En raison de ce flou conceptuel, il est difficile de parvenir à définir la motivation (Kim SI, 2013) (9).

Ce terme vient du mot "motif", lui-même hérité du latin "motivus" qui veut dire "mobile" et "movere" dont l'équivalent en français est mouvoir (Aubert N et al., 2009) (10). Il signifiait en ancien français "ce qui met en mouvement, bouger".

¹ Médecin et physiologiste Russe du XX^{ème} siècle

² Psychologue Américain du XX^{ème} siècle

³ Psychologue Allemand du XX^{ème} siècle

En 1938, Murray⁴, expliquait la motivation comme « *le désir de se maîtriser et de relever des défis* »⁵. McClelland⁶ en 1988 la définissait comme « *l'énergisation et la direction du comportement* » (Emin S et al., 2015) (11). En 1993, Vallerand et Thill, professeurs en psychologie, spécifiaient que : « *le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* » (12). En d'autres termes, la motivation initie le déclenchement d'un nouveau comportement et sa persistance sur la durée (Noël, 2017) (13). Pour Deci et Ryan, la motivation, « *c'est ce qui incite les personnes à penser, à agir et à se développer* »⁷. Elle dépend de l'environnement socioculturel et influence tant les réactions des personnes que leurs sentiments, pendant, et après avoir agis. Elle est à la fois réalisation d'un désir et possibilité de projeter ce désir dans l'avenir². La motivation est un état provisoire lié à la personnalité de l'individu et à ses centres d'intérêt (7).

Dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), la motivation est définie comme une fonction mentale qui produit l'incitation à agir; la force motrice consciente ou inconsciente de l'action⁷. Selon cette classification, la motivation est une fonction du corps qui peut être composée par des facteurs environnementaux et personnels (Huang HH et al., 2017) (14).

En 2001, **l'Organisation Mondiale de la Santé, la considère comme une caractéristique individuelle qui influence les résultats et la participation à l'activité, impactant les structures et les fonctions du corps⁸.**

De ce fait, en rééducation, « *la motivation est un déterminant essentiel du fonctionnement et de la réussite chez les enfants et les jeunes handicapés* » (Bartlett et Palisano, 2002; Majnemer, 2011; Morgan, Harmon et Maslin-Cole, 1990) et est « *essentielle pour acquérir de nouvelles compétences* » (Deci et Ryan, 2000) (15).

⁴ Psychologue Américain et professeur de psychologie de l'université Harvard du XX^{ème} siècle

⁵ Les 101 théories de la motivation. <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article45>

⁶ Psychologue Américain du XX^{ème} siècle.

⁷ International Classification of Functioning, Disability and Health 2013. World Health Organization. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>.

⁸ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81988/9789242547320_fre.pdf?sequence=1.

R. Viau et P. Darveau⁹ ont défini la motivation en pédiatrie comme « *un phénomène dynamique qui a sa source dans les perceptions qu'un enfant a de lui-même et qui l'amène à choisir de s'engager dans une activité et de persévérer dans son accomplissement* » (16).

La neuropsychologie confirme la complexité de la définition de la motivation et son impact. C'est un savant mélange de fonctions exécutives et d'émotions¹⁰ comme le montre le schéma ci-dessous.

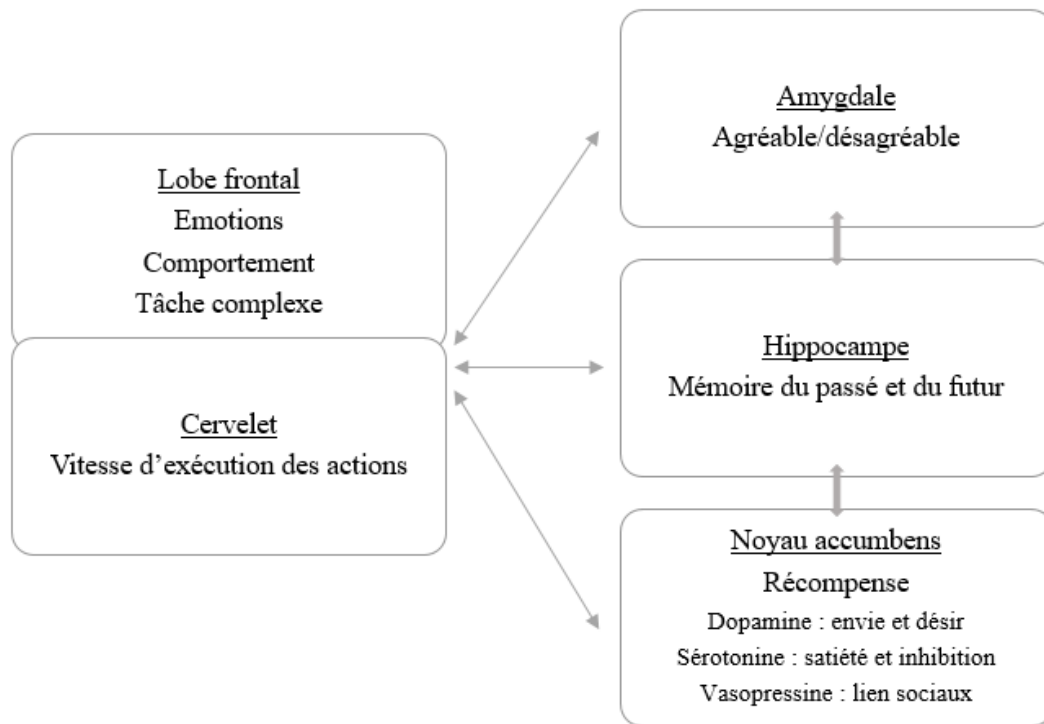


Figure 1. Aperçu neuropsychologie de la motivation.

La littérature nous permet de classer les définitions de la motivation en deux catégories. Une première qui la définit par ses causes, c'est-à-dire les forces psychiques, conscientes ou inconscientes à l'origine du comportement (10). Une seconde catégorie s'appuie sur l'énergie que l'individu met en place pour atteindre son objectif permettant de satisfaire un besoin¹¹. Il faut retenir le principe que c'est le besoin qui oriente le comportement.

⁹ Respectivement, orthopédagogue de formation et Professeur titulaire à la faculté d'éducation.

¹⁰ <http://www.labortho.fr/orthophonie-motiver-les-patients/>

¹¹ La motivation en entreprise <http://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/levyhtml1263396635556.html>

3. Concept de motivation

De ces nombreuses définitions, découlent des théories motivationnelles. Nous allons détailler la théorie de Deci et Ryan qui semble être la plus proche de notre projet.

3.1. Théorie de l'auto-détermination

Deci et Ryan, auteurs de la théorie de l'autodétermination, ont postulé l'existence de différents types de motivations. Celles-ci se distingueraient par un degré d'autodétermination, c'est-à-dire par le degré d'initiative dont le sujet ferait preuve. En 1985, dans leur premier modèle, ils distinguaient deux types de motivation. La motivation intrinsèque où « *l'action est conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'action, sans attente de récompense externe* » ; et la motivation extrinsèque « *l'activité est pratiquée pour des raisons souvent externes à l'individu. Elle survient lorsque l'individu est poussé par quelque chose en échange de la pratique de l'activité (punition, récompense, pression sociale, obtention de l'approbation d'une tierce personne)* » (17). Plus tard, Deci et Ryan ne parlent plus de motivation intrinsèque et extrinsèque mais respectivement de motivation autodéterminée et non-autodéterminée se divisant en six sous notions (17) :

L'absence de régulation. C'est une absence complète de motivation. Par exemple, l'enfant peut s'exprimer de la façon suivante : "je ne comprends vraiment pas ce que je peux retirer de la rééducation, je ne m'y engage pas".

Régulation externe. Cela correspond à la définition initiale de la motivation extrinsèque. Le comportement de l'individu est régulé par des sources de contrôle extérieures à la personne, telles des récompenses matérielles ou des contraintes imposées par une autre personne. Exemple d'affirmation de l'enfant : « je viens en rééducation parce que je ne veux pas contrarier mes proches qui veulent que je sois suivi ».

Régulation introjectée. L'individu commence à intérioriser les contraintes externes. L'action n'est pas encore librement choisie puisque l'individu agit pour éviter une conséquence désagréable qu'il s'impose en se culpabilisant. Exemple d'affirmation de l'enfant : « je viens en soin parce que je me sentirais mal face à moi-même de ne pas poursuivre la rééducation ».

Régulation identifiée. L'activité est réalisée à des fins externes, elle devient valorisée et importante pour l'individu qui s'identifie alors à celle-ci. Exemple d'affirmation de l'enfant : « je viens en rééducation parce que j'aimerais apporter des changements à ma situation actuelle ».

Régulation intégrée. L'individu peut s'approprier l'action et trouver des sources d'auto-motivation complémentaires à la source externe à l'origine de l'action. L'individu ne retire pas nécessairement un plaisir immédiat en s'engageant dans l'activité, même s'il s'y engage par choix personnel (17). Exemple d'affirmation de l'enfant : « grâce à la rééducation, je sens que je peux maintenant prendre la responsabilité de faire des changements dans ma vie ».

Régulation auto-déterminée ou intrinsèque. Cela correspond à la définition initiale de la motivation intrinsèque. L'engagement dans la tâche vient de l'individu. L'action est conduite par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'activité, sans attente de récompense externe. Elle produit une performance élevée à long terme. Exemple d'affirmation de l'enfant : « je viens en rééducation pour le plaisir que je ressens lorsque je suis complètement absorbé dans une séance ».

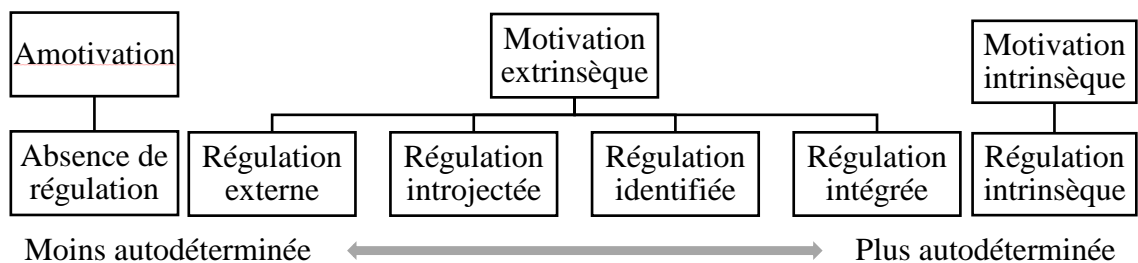


Figure 2. Les types de motivation et de régulation selon la théorie de l'auto-détermination.

Les psychologues Edward Deci et Richard Ryan considèrent que le seuil d'autodétermination se situe entre la motivation extrinsèque à régulation identifiée et la motivation extrinsèque à régulation introjectée. Ainsi on peut retenir « deux types de motivation » : la motivation autodéterminée ou autonome, et la motivation contrôlée ou contrainte (Brau-Anthony S et al., 2017) (18). En général, les individus préfèrent une motivation intrinsèque, qui entraîne de bonnes performances et un niveau de bien-être élevé. C'est un facteur fondamental pour favoriser l'apprentissage et l'engagement de l'enfant en rééducation. Le développement des différentes formes de motivation est lié à la satisfaction de trois besoins fondamentaux (18).

3.2. Besoins psychologiques fondamentaux

Les théories de la motivation s'intéressent aux besoins ressentis par les individus et aux conditions qui les poussent à satisfaire ces besoins. Tout comportement humain est stimulé par un besoin. Selon la théorie de l'autodétermination, trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine (Deci et Ryan, 2008) (19).

Premièrement, le besoin de relation sociale est lié au fait de se sentir connecté aux autres, d'être attentif à autrui et d'avoir un sentiment d'appartenance aux autres personnes⁷. L'environnement social favorise et permet de stimuler le dynamisme interne des personnes, d'optimiser leur motivation et entraîne une sensation de bien-être (19). Selon cette théorie, les facteurs sociaux seraient à même de faciliter une motivation autodéterminée (ou non autodéterminée) en nourrissant ou au contraire entravant l'expression de trois besoins psychologiques fondamentaux¹².

Ensuite, le besoin d'autodétermination fait référence au fait d'être à l'origine de son propre comportement⁷. L'autonomie est directement liée au fait d'agir soit par intérêt pour l'activité, soit en vertu des valeurs auxquelles l'individu adhère. Quand ils sont autonomes, les individus voient leur comportement comme une expression du « soi » et ce, même quand les actions sont influencées par des sources extérieures (20). L'enfant doit se sentir capable et compétent dans ce qu'il fait, et être conscient que c'est son choix s'il fait cette activité. **Si le professionnel, laisse une part d'autonomie à l'enfant en séance, la probabilité d'émergence d'une motivation intrinsèque augmente.** Les résultats de Kugler et Claudron montrent que chez les enfants la motivation extrinsèque est majoritaire au départ : le patient est influencé par l'extérieur (demande de l'école, du médecin, des parents...). En 1999, une méta-analyse affirme que les récompenses cherchées pour la motivation extrinsèque amenaient à perdre l'intérêt d'une activité et donc diminuer la motivation intrinsèque (19).

Enfin, le besoin de compétence fait référence à la sensation que peut éprouver l'individu lorsqu'il interagit efficacement avec son environnement¹³. Ce besoin semble être associé à la motivation. Albert Bandura¹⁴ s'est intéressé à ce concept défini sous le nom de « sentiment d'efficacité personnelle » (Rondier M, 2004) (21). Il désigne les

¹² La théorie de l'autodétermination : un autre regard sur le climat motivationnel (Sarrazin, Tessier, Trouilloud 2006) <http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article96>

¹³ Les 101 théories de la motivation. <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article45>

¹⁴ Docteur en psychologie à l'université de Stanford.

croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles (21). **Plus un individu aura un sentiment d'efficacité personnelle fort dans un domaine, plus celui-ci se sentira impliqué dans la tâche et exprimera un intérêt pour y parvenir** (22). Les patients acteurs dans une tâche sont ceux qui ont un sentiment d'efficacité personnelle élevé dans celle-ci (Fenouillet, 2009)¹⁵. Certains auteurs ont suggéré que la promotion d'un comportement durable nécessite une motivation intrinsèque.

Les comportements ne sont pas uniquement régulés par les besoins. Ils sont aussi liés au traitement des informations, de la manière dont le sujet perçoit, conçoit et analyse les situations (23). C'est à ce titre que l'on peut parler de régulation cognitive de la motivation (23). Ainsi, l'individu agit pour d'atteindre des objectifs et adapte ses comportements par rapport au résultat de ses actions (23). Il planifie, évalue ses actions puis effectue éventuellement des ajustements.

4. Repérer les sources de motivation du patient

La motivation est nécessaire au changement. Trouver les sources de motivation nécessite de comprendre qu'il est nécessaire d'agir simultanément sur deux de ses composantes : la motivation intrinsèque et extrinsèque.

4.1. Entretien avec le patient

La prise en charge initiale en masso-kinésithérapie repose sur un interrogatoire et un examen clinique pour déterminer un bilan diagnostic kinésithérapique. Ce temps de rencontre avec le patient lui donne l'occasion de faire connaître ses besoins, ses préoccupations, son projet, comment il vit avec sa pathologie, ce qu'il souhaiterait améliorer, ce qui lui pose problème... (7). Cet entretien se nomme diagnostic éducatif (24). Dès cet instant, le potentiel de « motivation » du patient peut être exploré par le soignant (7). L'ensemble des informations recueillies feront l'objet d'une synthèse qui permet au thérapeute d'être au plus près des besoins du patient pour construire le projet

¹⁵ Motivation autodéterminée et lecture. <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2009-4-page-397.htm>

thérapeutique. Les qualités d'écoute et d'empathie à mettre en œuvre par les professionnels vont agir sur la motivation du patient à participer aux soins (Iguane J, 2005) (25). Il est parfois difficile pour les thérapeutes de repérer comment découvrir et augmenter le niveau de motivation des patients (7). **Des méta-analyses récentes montrent que cet entretien, ciblé sur la motivation, est efficace pour améliorer l'adhésion du patient sur le long terme** (Hall K et al., 2012) (26). L'entretien de motivation est une méthode de conseil qui utilise la propre motivation du patient pour effectuer un changement personnel (Parekh K et al., 2018) (27). C'est une approche orientée vers son objectif, décrite pour la première fois au début des années 1980 (27). Elle est conçue pour mobiliser la motivation et l'engagement du patient. Cet échange peut aider les patients à surmonter des défis (27). Cette démarche centrée sur le patient est mis en avant par la Haute Autorité en Santé « *pour personnaliser les soins grâce à l'écoute et la compréhension de ce qui est important pour le patient* » (28).

Ainsi le masseur-kinésithérapeute peut apprécier plusieurs aspects liés à la motivation du patient (*Annexe I*). S'il ressort que ce dernier accorde une grande importance à l'opinion de son environnement social et familial, cela peut signifier que la source de sa motivation est plutôt de type extrinsèque. Dans ce cas, le soignant devra prendre appui sur l'environnement du patient, et éventuellement associer la famille pour la rééducation (7). De même, en questionnant ses loisirs, ses centres d'intérêt (ce qu'il aime faire, ce qu'il n'aime pas faire...), ses besoins, les buts qu'il se fixe, son projet... le thérapeute peut apprécier son état d'esprit. Ces éléments évoquent que la source de sa motivation est de type intrinsèque (7). Ces éléments peuvent être utilisés pour accompagner une personne dans ses projets, en prenant appui sur ses envies et ses besoins prioritaires (13). **Si le thérapeute propose des activités significatives en lien avec les centres d'intérêts de l'enfant, celui-ci s'impliquera davantage dans la rééducation** (13). Le rôle du soignant est de chercher ses sources de motivation de l'enfant pour adapter la prise en charge.

Joël Pacoret, aujourd'hui psychologue et psychanalyste après avoir été masseur-kinésithérapeute appelle « *la partie intersubjective du traitement, tout ce qui ne concerne pas purement la technique kinésithérapique. La relation s'établit à chaque fois singulièrement. Patient et masseur-kinésithérapeute forment un binôme qui évolue au cours des séances. Cet échange est cependant 'cadré' par la situation. Il s'agit d'une communication personnalisée* » (Labey, 2012) (29). **Cet entretien permet de créer une alliance thérapeutique entre l'enfant et le thérapeute.** C'est-à-dire « *une relation de*

collaboration entre le patient et le praticien dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (Laconi S et al., 2015) (30). Cette philosophie de prise en charge repose sur un sens commun qui est un traitement centré sur la personne (Medley AR et al., 2010) (31). Une bonne alliance peut avoir un impact favorable sur l'engagement et les résultats thérapeutiques (30). En 2017, une revue de littérature recense **trois facteurs facilitant l'alliance thérapeutique : la mise en place d'objectif, l'autonomie du patient et la motivation** (Babatunde F et al., 2017) (32). Au lieu d'une relation de pouvoir inégale, dans laquelle le clinicien expert dirige le patient passif sur ce qu'il doit faire, il y a une communication, une conversation collaborative active et un processus de prise de décision conjointe. Dans les années 1960 l'émergence d'une nouvelle figure est apparue, celle du patient acteur (Mougeot F et al., 2018) (33). De malade passif, il est devenu un patient actif. Reconnaître cette autonomie est également un élément clé pour faciliter le changement de comportement (Rollnick S et al., 2008) (34). La théorie de Prochaska et DiClemente en 1982 conceptualise le changement de comportement comme une succession d'étapes. De la pré-contemplation (ne considérant pas encore la possibilité de changement) à la contemplation (prise de conscience mais ambivalence du changement), jusqu'à la détermination (décision qu'un changement est nécessaire), l'action (initiant des stratégies de changement) et enfin de la maintenance (tentatives de maintenir le progrès) (24).

Les nouvelles approches de prise en charge suggèrent l'implication systématique du patient à cet échange se basant sur les principes d'un « coaching » (Caldwell KL et al., 2013) (35). Ce dernier se définit comme un partenariat centré sur le patient dans lequel le professionnel et le patient travaillent en collaboration (Schwellnus H et al., 2015) (36). En 2017, une étude a évalué l'intérêt de mener des entretiens protocolaires avec la famille et l'enfant en réadaptation pédiatrique, appelés « Solution-Focused Coaching in Pediatric Rehabilitation » (King G et al., 2017) (37). **Le processus est perçu comme une conversation collaborative centrée sur les problématiques de l'enfant aboutissant à la construction de solutions individualisées et la co-création des objectifs** (Baldwin P et al., 2013) (38). Cet échange de quatre-vingt-dix minutes, permet d'analyser les besoins de l'enfant basé sur une prise de conscience des priorités (37). L'approche diffère des méthodes plus traditionnelles de réadaptation pédiatrique axées sur les déficiences au sens de la CIF (36). Les résultats indiquent une amélioration de la participation de l'enfant en rééducation et à la maison. Une relation de confiance est née avec l'enfant, aboutissant à

une plus grande autodétermination (37). Les familles expriment une meilleure compréhension du comportement de leur enfant, une plus grande prise de conscience du contexte, un sentiment de confiance élevé, et une autonomisation accrue (37). L'étude affirme le besoin d'accentuer les recherches à ce sujet en rééducation pédiatrique (38).

4.2. Mise en place des objectifs de rééducation

Les sources de motivations correspondent aux objectifs que se fixe la personne.

Par définition un objectif est un moyen de représenter théoriquement une réalisation précise et mesurable que la personne désire atteindre en fournissant un effort (Rouillard L et al., 2009) (39). Les soins prodigués dans le champ du handicap n'aboutissent rarement à la normalisation de la problématique d'où la nécessité d'établir des objectifs (Roumenoff DF, 2014) (40). Un comportement est motivé quand il est consciemment voulu, quand il a un objectif et un sens¹⁶. Cela signifie que pour impliquer le patient, le thérapeute doit établir des objectifs de rééducation ayant un sens pour la vie future du patient. Ainsi pour être motivé, il ne suffit pas de le vouloir mais il faut savoir pourquoi on le veut¹⁸. Un patient peut ne pas être motivé à faire simplement ce qu'on lui demande. L'un des principes fondamentaux est de permettre aux patients de choisir des objectifs sur lesquels travailler en thérapie (Missiuna C et al., 2000) (41). Chaque personne a des objectifs personnels, des valeurs, et des aspirations. La plupart des théories contemporaines sur la motivation supposent que les personnes persistent à adopter des comportements dans la mesure où elles croient qu'ils conduiront aux résultats souhaités (Deci et Ryan, 2000) (42).

Selon Locke, ces objectifs doivent être volontaires, atteignables, et doivent correspondre aux intérêts du patient pour être motivants. Cela permet de fixer une finalité à la prise en charge et des moyens d'action avec lesquels la personne est en accord (13). Proposer des objectifs au patient en lien avec les acquis et les lacunes repérées, c'est favoriser le passage entre l'intention et l'action (7). Il n'existe aucune échelle capable de regrouper l'ensemble des problématiques d'un individu d'où l'utilité de construire des objectifs individualisés (40).

¹⁶ Les théories de la motivation humaine : <https://www.cairn.info/theorie-de-la-motivation-humaine--9782130442776.htm>

Selon les normes de la British Society for Rehabilitation Medicine, **la personne doit être impliquée aussi activement que possible dans la définition des objectifs**. Cette participation active contribuerait au développement de la conscience de soi, à l'initiation d'un engagement thérapeutique (3), à renforcer la motivation et à favoriser un sentiment d'autonomie (Maclean N et al., 2000) (43). Ils doivent être convenus entre l'individu, sa famille et le masseur-kinésithérapeute (Holliday RC et al., 2007) (44). Selon les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), toutes les actions en rééducation sont guidées par la définition d'objectifs successifs, régulièrement ajustés en fonction de l'évolution et des situations nouvelles (45). Une échelle, the Hope Scale, mesure la détermination du patient à atteindre ses objectifs et la perception des moyens pour atteindre son but (Ramanathan-Elion DM et al., 2016) (46).

Une étude illustre comment la compréhension de la pathologie et des déficits peut avoir une incidence sur la pertinence du processus d'établissement d'objectifs et, par conséquent, sur le degré d'implication du patient (44). Les patients ayant des déficiences cognitives et de communication ont eu plus de difficulté à définir des objectifs de rééducation (Ylvisaker M et al., 2008) (47). L'information transmise doit être adaptée au niveau de compréhension de l'enfant. Ces objectifs peuvent être considérés comme une motivation extrinsèque s'ils ne sont pas compris et intégrés par l'enfant (13). En tant que soignant, nous devons nous assurer que l'information est comprise et assimilée. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, révèle que l'information du patient est un devoir pour tout professionnel de santé¹⁷. Le patient devient « acteur de sa santé » et « co- partenaire » en exprimant son consentement (Bouquier, 2014) (48).

Nous retenons que le concept de définition d'objectifs est le concept dominant pour accroître la motivation et améliorer les résultats en rééducation (Hunt AW et al., 2015) (49). **En 2011, une revue de littérature affirme que l'inclusion des enfants dans l'établissement d'objectifs est rare** (49).

¹⁷ Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation

5. Motivation et facteurs d'engagement à la thérapie

5.1. Définition de l'engagement

L'engagement en rééducation a été proposé comme un concept qui englobe de multiples éléments notamment l'attitude du patient envers le traitement, son niveau de compréhension, la reconnaissance du besoin de traitement et son niveau de participation active aux activités (Kortte KB et al., 2007) (50). Par conséquent, ce concept est défini ici comme un effort délibéré. Un engagement à atteindre les objectifs de rééducation est démontré par une participation active et volontaire aux thérapies et une coopération avec les thérapeutes (3). Les indicateurs d'engagement peuvent être observés lorsque la personne et l'environnement interagissent. **Diverses études indiquent que l'engagement d'un enfant diminue au fil des années scolaires** (Anderman, Maehr, 1994; Lepper, Hodell, 1989), **et impacte les résultats à long terme** (51). Pour maintenir un engagement, le patient réévalue son attitude et ses croyances. A travers cette évaluation, le patient peut décider de maintenir le traitement ou se désengager du traitement (46). L'engagement en réadaptation ne doit pas être considéré comme une phase discrète, mais plutôt comme un processus à renouveler continuellement en fonction de l'évolution des objectifs, des attentes et des besoins émotionnels (31). C'est un élément important sachant qu'une diminution de la participation est associée à une diminution de la qualité de vie (Field DA et al., 2015) (52).

Différentes recherches ont pu également mettre en évidence qu'il existe diverses dimensions et de nombreuses formes d'engagement au sein d'une organisation. À ce niveau, le modèle tridimensionnel proposé par Meyer & Allen (1991) est sans doute l'un des plus utilisés à l'heure actuelle. Pour eux, il existe trois dimensions de l'engagement : l'engagement affectif, qui reflète l'attachement de l'individu à son organisation ; l'engagement de continuation qui est lié à l'accumulation de bénéfices au sein de l'organisation ; et l'engagement normatif, qui est une perception de la part de l'individu de l'obligation de rester (Paillé, 2005) (53). Comme l'affirme Meyer « *il est capital que le patient s'engage activement dans l'intervention puisque les prestations ne peuvent pas être passivement appliquées* » (53).

Une étude distingue l'engagement de la participation (3). Bien que la participation représente une composante comportementale de l'engagement, elle n'exige pas nécessairement un niveau élevé d'intérêt investi. La Classification Internationale du handicap définit la participation comme « *une implication dans une situation de vie* » (52). Les patients qui sont incapables de s'engager délibérément dans un traitement peuvent encore participer simplement en étant présents en soin. Dans de tels cas, un masseur-kinésithérapeute peut être le seul agent actif en se concentrant sur des exercices d'étirement et/ou de mobilisation passifs sans demander un effort actif de la part du patient. La participation est caractérisée par deux concepts : la présence et l'implication (Adair B et al., 2018) (54). La présence est définie par « être là » et se mesure en fréquence et / ou en diversité d'activités dans lesquelles une personne participe. L'implication est définie comme l'expérience de participation et comprend des éléments de motivation, de persistance, d'affect et peut-être de lien social (54). Grâce à la participation en réadaptation pédiatrique, les jeunes peuvent améliorer leur santé physique, leur bien-être psychosocial, leur réussite scolaire et réduire les comportements à risque (Anaby D et al., 2017) (55). Toutefois, la participation des jeunes handicapés est limitée par rapport à celle de leurs pairs (55). À ce jour, les interventions thérapeutiques efficaces pour améliorer les résultats de la participation sont peu connues (55).

Des études sur l'observance en rééducation n'arrivent pas à établir un profil du malade « idéal » adhérant à la thérapie (56). Il n'apparaît aucune corrélation statistique entre l'âge, le sexe et le niveau d'instruction du patient. Cependant l'impact de la motivation dans l'observance a été largement exploré (56). Le patient est une personne unique qui réagit à sa manière aux situations en fonction de son âge, de son caractère, de ses opinions, de son histoire personnelle, son état de santé, de son éducation...¹⁸Chacun de ses facteurs interagit dans les deux composantes essentielles de l'être humain : la composante cognitive qui correspond à ce que l'on sait, nos connaissances et nos représentations et la composante émotive correspondant à ce que l'on ressent, nos émotions (Anzules, 2012) (57). **Comprendre, comment et pourquoi les patients s'engagent, peut constituer une base solide pour concevoir des interventions appropriées. L'identification des obstacles et des facilitateurs à l'engagement serviront de base au ciblage des interventions pour maximiser la participation de ces patients (3).**

¹⁸ Education thérapeutique du patient : <http://ipcem.org/>

5.2. Facilitateurs de l'engagement

La motivation se manifeste par « l'envie de faire quelque chose ». Si l'activité qui se présente à l'individu l'intéresse, il va trouver des moyens pour la réaliser. Au contraire, si l'activité proposée est peu valorisante, l'individu sera peu motivé pour l'entreprendre. Pour passer de l'intention à l'action, cela demande des efforts qui peuvent être soutenus soit par les propres ressources de la personne concernée soit par son environnement social et éducatif (7). L'environnement physique avec la qualité des installations, les équipements de rééducation et la personnalisation d'une activité représente un intérêt prioritaire pour renforcer la motivation intrinsèque de l'enfant (Cordova DI et al., 1996) (58). **Les résultats d'une récente étude montrent que la participation peut être améliorée en modifiant uniquement l'environnement** (Anaby DR et al., 2018) (59). De telles preuves soutiennent davantage les approches thérapeutiques émergentes qui sont basées sur l'activité, les objectifs et l'environnement écologique (59).

L'environnement social avec les autres patients dans la zone de traitement et le professionnel ont un impact sur l'engagement thérapeutique. Pendant une séance de rééducation, le masseur-kinésithérapeute peut faciliter l'engagement de l'enfant à travers des moyens variés comme varier les mouvements répétés (Wille D et al., 2009) (60), donner des feedbacks positifs (encouragements, récompenses...), favoriser la prise d'initiative en laissant le choix de l'exercice, proposer des situations de compétition (Kluger E et al., 2011) (61), mettre en place de défis réguliers et progressifs, solliciter et valoriser l'expérience du patient, proposer des activités concrètes, développer l'intérêt et la curiosité (7). **Des chercheurs ont affirmé que la diminution de l'engagement était due à la façon dont se dérouler la rééducation et la place importante du rééducateur** (51). Les recherches ont montré que les patients motivés ont tendance à faire davantage confiance aux personnels médicaux, ont envie de travailler avec eux, les considèrent comme des sources d'encouragement, alors qu'une absence de motivation est associée à un sentiment de domination (Maclean N et al., 2000) (62). Le contact physique en kinésithérapie crée une intimité qui permet de faire tomber certaines barrières facilitant le développement d'une relation de confiance entre soigné et soignant (29). Une étude affirme qu'avec l'expérience en pédiatrie les thérapeutes experts utilisent davantage des stratégies personnalisées pour assurer le succès des soins, optimisant plus facilement l'engagement de l'enfant sur le long terme, par rapport aux thérapeutes novices (King G et al., 2007) (63).

En plus d'un environnement propice, l'engagement nécessite une personne qui soit à la fois capable de participer au traitement et activement impliquée dans le processus (3). Pour s'engager volontairement dans un traitement, il faut comprendre que le traitement est nécessaire. La conscience de soi ou la prise de conscience des déficiences sont des facteurs importants d'engagement et de résultat fonctionnel. L'alliance thérapeutique avec le patient favorise une meilleure compréhension et acceptation des déficits (31). Les facilitateurs peuvent inclure des attributs psychologiques positifs comme des expériences affectives positives, l'espoir et la probabilité perçue d'un résultat positif (3). Une étude en 2016 affirme que l'affect positif est une variable significative facilitant l'engagement (46). L'affect positif est associé à la flexibilité mentale et à la capacité à être plus ouvert à l'information (Estrada, Isen, & Young, 1997) (46).

Pour optimiser l'implication du patient une étape clé consiste à la fixation d'objectifs de rééducation et l'élaboration d'un plan de traitement pour atteindre ses objectifs. La méta-analyse de Locke et al en 1981 met en exergue que la mise en place d'un objectif précis et difficile à atteindre, suivi d'un feed-back, optimise la participation de l'individu. La performance augmente avec la difficulté, permettant d'atteindre des résultats thérapeutiques optimaux.

Selon Jansen en 2003, l'échange entre les familles et les thérapeutes augmente la satisfaction et l'adhérence à la thérapie (40). Les parents déterminent une part importante le degré de motivation de l'enfant¹⁹. La collaboration entre la famille et le professionnel permet d'optimiser les résultats chez les enfants présentant un handicap (An M et al., 2014) (64).

5.3. Obstacles à l'engagement

Pour les enfants présentant une pathologie chronique, la rééducation est peut-être longue, entraînant des difficultés à rester engagé dans le temps. Les exercices peuvent être ennuyeux au fil des séances (5). **Identifier les obstacles potentiels au processus de réadaptation est déterminant pour adapter la prise en charge.** Les difficultés d'engagement peuvent limiter les gains fonctionnels et diminuer la qualité de vie du

¹⁹ Motiver les patients ! <http://www.labortho.fr/orthophonie-motiver-les-patients/>

patient (31). Les thérapeutes novices en pédiatrie expriment peu de solution pour lutter contre les barrières à l'engagement (63). De plus, un manque de confiance envers le thérapeute peut entraver considérablement l'engagement du patient (Danzl MM et al., 2012) (65).

L'influence de la culture peut être perçue comme un obstacle. Dans certaines situations, les parents sont amenés à dissimuler le handicap de leur enfant si leur culture veut que le handicap soit une source de honte (Grandpierre V et al., 2018) (66). La barrière linguistique est également un frein à l'engagement. Les obstacles peuvent provenir d'un environnement en rééducation inaccessibles, un manque de soutien social ou des facteurs individuels du patient (3). Les enfants ayant une déficience intellectuelle ont tendance à être moins motivés que leurs pairs. Des symptômes émotionnels ou physiques, tels que des troubles de la motricité ou de la douleur, peuvent interférer avec le processus d'implication. Il est bien établi qu'il existe plusieurs facteurs individuels, comme les troubles cognitifs, la dépression, la capacité d'évitement et l'affect négatif qui ont été trouvés pour entraver les résultats thérapeutiques (46). Étant donné que les individus déprimés ont moins d'espoir (Beck, 1963, 1967; Melges & Bowlby 1969), la dépression peut rendre difficile le maintien d'une attitude positive envers la rééducation (46). Les attentes d'un traitement impactent l'engagement dans la mesure où le résultat prévu n'est pas valorisé (3). Les individus qui signalent un affect négatif, c'est-à-dire la perception d'émotion négative, ont tendance à avoir une plus faible estime de soi et se voir eux-mêmes moins compétents avec une humeur plus négatives (46).

En 2014, les résultats d'une étude montrent un lien potentiel entre l'étiologie de la pathologie, la réponse aux facteurs de motivation extrinsèques et les effets des incitations motivationnelles. L'implication pouvaient varier en fonction de la gravité des lésions cérébrales (6). Un des principaux obstacles à l'engagement est l'altération de la conscience de ses déficits. Dans la mesure où les personnes qui ne reconnaissent pas leur déficience ne sont pas susceptibles de se sentir motivées pour le traitement (31). Une étude en 2016, confirme en explicitant que le déni de la maladie est un obstacle principal (46). De manière générale, une maladie peut réduire sa motivation et par la suite entraver le développement global de l'enfant (14). Les enfants ayant un handicap physique ou un retard moteur peuvent éprouver moins de motivation et moins de persévérance lorsqu'ils s'engagent dans des tâches difficiles (15). Ainsi, la motivation est plus conséquente chez des personnes ayant des capacités fonctionnelles et motrices plus élevées (Majnemer A

et al., 2010) (67). Le manque de motivation est rencontré dans de nombreuses situations. Là où il y a une souffrance, la motivation peut être atteinte dans une ou plusieurs de ses composantes. Dans tous les cas, la motivation est un enjeu crucial à prendre en considération pour la progression et le bien-être des patients². **Les résultats des recherches affirment l'intérêt de créer un outil approprié pour permettre aux cliniciens d'identifier les obstacles au processus et développer des interventions personnalisées pour cibler les obstacles donnés (3).**

6. Outils d'évaluation

6.1. Outil d'évaluation de la motivation

Depuis les vingt dernières années, la motivation est un concept qui a beaucoup évolué. (Dance et al, 1988; Lambert et al, 1992, 1994). Cependant, les recherches portant sur l'impact de la motivation sur l'efficacité thérapeutique ont été sérieusement critiquées quant à certaines faiblesses au niveau des fondements théoriques et à l'absence d'outils de mesure adéquats (Boisvert, 2006) (68). En 2017, des travaux de recherche montrent que les études futures bénéficieront d'une approche standardisée de la mesure de la motivation et suggèrent que le développement d'une telle approche soit une priorité pour les chercheurs et les praticiens (6).

Pour évaluer la motivation, il existe peu d'outils fiables et validés. Ce n'est pas possible de la mesurer directement, il faut donc l'inférer à partir d'observations ou de questions. **Il y a principalement trois possibilités pour mesurer le « quoi » et le « comment » du comportement (8).** Soit, observer le comportement (par exemple : la durée d'un comportement, la fréquence et la persistance de l'action), puis mesurer des indicateurs physiologiques (par exemple « l'activité du cœur pendant le comportement pendant le comportement ») ou **utiliser des questionnaires (par exemple « poser des questions sur la raison d'un comportement, ses centres d'intérêts »).**

Pour évaluer les facteurs de motivation, l'utilisation de questions qualitatives est le plus souvent utilisées et plus facile à comprendre pour l'enfant (5). Cependant, la motivation étant largement implicite et dynamique, la mesure reposant sur l'auto-évaluation est très limitée (9).

En 2017, une revue de littérature s'est intéressée à l'évaluation de la motivation en rééducation. Parmi les études retranscrites, aucune n'a utilisé de mesure valide et fiable pour évaluer ce concept (6). Par exemple, une étude s'est intéressée à l'impact de la réalité virtuelle sur la motivation des patients, avec aucune description de la façon dont les résultats de la motivation ont été obtenus (60). En outre, une échelle visuelle analogique a été utilisée dans deux études (Tatla SK et al., 2014) (69). Une autre étude a cherché à évaluer la motivation de l'enfant à suivre un programme de formation en l'interrogeant comme par exemple : « est-ce que l'enfant veut commencer le programme tous les jours? » (Sjö NM et al., 2010) (70). Les résultats d'une récente revue systématique portant sur les effets des interventions de réadaptation motivationnelle chez les enfants atteints de paralysie cérébrale, montrent que le recours à des mesures de motivation évaluées psychométriquement est inexistant (Tatla SK et al., 2013) (71).

Selon une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire en orthophonie, treize orthophonistes sur les quatorze interrogés disent évaluer la motivation. Ils utilisent des moyens très divers comme la vérification de la connaissance du motif de consultation par le patient, l'observation de son attitude... Pour ce faire, ils s'appuient sur le dialogue avec le patient, tout en étant attentifs à l'attitude de l'enfant (61).

En rééducation il existe cinq outils principaux évaluant la motivation des enfants.

Récemment, le modèle théorique de Deci et Ryan (1985) a été utilisé par Pelletier et ses collègues en 1997 pour développer un questionnaire portant sur la motivation en soin. Le *Client Motivation for Therapy Scale* (CMOTS) est le seul instrument de mesure disponible valide. Il se présente sous forme de questionnaire. L'enfant répond aux items sur une échelle allant de 1 (pas du tout vrai) à 7 (totalement vrai) (Soares L et al., 2012) (72). Toutefois, cet outil est adapté pour une population anglophone seulement. Le but d'une étude récente est de traduire et de vérifier les qualités psychométriques de la version française du CMOTS sous l'appellation de l'Échelle de Motivation du client face à la thérapie (EMCT) (68). L'EMCT comprend vingt-quatre items, six items par sous-échelles, qui correspondent aux différents types de motivation identifiés par Deci et Ryan, interrogeant par exemples les émotions ressenties pendant la thérapie, les attentes du traitement ...(68).

Le *Pediatric Volitional Questionnaire* (PVQ) évalue la façon dont l'enfant interagit avec son environnement (Andersen S et al., 2005) (73). Une grille permet d'observer le comportement volitionnel de l'enfant de deux à sept ans lors de la réalisation d'une activité. La volition se définit comme « *la motivation d'une personne à agir activement sur son environnement* » (73). Le thérapeute peut noter l'expression de la curiosité, l'exploration de la nouveauté, la durée de l'engagement, l'expression de fierté en cas de réussite, la résolution de problème, la recherche de défi...

Ensuite, le *Dimensions of mastery questionnaire* (DMQ) est un questionnaire adressé aux parents et à l'enfant (Miller, 2014) (74). C'est une auto-évaluation reprenant quatre versions en fonction de l'âge. Les dimensions évaluées sont la persévérance cognitive, persévérance dans les activités de motricité, le plaisir, les réactions négatives lors de l'échec et la compétence générale de l'enfant. Chaque dimension est divisée en items que le répondant cote selon une échelle à 5 points « pas du tout typique du comportement de l'enfant » à « tout à fait typique ». On compare la réponse des enfants et des parents. Par exemple l'enfant peut citer « je suis excité quand j'ai réussi », en comparaison avec la réponse des parents : l'enfant « montre l'excitation quand il ou elle a du succès. ». Cette évaluation a une valeur prédictive de l'engagement de l'enfant en rééducation.

Le *Pediatric Motivation Scale for rehabilitation* (PMOT) est recommandé pour évaluer la motivation chez les enfants âgés de 8 à 18 ans en réadaptation. Il comprend six sous-échelles (effort-importance, satisfaction de l'intérêt, compétence, relation, autonomie et utilité) avec un total de 21 items. L'enfant répond avec l'aide d'une échelle de sourire. Les scores élevés dans chaque sous-échelle indiquent que la motivation de l'enfant dans cette sous-section est élevée. Un score total plus élevé indique une motivation intrinsèque importante. De ce point de vue, la balance donne des informations sur le type de motivation et le degré de motivation de l'enfant. Une étude témoigne de l'excellence de fiabilité de l'outil mais les résultats pilotes justifient un développement continu de l'échelle (Tatla SK et al., 2015) (75).

Pour finir, le *Motivation and Engagement Scale* (MES) (Liem GA et al., 2011) (76) est un questionnaire d'auto-évaluation axé sur onze facteurs de motivation et d'engagement (sentiment d'auto-efficacité, persévérance, l'anxiété, sentiment de contrôle, la valeur de l'activité...). Chaque facteur comporte quatre affirmations que l'enfant cote sur une échelle de 1 (pas d'accord du tout) à 7 (totalement d'accord). Il existe six versions différentes : école élémentaire, lycée, université, sport, musique et travail.

Des mesures de motivation psychométriquement robustes sont essentielles pour aider le clinicien à comprendre la prédisposition de l'enfant à la motivation (15). L'évaluation peut faciliter la compréhension de l'étendue des différences individuelles et la mesure dans laquelle la disposition motivationnelle peut évoluer avec le temps (6).

6.2. Outils d'évaluation individualisés centrés sur le patient

Le patient est l'élément central du traitement. Le masseur-kinésithérapeute doit impliquer autant que possible l'enfant à la rééducation. Pour cela, il est nécessaire de connaître ses besoins et ses objectifs pour personnaliser la prise en charge. Une revue de littérature a recensé six outils d'évaluation individualisés utilisés en réadaptation et en psychologie (Donnelly C et al., 2002) (77). Nous en présenterons cinq, un étant spécifique à la polyarthrite rhumatoïde, moins liée à notre projet.

La *Goal Attainment Scaling* (GAS). Elle permet de définir des objectifs individualisés et d'évaluer l'acquisition de ses objectifs individu (77). Selon la Cofemer, la GAS est « une méthode qui permet d'évaluer l'efficacité d'un programme thérapeutique en établissant un index quantitatif des progrès d'un patient. » (Cusick A et al., 2006) (78). Pour cela, la GAS identifie plusieurs niveaux de réussite de l'objectif sur 5 points allant du niveau actuel des capacités du patient (-2), vers le niveau attendu après la thérapie (0) et le niveau maximal espéré (+2). La probabilité d'atteindre un objectif augmente si le GAS est fixé par le patient (Mailloux Z et al., 2007) (79). L'écriture des différents niveaux d'atteintes des objectifs est longue et une formation est incontournable (Bard-Pondarré R et al., 2017) (80). Le temps de remplissage est estimé à vingt minutes²⁰.

Le *Target Complaints*, la méthode des « plaintes ciblées » est à la fois individualisée et centrée sur le patient. La méthode a été normalisée sous la forme d'un entretien afin d'obtenir des plaintes plus claires, plus spécifiques et plus pertinentes au problème. La première étape évalue la gravité du problème au début et à la fin du traitement. L'amélioration étant l'ampleur du changement de gravité (77). La deuxième étape évalue le degré d'amélioration pour chaque plainte sur une échelle de cinq points. Un article de synthèse sur l'outil fait état d'une grande fiabilité et une validité concurrente avec les mesures d'évaluation globales (77). Simplicité et brièveté sont des forces. Il n'existe pas de preuve de son utilisation en rééducation.

²⁰ <https://docplayer.fr/16533830-Gas-goal-attainment-scaling.html>

Le Patient Specific Functional Scale « l'échelle fonctionnelle spécifique au patient ». C'est une mesure d'auto-évaluation censée être plus sensible au changement de comportement que les mesures traditionnelles (77). Le patient identifie jusqu'à cinq activités qu'il est incapable d'exercer en raison de sa blessure (Chatman AB et al., 1997) (81). Pour chaque activité, les patients évaluent leur niveau de difficulté une échelle de 0 (incapacité à exercer une activité) à 10 (capable d'exercer une activité au même niveau qu'avant la blessure ou le problème). Lors de la réévaluation, les patients notent chacune des activités en utilisant la même échelle en onze points. Les études de fiabilité initiales étaient élevées. Il peut être utilisé pour les personnes quel que soit le diagnostic. Il est simple, le temps d'administration moyen serait de 4 minutes (77).

La *Canadian Occupational Performance Measure* « la mesure canadienne du rendement occupationnel ». C'est un outil centré sur le patient, intégrant ses attentes dans son propre environnement (77). Elle repose sur le principe d'un entretien semi-structuré pour permettre à la personne d'identifier ses difficultés. La première phase comprend l'identification du problème par le patient. Chaque problème est noté sur une échelle de 1 (pas important) à 10 (très important) (Dedding C et al., 2004) (82). Il choisit jusqu'à cinq des problèmes les plus importants identifiés. Pour chacun d'entre-deux, le patient note son niveau actuel de performance et la satisfaction sur des échelles allant de 1 (incapable d'exécuter, non satisfait) à 10 (capable d'accomplir, extrêmement satisfait). Les scores sont totalisés à la fois en termes de performance et de satisfaction. Les scores initiaux et de réévaluation sont ensuite comparés et évalués en fonction des changements (82). Le temps de passation est estimé entre trente et quarante minutes²¹. Les professionnels ont indiqué qu'elle était utile pour identifier les problèmes. La force de la COPM réside dans son lien avec la théorie qui permet de guider le projet de soins (77).

Le *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS). L'AMPS évalue les compétences du patient qui ont un impact direct sur les performances. C'est une approche observationnelle unique de l'évaluation de la fonction. Sur une liste de soixante-trois tâches, le patient sélectionne des activités pertinentes et significatives qu'il savait exercer auparavant (Choo SX et al., 2018) (83). Le thérapeute observe ensuite les patients pendant qu'ils effectuent une tâche pour identifier les déficits fonctionnels. Bien que chacune des tâches implique une procédure standard, une certaine flexibilité est autorisée pour que l'évaluation reste semi-individualisée (77). L'outil est constitué de seize items concernant

²¹ <http://www.inlb.qc.ca/professionnels-recherche/recherche/orvis/mcro-fiche-orvis/>

les habiletés motrices (par exemple marcher) et de vingt items concernant les habiletés opératoires (par exemple utiliser le matériel adapté)²². De nombreuses études de validité publiées ont démontré la validité de cette échelle (77).

7. Démarche réflexive

Les thérapeutes éprouvent des difficultés à repérer les sources de motivation d'un enfant. Le repérage des besoins de l'enfant, la co-construction des objectifs de rééducation, la personnalisation de la prise en charge et l'identification des facilitateurs et des obstacles à l'engagement sont des clés connues pour maximiser la motivation et l'engagement de l'enfant en rééducation. Les résultats des recherches affirment l'intérêt de créer un outil approprié pour permettre aux cliniciens d'identifier les freins au processus et développer des interventions personnalisées pour cibler les obstacles donnés (3). Cela nous amène à la question suivante :

Le développement et l'expérimentation d'un outil, incluant le concept d'objectif partagé, peuvent-ils aider à la construction du projet thérapeutique et ainsi améliorer la motivation et l'engagement de l'enfant en rééducation?

Le but de notre recherche est de :

1. Créer un outil qui facilite la relation enfant-thérapeute et la construction du projet thérapeutique centré sur des objectifs co-déterminés. La finalité est d'améliorer la motivation de l'enfant en rééducation en ciblant les facteurs favorisant et les potentiels obstacles à l'engagement de l'enfant en rééducation.
2. Créer un outil qui soit implémentable en pratique clinique pour la majorité des thérapeutes quel que soit le type d'activité.
3. Tester son utilité et la faisabilité en pratique clinique grâce à un retour d'expérience des thérapeutes interrogés avec des questionnaires préétablis.
4. Vérifier que l'outil correspond à nos objectifs initiaux et comparer l'utilisation attendue avec l'utilisation réelle.

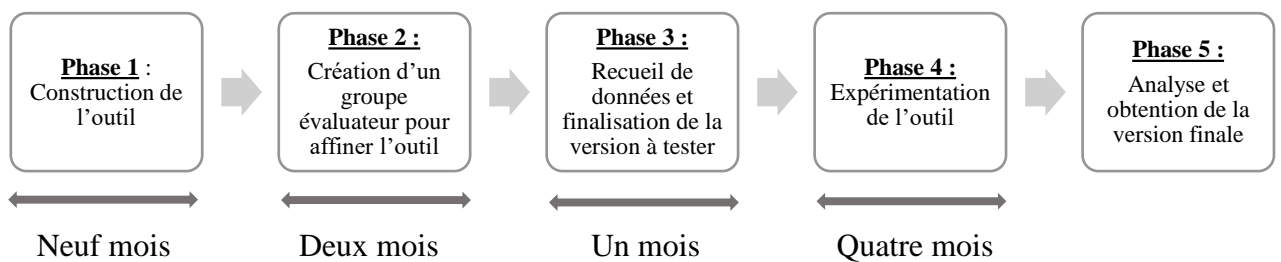
²² <https://www.strokingengine.ca/fr/indepth/revue-detailllee-du-assessment-of-motor-and-process-skills-amps/>

La création de cet outil nous permet d'envisager plusieurs hypothèses de recherche :

- L'outil permettrait de repérer les facteurs de motivation ou de démotivation de l'enfant.
- L'outil permettrait d'augmenter l'engagement de l'enfant en rééducation sur le long terme.
- En ayant une meilleure connaissance de l'enfant et de ses besoins, le masseur-kinésithérapeute pourrait définir des objectifs de rééducation co-déterminés avec l'enfant et personnaliser les moyens à mettre en œuvre.

8. Méthodologie de recherche

La méthodologie de notre projet se divise en cinq grandes étapes :



Notre méthode de recherche se rapproche d'une étude cherchant à déterminer la validité de l'outil « Client Motivation for Therapy Scale », évaluant la motivation de l'enfant face à la thérapie. Les chercheurs ont interrogé un groupe de cinq professionnels avant d'expérimenter l'outil sur 138 enfants. Leur objectif était d'évaluer les propriétés psychométriques de l'outil et de sélectionner les éléments les plus pertinents (Pelletier LG et al., 1997) (84).

8.1. Phase 1 : Construction de l'outil KID'EM

8.1.1. L'évaluation au recto de KID'EM

En septembre 2017, nous avons commencé l'élaboration de l'outil. Nous nous sommes appuyés sur les concepts détaillés dans les parties ci-dessus. En octobre 2017, nous avons listé toutes les questions susceptibles d'optimiser la connaissance de l'enfant et les sources de motivation. Le format des questions est volontairement ouvert pour initier le dialogue. Au fur et à mesure, nous les avons regroupées et nous en avons retenu neuf qui se divisent en deux parties. Trois questions concernent les besoins de l'enfant et six, la connaissance de l'enfant. Au regard de chacune d'elles, nous avons prévu une case dédiée à la réponse de l'enfant et une autre à l'impact sur la rééducation avec les moyens à mettre en œuvre (*Annexe II*). Un encadré est prévu pour définir des objectifs fonctionnels de rééducation. L'outil agit à la fois sur la motivation intrinsèque avec la connaissance de l'enfant et ses besoins et sur la motivation extrinsèque avec l'environnement.

Dans l'élaboration du cahier des charges, nous nous sommes imposés la contrainte de faire un outil simple, implémentable en pratique clinique respectant le format d'une feuille simple A4 recto-verso. Le 15 avril 2018, nous avons modifié le visuel pour le rendre plus attrayant et simple d'utilisation (*Annexe III*).

Le temps estimé pour le remplir se situe entre cinq et dix minutes. Le masseur-kinésithérapeute peut le remplir dès les premières séances de rééducation ou au cours d'un suivi. Cet outil est à destination des enfants de 0 à 18 ans. Nous n'avons pas déterminé une tranche d'âge précise car l'acquisition du langage peut varier en fonction de plusieurs paramètres notamment en fonction de la pathologie de celui-ci. Néanmoins il peut être rempli avec l'aide de la famille. Selon Jean Piaget, psychologue, à partir de sept ans l'enfant a un langage semblable d'un adulte cela ne veut pas dire qu'ils se font comprendre d'emblée mais dès cet âge, ils cherchent à obtenir un échange (85). L'expérimentation de l'outil nous renseignera sur l'âge de l'enfant le plus adapté.

Il se nomme « KID'EM » se prononçant « Kid AIME » pour souligner le lien entre l'enfant, la motivation et le plaisir, le E pour Evaluation et le M pour motivation. KID'EM se divise en deux parties (*Annexe III*).

Une première partie s'intitule « connaissance de l'enfant » (**cadre rose**). Elle est centrée sur l'enfant et ses centres d'intérêts : qui il est, ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas... Les trois dernières questions de ce cadre ciblent la recherche du plaisir en rééducation pour augmenter l'implication de l'enfant. L'item « après un exercice que tu aimes moins, que pourrait-on faire ensemble que tu aimes beaucoup ? » fait référence à la situation d'appel décrite en introduction, avec la notion de contrat passé avec l'enfant. L'idée majeure est d'optimiser la motivation de l'enfant en ayant une meilleure connaissance de celui-ci pour adapter et personnaliser les soins.

Dis moi 3 choses que tu aimes faire

Dis moi 3 choses que tu n'aimes pas faire

Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses plus dans les séances?

Qu'est ce qui ferait que tu t'amuses moins pendant les séances?

Après un exercice que tu aimes moins, que pourrait-on faire ensemble que tu aimes beaucoup?

Figure 3. Partie connaissance de l'enfant dans l'outil KID'EM.

Cet encadré permettra au thérapeute de définir les moyens à mettre en œuvre pour la rééducation (matériels, techniques...) (**cadre mauve**).

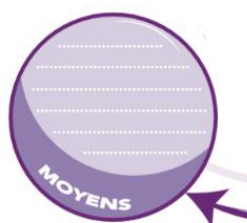


Figure 4. Partie moyens de rééducation dans l'outil KID'EM.

Une autre partie s'intitule « besoins de l'enfant » (**cadre bleu**). A travers les trois questions, nous repérons ce que l'enfant ne peut plus faire, ce qui le gêne dans la vie quotidienne et ce qu'il aimerait faire.

Si tu pouvais tout faire:
qu'aurais tu envie de faire?

Qu'est ce que tu ne peux pas faire?
Cela t'embête-t-il?

Dans quelle(s) situation(s) es tu amené
à bouger beaucoup avec plaisir?

Figure 5: Partie besoin de l'enfant dans l'outil KID'EM.

Cette partie conduira à la définition des objectifs de rééducation (**cadre orange**).

OBJECTIFS

.....

.....

.....

.....

Figure 6: Partie objectifs de rééducation dans l'outil KID'EM.

Un des points clés pour motiver un enfant, est la co-fixation des objectifs. Le modèle des objectifs S.M.A.R.T.²³ se rapprochent des concepts de notre projet et permettent de cadrer la définition des objectifs. C'est-à-dire :

Spécifique : un objectif spécifique n'est pas ambigu, il doit être simple à comprendre, clair, précis et personnalisé au patient et à sa situation.

Mesurable : en regardant la portion mesurable d'un objectif S.M.A.R.T., nous devons être en mesure de comprendre ce que nous devons mesurer pour déterminer si nous avons atteint l'objectif. Un objectif mesurable peut être quantifié ou qualifié.

Acceptable : l'objectif doit être accepté par les enfants et les familles.

Réaliste : l'objectif doit être suffisamment important pour qu'il représente un défi et qu'il soit motivant. Mais il doit être suffisamment raisonnable pour qu'il demeure réalisable afin que les patients acceptent d'y adhérer.

Temporel : l'objectif doit être défini dans le temps. Un patient ne peut pas se motiver s'il ne sait pas quand l'objectif doit être atteint.

²³ Créer des objectifs S.M.A.R.T. : <http://www.strategiemarketingpme.com/strategies/creer-objectifs-s-m-r-t-formule-magique-en-marketing/>

Exemple d'utilisation de KID'EM :

- **Cadre rose** : l'enfant adore le foot et le surf
- **Cadre bleu** : après discussion avec l'enfant et les parents ; ils habitent dans une maison, sa chambre est à l'étage et l'enfant éprouve des difficultés à monter les escaliers.
 - o Pour répondre à la question « *Si tu pouvais tout faire: qu'aurais tu envie de faire ?* »
 - o La réponse serait : « si je pouvais tout faire, j'aurais envie de monter un escalier tout seul ».
- **Cadre orange** : monter un étage sans aide dans un mois
- **Cadre mauve** : un des moyens peut être de travailler l'équilibre unipodal en réalisant des passes avec un ballon si le patient aime le football par exemple ou sur un plateau instable de rééducation pour faire le lien avec le surf.

Pour utiliser KID'EM, nous pensons que l'ordre le plus adapté est dans un premier temps le **cadre rose** (connaissance de l'enfant), **cadre bleu** (ses besoins), **cadre orange** (les objectifs) et enfin le **cadre mauve** (les moyens de rééducation). C'est une préconisation, mais il appartient au thérapeute de l'utiliser dans l'ordre qui lui semble le plus approprié en fonction de l'enfant qui se trouve en face de lui.

8.1.2. La carte conceptuelle au verso de KID'EM

En septembre 2017, nous avons élaboré une carte conceptuelle sur Xmind²⁴, regroupant les obstacles et facteurs favorisant l'engagement de l'enfant en rééducation (*Annexe III*). Nous nous sommes basés sur la littérature, enrichie des résultats des entretiens semi-directifs menés par Ana Ferreira, une psychologue du centre de rééducation de Ty-Yann de Brest. En 2016, elle a interrogé les masseur-kinésithérapeutes spécialisés en pédiatrie de cet établissement afin d'approfondir la notion de motivation et d'engagement de l'enfant en rééducation. Par exemple, elle les questionnait sur les points suivants : « A votre avis, qu'est-ce qui motive le plus les enfants dans leur rééducation ? Quels sont les facteurs positifs ? Quels sont les obstacles ou facteurs négatifs pour les enfants en rééducation ? »

²⁴ Xmind est un outil de brainstorming et de mind mapping pour organiser les idées.

La carte conceptuelle sera placée au verso de KID'EM pour que le professionnel ait devant lui rapidement l'ensemble des facteurs (obstacles et facilitateurs) qui peuvent influencer la participation de l'enfant en rééducation.

8.2. Phase 2 : Création d'un groupe évaluateur

Avant d'expérimenter l'outil en centre de rééducation et en cabinet libéral pédiatrique nous voulons le soumettre à des professionnels pour évaluer le bien-fondé du contenu, sans le tester. Le critère d'inclusion à cette enquête est donc être Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat spécialisé en pédiatrie. Nous avons créé un groupe évaluateur constitué de cinq masseur-kinésithérapeutes experts : trois masseurs-kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral dont un ayant une activité complémentaire en SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) et deux masseurs-kinésithérapeutes en Soins de Suite et de Rééducation pédiatrique à Ty-Yann. Ce groupe avait pour mission de nous faire des retours constructifs sur l'outil. L'objectif était d'amender l'outil en s'appuyant sur l'expérience de ces professionnels.

Le 9 juillet 2018, le cadre général du projet KID EM leur a été présenté. Après avoir obtenu leur consentement, la semaine suivante, nous leur avons précisé leur niveau de contribution à savoir, une lecture critique de KID'EM.

Pour les aider, nous avons joint à ce courriel un guide d'utilisation que nous avons préalablement créé. Ci-dessous la liste des questions que nous leur avons posées à propos de KID'EM :

1. Est-ce que vous pensez qu'il est utile ?
2. Est-ce que les questions sont claires ? Compréhensibles ?
3. Est-ce que vous l'utiliserez en pratique clinique ?
4. Est-ce que vous pensez que cela permettra d'améliorer la connaissance de l'enfant de façon plus systématique ?
5. Est-ce que vous pensez que cela va améliorer la performance/ l'engagement de l'enfant en rééducation ?
6. Que proposeriez-vous pour améliorer l'outil ?

Bien entendu, celles-ci n'étaient pas exhaustives, et nous étions en attente de tous autres commentaires et/ou critiques. Nous avons retenu une forme de questions volontairement ouvertes afin d'obtenir des réponses plus détaillées.

Concernant la carte conceptuelle, nous leur avons proposé de lister les trois facteurs d'engagement qu'ils considèrent être les plus importants et de les classer par ordre de priorité. Puis de rajouter un ou plusieurs facteurs manquants. L'objectif est de pouvoir lister les facteurs qui impactent positivement ou négativement la rééducation pour aider les professionnels à faire adhérer l'enfant. Notre objectif est d'étoffer cette carte grâce au vécu de ces praticiens experts.

Dans cette phase nous avons différencié en deux fichiers KID'EM et la carte conceptuelle pour pouvoir les modifier, sachant qu'à terme ceux-ci ne formeraient qu'un seul document recto verso.

8.3. Phase 3 : Recueil de données et finalisation de la version à tester

La troisième étape consiste à analyser les réponses des cinq professionnels afin de modifier et finaliser l'outil. Nous avons redéfini la version finale de KID'EM avant de la transmettre au groupe expérimentation (*Annexe IV*).

8.4. Phase 4 : Expérimentation de l'outil

Cette phase déterminante consiste à faire tester KID'EM par des masseur-kinésithérapeutes libéraux et salariés spécialisés auprès des enfants. Le critère d'inclusion à cette enquête est le même que précédemment. Nous souhaitons intégrer les différents modes d'exercices d'un masseur-kinésithérapeute pour avoir un échantillon varié et représentatif de la réalité (libéral, Soins de Suite et de Réadaptation, Centre d'Action Médico-Social Précoce, Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile, Institut d'Education Motrice...). Il n'y a pas de critère d'inclusion ou d'exclusion au sujet des enfants. Ils sont tous éligibles quel que soit l'âge et la pathologie de celui-ci.

Le 27 août 2018 nous avons contacté quatre-vingt-quinze thérapeutes spécialisés en Bretagne, en s'aidant des réseaux comme l'Association de Kinésithérapie Pédiatrique Bretonne (AKPB). Nous voulions interroger des thérapeutes différents du premier groupe. La participation se fait sur la base du volontariat. Le consentement a été recueilli avant l'expérimentation. Pour faciliter leur adhésion, nous expliquions que l'outil a été conçu pour être facile d'utilisation et le temps dédié à l'étude devrait être parfaitement intégrable dans une pratique courante.

Le rôle de ce groupe est multiple. Ils ont testé l'outil avec cinq enfants chacun. Nous leurs avons laissé le libre choix de l'enfant, en précisant qu'idéalement il faudrait le tester avec deux nouvelles entrées. Pour les enfants ne pouvant pas s'exprimer, l'outil peut être enrichi avec l'aide de la famille. Les masseurs-kinésithérapeutes avaient le choix d'inclure ou d'exclure les parents pour construire les objectifs de rééducation.

Nous avons choisi de questionner les thérapeutes via un questionnaire. Il permet d'obtenir un plus grand nombre de réponses que des entretiens puisqu'il est facilement diffusable, anonyme, et relativement court. Il a été élaboré sur internet via Google Form, pour recevoir automatiquement les résultats en temps réel. Il présente également l'avantage d'accorder une facilitation du traitement des résultats en rendant l'analyse statistique ultérieure plus aisée. Ils devaient répondre à deux questionnaires d'évaluation sur l'outil.

Un premier questionnaire qui fait suite à l'utilisation de l'outil avec chaque enfant (*Annexe V*). Il est organisé en deux parties. Une concerne le profil du patient (sexe, âge, pathologie), l'autre, l'expérimentation elle-même comprenant cinq questions :

1. A quel moment de la prise en charge avez-vous utilisé l'outil ?
2. Est-ce que vous pensez qu'il a été utile avec cet enfant ?
3. A quel point KID'EM a été facile d'utilisation ?
4. Est-ce que cet outil vous a permis de repérer les facteurs de motivation et de démotivation de cet enfant ?

Un deuxième questionnaire était à remplir après la participation des cinq enfants (*Annexe V*). Ce retour d'expérience évalue de manière générale l'outil. Il se divise en deux parties. La première concerne des renseignements sur le profil du professionnel (sexe, âge, expérience professionnelle en pédiatrie et le nombre d'enfants vus dans la semaine) et la deuxième, sa perception de l'expérimentation au travers ses quatre questions :

1. A quel point vous le recommanderiez en pratique clinique ?
2. Est-ce que vous pensez que cela va améliorer la performance/l'engagement de l'enfant en rééducation ?
3. Après cette expérience, est ce que pensez qu'il existe un profil d'enfant plus adapté à cet outil ?
4. Que proposeriez-vous pour améliorer l'outil ?

Les réponses aux questions sont le plus souvent binaires « oui »/ « non », ou à choix multiples. Ces dernières sont également appelées échelles de Likert. Un choix de quatre réponses était proposé pour chaque item : « pas du tout », « un peu », « moyennement », et « beaucoup ». Les réponses étaient codées de 1 à 4, avec le 1 représentant « pas du tout ».

Le 8 octobre 2018, KID'EM, les deux questionnaires d'évaluation et le guide d'utilisation (*Annexe VI*) ont été diffusés à vingt thérapeutes, ce qui représente une expérimentation de l'outil sur cent enfants. Au vu d'un manque de réactivité, le 3 décembre 2018, nous avons inclus cinquante masseur-kinésithérapeutes spécialisés en pédiatrie supplémentaires, sur un réseau national. Une date de retour a été fixée au 15 février 2019. Bien qu'un nombre d'enfants soit difficiles à établir pour ce type d'étude, nous nous étions fixés un minimum de cinquante enfants pour avoir des résultats exploitables.

8.5. Phase 5 : Analyse et obtention de la version finale

La dernière étape consiste à analyser les réponses de l'expérimentation de KID'EM sur cinquante enfants afin de le finaliser. Deux évaluateurs indépendants ont évalué la cohérence du contenu de l'outil en aveugle l'un de l'autre. L'objectif étant de comparer l'utilisation attendue de KID'EM par rapport à l'utilisation réelle qui en a été faite.

9. Recueil de données

9.1. Phase 2 : Groupe évaluateur

9.1.1. KID'EM

Les réponses des professionnels sont détaillées en *annexe VII*. Les cinq masseurs-kinésithérapeutes, libéraux et/ou salariés, affirment l'utilité de KID'EM. L'outil semble répondre à un besoin clinique, pour « *aider les professionnels à les sortir d'une impasse relationnelle, pour une meilleure efficacité de traitement* », pour « *améliorer la vitesse à laquelle on fait connaissance avec l'enfant et mieux visualiser ses attentes* » et permet de « *créer une relation plus équilibrée, l'enfant aura une meilleure compréhension du travail que l'on fait et donc un meilleur engagement* ». Les cinq thérapeutes pensent que KID'EM permettra d'améliorer la connaissance de l'enfant de façon plus systématique et l'engagement en rééducation.

Les questions semblent claires et compréhensibles pour les tous thérapeutes mais certaines questions sont « *peut-être parfois trop ouvertes* » (cité par un seul thérapeute).

A la question « est-ce que vous utiliserez l'outil en pratique clinique », les cinq thérapeutes répondent positivement, mais trois thérapeutes ont souligné qu'ils n'utiliseraient peut-être pas l'outil avec tous les enfants : « *quand il est difficile d'imaginer le pronostic à long terme* », « *si l'engagement de l'enfant est bon* », en fonction de « *l'âge* », « *la pathologie* », et « *le niveau cognitif* » de ceux-ci. Cela nous amène à la problématique suivante : existe-il un profil d'enfant plus adapté à KID'EM ?

Les principaux axes d'améliorations de l'outil rapportés par les thérapeutes sont : rajouter à l'arrière de KID'EM une flèche avec au bout l'objectif principal et les sous objectifs pour suivre l'évolution de l'enfant ; rajouter une question sur l'activité avec les frères et sœurs ; créer un jeu de carte à jouer, avec une carte par objectif ; rajouter une question sur le stress de l'enfant « *est-ce que tu as peur de quelque chose?* ». Cette question permet de « *créer une proximité et une intimité entre le thérapeute et l'enfant pour favoriser l'échange et le partenariat* ».

Ainsi nous avons modifié l'outil de la façon suivante :

- Inverser l'ordre des deux parties principales. Nous avons trouvé plus logique de commencer par la partie « connaissance de l'enfant » pour savoir qui il est et de poursuivre par ses besoins pour repérer ce qu'il ne peut plus faire, ce qui le gêne dans la vie quotidienne et ce qu'il aimerait faire.
- Rajouter un encadré pour le nom et prénom de l'enfant.
- Rajouter une question « as-tu peur de quelque chose? »

9.1.2. Carte conceptuelle

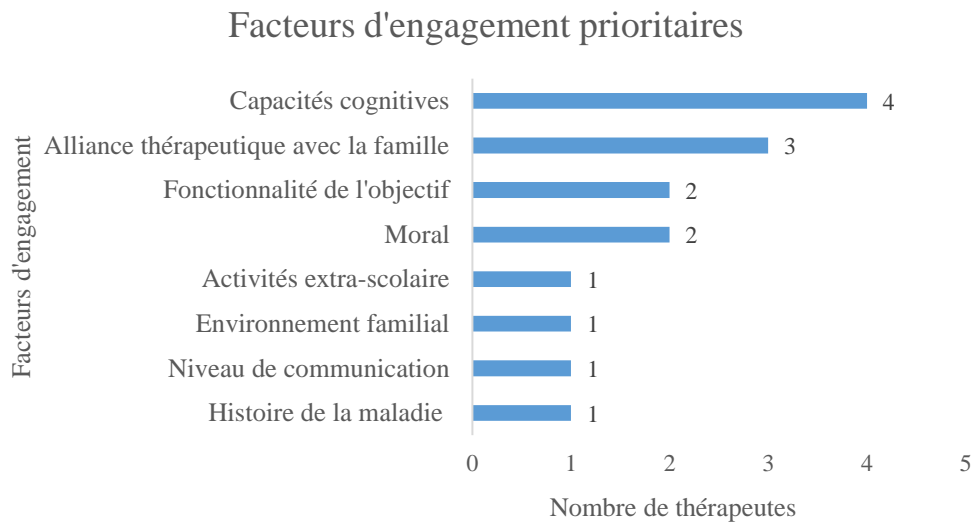


Figure 7: Diagramme regroupant les facteurs d'engagement prioritaires rapportés par les thérapeutes.

Les trois facteurs d'engagement les plus importants en rééducation sont les capacités cognitives (80%), l'alliance thérapeutique avec la famille (60%) et la fonctionnalité de l'objectif (40%). La liste exhaustive des facteurs est détaillée dans le diagramme ci-dessus.

La carte conceptuelle a été enrichie avec les propositions des thérapeutes : objectif de l'enfant, douleurs, conscience des déficits, activités extra-scolaire (sportives et culturelles), environnement en rééducation (qualités des installations, équipement, lien avec d'autres patients, caractéristiques motivationnelles des interventions, humeur et motivation du professionnel).

Nous avons redéfini son rôle. Lors de l'entretien avec l'enfant, le masseur-kinésithérapeute peut repérer les potentiels obstacles et facilitateurs à son engagement, en remplissant les deux cases suivante (au verso de KID'EM, sous la carte conceptuelle) :



Figure 8: Partie obstacles et facilitateurs rajoutée au verso de KID'EM.

9.2. Phase 4 : Groupe expérimentation

9.2.1. Populations

L'expérimentation de KID'EM a été menée sur cinquante enfants (Moyenne = 11.1 ans, Ecart-type = 3.1, Minimum = 1.5, Maximum = 17) avec un sex ratio de 1.

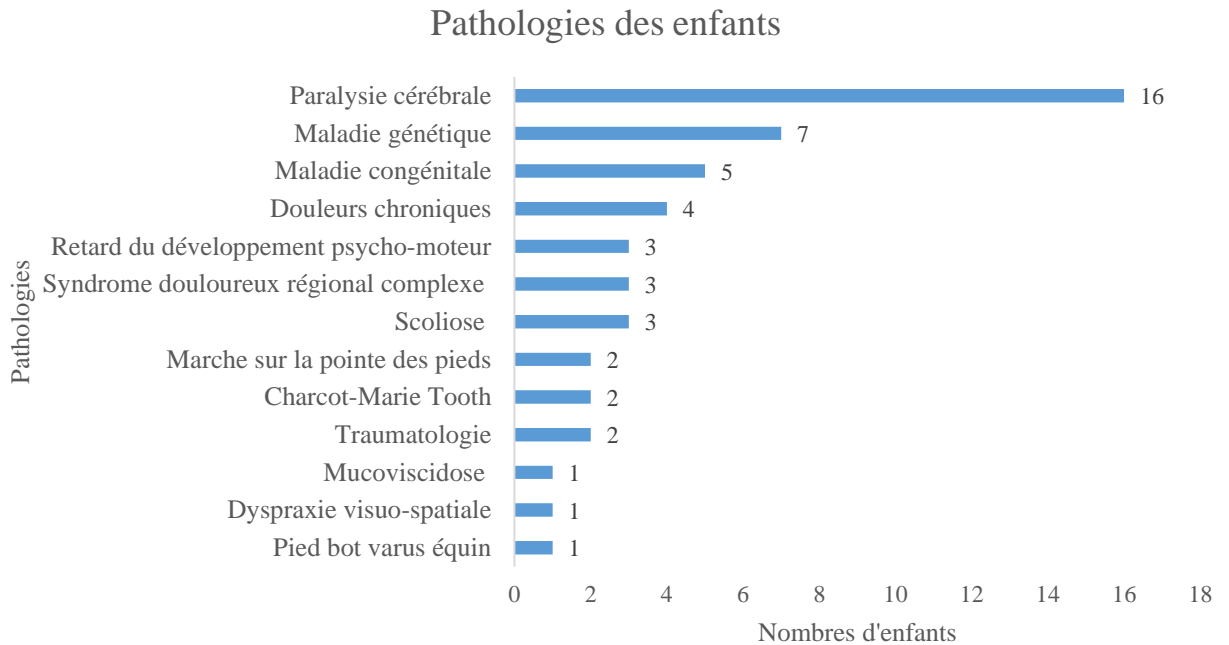


Figure 9: Diagramme regroupant les pathologies des cinquante enfants avec qui KID'EM a été utilisé.

Les principales pathologies retrouvées sont la paralysie cérébrale (32%), une maladie génétique (14%), une maladie congénitale (10%) et des douleurs chroniques (8%). La liste exhaustive des pathologies est détaillée dans le diagramme ci-dessus.

Treize masseurs-kinésithérapeutes spécialisés en pédiatrie ont expérimenté KID'EM, dont cinq hommes et huit femmes (Moyenne = 37 ans, Médiane = 34, Ecart-type = 7.67, Minimum = 28, Maximum = 53). Ils exercent pour 46% d'entre eux en cabinet libéral, 54% en structure de soins de suite et de réadaptation pédiatrique dont 7% en centre d'action médico-sociale précoce. L'expérience moyenne en pédiatrie des thérapeutes participants se situe autour de huit ans et six mois, allant d'un an à vingt ans d'expérience. Le nombre d'enfants vus par semaine pour les professionnels interrogés est de vingt-sept en moyenne.

9.2.2. Questionnaire 1 : expérimentation KID'EM avec chaque enfant

Pour 78% des enfants, KID'EM a été évalué comme utile par les 13 masseurs-kinésithérapeutes. Pour 8% et 14 % des enfants, KID'EM a été estimé respectivement comme non utile et non adapté. A la question « à quel point KID'EM a été facile d'utilisation ? », 54% des thérapeutes ont trouvé l'outil moyennement facile d'utilisation et 34% très facile.

KID'EM a été utilisé pour 38% pendant la première séance avec l'enfant et 62% en cours de prise en charge. Lors de la première séance avec le patient, 68% des thérapeutes ont trouvé KID'EM utile alors que 84% des évaluations en cours de prise en charge ont été évalué « utile ». Par exemple, lors de cet échange initial, l'outil permet « *d'améliorer la vitesse à laquelle on peut faire connaissance avec l'enfant* » mais aussi « *l'outil est plus difficile à réaliser et moins judicieux et pertinent en bilan initial. C'est dans ce contexte qu'il m'a le moins apporté d'aide* ». L'utilité de KID'EM a été valorisé dans le cas d'un bilan intermédiaire de prise en charge pour « *redéfinir de nouveaux objectifs de rééducation et pour stimuler l'engagement du patient sur le long terme* ».

Pour quarante-neuf enfants sur cinquante, KID'EM a permis de repérer les facteurs de motivation et de démotivation de l'enfant, allant de « un peu » à « beaucoup », et plus précisément pour quarante enfants les affirmations se situent entre « moyennement » et « beaucoup ». Ce résultat consolide une de nos hypothèses « l'outil permettrait de repérer les facteurs de motivation ou de démotivation de l'enfant ». Dans une situation unique, l'outil n'a pas aidé le thérapeute à repérer ses facteurs, par exemple, le cas d'une patiente âgée de deux ans atteint d'une maladie génétique. Elle ne communiquait pas, de ce fait les réponses étaient amenées par les parents. Lors d'une première séance, 53% des professionnels ont affirmé que l'outil leur a permis de « beaucoup » repérer les facteurs de motivation de l'enfant et 46% lors d'un suivi.

9.2.3. Contenu de KID'EM

Un tableau en annexe VIII retranscrit le contenu principal de KID'EM rempli par les masseurs-kinésithérapeutes. Nos attendus étaient qu'à travers la connaissance et les besoins de l'enfant, le thérapeute puisse définir des objectifs co-déterminés avec l'enfant et définisse des moyens de rééducation adaptés et individualisés. Nous pouvons évoquer une boucle entre les éléments.

Nous avons reçu quarante-cinq KID'EM sur cinquante, avec un taux de remplissage de 98% pour les besoins, les objectifs et les moyens et un taux de 87% pour les obstacles et les facilitateurs. Ce taux confirme la comptabilité d'une utilisation en pratique clinique. Nous retrouvons une cohérence de 73% entre les besoins exprimés par l'enfant et l'objectif mis en place. Cependant le contenu de KID'EM révèle la difficulté de mettre en place des objectifs SMART, car 27% des objectifs définis respectaient les cinq critères SMART. Sur l'ensemble des objectifs fixés, 50% sont spécifiques, 67% sont mesurables et 39% sont temporellement définis. Nous remarquons une incohérence de 49% entre les moyens de rééducation mis en place et les éléments que l'enfant a pu citer dans la partie besoins et connaissance.

Par exemple, un enfant a cité avoir envie « *d'être plus habile avec ses mains pour faire un puzzle* ». Nous pouvons supposer que le puzzle est une activité significative et motivante pour lui. Ainsi, nous aurions pu imaginer que le puzzle est un des moyens de rééducation envisageable, mais ce n'était pas le cas. A l'inverse, pendant un échange, un enfant a fait part au professionnel de son besoin de faire du foot. Un des objectifs mis en place est « *enchaîner 10 passes de foot debout sans aide dans 3 mois* » avec comme moyens le « *travail des transferts d'appui sur plan instable, l'appui unipodal (pied sur un ballon), parcours avec conduite de balles variées* ». Nous remarquons que le professionnel a intégré le ballon de foot dans les moyens pouvant potentiellement favoriser la motivation et l'engagement de l'enfant à atteindre les résultats fonctionnels.

9.2.4. Questionnaire 2 : évaluation final de KID'EM

Après avoir expérimenté KID'EM sur cinq enfants, chaque professionnel a évalué la pertinence de l'outil. Sur treize masseurs-kinésithérapeutes, six recommandent moyennement KID'EM en pratique clinique et cinq le recommandent beaucoup. Il a été expérimenté autant de fois en libéral qu'en structure. Une professionnelle ayant une activité mixte confirme l'utilité dans ses deux lieux d'exercice. Un masseur-kinésithérapeute libéral témoigne « *j'ai trouvé ton bilan facile de prise en main. Il a un réel plus dans le fait que l'enfant cite et identifie ce qu'il aime et ce qu'il déteste, ce qui pour nous permet d'utiliser ces points forts et faibles au cours de la prise en charge* ». Un masseur-kinésithérapeute salarié témoigne que « *c'est un outil qui nous manque actuellement dans le service* ».

A la question « est-ce que vous pensez que l'outil va améliorer la performance/l'engagement de l'enfant en rééducation ? », douze thérapeutes ont répondu positivement allant de « un peu » à « beaucoup », dont dix affirmations se situent entre moyennement et beaucoup. Ce résultat conforte une de nos hypothèses « l'outil permettrait d'augmenter l'engagement de l'enfant en rééducation sur le long terme ».

Profil des enfants plus adapté à KID'EM

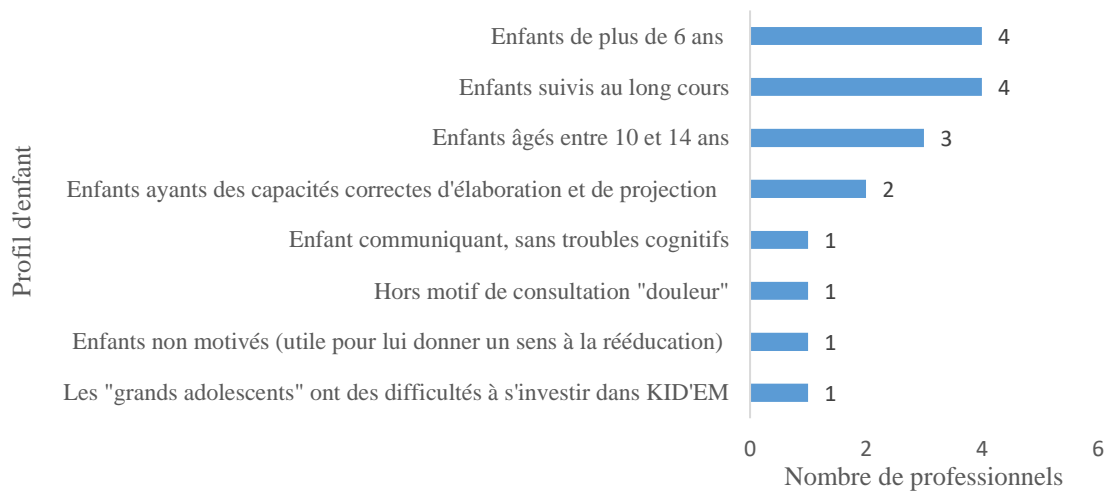


Figure 10 : Diagramme regroupant le profil des enfants plus adapté à KID'EM.

Tous les professionnels confirment l'existence d'un profil d'enfants plus adapté à KID'EM. C'est-à-dire pour les enfants de plus de six ans, plus précisément entre dix et quatorze ans, et suivis sur le long terme. La liste exhaustive est détaillée dans le diagramme ci-dessus.

A la question « que proposeriez-vous pour améliorer l'outil ? », les axes d'amélioration principaux sont : « la question sur la peur ne semble pas aidant pour repérer les moyens de rééducation » (cité par deux thérapeutes), « les objectifs SMART sont difficiles à faire émerger pour le professionnel et l'enfant en dessous de huit ans » (deux thérapeutes), « les questions dans la partie « besoin de l'enfant » sont redondantes » (deux thérapeutes), « difficile de répondre aux questions « que pourrais-je faire pour que tu t'amuses plus/moins pendant les séances ? » en début de prise en charge » (quatre thérapeutes) et certaines « questions sont très larges » (trois thérapeutes), « on manque d'éléments pour guider l'enfant dans ses choix et sa réflexion », « il faudrait orienter les questions sur les situations vécues en rééducation ou dans la vie quotidienne » (deux thérapeutes).

Les principales forces de l'outil citées par les thérapeutes sont : « *l'outil m'a permis d'améliorer notre relation patient/soignant* », « *le moment passé à échanger avec l'enfant pour remplir le document m'a permis de mieux la connaître et d'établir une relation de complicité que nous n'aurions peut-être pas eu autrement* », « *l'outil est intéressant pour définir le projet thérapeutique avec l'enfant un contrat définit ensemble pour donner du sens à la rééducation* ». Lors d'une utilisation en cours de prise en charge, l'outil a permis aux thérapeutes de « *prendre du recul sur les séances, de refaire le point sur les objectifs de la rééducation, la pathologie, l'intérêt des séances... Les enfants étaient ravis de voir que je remettais en question ma pratique en leur faisant ce questionnaire. Ils ont trouvé ça très intéressant !* »

10. Analyse – discussion

KID'EM a été évalué comme utile pour 78% des enfants et ce, en particulier, en cours de prise en charge plutôt qu'en bilan initial. Parmi les treize masseurs-kinésithérapeutes interrogés, 10 le recommandent en pratique clinique et pensent qu'il va améliorer la performance et l'engagement de l'enfant en rééducation. Pour 40 enfants sur 50, les thérapeutes ont affirmé que l'outil leur avaient permis de repérer les facteurs de motivation et de démotivation de l'enfant. KID'EM a donc été rapporté majoritairement utile et semble compatible avec l'activité d'un masseur-kinésithérapeute. L'outil semble plus adapté pour les enfants de 6 à 14 ans, suivi au long cours et sans déficience intellectuelle. Cependant, l'utilisation attendue de KID'EM a été partiellement différente de l'utilisation réelle qui en a été faite. Une des limites est la difficulté à établir des objectifs selon le principe S.M.A.R.T. La formulation des questions de KID'EM peut être améliorée à partir des remarques faites par les thérapeutes.

L'utilité et les limites de KID'EM, ainsi que sa place parmi les outils comparables existants dans la littérature et le décalage entre les attendus et l'utilisation réelle qui en a été faite, seront les thèmes abordés en discussion. Les axes d'amélioration de l'outil et les limites de ce projet seront évoqués pour clôturer cette partie.

11.1. Utilité et limites de KID'EM

11.1.1. Profil des utilisateurs

KID'EM semble aussi utile en cabinet libéral et/ou en structure, quel que soit le profil et l'expérience du masseur-kinésithérapeute. Le profil des enfants rapporté comme le plus adapté à l'outil sont les enfants de 6 à 14 ans, suivis sur le long cours et sans déficience intellectuelle.

L'âge de l'enfant est le premier facteur influençant l'utilité de l'outil. Il est plus aisé de l'utiliser avec des enfants ayant des capacités correctes d'élaboration et de projection notamment pour définir les besoins et les objectifs de rééducation. 14% des professionnels interrogés ne voulaient pas conclure de l'inutilité de l'outil mais plutôt qu'il était « *moins adapté* » pour les enfants de moins de trois ans. Dans ces situations, les réponses étaient faites par les parents. Ne pouvant pas communiquer avec l'enfant, les thérapeutes interrogés ne pouvaient pas conclure sur la motivation et l'engagement de celui-ci. En 2018, une revue de littérature certifie que **l'absence de communication est un obstacle majeur à l'engagement du patient** (66). Une seconde étude affirme qu'à partir de cinq ans, les enfants sont en mesure de discriminer les tâches et d'évaluer s'ils sont capables d'exécuter chaque tâche avec compétence (41). La légitimité du point de vue de l'enfant en tant qu'informateur fiable de ses performances est controversée. Ses besoins forment la base de l'outil et du projet thérapeutique. Ses dernières années, le constat était que souvent les jeunes enfants ne sont pas capables de s'auto-évaluer, mais des recherches récentes remettent en question cette hypothèse (41). **La plupart des modèles contemporains suggèrent que la capacité des enfants à analyser leurs compétences et leurs besoins commence à l'âge de six ans environ** (Horn et Weiss, 1991) (41), **confirmant l'utilité majeure de KID'EM à partir de 6 ans.**

Les résultats de l'expérimentation sont encourageants quel que soit la pathologie de l'enfant. Les enfants avec une pathologie chronique s'avèrent cependant plus adaptés à KID'EM. Le suivi sur le long terme est un second critère influençant l'utilité. La paralysie cérébrale en est le parfait exemple. La littérature constate une augmentation de la prévalence des maladies chroniques (1) et cette tendance ne fera que s'accroître appuyant la nécessité d'utiliser des outils comme KID'EM. Le retour d'expérience des thérapeutes interrogés affirme que « *KID'EM est un outil qui permet de rendre l'enfant acteur de ses soins* ». Le principe « d'enfant acteur » est essentiel pour traiter durablement les pathologies chroniques.

L'expérimentation de l'outil témoigne qu'il a été non utile avec 8% des enfants. Ces situations sont différentes sur tous les points, quel que soit l'âge de l'enfant, sa pathologie, le moment d'utilisation de l'outil, l'expérience du thérapeute et son type d'exercice. Les différents objectifs de KID'EM ne sont pas forcément tous atteints pour chaque situation. Par exemple, pour un enfant de huit ans présentant des troubles cognitifs, l'outil n'a pas été utile pour définir les objectifs de rééducation mais il a été très utile pour repérer ses facteurs de motivation et de démotivation. Les déficiences intellectuelles, tel que les troubles cognitifs représentent le dernier critère agissant sur l'utilité de KID'EM. Selon Lequerica AH et Kortte K, les déficiences cognitives peuvent avoir une influence sur l'intention et la participation entraînant des difficultés à envisager les possibilités futures de leurs actions. Ses enfants ont plus de difficultés à comprendre leurs déficits et ainsi ils peuvent avoir plus de difficultés à répondre à KID'EM. **Selon plusieurs études, les déficiences cognitives ont entraîné des difficultés pour mettre en place les objectifs de rééducation** (47). Les troubles cognitifs ont également un impact sur la motivation autodéterminée. Le contrôle cognitif est responsable de la planification, du suivi des performances et de l'évaluation des résultats (9). Ce contrôle est une stratégie d'adaptation indispensable pour moduler la motivation (9). Ainsi, aucune motivation ne peut être maintenue sans apprentissage et mémoire (9). A terme, l'engagement de ces patients est plus difficile à obtenir nécessitant probablement des approches spécifiques.

11.1.2. KID'EM : à quel moment de la prise en charge ?

En début de prise en charge, KID'EM permet « *d'améliorer la vitesse à laquelle on peut faire connaissance avec l'enfant* », « *d'établir une relation de complicité* » et de « *définir le projet thérapeutique avec l'enfant* ». Ce retour d'expérience renforce une de nos hypothèses « en ayant une meilleure connaissance de l'enfant et de ses besoins, le masseur-kinésithérapeute pourrait définir des objectifs de rééducation co-déterminés avec l'enfant et personnaliser les moyens à mettre en œuvre ».

Le repérage des facteurs de motivation de l'enfant est légèrement supérieur lors d'une première séance plutôt qu'au cours d'un suivi. Cependant, il semble nécessaire de connaître un minimum l'enfant pour remplir les obstacles et les facilitateurs. KID'EM est un outil de communication, il doit être réalisé en complément d'un bilan diagnostique kinésithérapique.

L'utilité de KID'EM a été rapportée lors de son utilisation en cours de prise en charge, notamment pour prendre du recul et faire une « évaluation » de la situation. L'effet sur la motivation est réel car le patient va percevoir l'écart avec son bilan initial. Pendant cet échange, l'enfant peut exprimer les situations qu'il maîtrise ou au contraire ce qui le gêne au quotidien. Il peut évaluer ses capacités et poser un jugement sur ses actions. C'est grâce à cela que le patient va se faire confiance, renforcer l'estime qu'il a de lui-même, et se rassurer sur sa capacité et à réussir (7). Cette prise de recul sur la situation va renforcer la motivation du patient à condition que le thérapeute communique et argumente son évolution (7). KID'EM peut être considéré comme un support au dialogue favorisant la communication entre l'enfant et le thérapeute.

Les professionnels, expriment que « *toutes les questions sont judicieuses mais peut-être pas au même moment de la prise en charge* ». Un masseur-kinésithérapeute propose de créer deux KID'EM : un pour le bilan initial et un autre pour le suivi de prise en charge.

11.2. Lien avec les outils décrits dans la littérature

Nous nous sommes questionné sur la place de KID'EM parmi les outils similaires : Goal Attainment Scaling (GAS), Canadian Occupational Performance Measure (COPM) et Solution-Focused-Coaching in Pediatric Rehabilitation (SF-PEDS).

Tableau 1. Synthèse des outils similaires à KID'EM décrits dans la littérature.

	Objectifs	Limites	Temps de passation	Formation
GAS	Aider à l'élaboration d'objectifs individualisés selon le principe S.M.A.R.T. Evaluer l'efficacité d'un programme thérapeutique en établissant un index quantitatif des progrès d'un patient (-2/0/+2).	L'écriture des différents niveaux d'atteintes des objectifs est chronophage.	20 minutes	Une formation est incontournable

COPM	Identifier les problématiques du patient en termes de performance et satisfaction sur une échelle de 0 à 10.	Les objectifs ne respectent pas le principe SMART. Objectivement le temps de passation.	30-40 minutes	Une formation spécifique est nécessaire pour administrer l'outil de manière fiable et valide
SF-PEDS	Analyser les besoins de l'enfant aboutissant à la construction de solutions individualisées et la co-création des objectifs.	Le temps de passation.	90 minutes	Aucune formation n'est indiquée.
KID'EM	Outil de communication qui facilite la relation enfant-thérapeute et la construction du projet thérapeutique. Co-création d'objectifs de rééducation à partir de la connaissance de l'enfant. Repérage des facteurs favorisant et les potentiels obstacles à l'engagement de l'enfant en rééducation à partir d'une carte conceptuelle.	Les objectifs SMART sont difficiles à définir. L'outil n'est pas aussi complet qu'un entretien de 90 minutes (connaissance superficielle de l'enfant)	5-10 minutes	Les thérapeutes doivent être sensibilisés à la méthode SMART.

Un thérapeute interrogé dans notre étude nous a fait part de la complémentarité de l'outil Goal Attainment Scaling (GAS) avec KID'EM. Il témoigne que « *les questions de KID'EM sont très larges et qu'il est donc plus difficile à orienter sur l'aspect vie quotidienne* » par rapport à la GAS. Cette échelle favorise la participation et la communication entre le patient et le professionnel. La GAS est la seule échelle à pouvoir évaluer l'effet du traitement quand il y'a une hétérogénéité des parents et des objectifs²⁵. Peu d'études adhèrent à la définition stricte de cette échelle (77). La personnalisation de la prise en charge à travers l'échange avec l'enfant et la mise en place d'objectifs SMART sont deux critères similaires de KID'EM. Cependant, KID'EM ne réalise pas d'évaluation pondérée des objectifs.

²⁵ Goal Attainment Scaling : http://fr.scale-library.com/gas_log.php

Le « Canadian Occupational Performance Measure » a pour objectif d'individualiser la thérapie et de la cibler sur les besoins du patient²⁶. Ces deux critères sont semblables à KID'EM. Néanmoins, le COPM n'utilise pas le principe SMART pour définir les objectifs de rééducation.

Le « Solution-Focused-Coaching in Pediatric Rehabilitation » se présente sous la forme de grille d'entretien avec des questions ouvertes. La construction et la finalité de l'outil sont très proches de KID'EM. Cependant cet entretien nécessite quatre-vingt-dix minutes, ce qui est peu compatible avec l'activité d'un masseur-kinésithérapeute. KID'EM a pu s'intégrer dans cette activité pendant la phase d'expérimentation. L'ensemble des questions repose sur une feuille simple recto/verso de format A4 facilement joignable avec le dossier papier du patient.

L'objectif de faire un outil rapide et facile d'utilisation est partiellement réussi car pour un enfant sur deux, les thérapeutes ont trouvé KID'EM moyennement facile d'utilisation. En outre, KID'EM semble plus facile d'utilisation que des grilles d'entretiens complexes comme le « Solution-Focused-Coaching in Pediatric Rehabilitation ». Le temps estimé pour remplir KID'EM est de cinq à dix minutes. La rapidité d'utilisation engendre une connaissance de l'enfant superficielle, moins approfondie.

Par rapport aux outils comparables existants dans la littérature, KID'EM semble être l'outil le plus simple à mettre en place en routine. Aucun des trois outils existants ne s'intéresse aux obstacles et facilitateurs à l'engagement. Une étude récente affirme pourtant l'impact positif de l'engagement sur les résultats thérapeutiques et l'importance de développer des outils prenant en compte cette variable dans la pratique future (Mayhew E et al., 2018) (86).

11.3. Décalage entre les attendus et l'utilisation réelle : problématique des objectifs SMART ?

Un programme de rééducation axé sur un objectif est une exigence pour une prise en charge réussie (60). La définition des objectifs de rééducation a été complexe pour les thérapeutes avec seulement 27% des objectifs qui respectaient les cinq critères SMART. Une étude affirme qu'une façon d'évaluer et de quantifier un objectif est de respecter le principe SMART. (40). Le principe des objectifs SMART peut paraître laborieux mais

²⁶ <http://www.thecopm.ca/>

est réellement pertinent. Il peut être compris par l'ensemble des professionnels de santé, facilitant la communication pluri-professionnelle.

La finalité cherchée en rééducation est d'améliorer la participation de l'enfant. Pour cela, un objectif doit être réaliste pour encourager l'enfant et ambitieux pour représenter un défi. La mise en place de challenge, de défis progressifs et des situations de compétition sont des critères stimulant la motivation (61). La thérapie peut être trop répétitive pour les enfants, un objectif ambitieux et attirant permet de mettre en place un défi pour rendre l'activité plus attrayante (5).

Dans la littérature, il n'existe aucune échelle capable de regrouper l'ensemble des problématiques et besoins de tous les individus d'où l'utilité de construire des objectifs individualisés (40). Une étude menée en 2012 a démontré que des élèves ayant reçu un objectif précis de mot à apprendre étaient plus performants que ceux ayant reçu une consigne vague²⁷. **La spécificité d'un objectif est un critère respecté pour un objectif sur deux avec KID'EM.** L'inclusion de l'enfant dans la mise en place du projet de soin est essentielle pour spécifier un objectif. Law et Mills affirment que les patients détiennent les informations les plus importantes sur leurs besoins et devraient être encouragés à faire des choix et à définir leurs problèmes (41). Or, en 2011 une revue de littérature affirme que **l'inclusion des patients dans l'établissement d'objectifs est rare**, dans le cas d'une population d'adulte ayant subi un accident vasculaire cérébral (49). Les objectifs sont souvent prescrits par le thérapeute ou par les parents (41). Les parents peuvent être pris comme expert pour définir les objectifs (78). Une des difficultés rencontrée est que les parents et les enfants sont souvent en désaccord par rapport au choix d'une tâche spécifique sur laquelle il faut intervenir en priorité (41). L'établissement des objectifs diffère s'ils sont définis entre l'enfant et le thérapeute, plutôt qu'entre le trio enfant-thérapeute-famille. Avec KID'EM, les parents ont davantage aidé le thérapeute à repérer les facteurs de motivation de l'enfant et plutôt qu'à définir les objectifs de rééducation. De plus, une divergence entre les souhaits du patients et le jugement du professionnel sur la réalisabilité de l'objectif est un facteur limitant la définition des objectifs SMART (49). **Un des obstacles principaux à l'engagement est le déni de la maladie.** Si les enfants ou la famille n'ont pas conscience des déficits, le thérapeute va se retrouver dans une impasse thérapeutique pour définir les objectifs.

²⁷ Principe SMART : <https://www.leader-blogueur.com/methode-smart/>

Il est parfois difficile de savoir quand l'objectif sera atteint, pour les pathologies dégénératives, chroniques, évoluant par poussées... Cet élément se traduit en pratique clinique car **seul 39% des objectifs mis en place avec KID'EM respectent une limite temporelle.**

Une étude a évalué la qualité des objectifs SMART fixés en centre de rééducation pédiatrique. Sur quarante-deux enfants dont vingt-deux ayant une paralysie cérébrale, tous les objectifs étaient spécifiques, réalistes et temporellement définis, 75% des objectifs étaient mesurables, et 80% des objectifs étaient atteignables (Bexelius A et al., 2018) (87). A la différence avec KID'EM, les thérapeutes étaient sensibilisés et formés au préalable à la détermination des objectifs SMART. En effet, le processus d'identification et de hiérarchisation des objectifs est assez abstrait. Les auteurs de l'outil COPM ont exigé que pour tout outil de mesure, il est important que le thérapeute reçoive la formation spécifique nécessaire pour administrer l'outil de manière fiable et valide²⁸. Une étude témoigne que les thérapeutes semblent avoir un répertoire limité de méthodes pour faciliter la fixation d'objectifs (41).

Des chercheurs proposent de simplifier le concept SMART. Ils suggèrent que les grilles de définition des objectifs doivent mieux refléter la problématique du patient et que les objectifs devraient être spécifiques, ambitieux et limités dans le temps (Playford et al., 2009) (49). Ces dernières rubriques pourraient être plus appropriées pour la réhabilitation des patients présentant des troubles cognitifs par exemple, par rapport aux objectifs SMART traditionnels (49).

11.4. Axe d'amélioration

11.4.1. Modification du contenu de KID'EM

Après l'expérimentation de l'outil, l'évolution nécessaire concerne la formulation et la suppression des questions. Un thérapeute témoigne *« j'ai trouvé cet outil moins judicieux et pertinent en bilan initial. C'est dans ce contexte qu'il m'a le moins apporté d'aide »*. En effet, trois questions sont moins adaptées à ce contexte : *« Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses plus pendant les séances ? »*, *« Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses moins pendant les séances ? »*, et *« Après un exercice que tu aimes moins, que pourrait-on faire ensemble que tu aimes beaucoup ? »*. La majorité du temps, les enfants

²⁸ <http://www.thecopm.ca/learn/>

débutent dans le milieu de la rééducation et n'ont pas conscience de sa finalité. La dernière question est redondante par rapport aux deux premières. Cependant, quand KID'EM a été utilisé en cours de prise en charge, les trois questions citées ci-dessus, ont été très pertinentes. Par exemple, un enfant a pu exprimer son mécontentement quand il a réalisé des étirements et la satisfaction quand le masseur-kinésithérapeute a intégré des jeux de ballon. Grâce à ce questionnaire le thérapeute peut anticiper l'organisation des séances de rééducation. En pratique, arrêter les étirements n'est pas la solution mais plutôt essayer d'en réaliser avec des ballons ou proposer un exercice avec des ballons à la suite pour impliquer le patient. Ces questions sont utiles pour définir les moyens de rééducation.

L'ajout de la question « est-ce que tu sais pourquoi tu viens en rééducation ? » en première intention dans la partie « connaissance de l'enfant » peut être une solution pour l'utilisation de KID'EM en début de prise en charge. Le rôle éducatif du masseur-kinésithérapeute prend tout son sens. Sachant que, le déni de la maladie est un obstacle majeur à l'engagement, à travers cette interrogation, le thérapeute évalue la conscience des troubles et les connaissances sur la maladie. De plus, un patient ne peut pas s'impliquer dans un projet de soins s'il ignore le contenu. Le professionnel peut également expliquer à l'enfant l'intérêt de la prise en charge, les enjeux et l'organisation des séances à venir, illustrée avec des exemples pour permettre à l'enfant de répondre aux questions de KID'EM. Avec l'ajout de cette question, le professionnel peut d'emblée évaluer l'état d'esprit de l'enfant et connaître les sources de sa motivation si par exemple, une contrainte extérieure l'incite à venir, témoignant une motivation extrinsèque.

La partie sur les besoins de l'enfant est composée actuellement de trois questions « si tu pouvais tout faire, qu'aurais-tu envie de faire ? », « qu'est que tu ne peux pas faire ? » et « dans quelle situation est-tu amené à bouger beaucoup avec plaisir ? ». La dernière question semble difficile à comprendre pour les enfants et n'apporte pas d'élément important pour définir le projet thérapeutique. Les deux premières questions sont redondantes. La première s'avère abstraite à la lecture du contenu de KID'EM remplis par les professionnels. Certaines réponses ne coïncident pas avec les attendus. **Insister uniquement sur ce que l'enfant ne peut plus faire semble pertinent avec la question suivante « Qu'est que tu ne peux pas faire ? ».** Cette question permet d'aider le professionnel à définir un objectif de rééducation spécifique. Law et al. (1996) ont souligné l'importance d'interroger les patients sur leur perception de leur capacité à

effectuer des tâches fonctionnelles dans des environnements particuliers (41). Intégrer l'environnement écologique de la personne permet de personnaliser la prise en charge. **Un programme de rééducation axé sur un objectif et une tâche spécifique sont une autre exigence pour une prise en charge réussie** (60). Une étude justifie le besoin de créer des outils centrés sur les tâches et les contextes dans lesquels l'enfant est censé les exécuter (Coster, 1998) (41).

Pour un enfant sur deux l'outil, a été moyennement facile d'utilisation. Un professionnel exprime « *on manque d'éléments pour guider l'enfant dans ses choix et sa réflexion* ». Néanmoins, un masseur-kinésithérapeute a ressenti la même difficulté mais a trouvé une solution pour orienter les réponses de l'enfant « *les enfants de moins de douze ans et les grands adolescents ont des difficultés à s'investir dans le questionnaire, je leur ai donc donné des exemples pour les aider à trouver des activités qui leur plaisaient* ». L'analyse du contenu des KID'EM remplis par les professionnels montre que certaines questions sont trop ouvertes et sont ainsi moins pertinentes. Les réponses de l'enfant n'étaient pas adaptées aux questions. Par exemple, **la question sur la peur ne semble pas très aidante pour définir les moyens. Il serait plus judicieux de la reformuler en précisant la peur que l'enfant a pu rencontrer pendant un exercice proposé en kinésithérapie**. Le format des questions ouvertes sera conservé, mais elles seront orientées vers la rééducation. Une étude affirme l'intérêt des questions ouvertes avec les enfants pour les encourager à partager leurs expériences (Creswell, 2007) (37).

L'expérimentation de KID'EM a permis de retenir les questions utiles pour en faire un outil simple, facilement utilisable en pratique clinique.

Un encadré sera rajouté pour la pathologie de l'enfant et la date de passation de l'outil.

L'acronyme SMART est actuellement composé des critères Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporel. **Le critère « attirant » remplacera « atteignable » qui est trop similaire du critère « réaliste »**. Un moyen d'augmenter la participation de l'enfant à atteindre son objectif est de le rendre attirant. Tout objectif trop difficile, trop facile, non défini dans le temps et non attirant pour l'enfant entrainera une baisse de motivation (23).

Tableau 2. Synthèse des modifications de KID'EM après l'expérimentation de l'outil.

Partie de KID'EM	Avant	Après
Connaissance de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> -Dis mois 3 choses que tu aimes faire. -Dis mois 3 choses que tu n'aimes pas faire. Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses plus dans les séances ? -Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses moins pendant dans les séances ? -As-tu peur de quelque chose ? -Après un exercice que tu aimes moins, que pourrait-on faire ensemble que tu aimes beaucoup ? 	<ul style="list-style-type: none"> -Est-ce que tu sais pourquoi tu viens en rééducation ? -Dis mois 3 choses que tu aimes faire. -Dis mois 3 choses que tu n'aimes pas faire. -Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses plus pendant les séances ? -Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses moins pendant dans les séances ? -As-tu peur des séances de kiné ?
Besoins de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> -Si tu pouvais tout faire : qu'aurais-tu envie de faire ? -Qu'est que tu ne peux pas faire ? cela t'embête-il ? -Dans quelle (s) situation (s) es-tu amené à bouger beaucoup avec plaisir ? 	<ul style="list-style-type: none"> -Qu'est que tu ne peux pas faire ? cela t'embête-il ?
Acronyme SMART	<ul style="list-style-type: none"> Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste Temporel 	<ul style="list-style-type: none"> Spécifique Mesurable Attirant Réaliste Temporel
Encadré d'identification	<ul style="list-style-type: none"> Prénom Nom 	<ul style="list-style-type: none"> Prénom Nom Pathologie Date de passation

11.4.2. Perspectives d'évolution du contenu de KID'EM

Une perspective d'évolution de l'outil serait de **créer un jeu de carte** annexé à KID'EM. Une carte représenterait un objectif de rééducation et l'enfant bénéficierait de cette carte quand l'objectif serait atteint. Une étude certifie que le principe de récompense (ici la carte) représente le facteur de motivation principal (9). La finalité est de collectionner le plus de cartes et de rendre plus ludique la mise en place des objectifs. Récemment, la littérature s'est interrogée sur la place du jeu en rééducation et comment il peut favoriser l'engagement de l'enfant (6). L'attitude ludique favorise la création d'une

relation de confiance entre le professionnel et l'enfant (13). Les individus engagent plus d'effort dans ce qu'ils font lorsque c'est agréable, avec un jeu par exemple (13). « *En nous motivant par la perspective du plaisir, le jeu nous invite à participer* » (Arènes MJ et al., 2015) (88). Par cette citation, l'auteur évoque le jeu comme une activité signifiante, et à l'origine d'une motivation intrinsèque chez l'enfant. Il crée de l'intérêt pour des situations en faisant découvrir à l'enfant le plaisir d'agir en dépit de ces déficiences (Ferland, 1998) (89). Ainsi, ce jeu de carte, annexé à KID'EM pourrait accroître la motivation et l'engagement de l'enfant de façon durable.

Un thérapeute exprime l'intérêt de faire un outil simple pour faciliter une utilisation régulière et une intégration dans la pratique courante. En restant sur le concept des objectifs de rééducation, une autre perspective d'évolution serait de **rajouter au verso de KID'EM une flèche, avec au bout l'objectif principal de rééducation**. Sur cette flèche, le thérapeute définirait un ou deux sous objectifs en respectant le principe SMART. La finalité est de suivre l'évolution vers l'objectif principal, comme un « biofeedback à mi-chemin ». Un professionnel s'appuie sur son expérience pour justifier un tel principe. Il témoigne « *quand je prends en charge des adolescents douloureux chroniques, sur une période de quatre semaines de rééducation intensive, j'ai l'habitude de définir un objectif toutes les semaines pour nous permettre d'atteindre l'objectif principal. Cela les stimule chaque semaine sans perdre l'objectif en vue* ». Cette idée rejoint une des définitions de la motivation qui est « *le désir de se maîtriser et de relever des défis* »²⁹. Sachant que la motivation est considérée comme un état provisoire (7), la représentation des objectifs sur cette flèche semble être un moyen visuel intéressant pour stimuler la motivation de l'enfant.

11.4.3. Perspective d'évolution du thème

Une de nos hypothèses était « l'outil permettrait d'augmenter l'engagement de l'enfant en rééducation sur le long terme ». Après l'expérimentation de KID'EM, 92% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés pensent qu'il va améliorer la performance et l'engagement de l'enfant en rééducation, de « un peu » à « beaucoup ». La durée du maintien de l'engagement reste une interrogation à ce jour.

²⁹ Les 101 théories de la motivation : <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article45>

A la fin de ce travail, une nouvelle hypothèse à tester pourrait être envisagée : KID'EM permet de maintenir l'engagement de l'enfant en rééducation dans le temps. La mise en place d'un essai contrôlé randomisé en comparant deux groupes permettrait de répondre à la problématique. Un groupe de thérapeutes utiliserait KID'EM et un second groupe réaliserait une prise en charge traditionnelle sans l'outil. L'objectif serait d'analyser l'impact de KID'EM sur l'engagement du patient. Une échelle, Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale pourrait être utilisée. Elle évalue l'engagement en rééducation en observant le comportement du patient sur cinq items : le niveau de présence aux séances de thérapie, l'attitude du patient vers sa thérapie, le besoin d'incitations verbales ou physiques à faciliter l'initiation ou le maintien de l'engagement dans la séance, la reconnaissance de la nécessité du traitement par le patient et le niveau de participation active du patient au traitement (46). C'est une mesure valide et fiable de l'engagement liée aux résultats fonctionnels à moyen terme (50).

De plus, les concepts de motivation détaillés dans ce mémoire sont applicables également chez l'adulte (90) et pour tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. L'expérimentation de KID'EM avec une population adulte pourrait être une perspective d'évolution envisageable. Des adaptations seraient potentiellement à prévoir mais l'objectif initial reste inchangé.

11.3. Limites

L'inclusion d'un plus grand nombre de masseurs-kinésithérapeutes nous permettrait de mieux cibler les attentes des professionnels et de prévoir les axes d'amélioration de l'outil. Un des biais concerne la sélection des professionnels. Nous avons envoyé un premier courriel aux thérapeutes spécialisés en pédiatrie. Ainsi, seul les masseurs-kinésithérapeutes intéressés par le projet ont répondu positivement et ont reçu KID'EM pour l'expérimenter. Nous n'avons donc pas l'avis des autres professionnels spécialisés peut-être « moins motivés ».

Nous avons été limités par le manque de réactivité de certains thérapeutes, malgré de nombreuses relances. Les professionnels nous ont pourtant valorisé ce projet en expliquant que la motivation était un « *sujet intéressant et d'actualité* ». De nombreux thérapeutes ont accepté de tester l'outil mais après l'envoi du deuxième courriel d'explication et l'outil, nous n'avions plus de nouvelles. Nous nous attendions à obtenir cent cinquante réponses mi-novembre. Notre demande n'était peut-être pas compatible

avec l'activité d'un professionnel. Nous aurions peut-être dû envisager qu'un thérapeute expérimente l'outil avec un seul enfant et non avec cinq. Laisser le choix aux thérapeutes était une solution envisageable car certains d'entre eux, très motivés par le sujet, nous ont renvoyé les questionnaires très rapidement. Le choix de la période pour tester l'outil n'était peut-être pas optimal, pendant les vacances scolaires, certains professionnels ne sont pas disponibles et les enfants peuvent bénéficier d'une période de répit.

11. Projection professionnelle future

Mener une action sur des fondamentaux de ma pratique professionnelle future, notamment la prise en charge personnalisée, la recherche de sources de motivation chez l'enfant et l'identification des facteurs d'engagement à la rééducation, a été pour moi une véritable richesse. Une réelle opportunité d'appréhender ce métier par la recherche de propositions innovantes dans la prise en charge de l'enfant. Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a amené à développer un esprit critique par le lien avec les articles scientifiques, et enrichir mes capacités de rigueur et d'organisation pour respecter le planning des actions. L'autre fait majeur de cette expérience a été l'importance de concevoir un projet en m'appuyant à la fois sur les articles scientifiques, l'expérience des professionnels, l'expertise de mon Directeur de mémoire enseignant chercheur référent en pédiatrie et enfin, l'apport de mes stages.

La pratique chez l'enfant est un domaine qui m'a toujours interpellée. Elle possède des domaines d'activités variés nécessitant différents champs de compétence. Le choix de mon stage de fin d'étude s'est porté vers une structure libérale pluri-professionnelle dont une thérapeute est spécialisée en pédiatrie. Ce fut une opportunité de pouvoir mettre en pratique l'outil KID'EM afin de forger mon avis de manière significative et continuer à développer l'outil en m'appuyant sur ma propre expérience. La thérapeute me propose d'ailleurs de poursuivre ce travail d'évolution après l'obtention du diplôme en travaillant avec elle. KID'EM sera présenté pour la première fois en conférence en octobre 2019 lors du congrès de la Société Française de Médecine physique Et de Réadaptation (SOFMER).

La motivation est le moteur des activités humaines. Les concepts détaillés dans ce mémoire sont applicables quel que soit l'âge du patient (90). C'est ainsi que je pourrais tenter de transposer ce travail à une population adulte dans une pratique future.

12. Conclusion

La motivation est un facteur essentiel pour maintenir l'adhésion de l'enfant au projet thérapeutique. La co-construction des objectifs de rééducation, l'identification des facilitateurs, des obstacles à l'engagement sont des éléments clés pour maximiser la participation des enfants. Le développement et l'expérimentation d'un outil, incluant le concept d'objectifs partagés, peuvent-ils aider à la construction du projet thérapeutique et améliorer la motivation et l'engagement de l'enfant en rééducation ? Cinq masseurs-kinésithérapeutes ont évalué le bien-fondé du contenu de l'outil avant qu'il soit testé sur un groupe de cinquante enfants par différents praticiens. L'expérimentation a permis de montrer ses forces et faiblesses, ainsi que des axes d'amélioration. Son développement répond à l'objectif de faciliter la communication entre l'enfant et le thérapeute, et favoriser la co-construction du projet thérapeutique dans la plupart des cas. La personnalisation de la prise en charge permet de rendre l'enfant acteur de ses soins. KID'EM semble être un outil utile et compatible à l'exercice d'un masseur-kinésithérapeute. Il est recommandé en pratique clinique par la majorité des thérapeutes interrogés. Cependant, l'utilisation attendue est différente de l'utilisation réelle qui en a été faite. Une des limites soulignées est la difficulté à établir des objectifs de rééducation selon le principe SMART. KID'EM ne peut pas répondre aux besoins de tous les thérapeutes. L'inclusion d'un plus grand nombre de professionnels nous permettrait de mieux cibler les attentes et les axes d'amélioration de l'outil.

Le travail sur la motivation se poursuit et doit encore progresser. Les évolutions technologiques du 21^{ème} siècle vont aussi apporter leurs concours à son développement. Des recherches approfondies associées à des connaissances cliniques, ont déjà permis la mise au point d'une application CPtoys™, conçue spécifiquement pour les professionnels et les familles³⁰. Les thérapeutes et les parents entrent simplement quelques variables clés concernant l'enfant, dont l'objectif thérapeutique. CPtoys™ fournit alors une liste de jouets personnalisés pour motiver l'enfant à atteindre son objectif au cours de la prise en charge rééducative.

³⁰ CPtoys app : <https://appadvice.com/app/cptoys-app/848634752>

Bibliographie

1. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique (Bucur)*. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
2. McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy*. mars 2015;101(1):1-12.
3. Lequerica AH, Kortte K. Therapeutic engagement: a proposed model of engagement in medical rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*. mai 2010;89(5):415-22.
4. Boosman H, Visser-Meily JMA, Winkens I, van Heugten CM. Clinicians' views on learning in brain injury rehabilitation. *Brain Inj*. juin 2013;27(6):685-8.
5. Meyns P, Roman de Mettelinghe T, van der Spank J, Coussens M, Van Waelvelde H. Motivation in pediatric motor rehabilitation: A systematic search of the literature using the self-determination theory as a conceptual framework. *Dev Neurorehabilitation*. 9 mars 2017;1-20.
6. Tatla SK, Sauve K, Jarus T, Virji-Babul N, Holsti L. The effects of motivating interventions on rehabilitation outcomes in children and youth with acquired brain injuries: A systematic review. *Brain Inj*. juill 2014;28(8):1022-35.
7. Wr Miller. *Motivation et éducation thérapeutique*. 2004;2:4.
8. Guido H.E. *Gendola et ses assistants. Le concept de la motivation : définition et histoire*, 354 p.
9. Kim S-I. Neuroscientific model of motivational process. *Front Psychol*. 2013;4:98.
10. Aubert N, Amoureux G. *Diriger et motiver: art et pratique du management*. Paris: Eyrolles; 2009.
11. Emin S, Philippart P. David Clarence McClelland. *La motivation de l'entrepreneur*. In 2015.
12. Marc Bungert. *Les effets de la motivation sur les apprentissages liés à la manipulation du sentiment de liberté* : 1-4.
13. Noël E. *Utilisation du jeu en rééducation adulte et motivation du patient*. 2017:77.
14. Huang H-H, Sun T-H, Lin C-I, Chen Y-R. Contextual Factors and Mastery Motivation in Young Children with and without Cerebral Palsy: A Systematic Review. *Front Pediatr*. 2017;5:224.
15. Miller L, Ziviani J, Boyd RN. A systematic review of clinimetric properties of measurements of motivation for children aged 5-16 years with a physical disability or motor delay. *Phys Occup Ther Pediatr*. févr 2014;34(1):90-111.

16. Duclos G. La motivation scolaire. :9.
17. Théorie de l'auto-détermination de Decy et Ryan :3.
18. Brau-Antony S, Bride J, Briere-Guenoun F, Fernandes E, Gréhaigne J-F, Grosstephan V, et al. Réussir l'écrit 2 du CAPEPS. 2017.
19. Deci EL, Ryan RM. Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Can Psychol Can.* févr 2008;49(1):24-34.
20. Heutte J. La part du collectif dans la motivation et son impact sur le bien-être comme médiateur de la réussite des étudiants :292.
21. Rondier M. L'orientation scolaire et professionnelle, 33/3 | 2004. *Orientat Sc Prof.* 2004;3.
22. Hardy M-C. Liens entre motivation, sentiment d'efficacité personnelle et environnement familial dans l'apprentissage de l'orthographe. :38.
23. Motivation et apprentissage. 2011;4.
24. Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis: INPES; 2010.
25. Iguane J. Éducation thérapeutique du patient : vers une démarche raisonnée. *Revue des maladies respiratoires.* 2005;22(3):539-540.
26. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques - facilitating behaviour change in the general practice setting. *Aust Fam Physician.* sept 2012;41(9):660-7.
27. Parekh K, Benningfield M, Burrows H, Fleming A, Golden WC, Keeley M, et al. Motivational Advising Workshop: Utilizing Motivational Interviewing Theory to Facilitate and Engage Intrinsic Motivation to Change Learners' Behavior. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour.* 18 sept 2018;14:10751.
28. Haute Autorité en Santé. Démarche centrée sur le patient. Mai 2015 : 1-8
29. Labey Antoine. Soignant - soigné, des relations à cultiver, *Kiné actualité*, n°1277, Avril 2012.
30. Laconi S, Cailhol L, Pourcel L, Thalamas C, Lapeyre-Mestre M, Chabrol H. [Relationship between defense mechanism and therapeutic alliance]. *L'Encephale.* oct 2015;41(5):429-34.
31. Medley AR, Powell T. Motivational Interviewing to promote self-awareness and engagement in rehabilitation following acquired brain injury: A conceptual review. *Neuropsychol Rehabil.* août 2010;20(4):481-508.
32. Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 30 2017;17(1):375.

33. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Sante Publique (Bucur)*. 27 mars 2018;Vol. 30(1):73-81.
34. Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. New York: Guilford Press; 2008. 210 p. (Applications of motivational interviewing).
35. Caldwell KL, Gray J, Wolever RQ. The Process of Patient Empowerment in Integrative Health Coaching: How Does it Happen? *Glob Adv Health Med*. mai 2013;2(3):48-57.
36. Schwellnus H, King G, Thompson L. Client-centred coaching in the paediatric health professions: a critical scoping review. *Disabil Rehabil*. 2015;37(15):1305-15.
37. King G, Schwellnus H, Servais M, Baldwin P. Solution-Focused Coaching in Pediatric Rehabilitation: Investigating Transformative Experiences and Outcomes for Families. *Phys Occup Ther Pediatr*. 23 oct 2017;1-17.
38. Baldwin P, King G, Evans J, McDougall S, Tucker MA, Servais M. Solution-focused coaching in pediatric rehabilitation: an integrated model for practice. *Phys Occup Ther Pediatr*. nov 2013;33(4):467-83.
39. Rouillard, L. (2009). *Goals and Goal Setting : Achieve Measurable Results*. Rochester, NY : Axzo Press.
40. Roumenoff DF. Evaluation des objectifs : la GAS (Goal attainment scaling). 2014;32.
41. Missiuna C, Pollock N. Perceived efficacy and goal setting in young children. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother*. avr 2000;67(2):101-9.
42. Deci EL, Ryan RM. The « What » and « Why » of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychol Inq*. oct 2000;11(4):227-68.
43. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ*. 28 oct 2000;321(7268):1051-4.
44. Holliday RC, Ballinger C, Playford ED. Goal setting in neurological rehabilitation: patients' perspectives. *Disabil Rehabil*. 15 mars 2007;29(5):389-94.
45. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.
46. Ramanathan-Elion DM, McWhorter JW, Wegener ST, Bechtold KT. The role of psychological facilitators and barriers to therapeutic engagement in acute, inpatient rehabilitation. *Rehabil Psychol*. 2016;61(3):277-87.
47. Ylvisaker M, McPherson K, Kayes N, Pellett E. Metaphoric identity mapping: facilitating goal setting and engagement in rehabilitation after traumatic brain injury. *Neuropsychol Rehabil*. déc 2008;18(5-6):713-41.

48. Bouquier PJ-J. Du droit du consentement au droit au refus de soins. :11.
49. Hunt AW, Le Dorze G, Trentham B, Polatajko HJ, Dawson DR. Elucidating a Goal-Setting Continuum in Brain Injury Rehabilitation. *Qual Health Res.* août 2015;25(8):1044-55.
50. Kortte KB, Falk LD, Castillo RC, Johnson-Greene D, Wegener ST. The Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale: development and psychometric properties. *Arch Phys Med Rehabil.* juill 2007;88(7):877-84.
51. Vansteenkiste M, Simons J, Lens W, Soenens B, Matos L. Examining the motivational impact of intrinsic versus extrinsic goal framing and autonomy-supportive versus internally controlling communication style on early adolescents' academic achievement. *Child Dev.* avr 2005;76(2):483-501.
52. Field DA, Miller WC, Jarus T, Ryan SE, Roxborough L. Important elements of measuring participation for children who need or use power mobility: a modified Delphi survey. *Dev Med Child Neurol.* juin 2015;57(6):556-63.
53. Paillé P. Engagement organisationnel et modes d'identification. Dimensions conceptuelle et empirique. *Bull Psychol.* 2005;Numéro 480(6):705.
54. Adair B, Ullenhag A, Rosenbaum P, Granlund M, Keen D Imms C. Measures used to quantify participation in childhood disability and their alignment with the family of participation-related constructs: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2018 Nov;60(11):1101-1116.
55. Anaby D, Mercerat C, Tremblay S. Enhancing Youth Participation Using the PREP Intervention: Parents' Perspectives. *Int J Environ Res Public Health.* 02 2017;14(9).
56. Association Française contre les Myopathies. Myoline. Savoir et comprendre. 2002(63):1-4.
57. Anzules C. L'art-thérapie : l'expression de soi autrement. *Rev Médicale Suisse.* 2012;3.
58. Cordova DI, Lepper MR. Cordova DI, Lepper MR. Intrinsic Motivation and the Process of Learning: Beneficial Effects of Contextualization, Personalization, and Choice. *Journal of Educational Psychology* 1996, Vol. 88, No. 4, 715-730. :16.
59. Anaby DR, Law M, Feldman D, Majnemer A, Avery L. The effectiveness of the Pathways and Resources for Engagement and Participation (PREP) intervention: improving participation of adolescents with physical disabilities. *Dev Med Child Neurol.* 2018;60(5):513-9.
60. Wille D, Eng K, Holper L, Chevrier E, Hauser Y, Kiper D, et al. Virtual reality-based paediatric interactive therapy system (PITS) for improvement of arm and hand function in children with motor impairment—a pilot study. *Dev Neurorehabilitation.* janv 2009;12(1):44-52.

61. Emilie Kugler, Marina Claudon. La motivation de l'enfant dans le prise en charge orthophonique [Mémoire Ecole d'Orthophonie Lorraine]. Nancy: Université Henri Poincaré Faculté de Médecine; 2011.
62. Maclean N, Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Soc Sci Med* 1982. févr 2000;50(4):495-506.
63. King G, Currie M, Bartlett DJ, Gilpin M, Willoughby C, Tucker MA, et al. The development of expertise in pediatric rehabilitation therapists: changes in approach, self-knowledge, and use of enabling and customizing strategies. *Dev Neurorehabilitation*. sept 2007;10(3):223-40.
64. An M, Palisano RJ. Family-professional collaboration in pediatric rehabilitation: a practice model. *Disabil Rehabil*. 2014;36(5):434-40.
65. Danzl MM, Etter NM, Andreatta RD, Kitzman PH. Facilitating neurorehabilitation through principles of engagement. *J Allied Health*. 2012;41(1):35-41.
66. Grandpierre V, Milloy V, Sikora L, Fitzpatrick E, Thomas R, Potter B. Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 15 2018;18(1):23.
67. Majnemer A, Shevell M, Law M, Poulin C, Rosenbaum P. Level of motivation in mastering challenging tasks in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. déc 2010;52(12):1120-6.
68. Boisvert N. Validation de l'Échelle de Motivation du Client face à la Thérapie (EMCT), version française du Client Motivation for Therapy Scale. Chicoutimi: Université du Québec à Chicoutimi; 2006.
69. Tatla SK, Radomski A, Cheung J, Maron M, Jarus T. Wii-habilitation as balance therapy for children with acquired brain injury. *Dev Neurorehabilitation*. févr 2014;17(1):1-15.
70. Sjö NM, Spellerberg S, Weidner S, Kihlgren M. Training of attention and memory deficits in children with acquired brain injury. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. févr 2010;99(2):230-6.
71. Tatla SK, Sauve K, Virji-Babul N, Holsti L, Butler C, Van Der Loos HFM. Evidence for outcomes of motivational rehabilitation interventions for children and adolescents with cerebral palsy: an American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine systematic review. *Dev Med Child Neurol*. juill 2013;55(7):593-601.
72. Soares L, Oliveira F, Lemos MS, Lucas CV, Botella L, Corbella S. Motivation for Therapy: An Important Ingredient to Change? *Rev Psicol IMED*. 30 juin 2012;4(1):640-8.
73. Susan Andersen, Gary Kielhofner & Jin-Shei Lai (2005) An Examination of the Measurement Properties of the Pediatric Volitional Questionnaire, *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 25:1-2, 39-57.

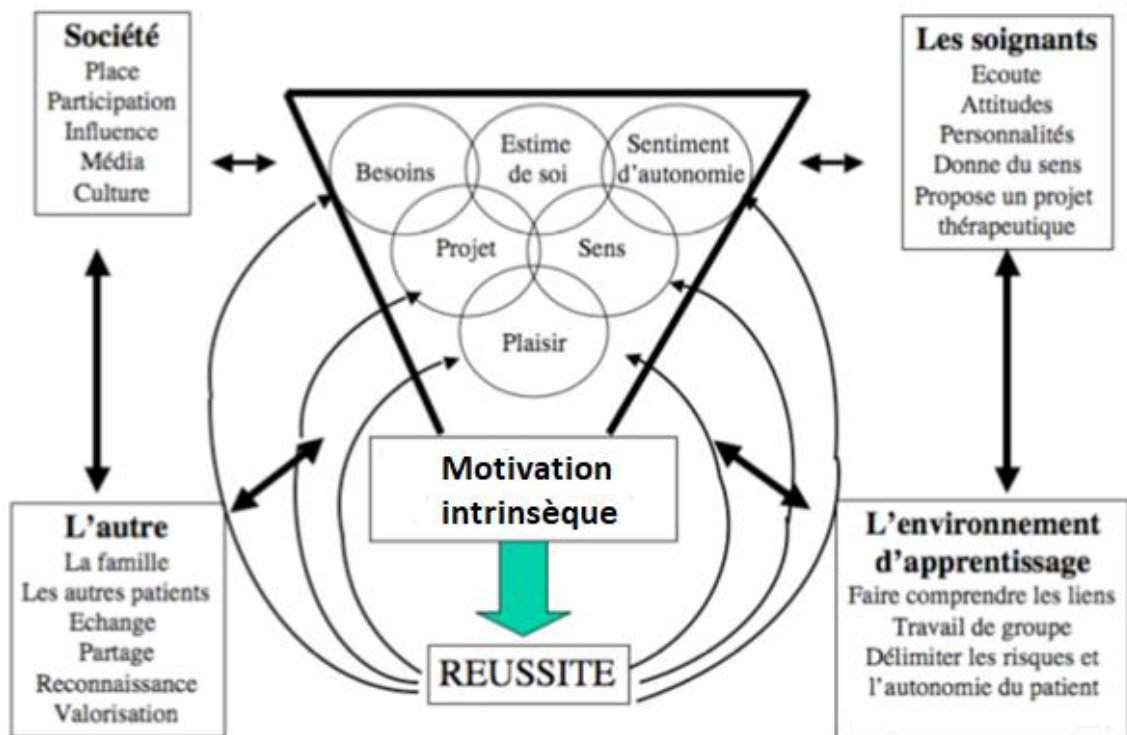
74. Laura Miller. The Dimensions of Mastery Questionnaire in school-aged children with Congenital Hemiplegia. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(2):168–184, 2014.
75. Tatla SK, Jarus T, Virji-Babul N, Holsti L. The development of the Pediatric Motivation Scale for rehabilitation. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother.* avr 2015;82(2):93-105.
76. Liem GA, Martin A. The Motivation and Engagement Scale: Theoretical Framework, Psychometric Properties, and Applied Yields. *Aust Psychol.* 29 sept 2011;47:3-13.
77. Donnelly C, Carswell A. Individualized Outcome Measures: A Review of the Literature. *Can J Occup Ther.* avr 2002;69(2):84-94.
78. Cusick A, McIntyre S, Novak I, Lannin N, Lowe K. A comparison of goal attainment scaling and the Canadian occupational performance measure for paediatric rehabilitation research. *Pediatr Rehabil.* avr 2006;9(2):149-57.
79. Mailloux Z, May-Benson TA, Summers CA, Miller LJ, Brett-Green B, Burke JP, et al. Goal attainment scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc.* avr 2007;61(2):254-9.
80. Bard-Pondarré R, Castan C. Intérêts et limites de l'utilisation des tests quantitatifs d'évaluation fonctionnelle du membre supérieur de la personne paralysée cérébrale. *Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév.* juin 2017;38(2):59-70.
81. Chatman AB, Hyams SP, Neel JM, Binkley JM, Stratford PW, Schomberg A, et al. The Patient-Specific Functional Scale: measurement properties in patients with knee dysfunction. *Phys Ther.* août 1997;77(8):820-9.
82. Dedding C, Cardol M, Eyssen ICJM, Dekker J, Beelen A. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clin Rehabil.* sept 2004;18(6):660-7.
83. Choo SX, Stratford P, Richardson J, Bosch J, Pettit SM, Ansley BJ, et al. Comparison of the sensitivity to change of the Functional Independence Measure with the Assessment of Motor and Process Skills within different rehabilitation populations. *Disabil Rehabil.* déc 2018;40(26):3177-84.
84. Pelletier LG, Tuson KM, Haddad NK. Client Motivation for Therapy Scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *J Pers Assess.* avr 1997;68(2):414-35.
85. Piaget J. *Actualités pédagogiques et psychologiques.* :212.
86. Mayhew E, Beresford B, Laver-Fawcett A, Aspinall F, Mann R, Bechtold K, et al. The Hopkins Rehabilitation Engagement Rating Scale - Reablement Version (HRERS-RV): Development and psychometric properties. *Health Soc Care Community.* 12 déc 2018;

87. Bexelius A, Carlberg EB, Löwing K. Quality of goal setting in pediatric rehabilitation-A SMART approach. Child Care Health Dev. 15 août 2018;
88. Arènes MJ, Bonenfant MM, Boutaud MJ-J, Genvo MS, Walter MJ. présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2015 par Boris Solinski. :487.
89. Ferland F. Le modèle ludique : le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1998.
90. Bak F. Qu'est-ce que la motivation chez l'enfant. :5.

Annexes









Annexe I : Facteurs internes et externes influençant la motivation	1
Annexe II : Première élaboration de KID'EM.....	2
Annexe III : L'outil KID'EM envoyé au groupe pilotage.....	3
Annexe IV : L'outil KID'EM envoyé au groupe expérimentation.....	4
Annexe V : Les questionnaires.....	6
Annexe VI : Le guide d'utilisation envoyé aux thérapeutes	8
Annexe VII : Retour d'expérience du groupe pilotage	11
Annexe VIII : Contenu de KID'EM remplis par les professionnels	14

Annexe I : Facteurs internes et externes influençant la motivation³¹



³¹ <file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/eduThera.pdf>

Annexe II : Première élaboration de KID'EM

Evaluation	Réponses de l'enfant	Impact sur la rééducation	
		Objectifs	Moyens
<p>Définition des objectifs selon le modèle SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini)</p> <p> Si tu pouvais tout faire, qu'est ce que tu aurais envie de faire ?</p> <p> Qu'est ce que tu ne peux pas faire ? Est-ce que ça t'embête ?</p> <p> Dans quelle situation tu es amené à bouger beaucoup avec plaisir ?</p>			
Connaissance de l'enfant			
<p> Dis-moi trois choses que tu aimes faire.</p>		Liste des moyens	
<p> Dis-moi trois choses que tu n'aimes pas faire.</p>			
<p> Qu'est ce que je pourrais faire pour que tu t'amuses plus pendant les séances ?</p>			
<p> Qu'est qui ferait que tu t'amuses moins pendant les séances ?</p>			
<p> Après un exercice que tu aimes moins, qu'est qu'on pourrait faire ensemble que tu aimes beaucoup ?</p>			

Annexe III : L'outil KID'EM envoyé au groupe pilotage

➤ Le recto de KID'EM

kid'EM

1) Le but de cet outil est d'augmenter la motivation de l'enfant en ayant une meilleure connaissance de celui-ci.
2) Libre à vous de le remplir, commencer préférentiellement par la partie « connaissance de l'enfant ».

Connaitre les motivations de l'enfant

Si tu pouvais tout faire:
qu'aurais tu envie de faire?

Qu'est ce que tu ne peux pas faire?
Cela t'embête-t-il?

Dans quelle(s) situation(s) es tu amené
à bouger beaucoup avec plaisir?

OBJECTIVES

Spécifique
Mesurable
Atteignable
Réaliste
Temporel

OBJECTIVES

.....

.....

.....

MOYENS

.....

.....

.....

.....

Dis moi 3 choses que tu aimes faire!

Dis moi 3 choses que tu n'aimes pas faire!

Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses
plus dans les séances?

Qu'est ce qui ferait que tu t'amuses moins
pendant les séances?

Après un exercice que tu aimes moins, que
pourrait-on faire ensemble que tu aimes
beaucoup?

CONNAISSANCE DE L'ENFANT

➤ Le verso de KID'EM : la carte conceptuelle

```

    graph LR
      ER[Engagement en rééducation] --- L[L'enfant]
      ER --- E[Environnement]
      ER --- F[Famille]
      
      subgraph L_enfant [L'enfant]
        A[Age]
        HM[Histoire de la maladie]
        C[Cognitives]
        M[Motrices]
        N[Niveau de communication]
        CAP[Capacités]
        H[Humeur]
        S[Stress/Sérénité]
        AL[Alliance thérapeutique]
        CO[Comportement]
        MOR[Moral]
      end
      
      subgraph Environnement [Environnement]
        AM[Amis]
        E[Ecole]
        AS[Activité extra-scolaire]
        SA[Soutien affectif]
        PL[Partage de loisirs]
        AP[Apprentissage]
        SO[Socialisation]
      end
      
      subgraph Famille [Famille]
        AT[Attentes]
        ALT[Alliance thérapeutique]
        CP[Croyances, peur]
        EF[Environnement familial]
      end
  
```

3

Annexe IV: L'outil KID'EM envoyé au groupe expérimentation

➤ L'évaluation au recto :

Kid'EM
Connaitre les motivations de l'enfant

Le but de cet outil est d'augmenter la motivation de l'enfant en ayant une meilleure connaissance de celui-ci.

Prénom:
Nom:

OBJECTIFS
Spécifique
Mesurable
Atteignable
Réaliste
Temporel

CONNAISSANCE DE L'ENFANT

Dis moi 3 choses que tu aimes faire
.....
.....
.....

Dis moi 3 choses que tu n'aimes pas faire
.....
.....
.....

Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses plus dans les séances?
.....
.....
.....

Qu'est ce qui ferait que tu t'amuses moins pendant les séances?
.....
.....
.....

As-tu peur de quelque chose?
.....
.....
.....

Après un exercice que tu aimes moins, que pourrait-on faire ensemble que tu aimes beaucoup?
.....
.....
.....

OBJECTIFS

BESOINS DE L'ENFANT

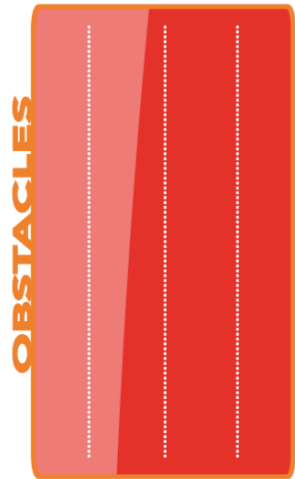
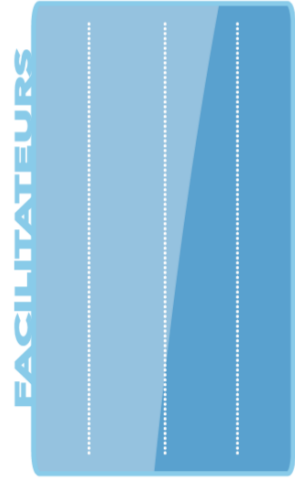
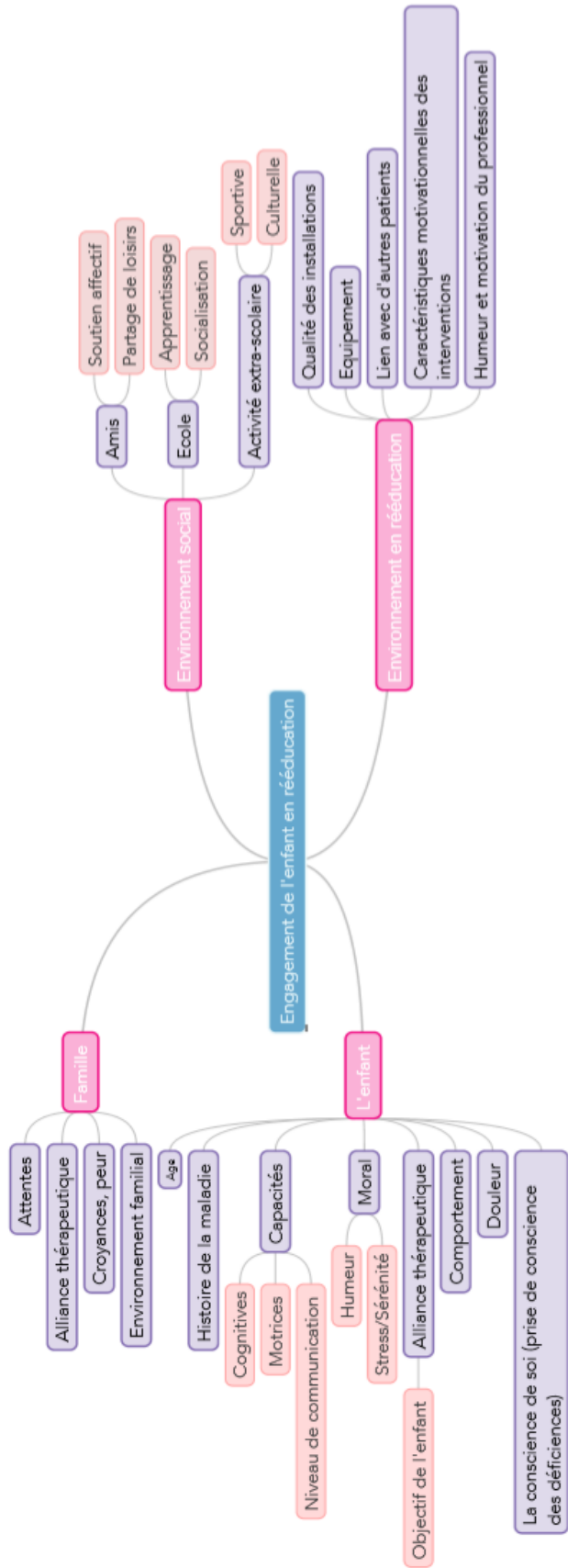
Si tu pourrais tout faire:
qu'aurais tu envie de faire?
.....
.....
.....

Qu'est ce que tu ne peux pas faire?
Cela t'embête-t-il?
.....
.....
.....

Dans quelle(s) situation(s) es tu amené à bouger beaucoup avec plaisir?
.....
.....
.....

MOYENS

➤ La carte conceptuelle au verso :



Annexe V : Les questionnaires

Les deux questionnaires ont été diffusés sur Google Form.

Un premier questionnaire qui fait suite à l'utilisation de l'outil avec chaque enfant.

Questionnaire : partie enfant

Nous sommes très preneurs d'un retour constructif sur l'outil. Pour cela vous pouvez répondre aux questions suivants sur le profil de l'enfant et sur l'expérimentation de KID'EM. Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire est inférieur à trois minutes.

Informations sur l'enfant :

- Sexe :
 - F
 - M
- Age :
- Pathologie

Expérimentation de l'outil :

1. A quel moment de la prise en charge avez-vous utilisé l'outil ?
2. Est-ce que vous pensez qu'il a été utile avec cet enfant ?
 - Oui
 - Non
 - Autres
3. A quel point KID'EM a été facile d'utilisation
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
4. Est-ce que cet outil vous a permis de repérer les facteurs de motivation et de démotivation de cet enfant ?
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup

Merci de votre participation.

Un deuxième questionnaire est à remplir après la participation des cinq enfants.

Questionnaire : partie thérapeute

Nous sommes très preneurs d'un retour constructif sur l'outil. Pour cela vous pouvez répondre aux questions suivants sur votre profil et sur l'expérimentation de KID'EM. Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire est inférieur à cinq minutes.

Information sur le professionnel :

- Sexe :
 - M
 - F
- Age :
- Statut :
 - Libéral
 - Soins de suite et de Réadaptation (SRR)
 - Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS)
 - Institut Médico-Educatif (IME)
 - Institut d'Education Motrice (IEM)
 - Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)
 - Autres
- Nombre d'années d'expérience en pédiatrie :
- Nombre d'enfants vus en moyenne dans la semaine :

Expérimentation de l'outil :

1. A quel point vous le recommanderiez en pratique clinique :
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
2. Est-ce que vous pensez que cela va améliorer la performance/l'engagement de l'enfant en rééducation ?
 - Pas du tout
 - Un peu
 - Moyennement
 - Beaucoup
3. Après cette expérience, est-ce que vous pensez qu'il existe un profil d'enfant plus adapté à cet outil ?
4. Que proposeriez-vous pour améliorer l'outil ? Questions à enlever/rajouter ?

Merci de votre participation.

Annexe VI : Le guide d'utilisation envoyé aux thérapeutes

Guide d'utilisation de KID'EM

L'investissement au projet thérapeutique varie considérablement d'un patient à un autre. Le masseur-kinésithérapeute, comme le patient, est impliqué dans la rééducation et le degré de motivation de chacun est déterminant pour obtenir un résultat satisfaisant. Susciter la motivation de l'enfant est primordial pour conserver son engagement et son adhésion au projet thérapeutique dans le temps.

Le but de notre recherche est de développer un outil qui facilite la relation enfant-thérapeute et la construction du projet thérapeutique centré sur des objectifs co-déterminés (*outil n°1 : KID'EM*). L'objectif final est d'améliorer la motivation de l'enfant en rééducation en ciblant les facteurs favorisant et les potentiels obstacles à l'engagement de l'enfant en rééducation (*outil n°2 : la carte conceptuelle*).

KID'EM :

Nous avons construit un outil pour évaluer la motivation de l'enfant, qui se nomme « Kid'EM » se prononçant « Kid AIME » pour faire le lien entre l'enfant, la motivation et le plaisir ; avec le E pour Evaluation et le M pour motivation. Kid'EM se divise en deux parties. Le but de cet outil est de définir des objectifs fonctionnels en se basant sur la connaissance de l'enfant.

Une **partie** est centrée sur l'enfant et ses centres d'intérêts : qui il est, ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas... l'idée est d'améliorer la connaissance de l'enfant (**cadre rose**).

Dis moi 3 choses que tu aimes faire

Dis moi 3 choses que tu n'aimes pas faire

Que pourrais-je faire pour que tu t'amuses plus dans les séances?

Qu'est ce qui ferait que tu t'amuses moins pendant les séances?

Après un exercice que tu aimes moins, que pourrait-on faire ensemble que tu aimes beaucoup?

Puis une **autre partie** plus générale (**cadre bleu**) orientée sur le repérage des besoins de l'enfant, qui permettra de définir des objectifs fonctionnels (**cadre orange**). A travers ces trois questions on repère ce que l'enfant ne peut plus faire, ce qui le gêne dans la vie quotidienne et ce qu'il aimerait faire.

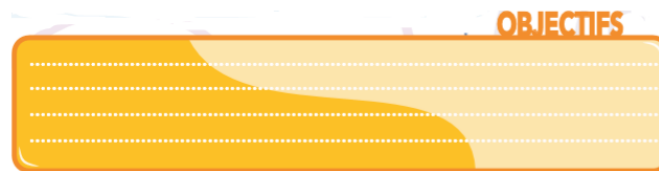
Si tu pouvais tout faire: qu'aurais tu envie de faire?

Qu'est ce que tu ne peux pas faire? Cela t'embête-t-il?

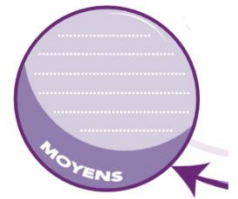
Dans quelle(s) situation(s) es tu amené à bouger beaucoup avec plaisir?

Un des points clés pour motiver un enfant, est la mise en place d'objectifs de rééducation partagés avec celui-ci. Ces derniers se basent sur le modèle SMART, c'est-à-dire :

- **Spécifique** : un objectif spécifique veut dire un objectif qui n'est pas ambigu, il doit être simple à comprendre, clair, précis et compréhensible par tous rapidement. Il doit être personnalisé au patient et à sa situation.
- **Mesurable** : en regardant la portion mesurable d'un objectif S.M.A.R.T., nous devons être en mesure de comprendre immédiatement ce que nous devons mesurer pour déterminer si nous avons atteint l'objectif. On dit qu'un objectif mesurable peut être quantifié ou qualifié.
- **Acceptable** : l'objectif doit être accepté par les enfants et les familles.
- **Réaliste** : vous devez trouver un objectif qui est suffisamment grand pour qu'il soit un défi, un challenge et qu'il soit motivant. Mais il doit être suffisamment petit pour qu'il demeure atteignable et réalisable afin que les patients acceptent d'y adhérer.
- **Temporel** : l'objectif doit être défini dans le temps, sinon comment motiver un patient si on ne définit pas quand l'objectif doit être atteint ?



L'idée est d'optimiser la motivation de l'enfant en ayant une meilleure connaissance de celui-ci. Cela permet ainsi d'adapter et personnaliser la prise en charge. Cette partie permettra au thérapeute de définir les moyens à mettre en œuvre pour la rééducation (matériel, techniques...) (**cadre mauve**).



Par exemple : l'objectif est de monter un étage dans un mois (objectif S.M.A.R.T.)

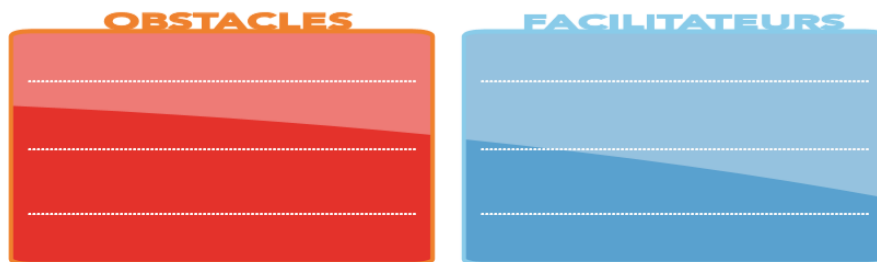
- **Cadre rose** : l'enfant adore le foot et le surf
- **Cadre bleu** : après discussion avec l'enfant et les parents ; ils habitent dans une maison, sa chambre est à l'étage et l'enfant éprouve des difficultés à monter les escaliers.
 - Pour répondre à la question « *Si tu pouvais tout faire: qu'aurais tu envie de faire ?* »
 - La réponse serait : « si je pouvais tout faire, j'aurais envie de monter un escalier tout seul ».
- **Cadre orange** : monter un étage dans un mois
- **Cadre mauve** : un des moyens peut être de travailler l'équilibre unipodal en réalisant des passes avec un ballon si le patient aime le football par exemple ou sur plateau de Freeman pour faire le lien avec le surf.

Pour le remplir, nous pensons que l'ordre le plus facile est dans un premier temps le **cadre rose** (connaissance de l'enfant), le **cadre bleu** (repérer ses besoins), le **cadre orange** (les objectifs) et pour finir le **cadre mauve** (les moyens de rééducation), mais cet outil peut être utilisé dans l'ordre qui vous semble le plus approprié en fonction de l'enfant en face de vous. KID'EM peut s'utiliser lors des premières séances de kinésithérapie ou en cas de besoin pendant le suivi.

La carte conceptuelle (située au verso) :

Elle regroupe les facteurs favorisant et les potentiels obstacles à l'engagement de l'enfant en rééducation retrouvés dans la littérature enrichi de l'expérience de professionnels spécialisés en rééducation pédiatrique. Elle est placée au sein de KID'EM pour que le professionnel ait devant lui rapidement l'ensemble des facteurs (obstacles et facilitateurs) qui peuvent influencer la participation de l'enfant en rééducation.

Lors de l'entretien avec l'enfant vous pouvez repérer les obstacles et les facilitateurs à son engagement, en remplissant ces deux cases :



Si on reprend notre exemple ci-dessus, on peut retrouver :

Obstacles	Facilitateurs
- Douleur	- L'objectif de l'enfant
- Capacités cognitives	- Activité extra-scolaire (le foot)

Les patients éprouvent des difficultés à rester motivés et engagés tout au long de la rééducation. Repérer les facteurs influençant l'engagement de l'enfant peut constituer une base solide pour adapter la prise en charge et lui permettre ainsi d'atteindre ses objectifs.

Annexe VII : Retour d'expérience du groupe pilotage

MK=Masseur-kinésithérapeute.

1- Est-ce que vous pensez qu'il est utile ?

MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5
Concernant ton outil, bien sûr qu'il est utile.	Je pense qu'il peut être utile	Oui ce questionnaire va être utile, pas systématiquement mais va permettre de sortir d'impasses relationnelles et permettre une meilleure efficacité. Si l'enfant a un bon niveau cognitif.	"oui", on pourrait presque faire une carte par objectif pour faire comme un jeu de carte avec l'enfant en lui offrant la carte quand il a rempli son objectif. Le but est de collectionner ces cartes "objectif"	Je pense que l'outil peut-être très utile mais qu'il pourrait être utilisé que pour certains enfants (en fonction de la pathologie, de l'âge, de la compréhension, etc...). Pour les enfants concernés, je pense qu'il peut vraiment être un plus!

2- Est-ce que les questions sont claires ? Compréhensibles ?

MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5
Les questions sont très claires et compréhensibles pour tout le monde.	Les questions sont claires mais l'enfant n'est pas toujours très coopératif la première séance	Oui.	J'aurais même pensé à "est-ce que tu as peur de quelque chose?" pour éviter le stress surajouté et aussi créer une proximité/intimité entre thérapeute et enfant et favoriser l'échange et le partenariat. Souvent les enfants que nous suivons ont peur de l'avenir ou peur de ce qui s'est passé.	Les questions sont claires et compréhensibles. Peut-être parfois trop ouvertes (selon l'âge, certains risquent de ne pas savoir quoi répondre. Je pense entre autre à: "si tu pouvais tout faire, qu'aurais tu envie de faire")

3- Est-ce que vous l'utiliserez en pratique clinique ?

MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5
Je l'utiliserais avec grand plaisir en pratique clinique.	Oui, mais peut-être pas chez tous les enfants. Premièrement pour les enfants démotivés par la rééducation dans le cadre de prises en charges chroniques, ils vont répondre qu'ils veulent	Oui mais seulement après quelques séances, si l'enfant rechigne à venir, à participer. Pas	Nous pourrions l'utiliser en complément du bilan initial. Cela représente plus un	Je pense que j'utiliserais cet outil en pratique oui.

	<p>tout simplement arrêter la kiné. De même pour certains enfants quand il est difficile d'imaginer le pronostic à long terme. C'est délicat de demander à la l'enfant ou à sa famille son souhait. S'ils nous répondent qu'ils veulent que l'enfant marche dans 1 an et qu'on connaît l'échéance, c'est compliqué... D'autant plus quand les parents ont du mal à accepter le handicap de leur enfant.</p>	<p>d'utilisation d'emblée. Et peut-être pas si l'engagement de l'enfant est bon, avec des échanges avec la famille constructifs.</p>	<p>"pense-bête" afin de garder l'enfant à sa place et non comme un "objet" à rééduquer. Il faut savoir qu'avec les enfants, on ne peut pas tout fixer dès le début...</p>	
--	---	--	---	--

4- Est-ce que vous pensez que cela permettra d'améliorer la connaissance de l'enfant de façon plus systématique ?

MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5
<p>Oui, le kiné visualise beaucoup mieux les attentes de l'enfant grâce à Kid'EM</p>	<p>Oui.</p>	<p>Oui en ciblant des activités, évitant des séances trop répétitives, si on sent un risque de routine aussi</p>	<p>Je pense que cela pourrais avoir un intérêt important avec les familles dont les enfants ont peu de moyens d'expression verbale.</p>	<p>Je pense que l'outil permettra d'améliorer la connaissance de l'enfant oui, et surtout d'améliorer la vitesse à laquelle on fait connaissance. Actuellement au bout de quelques séances, je pense connaître les réponses à ces questions. Mais il est vrai que peut-être que je ne les connais pas dès la 1ère séance.</p>

5- Est-ce que vous pensez que cela va améliorer la performance/ l'engagement de l'enfant en rééducation ?

MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5
<p>Améliorer la performance et l'engagement de l'enfant, il faudrait comparer des prises en soin kinésithérapiques classiques sans Kid'EM versus</p>	<p>Je pense que si l'enfant y adhère ça peut améliorer ses performances et surtout son engagement.</p>	<p>A priori oui, mais c'est l'utilisation qui le dira.</p>	<p>Oui à partir du moment où l'enfant est partie prenante du concept. S'il n'est pas partant cette carte sera une</p>	<p>Je l'espère. Je pense en tout cas qu'il va permettre d'aider à construire un vrai projet commun entre l'enfant et le thérapeute. Je pense que cela va donc permettre de</p>

prises en soin kinésithérapique avec Kid'EM pour pouvoir valider cette question			pression supplémentaire	créer une relation plus équilibrée et que l'enfant aura une meilleure compréhension du travail que l'on fait et donc un meilleur engagement!
---	--	--	-------------------------	--

6- Que proposeriez-vous pour améliorer l'outil ?

MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5
Cet outil est déjà très bien ! Il est complet. Tu pourrais peut être rajouter à l'arrière de ta fiche KID'EM une frise (une flèche avec au bout : ton objectif principal). Sur cette flèche le kiné définirai des ou au moins un sous objectif comme. Afin d'avoir un retour sur la bonne évolution vers l'objectif principal. Une sorte de biofeedback à mi-chemin. A Ty-Yann, nous avons régulièrement des jeunes filles douloureuses chroniques qui viennent pour 4 semaines de rééducation intensive. J'ai l'habitude de définir un objectif toutes les semaines pour nous permettre d'atteindre l'objectif principal. Cela les stimule chaque semaine sans perdre l'objectif en vue.	Rien à rajouter	Une question sur l'activité avec les frères et sœurs s'ils existent ? Protecteurs ou moteurs ?	Si sous forme de carte à jouer = utilisation simple = utilisation plus régulière...	Je ne vois pas trop que proposer pour améliorer l'outil. Je pense cependant aux enfants qui ont des pathologies dégénératives, ou aux enfants avec un handicap figé, où l'objectif n'est pas l'amélioration, mais d'éviter une dégradation. Pour ces enfants-là, le maintien de la motivation et de la performance est toujours un peu délicat.... Pourrait-on trouver quelque chose pour eux?

Annexe VIII : Contenu de KID'EM remplis par les professionnels

Besoins de l'enfant	Objectifs	Moyens	Obstacles à l'engagement	Facilitateurs d'engagement
Ecrire, faire du tennis	Avoir moins mal. Refaire tout ce que je faisais avant	Mobilisation, massage, renforcement, travail actif	Douleur, école	Amis, alliance thérapeutique avec la famille, âge
Faire du sport (tennis de table)	Faire les jeux paralympiques en tennis de table en 2024 et 2028	Mobilisation, étirement, renforcement et travail cardio-respiratoire	Ecole (contraintes d'emploi du temps)	Activité extra-scolaire, conscience de soi, moral
Porter son sac sans avoir mal, faire du cheval	Eviter l'aggravation de la scoliose	Renforcement musculaire, étirements	Ecole (contraintes d'emploi du temps), déplacement pour venir en rééducation	Ecole près du cabinet, alliance thérapeutique avec l'enfant, venir en séance avec une copine
S'habiller comme elle veut (corset), manger tout ce qu'elle veut	Eviter l'aggravation de la scoliose et éviter l'opération	Renforcement musculaire, étirements en essayant de les rendre plus ludique et mettre de la musique pendant les séances	Manque de soutien des amis, déception face au manque de résultats, difficultés acceptation pathologie	Soutien des parents, sérénité pour venir en kiné
Regarder un dessin animé	Avoir plus de forces et grandir	Renforcement musculaire et équilibre ludique	Difficultés de compréhension	La famille, les jeux
Marcher, s'habiller	Faire plus de vélo, marcher avec le motilo	Entretien orthopédique, port du corset, adaptation technique	La maladie, capacités motrices, équipement à adapter	Alliance thérapeutique, la famille, motivation, conscience des déficiences
Marcher correctement, faire du foot	Retrouver la marche, essayer d'augmenter la distance sans les béquilles (par rapport à avant l'opération)	Renforcement musculaire, réentraînement à l'effort, équilibre	Douleurs, fatigue, compétences pour progresser	Séances de rééducation, motivation
Jouer au foot	Progresser dans la marche	Equilibre, travail des différentes marches	Pathologie, environnement familial	Capacités cognitives, comportement, activités extra-scolaire
Marcher	Marcher, se déplacer debout avec attelles et déambulateur	Renforcement de la ceinture pelvienne : exercices debout	Capacités cognitives et motrices	Equipements (attelles), activités extra-scolaire
Me faire comprendre, courir	Courir, partager des jeux avec sa famille	Guidance motrice, travail proprioceptif et équilibre	Pathologie, insécurité (difficulté à s'adapter à la nouveauté)	Environnement familial, crèche (à l'écoute), appareillage bien toléré, capacité cognitive
Faire du roller sans tomber	Augmenter le temps de tenue sur un pied (15s dans 3 mois) et tenir les pieds collés sans aide (30s dans 3 mois)	Travail de l'équilibre : défis sur plan instable, double tâche (paniers de basket)	Douleurs, fatigue, perte de motivation (suivi sur le long cours)	Activité extra-scolaire, esprit de compétition, soutien parental
Escaler des obstacles, courir plus vite	Gagner en amplitude pour mieux relever les pieds (5° dans 1 mois), ne plus marcher sur la pointe des pieds (3mois)	Travail postural en pente et double tâche, passage d'obstacles et parcours moteurs	Difficultés attentionnelles, distraction	Motivation, capacités motrices et cognitives, investissement des parents
Faire du vélo, des galipettes et des sauts	Faire du vélo sans roulettes dans 3 mois, galipette dans 2 mois,	Travail des sauts sur trampoline, équilibre, sauts d'obstacles, en	Difficultés d'équilibration et	Soutien familial, motivation de l'enfant

	sauter par-dessus un bâton dans 3 mois	position allongé venir toucher des cousins de plus en bas derrière la tête	coordination, capacités cognitives	
Courir, sauter en atterrissant sur le pied gauche, faire du basket	Tenir sur 1 pied 30s les yeux fermés dans 4 mois, marquer un panier de basket hauteur pro dans 4 mois, augmenter le périmètre de marche sans aide 500m dans 5 mois	Equilibre unipodal en marquant un panier, renforcement sur médecine-ball, travail de l'endurance à la marche sur tapis avec de la musique	Douleurs, fatigue	Motivation, autonomie, patience
Courir sans déambulateur, faire du foot en club	Enchaîner 10 passes de foot debout sans aide dans 3 mois, faire 22 jongles avec le ballon dans 3 mois, slalomer avec un ballon 6 plots dans 2 mois	Travail transferts d'appui sur plan instable, appui unipodal (pied sur un ballon), parcours avec conduite de balles variées.	Peur de chuter, peur du vide, difficulté à ne pas utiliser ses membres supérieurs	Détermination, nombre de séances par semaine, poursuite des exercices à la maison
Monter un escalier	Escalier avec une rampe et une aide humaine avant le 14 mars, moins de chute par jour (à évaluer sur une semaine test)	Equilibre avec ballon, sangles TRX, univers ludique	Deuil position debout, environnement social et scolaire, capacités cognitives	Famille, entrée prochaine en club handisport, motivation dans le projet
Marcher, faire du shopping, arrêt de la douleur	Reprise du sport scolaire après les vacances de février, diminuer les douleurs à l'école à 4/10 en février	Jeux et histoire, ballon de klein, étirement dynamique	Angoisse, anxiété de la famille, maladie grave du papa, manque de confiance en elle	Loisirs, socialisation, bonne entente avec le kiné, motivation, valorisation de ses capacités
Faire du sport à l'école	Aide pour l'hygiène à la maison, reprise de la ventilation au domicile 1h/jour	Musique, piscine à balle, travail bimanuel	Environnement social et familial non aidant, historique de prise en charge lourde	Les amis de l'école, le sport au calme, l'éducatrice motivée, le défi
Marcher, faire du sport, danser	Pour Noël être debout sans aide avec le moins de douleurs possible	Verticalisation et travail fonctionnel proches des danses	Douleurs, stress, histoire de la maladie	Lien avec d'autres patients, expérience en tant que danseuse (travail corporel)
Faire des grandes balades, se réveiller, reposer	Marche prolongée et pouvoir profiter de sa journée sans fatigue	Associer le jeu à différents modes de déplacements (overboard...)	Croyances, peur, histoire de la maladie, moral	Soutien affectif, activité extra-scolaire sportive
Marcher sans béquilles, danser	Se déplacer sans béquilles	Utiliser les jeux de la patiente lors des mobilisations et déplacements	Environnement familial, histoire de la maladie, humeur	Caractéristiques motivationnelles des interventions, humeur et motivation du professionnel
Ne sait pas	Obtenir sa coopération dans le soin (refus de porter sa minerve cervicale)	En lien avec les jeux-vidéos	Histoire de la maladie, moral, comportement (refus, dénis, opposition)	Humeur et motivation du professionnel
Se déplacer en fauteuil roulant, faire un puzzle	Aider les parents à l'habillage, tenir debout avec un appui pendant 5 minutes sans	Balnéothérapie, jouer à la dinette	Capacités motrices et cognitives	Soutien affectif, socialisation, apprentissage

	pause, maîtriser le retournement d'ici les vacances de Noël			
Marcher, s'habiller et se laver seul, jouer au puissance 4	Se tenir debout avec un support pendant quelques secondes d'ici 2 semaines, faire quelques pas entre les barres parallèles d'ici 4 semaines	Jeu de comptage	Capacités motrices et cognitives, niveau de communication, moral	Soutien affectif, socialisation, apprentissage
Jouer au babyfoot, faire les exercices difficiles en classe	Augmenter le nombre de jongle avec une raquette et un ballon, améliorer le temps sur les différents parcours moteur	Utilisation d'un ballon de baudruche pour faciliter les jongles, utilisation d'un chronomètre sur les parcours (varier les parcours)		
Courir vite	Améliorer la vitesse sur un parcours donné, améliorer son équilibre sur un vélo	Utilisation de chronomètre sur des parcours moteurs, utilisation de ballon de klein		
Renverser une bouteille quand elle est remplie	Courir plus vite, améliorer l'habileté bimanuelle	Renforcement musculaire à l'aide d'une application mobile ludique, travail avec différentes toupies		
Courir avec les autres enfants	Allonger les déplacements en tricycle, entretien de la capacité respiratoire	Renforcement musculaire, jeux avec les membres supérieurs et le souffle avec des instruments de musique		
Jouer, faire un cross	Améliorer son équilibre sur terrain instable	Utiliser des parcours variés avec des sols instables		
Faire les sélections de handball sans douleurs	Se renforcer musculairement	Gainage postural ludique, utiliser des ballons, parler pendant les exercices	Peur, capacités motrices	Activité extra-scolaire sportive, humeur et motivation du professionnel, caractéristiques motivationnelles des interventions
Faire le grand-écart, avoir la même souplesse qu'avant	Améliorer la souplesse avant 1 mois	Travailler la souplesse dos et ischio-jambiers en faisant des exercices de gym	Douleurs	Avoir moins mal après les séances
Enlever son corset plus d'une heure	Reculer l'intervention du dos	Travailler avec le ballon, varier les étirements	Ecole (apprentissage), stress, sérénité	Humeur et motivation du professionnel, soutien affectif amical, humeur
Faire des pompes	Réussir à faire des pompes dans 1 mois	Travailler le gainage et les abdominaux sur ballon, travailler sur un espalier renforcer les bras	Moral, humeur, douleur	Amis, activité extra-scolaire sportive, humeur et motivation du professionnel
Faire du vélo	Faire la poutre seul, faire du vélo	Travailler en unipodal sur le trampoline, travailler en faisant des parcours de motricité	Histoire de la maladie (rééducation sur le long terme)	Humeur et motivation du professionnel, qualité des installations

Marcher seule	Acquérir un 4-pattes puis la marche seule à l'aide du jeu et la danse	Ballon de klein, proprioception, jeux verticaux	Environnement familial (difficile de se détacher de la maman), peur du handicap, parents stressés, peu de lien social	Motivation du professionnel (jeu), famille
Marcher pour suivre les autres, écrire seul, tenir un jouet	Utiliser les mains, ballons et parcours d'obstacles afin de rendre la marche et l'équilibre ludiques (mesurable en marche et obstacles)	Proprioception, ballon, jeux manuels (cartes, puzzles, aimants...)	Capacités motrices, niveau de communication, douleurs	Alliance thérapeutique, environnement social (école), motivation du professionnel
Devenir pompier, avoir des abdominaux et faire du tapis de marche	Augmenter les capacités respiratoires et d'endurance	Ballon de klein, tapis de gym, jeux de ballon, tapis de marche	Capacités respiratoire, moral, humeur difficile, non écoute thérapeutique	Environnement en rééducation (voit différents kinés et d'autres enfants), activité extra-scolaire
Sauter sur un pied, courir	Lutter contre la spasticité du triceps en mesurant la flexion dorsale	Jeux de ballons, proprioception posture par les jeux, tapis de marche avec pente	Capacités motrices, douleurs	Alliance thérapeutique, motivation, activité extra-scolaire, séance de groupe, motivation du professionnel
Avoir plus d'endurance	Travailler l'équilibre et l'endurance (mesure de l'endurance)	Proprioception, ballon de klein, vélo allongé, assis et elliptique	Capacité motrice, décalage avec les autres enfants du même âge	Moral, alliance thérapeutique (objectifs), alliance thérapeutique avec la famille, lien avec d'autres enfants, environnement en rééducation
Courir vite et longtemps, rester assis	Assouplir les triceps, adducteurs et psoas, travailler l'équilibre et la marche	Proprioception, ballon de klein, jeux en charge, vélo, tapis de marche	Capacités motrices, douleurs	Alliance thérapeutique avec la famille et l'enfant, motivation du professionnel, lien avec d'autres patients, école
Faire de la marelle	Réaliser 3 sauts consécutifs sur le pied gauche dans 6 mois	Trampoline, sauts en piscine	Refus des activités ou l'enfant est en échec, absent pendant les vacances	Motivation pour le sport (la piscine)
Avoir moins de balancement lors de la marche	Améliorer la qualité de la marche pour diminuer les chutes pour l'été 2019	Parcours de marche avec un miroir (auto-correction)	Distraction, troubles visuels	Capacités cognitives, volonté de ressembler aux autres
Faire ses lacets				
Ecrire, faire ses lacets	Tenir et réceptionner un ballon de basket avec la main droite avant Noël	Travail avec des ballons de différentes tailles et différentes textures	Troubles de la concentration, agitation lors des exercices moteurs	Enfant motivé par le basket
Faire du foot, courir longtemps	Courir pendant 10 minutes sans s'arrêter dans 6 mois	Travailler le souffle en piscine, faire des passes avec un ballon en extérieur	Encombrement bronchique	Volontaire dans le sport, activité extra-scolaire

Breton Fanny

DEVELOPPEMENT ET EXPERIMENTATION D'UN OUTIL DE COMMUNICATION « ENFANT-THERAPEUTE » AYANT POUR OBJECTIF D'AMELIORER LA MOTIVATION ET L'ENGAGEMENT DE L'ENFANT EN REEDUCATION.

Context. Collaborative objective setting on the one hand, as well as the identification of motivation facilitators and obstacles on the other are both key components to maximising children's engagement in their rehabilitation. This study aims to develop and validate a new easy-to-use tool of communication for children and their therapist.

Method. A team of 8 experts developed a tool: KID'EM. This tool was tested on 50 individual children presenting varying pathologies. Their 13 paediatric physiotherapists, fed back on their experience with the use of a standardised form.

Results. KID'EM was rated as "useful" for 78% of the children. This tool is deemed most suitable for the long-term treatment of 6 to 14 year olds who present no intellectual developmental delays. KID'EM enabled to easily identify motivation and demotivation factors, for 40 children out of 50. The majority of therapists recommend it in clinical practice. However, only 29% of the objectives set by the therapists conform to the 5 SMART criteria.

Discussion. Its simplicity implementation sets it apart from other existing tools but evolutions are to plan. Therapists need to be introduced to setting up SMART goals.

Contexte. La co-construction des objectifs de rééducation, l'identification des facilitateurs, des obstacles à l'engagement sont des clés connues pour maximiser la motivation et l'engagement de l'enfant en rééducation. Le but de cette étude était de développer et de tester un outil de communication, respectant ces principes.

Méthode. Un groupe de 8 experts a développé un outil nommé KID'EM. 13 masseurs-kinésithérapeutes l'ont ensuite testé sur 50 enfants, toutes pathologies confondues. Un retour d'expérience a été réalisé par le biais d'un questionnaire préétabli.

Résultats. Pour 78% des enfants, l'outil a été évalué comme utile. L'outil semble plus adapté pour les enfants de 6 à 14 ans, suivi au long cours et sans déficience intellectuelle. Pour 40 enfants sur 50, les thérapeutes ont affirmé que l'outil leur avaient permis de repérer les facteurs de motivation et de démotivation de l'enfant. La majorité des thérapeutes le recommande en pratique clinique. Cependant 29% des objectifs mis en place correspondaient objectivement aux 5 critères SMART.

Discussion. KID'EM se différencie des outils similaires décrits dans la littérature par sa rapidité de mise en œuvre mais des évolutions sont à prévoir. Les thérapeutes doivent cependant être sensibilisés au préalable à la détermination des objectifs SMART.

Keywords : *Motivation – Involvement – Communication – Paediatric rehabilitation*

Mots-clés : *Motivation – Engagement – Communication – Rééducation pédiatrique*

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins - 29200 BREST

Travail écrit de fin d'études – 2019

