



HAL
open science

Thérapie orthophonique et motivation de l'adolescent : étude des processus explicatifs

Yolène Savart

► **To cite this version:**

Yolène Savart. Thérapie orthophonique et motivation de l'adolescent : étude des processus explicatifs. Sciences cognitives. 2019. dumas-02280021

HAL Id: dumas-02280021

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02280021>

Submitted on 5 Sep 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.

**Thérapie orthophonique et motivation de l'adolescent :
étude des processus explicatifs**

Mémoire pour l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Yolène Savart

Née le 03 juillet 1968

Maître de mémoire : Madame Laurence Filisetti - MCF Sciences de l'Éducation,
psychologue sociale.

Année universitaire 2018-2019

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, **Madame Laurence Filisetti**, sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. La qualité de votre encadrement, vos conseils, votre regard à la fois pointu et bienveillant, votre soutien dans les moments de découragement, votre enthousiasme pour ce travail m'ont été d'une grande aide, de la construction de ce projet à son aboutissement. Merci.

Merci aux **membres du jury** d'avoir accepté d'évaluer mon travail.

Un grand merci aux orthophonistes qui m'ont aidée dans le recrutement des patients, et tout particulièrement à **Madame Noyale Chauchet** qui m'a accompagnée tout au long de cette année et m'a ouvert son réseau professionnel.

Un merci particulier **aux adolescents et à leurs familles** pour leur confiance.

Merci à **l'équipe pédagogique de l'École d'orthophonie de Caen** pour la qualité de son enseignement.

Merci à la **promotion 2014-2019**, hétéroclite et donc riche, qui est restée unie pendant ces cinq années et fut le lieu de belles rencontres.

Merci à toi **Valentine**, pour ton humour au 15^{ème} degré, pour la finesse de ton intelligence, pour ton amitié précieuse.

Enfin, un immense merci **à toi qui partages ma vie** depuis plus de 30 ans et qui as tenu bon pendant ce long parcours de reconversion, je n'aurais pas réussi sans toi. Merci à vous **Anne-Lise et Sasha** d'avoir supporté les absences, d'avoir grandi et d'être devenues de si belles personnes. Votre soutien depuis le début de cette aventure m'a accompagnée jusqu'ici.

Sommaire

Introduction.....	1
Développement théorique.....	2
1. La motivation : définitions et typologie.....	2
1.1. Définitions.....	2
1.2. Typologie motivationnelle.....	3
2. Les constituants de la motivation	4
2.1. La théorie des buts.....	4
2.2. La satisfaction des besoins fondamentaux.....	5
2.3. L'estime de soi.....	6
3. La théorie de l'autodétermination.....	7
3.1. Du non-médical vers le domaine de la santé.....	7
3.2. De la théorie à la pratique.....	7
3.3. Dans le domaine spécifique de l'orthophonie.....	8
4. La question de la motivation chez l'adolescent.....	9
Problématique et hypothèses.....	11
1. Problématique.....	11
2. Hypothèses.....	12
2.1. Modélisation.....	12
2.2. Hypothèses générales.....	13
Méthodologie.....	13
1. Population et recrutement.....	13
2. Construction de l'outil d'évaluation.....	14
2.1. Évaluation de l'estime de soi.....	14
2.2. Durée de la prise en soin orthophonique.....	15
2.3. Évaluation de la qualité motivationnelle et de la perception de la thérapie orthophonique.....	16
2.3.1 Évaluation de la qualité motivationnelle.....	16
2.3.2 Évaluation de la perception de la prise en soin orthophonique.....	17
3. Déroulement et conditions de passation.....	17
4. Outil statistique, variables mesurées et hypothèses opérationnelles.....	19

4.1. Outil et tests statistiques utilisés.....	19
4.1.1 Le logiciel.....	19
4.1.2 Les tests statistiques utilisés.....	19
1.2.a Le coefficient alpha de Cronbach.....	19
1.2.b L'indice de corrélation de Pearson.....	19
1.2.c Le coefficient de régression multiple.....	19
4.2. Les variables mesurées.....	20
4.3. Hypothèses opérationnelles.....	20
Présentation des résultats.....	21
1. Consistance interne des échelles.....	21
1.1. Échelle de mesure de l'estime de soi.....	21
1.2. Échelle de mesure de la qualité motivationnelle.....	21
1.3. Échelle de mesure de la perception de la prise en soin orthophonique.....	22
2. Corrélation entre les variables.....	22
2.1. L'estime de soi et la qualité motivationnelle.....	22
2.2. L'estime de soi et la perception de la thérapie orthophonique.....	23
2.3. La durée de thérapie orthophonique et l'estime de soi.....	23
2.4. La durée de la thérapie orthophonique et le type de motivation.....	23
2.5. La perception de la thérapie orthophonique et sa durée.....	24
2.6. La qualité motivationnelle et la perception de la thérapie orthophonique.....	24
3. Analyses de régression (test du modèle).....	24
3.1. L'estime de soi comme prédicteur de la qualité motivationnelle.....	25
3.2. La durée comme prédicteur de la qualité motivationnelle.....	26
3.3. La motivation comme prédicteur de la perception de la thérapie orthophonique.....	26
3.4. L'apport spécifique de la motivation par rapport à l'estime de soi comme prédicteur de la perception de la thérapie orthophonique.....	27
Discussion.....	28
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	35
Annexes.....	40

Introduction

Comment susciter l'intérêt d'un adolescent pour ses soins orthophoniques ? Comment l'accompagner dans son engagement à suivre la thérapie ? Comment maintenir son intérêt dans la durée ? Autant de questions qui peuvent relever d'un véritable défi avec certains adolescents. Nombre d'orthophonistes peuvent se sentir démunis face à ces patients affichant plus ou moins ostensiblement leur manque de motivation. La motivation est, en effet, reconnue comme l'un des rouages essentiels à la thérapie ; l'ensemble des professionnels s'accordent pour dire que le soin orthophonique est une coconstruction nécessitant par conséquent une implication active des deux protagonistes, patient et orthophoniste.

Cette approche considérant le patient comme acteur de ses soins rend essentielles la compréhension et la prise en compte des processus motivationnels. La motivation, objet de d'un large corpus de recherches depuis les cinquante dernières années est tout particulièrement étudiée en sciences de l'éducation et en psychologie sociale mais également dans le domaine de la santé. Elle a cependant été peu étudiée dans le domaine spécifique de l'orthophonie. Nous nous appuyerons sur la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan, qui modélisent la motivation en différenciant les qualités de motivation intrinsèque et extrinsèque. L'estime de soi constitue l'une des pistes qui permettrait d'expliquer la qualité plutôt intrinsèque ou plutôt extrinsèque de la motivation d'un individu pour une activité.

Ainsi, dans cette étude, nous poserons-nous la question des relations entretenues entre les différentes variables de l'estime de soi régulièrement citées dans la littérature pour éclairer les processus motivationnels et la perception que se fait l'adolescent de l'efficacité et du sens de ses soins orthophoniques.

Dans une première partie, nous nous intéresserons aux aspects théoriques de la motivation. Puis, dans un second temps, nous exposerons la démarche mise en œuvre pour répondre aux hypothèses formulées. Enfin, nous présenterons et discuterons les résultats obtenus.

Développement théorique

1. La motivation : définitions et typologie

1.1. Définitions

Le Larousse définit la motivation comme les "raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action" (« motivation », 2019). Il reprend ainsi le sens issu du latin *motivus*, mobile, et *movere*, mouvoir signifiant "qui met en mouvement". Au delà de cette acception courante, les recherches scientifiques ont permis d'enrichir cette définition en la situant plus précisément dans les contextes de la pédagogie, du sport et de la santé.

L'ensemble des théories s'accordent sur le fait que la motivation est un construit complexe et dynamique comportant plusieurs facettes. Elle se définit également dans sa relation avec d'autres aspects de la personnalité : "La motivation est multidimensionnelle et [...] entretient des liens étroits avec d'autres domaines de la vie affective et cognitive des individus – comme leurs émotions, leurs croyances personnelles, les connaissances qu'ils ont de leur identité – mais aussi avec leur trajectoire et leur vécu scolaires" (Gurtner, Gulfi, Monnard et Schumacher, 2006, p.22). La motivation est alors analysée à la fois en tant que processus cognitif, émotionnel et social (Csikszentmihalyi, 1988). Cette analyse se fonde notamment sur la théorie des attributions causales issue de la psychologie sociale (Weiner, 1992). Celle-ci postule que la perception des individus sur les causes de leurs actes, de leurs performances et de celles d'autrui se construit par l'accumulation des évaluations réalisées par eux-mêmes et par les autres. Ce sont donc les règles tirées de l'expérience qui modèlent la motivation de l'individu dans un processus dynamique et évolutif (Viau, 2000a). Cette conception, à l'instar de l'approche socio-cognitive, définit la motivation comme le résultat de l'interaction permanente entre un individu et son environnement (Bandura 1986 cité par Marks, 2002 ; Bandura et Schunk, 1981 ; Schunk, 1989). Les expériences sont hiérarchisées par l'individu en fonction de trois déterminants : la perception de la valeur d'une activité, de sa propre compétence et de la contrôlabilité de

cette activité, c'est-à-dire du degré de maîtrise de l'individu sur le déroulement et les conséquences de l'activité concernée (Viau, 1994) .

1.2. Typologie motivationnelle

Dans leur théorie dite de l'autodétermination, Deci et Ryan précisent ce travail de définition en proposant une typologie de la motivation (1985, 2008). Ils distinguent trois types de motivation : l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. L'amotivation se définit comme une absence totale de motivation. La motivation extrinsèque désigne une motivation dont la source est extérieure à l'individu. Par exemple, un élève apprend sa leçon pour obtenir une bonne note et ainsi satisfaire ses parents. Enfin, la motivation intrinsèque est issue de l'intérêt et du plaisir que l'individu trouve dans son action, sans en attendre de récompense d'autrui. Par exemple, un élève lit un manuel parce qu'il est curieux du thème abordé. La qualité motivationnelle varie selon les activités ou domaines et évolue dans le temps et selon les expériences (Wigfield, Eccles et Rodriguez, 1998).

Les conséquences et comportements associés à une motivation extrinsèque ou intrinsèque sont différents, particulièrement sur le long terme. En effet, la motivation intrinsèque s'accompagne de comportements positifs comme l'engagement dans l'activité mais aussi sa poursuite dans le temps en dehors de toute contrainte. Elle est basée sur le désir d'apprendre, la curiosité et le bien-être. A l'inverse, la motivation extrinsèque, bien que permettant un engagement dans l'activité, s'illustre par une faible persistance et une cessation de l'activité dès que la contrainte externe disparaît (Deci et Ryan, 1985). En 2000, les auteurs complètent leur modèle typologique en l'organisant autour d'une échelle de régulation comportementale (Fig. 1). Cette dernière se définit par une adaptation du comportement, dans l'objectif de s'organiser en fonction des conditions ou des exigences extérieures. Elle apporte une nuance à la qualité motivationnelle, notamment en définissant différents degrés de motivation extrinsèque et en introduisant un seuil d'autodétermination. La régulation externe, basée sur la peur d'une sanction, la réponse à une pression sociale ou encore sur la recherche d'une récompense correspond à une motivation extrinsèque. Le degré suivant est celui de la régulation introjectée : l'individu commence à intérioriser les contraintes externes sans toutefois choisir librement son action, il s'engage dans l'activité pour éviter des sentiments négatifs tels que la culpabilité. À ce niveau, nous sommes

encore dans une forme de motivation extrinsèque, non autodéterminée. Nous trouvons ensuite la régulation identifiée : l'activité bien que réalisée à des fins externes devient importante et valorisée par l'individu qui y trouve un sens. Le seuil d'autodétermination est atteint alors même que la qualité motivationnelle est extrinsèque. La régulation intégrée, dernier degré de motivation extrinsèque, est celle qui permet l'appropriation de l'action, car celle-ci est en cohérence avec le concept de soi de la personne qui peut alors trouver des motivations complémentaires à la source initialement externe.

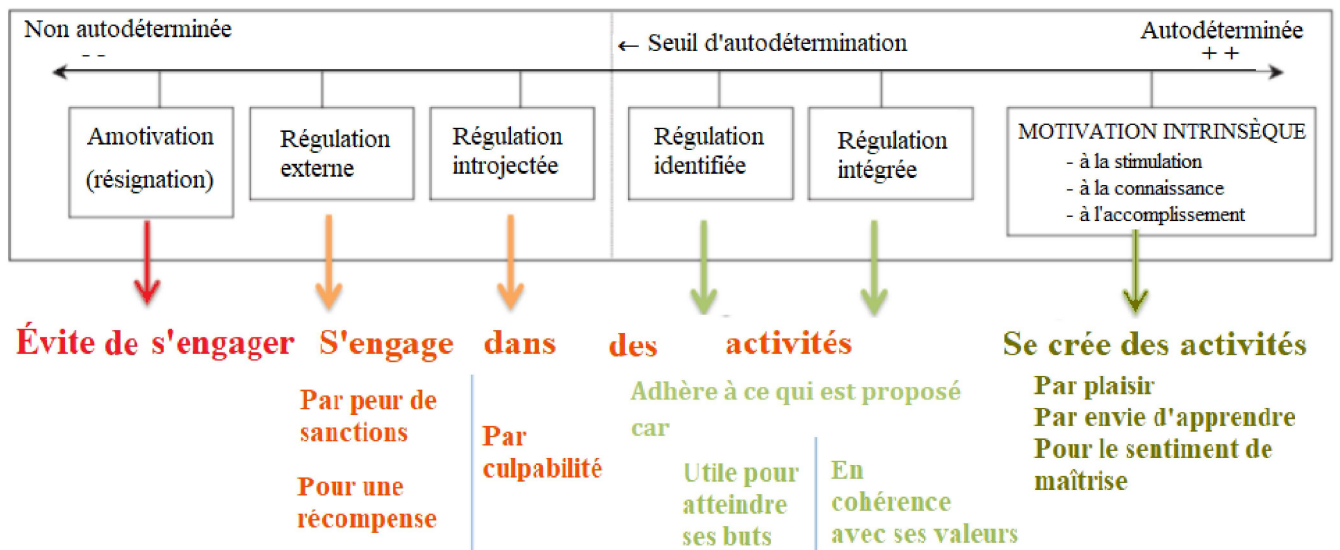


Fig. 1 Variations du type de motivation et de régulation sur le continuum d'autodétermination
 (Source : https://www.pmtic.net/sites/default/files/filemanager/images/site_public/.../tad_pdf.pdf)

2. Les constituants de la motivation

2.1. La théorie des buts

Les théories récentes s'intéressent désormais aux déterminants de la motivation. Certains auteurs se centrent plus spécifiquement sur les objectifs visés, ceux-ci constituant une partie intégrante du processus motivationnel. En effet, les buts poursuivis par les individus dans leurs actions témoignent du type de motivation. La théorie des buts en distingue trois catégories : les buts de performance orientés vers la réussite et la compétition, les buts d'apprentissage orientés vers la maîtrise de l'activité et la compétence, et les buts sociaux qui visent l'intégration entre pairs (Filisetti, Wentzel et

Dépret, 2006). Si les buts de performance sont systématiquement associés à une motivation extrinsèque, les buts d'apprentissage et les buts sociaux peuvent selon les cas traduire une motivation extrinsèque ou intrinsèque. Ce courant théorique, bien qu'intéressant, ne sera cependant pas au cœur de notre réflexion. En effet, notre propos se focalise sur l'élément considéré comme la source de toute motivation chez un individu : la satisfaction de ses besoins.

2.2. La satisfaction des besoins fondamentaux

Les travaux étudiant la motivation du point de vue des besoins s'articulent autour de la nécessité pour l'individu de répondre aux manques qu'il ressent, que ceux-ci soient d'ordre physiologique, sociologique ou psychologique. Ils montrent que le besoin pousse à l'action en créant une tension que l'individu veut alors réduire ou éliminer. Dans sa pyramide, Maslow organise ces besoins selon un ordre de priorité : à la base, les besoins physiologiques (manger, boire, ...), puis les besoins de sécurité (abri, revenus, sécurité affective et morale), ensuite, les besoins d'appartenance (affection, intégration sociale, cohésion), suivis par les besoins d'estime (considération, réputation, confiance, reconnaissance, estime de soi) et enfin les besoins d'auto-accomplissement (se réaliser, apprendre davantage, donner un sens à sa vie) (Maslow, 1954).

La satisfaction des besoins de base, bien que nécessaire à la motivation de l'individu, est loin d'être suffisante (Herzberg, 2008). Il faut en effet y ajouter la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux que sont les besoins de compétence, d'autonomie et de soutien (Connell et Wellborn, 1991). Le besoin d'autonomie correspond au sentiment d'être à l'origine de ses actions, d'être soi-même à la base de ses choix (Deci et Ryan, 1985 ; Ryan, 1993). Le besoin de compétence est le sentiment d'efficacité sur son environnement et aussi le sentiment d'être *cause de* (Deci, 1975 cité par Paquet, Carbonneau et Vallerand, 2016). Le besoin de soutien fait référence à l'affiliation interpersonnelle, c'est le sentiment d'être en adéquation avec les personnes qui sont importantes pour soi. Ce sentiment allie respect mutuel et confiance (Baumeister et Leary, 1995 ; Ryan, 1993). L'ensemble des recherches "met en évidence le lien qui existe entre les conditions qui supportent l'autonomie, la compétence et l'affiliation interpersonnelle, et le phénomène de la motivation intrinsèque" (Laguardia et Ryan, 2000, p. 286).

La satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux est ainsi favorable à l'émergence d'une qualité de motivation intrinsèque. Elle soutient également une estime de soi positive.

2.3. L'estime de soi

Le concept d'estime de soi est décrit en tant que phénomène affectif, vécu comme un sentiment ou une émotion provenant de "l'évaluation qu'une personne a d'elle-même, [et] correspondant au ratio entre ses aspirations et les succès qu'elle parvient à accomplir" (James, 1890, p. 310). Ce caractère subjectif de l'estime de soi est souligné dans de nombreux travaux qui la définissent alors comme le degré de correspondance entre l'idéal de l'individu et le concept actuel de lui-même (Campbell, 1984 ; Higgings, 1989 ; Rosenberg, 1979 cité par Avison 1981). C'est par conséquent, l'écart entre ce que l'individu perçoit de lui-même et l'idéal qu'il souhaiterait atteindre qui détermine son estime de soi. Les éléments constitutifs de l'estime de soi, notamment les besoins psychologiques fondamentaux, c'est-à-dire les sentiments de compétence, d'autonomie et de soutien, se construisent progressivement, à partir des performances passées de l'individu, de celles qu'il observe chez les autres, de son état physiologique et émotionnel ou encore à partir des messages de l'entourage (Bandura, 2002 cité par Rondier 2004). Ce sont, en effet, les sentiments d'être souverain dans ses choix, d'être capable de faire bien et d'être soutenu par ses proches qui alimentent une estime de soi positive. Se sentir capable de réussir participe d'autant plus à forger une estime de soi solide que l'activité concernée a de l'importance pour l'individu. Comme le souligne Harter, "l'estime de soi résulte du fait de se sentir bon, compétent dans les domaines que l'on considère importants" (Harter, 1986 citée par Bouffard, Vezeau, Chouinard et Marcotte, 2006).

La littérature établit ainsi un lien étroit entre l'estime de soi et la motivation : la lecture et l'interprétation que l'individu réalise de son vécu, c'est-à-dire son estime de soi, engendrent un certain degré de satisfaction ou d'insatisfaction, élément moteur du déclenchement et du maintien d'un comportement qui définissent sa motivation (Viau, 2000b ; Osiurak et *al.*, 2015 ; Clément, 2017).

3. La théorie de l'autodétermination

3.1. Du non-médical vers le domaine de la santé

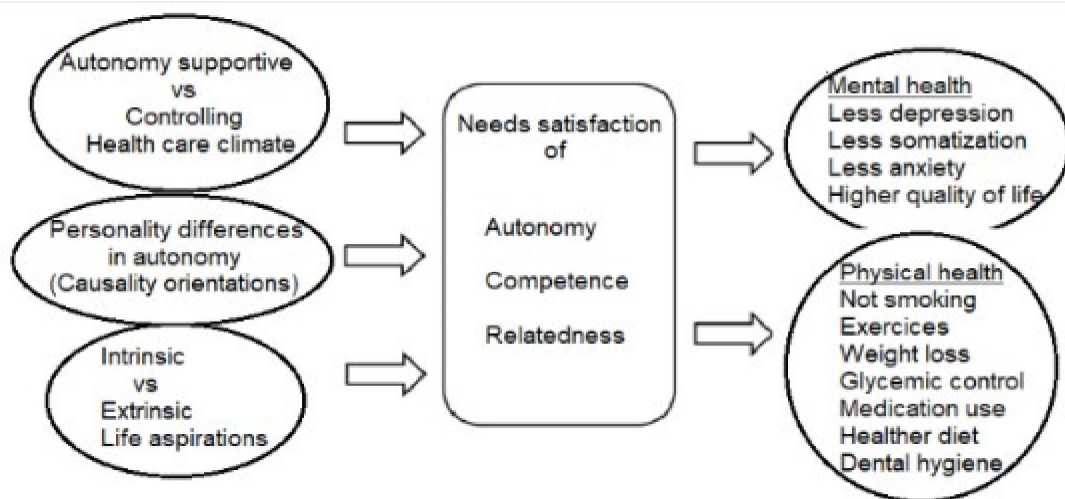
De nombreuses recherches mettent en évidence le lien entre la satisfaction des besoins dits fondamentaux et la motivation de l'individu. Elles étudient ce lien dans différents domaines tels que la scolarité (Martinot, 2001 ; Scellos, 2014 ; Viau, 1994), les performances sportives des athlètes (Gillet et Vallerand, 2016), l'investissement professionnel (Baard, Deci et Ryan, 2004 ; Gagné et Forest, 2009) ou encore le domaine de la santé. Dans ce dernier secteur, de nombreuses études établissent une relation positive significative entre le degré d'autonomie accordé au patient et sa compliance (Ng *et al.*, 2012). L'autonomie ressentie par le patient a donc des conséquences effectives sur le suivi des prescriptions médicamenteuses et des recommandations médicales. Les résultats de plusieurs études montrent que plus la personne se sent autonome plus elle respecte les indications médicales, ce qui permet d'atténuer les conséquences de pathologies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires ou le cancer (Chiuve, McCullough et Rimm, 2006 ; Yusuf *et al.*, 2004). La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan est ainsi validée dans le domaine de la santé, invitant les soignants à encourager l'autonomie de leurs patients (Williams et Deci, 2001 ; Williams *et al.*, 2006).

3.2. De la théorie à la pratique

De fait et comme le montre le schéma suivant (Fig. 2), le rôle du soignant est modifié par cette validation de la théorie de l'autodétermination : son objectif n'est plus uniquement d'améliorer la santé du patient mais aussi de favoriser et de développer son autonomie et son bien-être dans une relation qui devient plus horizontale (Beauchamps et Childress, 2009). Le patient est considéré comme acteur de ses soins, ce qui rend essentielles la compréhension et la prise en compte des mécanismes motivationnels.

C'est dans cette perspective théorique qu'au cours des vingt dernières années, les programmes d'éducation thérapeutique du patient (E.T.P.) se sont fortement développés dans l'accompagnement des personnes souffrant de maladies chroniques. L'entretien motivationnel y joue un rôle essentiel, plaçant la motivation au centre de la prise en soin. Il

s'agit d'un travail collaboratif visant à favoriser le ralliement du patient à son traitement, en l'accompagnant vers l'identification des freins et des moteurs qui vont influencer ses comportements face aux soins et aux changements de style de vie nécessaires à la limitation des facteurs de risque de sa pathologie. En s'appuyant sur le choix éclairé et autonome du patient, le soignant limite la résistance au changement et soutient l'investissement dans la thérapie (Lacroix, 2007). La réflexion théorique sur les processus motivationnels du patient s'incarne de la sorte dans la réalité clinique, en proposant des protocoles méthodologiques détaillés de mise en œuvre des programmes d'E.T.P. (Golay, Lager et Giordan, 2009). La Haute Autorité de Santé préconise désormais un recours systématique à l'E.T.P. dans la prise en soin des maladies chroniques (H.A.S., 2007) avec "l'objectif de rendre le patient plus autonome" (Art.L. 1161-1 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009).



The SDT model of health behavior change adapted from Ryan et al. (2008).

Fig.2 Adaptation du modèle de la théorie de l'autodétermination de Ryan et col. aux comportements dans les soins

3.3. Dans le domaine spécifique de l'orthophonie

Rappelons que "l'orthophonie est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins" (Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 126 ; décret n°2002-721 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste). En tant que profession paramédicale, elle est donc directement concernée par la question de la prise en compte de la motivation du patient dans les soins.

La recherche en orthophonie s'intéresse effectivement à la motivation du patient dans sa thérapie afin de l'aider au mieux dans son implication dans les soins et de l'accompagner vers une meilleure qualité de vie. Trois mémoires de fin d'études ont cherché à analyser la motivation des jeunes patients, celle de leurs parents ou encore celle de patients adultes. Le premier mémoire analyse la motivation chez les enfants de 4 à 10 ans bénéficiant d'un suivi orthophonique dans le cadre d'un retard de langage oral. Il conclut à une corrélation positive entre la satisfaction du besoin d'autonomie et la motivation intrinsèque chez ces patients. Il confirme l'action possible de l'orthophoniste sur les caractéristiques motivationnelles sans pouvoir préciser dans quelle mesure (Kugler et Claudon, 2011). Le deuxième mémoire s'intéresse à l'impact de la motivation des parents d'enfants de 3 à 6 ans, suivis pour des troubles du langage oral, dans le cadre d'un accompagnement parental. Les auteures établissent que la qualité de motivation des parents peut être modifiée par l'intervention de l'orthophoniste (Detreille et Teyton, 2016). Le troisième mémoire évalue plus précisément le lien entre la qualité de motivation et la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux chez l'adulte devenu sourd implanté cochléaire. Ce travail montre une corrélation entre la satisfaction du besoin de compétence et une motivation intrinsèque et une corrélation entre la satisfaction du besoin de soutien et la motivation extrinsèque. Par contre, aucune corrélation entre la satisfaction du besoin d'autonomie et le niveau de motivation chez ces patients n'a pu être démontrée (Cormier, 2018).

Pour l'heure, aucune étude ne s'est intéressée à la motivation de l'adolescent, dans la prise en soin orthophonique. Cette population traverse pourtant une phase de changements physiques, psychologiques et sociaux pouvant perturber l'estime de soi et les processus motivationnels.

4. La question de la motivation chez l'adolescent

L'adolescence, du latin *adulescens*, dont le suffixe indique un processus et non un état, désigne l'adolescent comme étant "celui qui grandit". C'est une étape majeure de la subjectivation (Cahn, 2004), une période de transformation et d'adaptation concernant tous les aspects de l'individu, notamment biologiques et sociaux.

Les transformations biologiques et la puberté constituent le substrat physiologique de l'adolescence et viennent en marquer le début (Blakemore, Burnett et Dahl, 2010). D'importants changements physiques résultent des modifications neuro-endocriniennes : développement des gonades, apparition des caractères sexuels secondaires. Cette modification de l'apparence physique et la possibilité d'une sexualité peuvent provoquer un désarroi, une étrangeté face au corps qui n'est plus le même et qu'il faut se réapproprier. Les relations de l'adolescent "avec lui-même et avec les autres évoluent : [...] l'amour de soi, l'investissement de soi et celui des relations avec autrui sont de ce fait remis en question" (Emmanuelli, 2016, p. 25).

Les transformations sociales découlent de l'ajustement des relations interpersonnelles. Les pairs prennent une place de premier ordre : le groupe d'amis apporte un soutien affectif jusqu'ici essentiellement dévolu aux parents. L'adolescent s'interroge sur les valeurs et les croyances de ses parents et se positionne en élisant un groupe d'appartenance ayant ses propres valeurs et règles de fonctionnement (Cannard, 2015). Ce groupe tient lieu de référence : le «modeling» des conduites sous l'influence des pairs permet l'intégration au groupe, c'est un puissant déterminant des comportements de l'adolescent (Olié, Gourion, Canceil et Lôo, 2006). Cette identification au groupe se fait parfois dans l'opposition aux parents et à l'adulte en général, dans une recherche d'autonomie le plus souvent revendiquée. Dans la prise en soin, notamment en orthophonie, cela peut se traduire par une mise à mal du lien thérapeutique et un désinvestissement des séances (Bouteyre et Loue, 2012). "La mauvaise observance thérapeutique est l'un des symptômes majeurs des difficultés [de l'adolescent atteint d'une pathologie chronique] et représente une source de préoccupation importante pour les équipes soignant des adolescents" (Jacquin et Levine, 2008, p. 90).

Les études montrent que, "globalement, la [quantité de] motivation évolue à la baisse à mesure que l'enfant grandit" (Gurtner, Gulfi, Monnard et Schumache, 2006, p. 22). Cette modification quantitative s'accompagne d'une modification qualitative : la motivation tend à devenir plus intrinsèque avec l'âge sous l'effet du gain d'autonomie.

Problématique et hypothèses

1. Problématique

La motivation a fait l'objet de multiples recherches dans divers domaines, qu'il s'agisse d'en établir une définition, d'en étudier les fondements ou encore les conséquences. Il a été démontré que l'engagement et le maintien dans une activité sont liés à la qualité motivationnelle : l'absence de motivation ou une motivation de qualité extrinsèque peuvent avoir des conséquences graves dans le domaine de la santé, le patient n'initiant pas ou interrompant son traitement prématurément. A l'inverse, une motivation intrinsèque facilite la compliance et l'implication du patient dans ses soins. L'un des facteurs identifiés comme déterminant de la qualité motivationnelle est l'estime de soi, elle-même favorisée par la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux (sentiments de compétence, d'autonomie et de soutien). La consolidation de l'estime de soi et la satisfaction des besoins fondamentaux sont ainsi des variables à considérer par les soignants dans le soutien de la motivation du patient.

L'orthophoniste, professionnel de santé, se saisit des résultats de ces recherches, la motivation du patient étant l'un des éléments centraux dans la prise en soin orthophonique, qu'il s'agisse du fait de venir régulièrement en séance ou de s'impliquer dans la thérapie proposée. Les recherches sur la motivation en orthophonie se sont jusqu'alors concentrées sur une population d'enfants ou d'adultes. Aucune étude, à notre connaissance, ne s'est intéressée à la population adolescente, laquelle présente pourtant des particularités dans une période de changements physiques, psychologiques et sociaux qui peuvent perturber l'estime de soi et les processus motivationnels. Cette population dont l'estime de soi est fragilisée présente, en effet, un risque de désengagement important. La durée de la prise en soin qui débute parfois dès la petite enfance pourrait également nourrir ce désengagement. La question de la motivation des adolescents ayant besoin de soins en orthophonie est donc capitale.

Notre étude consistera à mesurer cette motivation à l'aide d'échelles, de façon indirecte en évaluant le niveau d'estime de soi et de satisfaction des besoins fondamentaux, et de façon directe en évaluant la qualité motivationnelle (extrinsèque ou intrinsèque).

2. Hypothèses

2.1. Modélisation

Au regard de la littérature, il apparaît que l'estime de soi et les différents domaines qui la constituent détermineraient le type de motivation. Dans la pratique clinique, les orthophonistes s'interrogent également sur les effets de la durée du soin. Il serait possible que les adolescents dont la prise en soin orthophonique dure parfois depuis de nombreuses années, avec des débuts de soin dès la petite enfance, puissent ressentir une certaine lassitude. Nous faisons l'hypothèse que l'ensemble de ces éléments sont des prédicteurs de la perception de la prise en soin orthophonique par l'adolescent. Ainsi, le modèle que nous proposons de vérifier dans cette étude peut-il se représenter de la façon suivante (Fig. 3) :

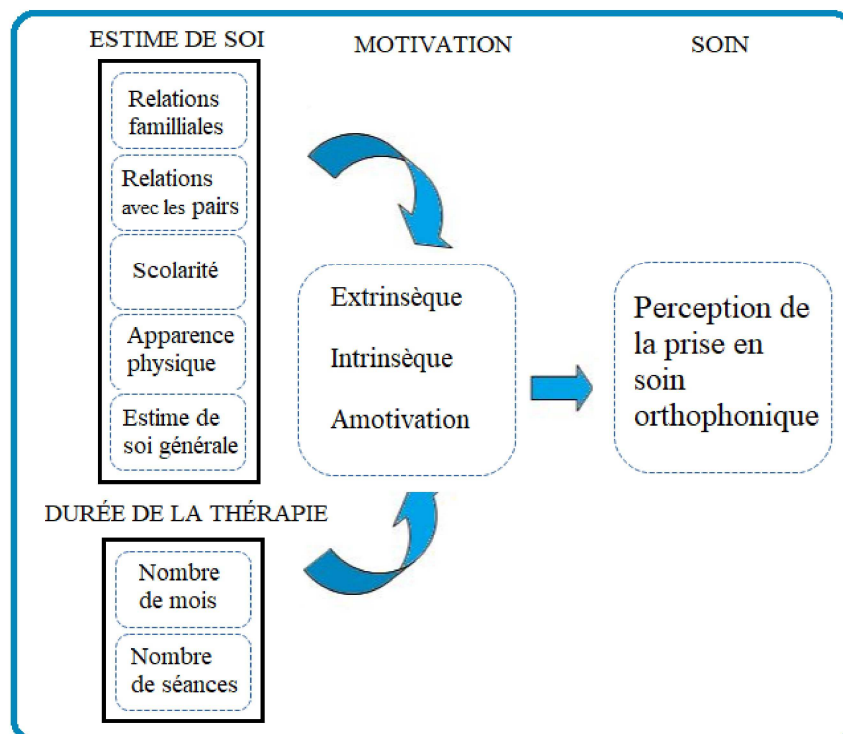


Fig. 3 Représentation graphique du modèle que nous proposons de tester

2.2. Hypothèses générales

- ✓ H1 : L'estime de soi est un prédicteur de la qualité motivationnelle de l'adolescent.
- ✓ H2 : La durée de la thérapie est un prédicteur de la motivation de l'adolescent.
- ✓ H3 : La qualité motivationnelle est un prédicteur de la perception de la prise en soin orthophonique par l'adolescent.

Méthodologie

1. Population et recrutement

La population étudiée se composait d'adolescents âgés de 12 à 16 ans bénéficiant d'une prise en soin orthophonique en cabinet libéral. Une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre autistique constituaient un critère d'exclusion, les réponses aux différentes échelles impliquant une capacité réflexive souvent altérée dans ces pathologies.

Le recrutement s'est fait dans le cadre des différents stages liés à la formation ou par relations professionnelles. Les orthophonistes proposaient à leurs patients correspondant aux critères d'inclusion de participer à l'étude et transmettaient les formulaires de consentement parental (Annexe I) ainsi que la lettre d'information relative à cette recherche (Annexe II). Afin de ne pas influencer les futures réponses, la question de la motivation n'a pas été directement mentionnée lors du recrutement, la recherche étant présentée selon son thème général : une étude de la perception des soins orthophoniques par les adolescents. Nous remarquons cependant que les adolescents qualifiés de non motivés par leur orthophoniste ne se sont pas portés volontaires pour participer à l'étude.

Au total, trente-deux patients ont été recrutés. Ils se répartissent comme suit :

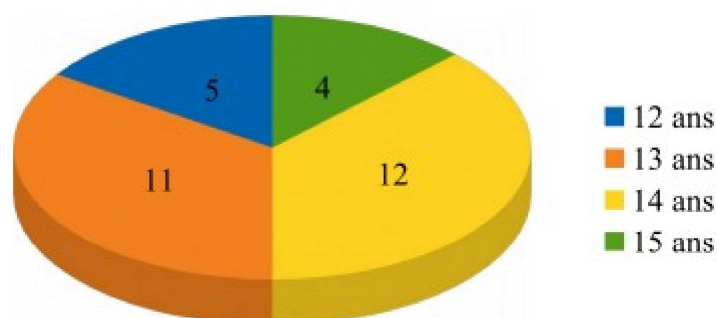


Fig 4. Répartition des participants selon l'âge (n = 32)

2. Construction de l'outil d'évaluation

L'outil proposé a pour objectif d'évaluer le niveau d'estime de soi, la qualité motivationnelle et la perception de la thérapie orthophonique (Annexe III). Il est constitué de deux échelles, la première mesurant l'estime de soi et la seconde regroupant les mesures de perception de la prise en charge orthophonique et de qualité motivationnelle.

2.1. Évaluation de l'estime de soi

Pour mesurer l'estime de soi, nous avons utilisé une adaptation de l'EMESA, Échelle de Mesure de l'Estime de Soi pour Adolescents de Kindelberger et Picherit (2015). Suite au pré-test de l'échelle auprès de trois adolescents, certains items ont été reformulés afin de faciliter leur compréhension. Cinq domaines constituant de l'estime de soi ont ainsi été mesurés à l'aide de sept items pour chacun.

Mesure de la relation aux pairs : Je me fais facilement des copains/copines ; Même entouré.e des autres de mon âge, je me sens seul.e¹ ; Les personnes de mon âge aiment bien être avec moi ; En général, on s'amuse bien en ma compagnie ; Souvent, je suis mal à l'aise avec les jeunes de mon âge¹ ; C'est facile pour moi de me faire des ami.e.s ; En cas de déménagement, je pense que j'aurais des difficultés à me faire de nouveaux amis¹.

1 item inversé

Mesure de l'estime de soi familiale : On passe de bons moments en famille ; Ma famille s'intéresse peu à ce qui m'arrive² ; Mes parents m'encouragent souvent dans mes choix ; Mes parents sont trop exigeants avec moi² ; Mes parents comprennent ce que je ressens ; Souvent, je ne me sens pas à la hauteur de ce que mes parents attendent de moi² ; Mes goûts et mes envies sont importants pour ma famille.

Mesure de l'estime de soi liée à l'apparence physique : Je trouve mon corps plutôt bien fait ; Je suis content.e de la façon dont mon corps se développe ; Je trouve souvent que mon physique est un peu moins agréable que celui des autres² ; Je pense souvent que mon physique est peu attirant² ; J'aimerais avoir un poids différent² ; Mon physique plaît facilement ; Je suis fier/fière de mon corps.

Mesure de l'estime de soi liée à la scolarité : Je trouve facilement les réponses en classe ; Mes capacités scolaires ne me permettent pas de réussir en classe² ; Je suis fier/fière de mes résultats scolaires ; Mes professeurs sont contents de moi ; Je me décourage facilement en classe² ; En classe, je comprends vite ; Je pense que souvent j'aurais de meilleurs résultats en classe si je travaillais plus².

Mesure de l'estime de soi générale : Je suis la plupart du temps heureux/heureuse de ce que je suis ; Je voudrais être différent.e de ce que je suis² ; Je trouve que je suis quelqu'un de bien ; J'aime bien la personne que je suis ; Souvent je me dis que j'aimerais bien être quelqu'un d'autre² ; Dans l'ensemble, je suis assez satisfait(e) de moi ; C'est difficile pour moi de m'accepter tel.le que je suis².

Notre échelle était donc constituée d'une liste de ces trente-cinq items mélangeant les différents domaines et d'une grille réponse sous forme d'échelle de Likert en cinq points. Les niveaux étaient définis numériquement de 1 à 5, les extrêmes définis verbalement : "1 signifie cette phrase n'est pas du tout vraie pour moi, 5 signifie cette phrase est tout à fait vraie pour moi. Les chiffres intermédiaires permettent de nuancer les réponses."

2.2. Durée de la prise en soin orthophonique

La durée de la prise en soin a été mesurée à partir du déclaratif du patient, en réponse aux questions : Peux-tu me dire depuis combien de temps tu vas en orthophonie ?

2 Item inversé

Combien de fois par mois ou par semaine ? Avant cette prise en charge, avais-tu déjà été chez l'orthophoniste, ici ou ailleurs ? Si oui, quand, à quelle fréquence et pendant combien de temps ?

Les différentes périodes de thérapies ont été cumulées afin d'obtenir un nombre total de séances suivies et une durée en nombre de mois.

2.3. Évaluation de la qualité motivationnelle et de la perception de la thérapie orthophonique

Nous avons construit une échelle de mesure de la qualité motivationnelle et une échelle de la perception de la thérapie orthophonique que nous avons ensuite réunies pour n'en former plus qu'une.

2.3.1 Évaluation de la qualité motivationnelle

La qualité motivationnelle a été mesurée par l'évaluation de la satisfaction des besoins fondamentaux (besoins de compétence, d'autonomie et de soutien). Nous avons construit une échelle inspirée de deux échelles normées que nous avons adaptées aux spécificités du soin orthophonique. Il s'agit des échelles Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale : General Measure (Chen *et al.*, 2015) et Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale : At Work (Deci, Ryan *et al.*, 2001). L'objectif était de déterminer le type de motivation : intrinsèque, extrinsèque ou absence de motivation.

Cinq items évaluaient la motivation intrinsèque: Je vais à mes séances d'orthophonie car ça m'aide à me sentir bien ; Je vais à mes séances d'orthophonie par choix personnel ; Je me sens libre de dire que je ne veux plus aller en orthophonie ; Je vais en orthophonie pour découvrir de nouvelles façons d'apprendre ; J'ai l'impression de pouvoir être moi-même en orthophonie.

Cinq items évaluaient la motivation extrinsèque: Je vais à mes séances d'orthophonie pour avoir de meilleures notes à l'école ; Je vais à mes séances d'orthophonie pour ne pas avoir de problème avec mes parents ; Il faut souvent que je me force pour aller à mes séances ; Souvent, je me sens obligé.e d'aller en orthophonie ; Je vais à mes séances d'orthophonie parce que je n'ai pas le choix.

Un item évaluait l'amotivation : Je ne sais pas pourquoi je vais en orthophonie.

2.3.2 Évaluation de la perception de la prise en soin orthophonique

Pour mesurer la perception de la prise en soin nous sommes basée sur les trois besoins psychologiques fondamentaux et avons construit nous-même une échelle de treize items couvrant les thèmes de la durée de la thérapie, de son utilité, de l'investissement, du soutien et de l'efficacité perçus par le patient :

Je pense que l'orthophonie est utile pour moi ; En orthophonie, je me sens encouragé.e à poser des questions ; En orthophonie, je fais souvent mon maximum ; Je progresse grâce à mes séances d'orthophonie ; Je pense que maintenant je pourrais me passer de l'orthophonie³ ; Je ne comprends pas pourquoi je dois encore aller en orthophonie³ ; Mon orthophoniste me donne des conseils pour comprendre les choses ; J'aime bien les séances d'orthophonie mais je n'en vois pas les effets⁴ ; Mon orthophoniste aime m'aider à comprendre ; Ça fait trop longtemps que je vais en séances d'orthophonie³ ; Je vois les effets positifs de mes séances d'orthophonie dans ma vie ; Mon orthophoniste sais que je suis capable de faire du bon travail ; Je me donne de tout mon cœur pour mes séances d'orthophonie.

Les items ont ensuite été mélangés à ceux de l'échelle d'évaluation de la qualité motivationnelle. L'échelle se composait, d'une part de la liste des items et d'autre part, d'une grille réponse sous forme d'échelle de Likert en 7 points allant de 1 "pas du tout vrai pour moi" à 7 "tout à fait vrai pour moi."

3. Déroulement et conditions de passation

Le recrutement et la passation des questionnaires se sont déroulés d'octobre 2018 à février 2019.

Une fois les autorisations signées, la passation des questionnaires a eu lieu, à la convenance des patients, soit à leur domicile soit au cabinet. Lorsque le rendez-vous avait lieu au cabinet orthophonique, la passation s'est faite hors de la présence de l'orthophoniste. Cela a permis de préserver la confidentialité des réponses et de limiter le

3 Item inversé

phénomène de désirabilité sociale. Ce phénomène consiste à vouloir se présenter à ses interlocuteurs sous un jour favorable et peut mener à donner des réponses biaisées.

Pour des questions pratiques, deux des entretiens ont été réalisés par une autre étudiante en Master 2 d'orthophonie.

En introduction, nous expliquions brièvement les objectifs de notre travail : mieux connaître la perception des soins orthophoniques par les adolescents. Nous avons également évoqué l'anonymat du traitement des données et la confidentialité des réponses y compris vis-à-vis de l'orthophoniste qui suivait l'adolescent. Nous lui avons rappelé son droit à mettre un terme à sa participation ou à refuser de répondre à certaines questions sans avoir à s'en justifier. Nous avons insisté également sur le fait qu'il n'y avait ni bonne, ni mauvaise réponse et que ce qui nous importait était de recueillir l'information qui correspondait à la vision personnelle de chacun des participants.

Un premier item d'entraînement était proposé ("J'aime le foot") et la précision suivante était apportée : "des adolescents ont trouvé certaines questions difficiles à comprendre. Si toi aussi tu trouves qu'une question n'est pas claire, alors n'hésite pas à me le dire, je te l'expliquerai car c'est important pour mon travail que la réponse que tu donnes corresponde bien à la question."

Chacun des items était lu au patient qui entourait directement le chiffre correspondant à sa réponse sur la grille prévue à cet effet.

A la fin de la passation, nous laissions un temps de conversation libre pendant lequel l'adolescent pouvait commenter les items, demander des précisions ou faire part de ses impressions.

De plus, afin de ne pas laisser l'adolescent face à des interrogations ou une sensation de malaise suite aux questions posées sur l'estime de soi, nous lui avons indiqué deux numéros d'associations d'écoute spécialement dédiées aux adolescents.

La durée totale des entrevues a varié de 20 à 30 minutes selon les patients.

4. Outil statistique, variables mesurées et hypothèses opérationnelles

4.1. Outil et tests statistiques utilisés

4.1.1 Le logiciel

Les données recueillies sont traitées et analysées par le logiciel SPSS, Statistical Package for the Social Sciences. Ce logiciel est notamment utilisé par des chercheurs en économie, en pédagogie et en sciences de la santé. Il offre à la fois des fonctions statistiques de base comme la statistique descriptive et des fonctions pour les statistiques analytiques.

4.1.2 Les tests statistiques utilisés

1.2.a Le coefficient alpha de Cronbach

Nous avons vérifié la consistance interne de nos échelles à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Il traduit la relation entre les différents items d'une même échelle, c'est-à-dire leur capacité à mesurer une même chose. Dans la pratique, on considère que l'homogénéité de l'instrument est satisfaisante lorsque la valeur du coefficient est au moins égale à 0,60.

1.2.b L'indice de corrélation de Pearson

Pour mesurer la corrélation entre estime de soi, motivation, durée et perception de la thérapie orthophonique, nous avons utilisé l'indice de corrélation de Pearson. Un coefficient de corrélation est considéré comme significatif lorsque la valeur de p est strictement inférieure à 0,05 (seuil de significativité).

1.2.c Le coefficient de régression multiple

Nous avons utilisé la régression multiple dans un objectif d'étude de notre modèle. L'analyse de régression multiple est une méthode statistique qui vise à étudier des relations entre variables. Plus précisément, elle détermine quelles sont les variables, dites prédictrices ou indépendantes, qui peuvent expliquer une autre variable, dite dépendante. Il faut au préalable vérifier qu'aucune des corrélations entre deux des variables étudiées ne

soit égale ou supérieure en valeur absolue à 0.9. En effet, la multicollinéarité augmenterait la variance des coefficients de régression, les rendant difficilement interprétables.

4.2. Les variables mesurées

- Estime de soi :
 - scolaire
 - familiale
 - relation avec les pairs
 - générale
- Perception de la prise en soin orthophonique
- Motivation :
 - intrinsèque
 - extrinsèque
 - amotivation
- Durée de la prise en soin orthophonique
 - en mois
 - en nombre de séance

4.3. Hypothèses opérationnelles

- ✓ H1.1 : Nous nous attendons à trouver une significativité de la régression entre les différentes variables indépendantes constituant l'estime de soi (relation avec les pairs, estime de soi scolaire, relation avec la famille, apparence physique, estime de soi générale) et la variable dépendante motivation.
- ✓ H2.1 : Nous nous attendons à trouver une significativité de la régression entre les variables indépendantes de la durée de la thérapie (nombre de mois et nombre de séances) et la variable dépendante motivation.
- ✓ H3.1 : Nous nous attendons à trouver une significativité de la régression entre la variable indépendante typologie de la motivation et la variable dépendante perception de la prise en soin orthophonique.

Présentation des résultats

1. Consistance interne des échelles

1.1. Échelle de mesure de l'estime de soi

La fiabilité inter-items pour la relation entre pairs ($\alpha = 0,90$), pour le domaine scolaire ($\alpha = 0,67$), pour l'apparence physique ($\alpha = 0,89$) et pour l'estime générale ($\alpha = 0,80$) permet d'établir trois scores moyens à partir de l'ensemble des 7 items de chaque domaine.

La fiabilité inter-items du domaine concernant les relations avec la famille est faible ($\alpha = 0,53$) et nous invite à une grande prudence dans l'interprétation des résultats concernant cette partie de l'estime de soi. De plus, seulement 6 des 7 items proposés sont conservés pour le calcul du score d'estime de soi liée aux relations avec la famille (Annexe IV).

1.2. Échelle de mesure de la qualité motivationnelle

Pour la motivation intrinsèque, la fiabilité inter-items permet le calcul d'un score moyen à partir des 5 items proposés ($\alpha = 0,74$)

Nous ne conservons que 4 des 5 items proposés pour le calcul du score moyen de motivation extrinsèque, afin d'obtenir un coefficient de fiabilité satisfaisant ($\alpha = 0,82$) (Annexe IV).

Un seul item mesurant l'amotivation, les résultats ne seront statistiquement pas significatif pour cette variable et ne pourront être pris en compte dans notre analyse. Notons cependant que 31 des participants sur 32 considèrent cet item comme "pas du tout vrai" pour eux.

1.3. Échelle de mesure de la perception de la prise en soin orthophonique

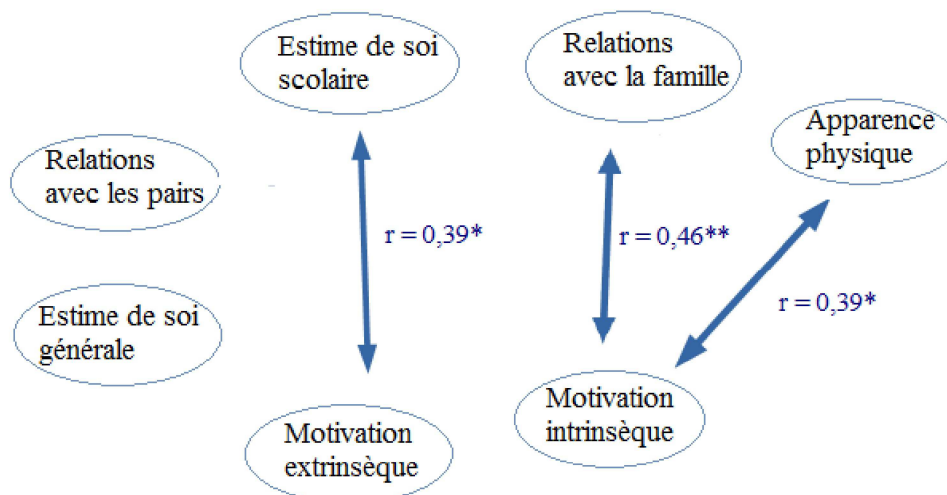
Nous conservons 12 des 13 items proposés pour le calcul du score moyen de perception de la prise en soin orthophonique, afin d'obtenir un coefficient de fiabilité satisfaisant ($\alpha = 0,74$) (Annexe IV).

2. Corrélation entre les variables

Les corrélations sont mesurées à l'aide du coefficient de Pearson (r) pour étudier un premier lien entre les différentes variables. Afin de faciliter la lecture des résultats, dans les schémas suivants, nous faisons le choix de ne représenter que les corrélations statistiquement significatives. L'ensemble des données est consultable en annexe (Annexe V).

2.1. L'estime de soi et la qualité motivationnelle

La littérature établit un lien entre estime de soi et qualité motivationnelle. Dans notre échantillon, nous observons une corrélation entre motivation extrinsèque et estime de soi scolaire, entre motivation intrinsèque et relations avec la famille et enfin, entre motivation intrinsèque et apparence physique (Fig. 6). Aucune corrélation n'est égale ou supérieure à 0,9, autorisant l'interprétation future du coefficient de régression pour ces variables.

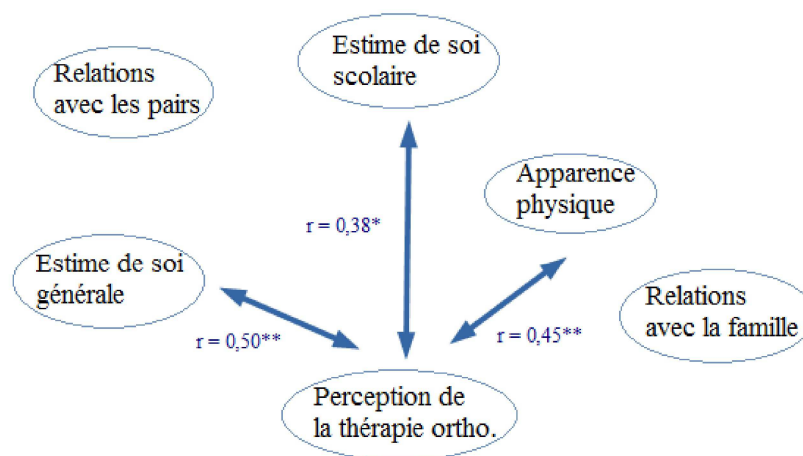


($n = 32$). * La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral), ** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral)

Fig. 6 - Corrélations significatives estime de soi/motivation

2.2. L'estime de soi et la perception de la thérapie orthophonique

Les résultats de l'étude montrent une corrélation significative entre la perception de la thérapie orthophonique et différents composants de l'estime de soi : apparence physique, estime de soi scolaire et estime de soi générale. En revanche, aucune corrélation significative n'apparaît entre la perception de la thérapie orthophonique et l'estime de soi liée aux relations avec les pairs ou avec la famille (Fig. 7). Aucune corrélation n'est égale ou supérieure à 0,9, autorisant l'interprétation future du coefficient de régression pour ces variables.



(n = 32). * La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral) , ** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral)

Fig. 7 - Corrélations significatives estime de soi/perception de la thérapie orthophonique

2.3. La durée de thérapie orthophonique et l'estime de soi

Aucune corrélation significative n'apparaît entre la durée de la thérapie orthophonique, le nombre de séances suivies par l'adolescent et les différents constituants de l'estime de soi.

2.4. La durée de la thérapie orthophonique et le type de motivation

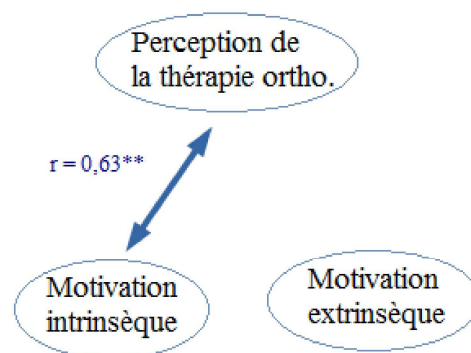
Aucune corrélation significative n'apparaît entre la durée de la thérapie orthophonique, le nombre de séances suivies par l'adolescent et la qualité motivationnelle.

2.5. La perception de la thérapie orthophonique et sa durée

Aucune corrélation significative n'apparaît entre la perception de la thérapie orthophonique et sa durée en mois ou en nombre de séances.

2.6. La qualité motivationnelle et la perception de la thérapie orthophonique

La relation entre la qualité de motivation et la perception de la thérapie orthophonique est un élément capital de notre recherche : les résultats mettent en évidence un lien significatif entre la motivation de type intrinsèque et une perception positive de la thérapie orthophonique (Fig. 8).



(n = 32). * La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral) , ** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral)

Fig. 8 - Corrélation significative motivation/perception de la thérapie orthophonique

3. Analyses de régression (test du modèle⁴)

Rappelons que l'objectif de notre étude se définit par l'exploration des différents processus qui peuvent avoir un effet sur la perception qu'a le patient adolescent de sa prise en soin orthophonique. Pour tester notre modèle, plusieurs séries d'analyses de régression ont été effectuées. L'ensemble des tableaux bruts de résultat est consultable en annexe (Annexe VI).

Nous avons, dans un premier temps, mesuré le poids des variables d'estime de soi (estime de soi générale, apparence physique, relations avec les pairs, relations avec la

4 Les différents constituants de l'estime de soi et la durée de la prise en soin sont des prédicteurs du type de motivation. Le type de motivation est un prédicteur de la perception de sa prise en soin orthophonique par l'adolescent.

famille) dans la motivation de l'adolescent. Dans une seconde analyse, les variables de la motivation (intrinsèque, extrinsèque) ont été étudiées comme des prédicteurs de la perception de la prise en soin orthophonique par le patient adolescent.

Enfin, dans une troisième analyse de régression, nous avons d'abord introduit les variables de l'estime de soi puis dans le bloc suivant nous avons ajouté les variables de la motivation. En effet, afin d'évaluer dans quelle mesure les variables de la motivation prédisent à elles seules la perception de la prise en charge orthophonique et ne sont pas un simple médiateur des effets de l'estime de soi, il nous est apparu important de mesurer le poids explicatif supplémentaire qu'elles apportent.

Cette analyse en plusieurs étapes nous a permis d'étudier notre modèle et de répondre aux questions suivantes : quelles sont les variables qui peuvent prédire la perception de sa thérapie par le patient adolescent et dans quelles proportions l'influencent-elles ?

3.1. L'estime de soi comme prédicteur de la qualité motivationnelle

Comme nous pouvons le voir dans le tableau 1, aucune des variables de l'estime de soi ne prédit la motivation extrinsèque du patient adolescent. A l'inverse, la motivation intrinsèque est expliquée à 47 % ($R^2 = 0,472^{**}$) par les variables de l'estime de soi et plus spécifiquement par les variables "relations avec les pairs", "relations avec la famille" et "apparence physique" (Tableau 2).

Tableau 1. Variables d'estime de soi comme prédictrices de la motivation extrinsèque

	Motivation extrinsèque	
	R ²	β
Total	.210 ns	
Variables de l'estime de soi :		
Relations avec les pairs		-,055 ns
Estime scolaire		,171 ns
Relations avec la famille		-,201 ns
Apparence physique		,555 ns
Estime de soi générale		-,255 ns

Seuils de significativité : ns : non significatif ; *p<.05 ; ** p<.01 et ***p<.001

Tableau 2. Variables d'estime de soi comme prédictrices de la motivation intrinsèque

	Motivation intrinsèque	
	R ²	β
Total	.472**	
Variables de l'estime de soi :		
Relations avec les pairs		-,567 *
Estime scolaire		,215 ns
Relations avec la famille		,469 **
Apparence physique		,661 **
Estime de soi générale		,045 ns

Seuils de significativité : ns : non significatif ; *p<.05 ; ** p<.01 et ***p<.001

3.2. La durée comme prédicteur de la qualité motivationnelle

Aucune des variables de la durée de la prise en soin orthophonique ne prédit la qualité motivationnelle, les R² sont non significatifs tant pour la motivation extrinsèque que pour la motivation intrinsèque.

3.3. La motivation comme prédicteur de la perception de la thérapie orthophonique

La motivation intrinsèque représente un poids explicatif de la perception de la thérapie orthophonique de 46 % (R² = 0,458**) (Tableau 3).

Tableau 3. Variables de motivation comme prédictrices de la perception de la thérapie

	Perception de la thérapie	
	R ²	β
Total	.458**	
Variables de la motivation :		
Motivation extrinsèque		,252 ns
Motivation intrinsèque		,603**

Seuils de significativité : ns : non significatif ; *p<.05 ; ** p<.01 et ***p<.001

3.4. L'apport spécifique de la motivation par rapport à l'estime de soi comme prédicteur de la perception de la thérapie orthophonique

La comparaison des tableaux 4 et 5 nous permet de constater que les variables de l'estime de soi (plus précisément, la relation avec les pairs et l'estime de soi générale) expliquent à elles seules 45,6 % ($R^2 = 0,456^{**}$) de la perception de la thérapie orthophonique. Si nous y ajoutons les variables du type de motivation (motivation intrinsèque), alors, la perception de la thérapie est expliquée à 60,7 % ($R^2 = 0,607^{**}$). Nous pouvons donc dire que, par rapport à l'estime de soi seule, la qualité de la motivation apporte un poids explicatif supplémentaire à la perception de la thérapie par le patient adolescent.

Observons de plus près ce qui se passe avec les variables de l'estime de soi : la variable relation avec les pairs joue sur la motivation intrinsèque (Tableau 2) mais influence aussi directement la perception de la thérapie (Tableaux 4 et 5). La variable estime de soi générale ne joue pas sur le type de motivation (Tableau 2) mais influence directement la perception de la thérapie (Tableaux 4 et 5).

Tableau 4. Variables d'estime de soi comme prédictrices de la perception de la thérapie

	Perception de la thérapie	
	R ²	β
Total	.456**	
Variables de l'estime de soi :		
Relations avec les pairs		-,813 **
Estime scolaire		-,042 ns
Relations avec la famille		,148 ns
Apparence physique		,406 ns
Estime de soi générale		,851*

Seuils de significativité : ns : non significatif ; *p<.05 ; ** p<,01 et ***p<.001

Tableau 5. Variables d'estime de soi et de motivation comme prédictrices de la perception de la thérapie

	Perception de la thérapie	
	R ²	β
Total	.607**	
Variables de l'estime de soi et de la motivation :		
Relations avec les pairs		-,538 ^(t)
Estime scolaire		-,174 ns
Relations avec la famille		-,034 ns
Apparence physique		-,005 ns
Estime de soi générale		,877*
Motivation extrinsèque		,186 ns
Motivation intrinsèque		,467*

Seuils de significativité : ns : non significatif ; (t) effet tendanciel ; *p<.05 et ***p<.001

Discussion

Rappel des objectifs et construction du modèle

L'objectif de cette étude était d'explorer différents processus pouvant expliquer la perception que se fait l'adolescent de l'efficacité et du sens de ses soins orthophoniques. Nous nous sommes spécifiquement intéressée à trois aspects : l'estime de soi, la durée de la thérapie et le type de motivation.

La littérature met en effet en évidence le rôle de la motivation. Sa place est capitale tant pour l'engagement initial dans une activité que pour le maintien de cet intérêt dans le temps (Deci et Ryan, 1985, 2000). Trois types de motivation sont identifiés : l'absence de motivation, la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque se distingue de la motivation extrinsèque par son caractère autodéterminé,

c'est-à-dire le fait de se sentir à l'origine de son propre comportement. Elle s'accompagne de comportements positifs comme l'engagement dans l'activité mais aussi sa poursuite dans le temps en dehors de toute contrainte. Elle est basée sur le désir d'apprendre, la curiosité et le bien-être. Nous avons fait l'hypothèse que le type de motivation pouvait expliquer la perception des soins par l'adolescent.

Nous nous sommes ensuite interrogée sur les facteurs intervenant dans le développement d'un type de motivation plutôt que d'un autre. Il a été démontré, notamment dans le domaine scolaire, que l'estime de soi et les différents éléments qui la constituent interviennent étroitement dans la construction du type de motivation (Viau, 2000). D'autre part, la pratique clinique pose la question des effets de la durée de la thérapie sur la motivation du patient. En effet, de nombreux adolescents ont débuté leurs soins dès la petite enfance, parfois à un rythme de deux ou trois séances hebdomadaires, ce qui pourrait avec le temps, induire une baisse de motivation. Nous avons donc retenu ce second facteur comme potentiel intervenant sur le type de motivation.

Nous avons construit un modèle théorique reprenant ces éléments : l'estime de soi d'une part et la durée de la prise en soin de l'autre sont des prédicteurs du type de motivation qui est elle-même prédictrice de la perception de la prise en soin orthophonique par l'adolescent.

Vérification des hypothèses

- H1 L'estime de soi est un prédicteur de la qualité motivationnelle de l'adolescent.
 - H1.1 : Nous nous attendons à trouver une significativité de la régression entre les différentes variables indépendantes constituant l'estime de soi (relation avec les pairs, estime de soi scolaire, relation avec la famille, apparence physique, estime de soi générale) et la variable dépendante motivation.

L'analyse des données révèle qu'une partie des domaines constituant de l'estime de soi, l'apparence physique, les relations avec les pairs et les relations familiales, expliquent à plus de 47 % une qualité de motivation intrinsèque. Ceci valide partiellement notre première hypothèse. Nos résultats sont soutenus par différents travaux établissant un lien

entre l'estime de soi et la qualité motivationnelle (Viau, 2000 ; Osiurak et *al.*, 2015 ; Clément, 2017).

Le fait de se sentir à l'aise avec son corps est ainsi l'un des supports à une motivation essentiellement basée sur l'intérêt perçu et le plaisir que l'adolescent trouve dans son activité. L'image corporelle revêt une importance particulière dans la représentation de soi au moment de l'adolescence (Fourchard et Courtinat-Camps, 2013). Il n'est pas surprenant de la retrouver ici comme pesant particulièrement dans l'investissement et la motivation de l'adolescent.

Les résultats montrent également un poids significatif des relations familiales dans la constitution d'une motivation intrinsèque. Ainsi, l'adolescent qui se sent suffisamment soutenu par la sphère familiale, serait-il apte à être plus indépendant dans ses choix et plus autonome. Ce sentiment de soutien, ainsi que ceux d'autonomie et de compétence représentent les besoins psychologiques fondamentaux ; ils ont un rôle déterminant dans l'estime de soi (Connell et Wellborn, 1991). Il faut cependant nuancer cette analyse, la fiabilité de notre échelle d'évaluation de l'estime de soi liée aux relations familiales étant faible ($\alpha = 0,53$).

Le poids de la relation aux pairs est également significatif dans la motivation intrinsèque. Notons que le sens de la régression est inversé ($\beta = -,567 *$), autrement dit, une faible estime de soi liée à la relation aux pairs est prédictive d'une qualité de motivation de type intrinsèque. Ce résultat qui peut de prime abord sembler surprenant, n'est pas incompatible avec la théorie des buts. Celle-ci postule que l'importance attribuée au but poursuivi représente un déterminant des conduites et de la motivation (Cury, 2004 ; Filisetti, Wentzel et Dépret, 2006). Elle distingue trois buts principaux, les buts de performance, les buts d'apprentissage et les buts sociaux. Ce sont ces derniers qui nous intéressent. Ils visent notamment l'intégration entre pairs par une recherche de soutien et d'approbation. Nous pouvons dire que l'adolescent qui ne rechercherait pas cette approbation, qui montrerait une capacité à se détacher du regard du groupe, en serait en quelque sorte libéré et pourrait alors adopter un comportement plus autodéterminé, donc en correspondance avec une motivation intrinsèque.

- H2 : La durée de la thérapie est un prédicteur de la motivation de l'adolescent.
 - H2.1 : Nous nous attendons à trouver une significativité de la régression entre les variables indépendantes de la durée de la thérapie (nombre de mois et nombre de séances) et la variable dépendante motivation.

Cette hypothèse est invalidée par l'ensemble des résultats, aucune régression significative ni corrélation n'apparaissent entre les deux groupes de variables. L'intuition clinique qui propose la durée comme explication de la démotivation adolescente pour la prise en soin orthophonique ne peut être retenue comme juste.

- H3 : La qualité motivationnelle est un prédicteur de la perception de la prise en soin orthophonique par l'adolescent.
 - H3.1 : Nous nous attendons à trouver une significativité de la régression entre la variable indépendante typologie de la motivation et la variable dépendante perception de la prise en soin orthophonique.

Les résultats de notre étude valident cette troisième hypothèse : la motivation intrinsèque intervient pour plus de 45 % dans la perception positive de la prise en soin orthophonique par l'adolescent. Nous avons également vérifié que, par rapport à l'estime de soi seule, la qualité de la motivation apportait bien un poids explicatif supplémentaire à la perception de la prise en soin. Il était en effet nécessaire de s'assurer que la motivation ne jouait pas le rôle d'un simple vecteur des effets de l'estime de soi mais portait son propre poids explicatif. Les résultats confirment ce poids supplémentaire. Les analyses de régression montrent effectivement que les variables de l'estime de soi (plus précisément, la relation avec les pairs et l'estime de soi générale) expliquent à elles seules 45,6 % de la perception de la thérapie orthophonique tandis que lorsque nous y ajoutons les variables du type de motivation (motivation intrinsèque), la perception de la thérapie est expliquée à 60,7 %.

Ces résultats validant l'importance de la motivation intrinsèque ont jusqu'alors été peu observés, la littérature montrant un écart entre, d'une part, les aspects théoriques qui lient la motivation intrinsèque et la perception d'une activité et d'autre part, les recherches expérimentales qui modèrent cette théorie en soulignant l'influence que peut également exercer la motivation extrinsèque (Wentzel, Filisetti et Looney, 2007). L'orthophoniste, de

part ses fondements éthiques et théoriques, accorde une place importante à la volonté du patient, à sa demande de soin. Le patient, même s'il peut subir une certaine pression de son environnement familial, est libre de poursuivre ou non sa thérapie. Cet aspect démarquant le soin orthophonique de l'éducation scolaire qui porte un caractère obligatoire, peut certainement expliquer la différence du poids de la motivation intrinsèque en orthophonie. Nous pouvons également estimer, qu'en lien à ce phénomène, les adolescents qui ne ressentiraient pas une motivation née de leurs propres besoins ont interrompu leur thérapie et ainsi échappé à notre étude. Une autre partie des adolescents n'a pas été intégrée à cette recherche : ceux perçus par leur orthophoniste comme désinvestissant la thérapie, que nous pouvons estimer mus par une motivation plus extrinsèque qu'intrinsèque et qui n'ont pas accepté de participer à la recherche.

Un autre mécanisme peut nuancer ce résultat inhabituel : la valorisation sociale des explications internes (Dubois, 2003 cité par Louche, Bartolotti et Papet, 2006). Il a été démontré via un paradigme d'autoprésentation qu'il existe une norme sociale de la motivation interne. Une expérience proposait à des étudiants de compléter un questionnaire de motivation selon une double consigne : l'une était de se faire bien voir et l'autre de se faire mal voir par le relecteur. Il a constaté que les répondants se présentaient comme motivés intrinsèquement pour se faire bien voir (François, 2004 cité par Louche, Bartolotti et Papet, 2006) Nous ne pouvons écarter la possibilité que ce phénomène ait influencé nos jeunes participants dans leurs réponses.

Limites et perspectives de cette recherche

Les contraintes temporelles et matérielles liées au cadre du mémoire orthophonique ne nous ont pas permis de recruter un échantillon plus important. Nous avons souhaité que la passation des échelles se fasse lors d'un entretien et non par un envoi postal ou informatique. En effet, il nous paraissait primordial, au regard des difficultés que peuvent rencontrer certains adolescents avec le langage écrit de ne pas les laisser seuls face à un questionnaire. La disponibilité dont nous disposions a ainsi impacté directement la taille de notre échantillon. D'autre part, nous avons constaté qu'une partie des adolescents n'était pas représentée dans notre recherche, ceux qui peuvent être supposés non motivés ou relevant d'un type de motivation extrinsèque. Il semble important de les inclure dans une prochaine recherche, peut-être en modifiant le mode de recrutement, sans passer par

l'intermédiaire de leur orthophoniste. Il serait également intéressant de proposer une étude permettant la mise en perspective de la perception de sa thérapie par l'adolescent et de celle que se fait son orthophoniste. Enfin, l'importance démontrée de la motivation nous invite à évaluer des stratégies de consolidation de l'estime de soi dans le cadre de la prise en soin orthophonique.

Les apports de cette recherche

Jusqu'à maintenant, les recherches sur la motivation en orthophonie s'étaient concentrées sur une population d'enfants ou d'adultes et n'avaient pas exploré les fonctionnements adolescents. Ce travail apporte quelques réponses et met en exergue le poids effectif de la motivation intrinsèque dans la perception de la prise en soin orthophonique. Ce type de motivation parfois qualifié d'utopique a jusqu'alors été peu validé en recherche. La spécificité de la prise en soin orthophonique, dans une relation duelle adaptée aux particularités de chaque individu serait ainsi propice au développement d'une motivation autodéterminée.

Conclusion

L'objectif de notre recherche était d'étudier les prédicteurs de la motivation de l'adolescent et leurs effets sur la perception de sa prise en soin orthophonique. Pour ce faire, nous nous sommes appuyée sur la théorie dite de l'autodétermination de Deci et Ryan qui définit trois types de motivation : l'absence de motivation, la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque (1985, 2008). La motivation intrinsèque s'accompagne de comportements positifs tels que l'engagement dans l'activité mais aussi sa poursuite dans le temps en dehors de toute contrainte (Deci et Ryan, 1985). Nous nous sommes alors interrogée sur les éléments pouvant induire une motivation de type intrinsèque. D'une part, la littérature établit un lien étroit entre la motivation et l'estime de soi (Viau, 2000b ; Osiurak et *al.*, 2015 ; Clément, 2017). D'autre part, la pratique clinique pose la question des effets de la durée de la prise en soin sur la motivation de l'adolescent,

parfois suivi depuis de nombreuses années. Nous avons donc retenu l'estime de soi et la durée de la prise en soin comme prédicteurs possibles du type de motivation. Enfin, nous avons émis l'hypothèse que le type de motivation était un prédicteur de la perception des soins orthophoniques par l'adolescent.

Afin de vérifier ces hypothèses, nous avons créé nos propres échelles de mesure de l'estime de soi et de la qualité motivationnelle en adaptant des échelles pré-existantes à l'adolescent et au domaine orthophonique. Nous y avons ajouté une échelle de mesure de la perception des soins. Ces échelles ont été passées en face à face à un échantillon de 32 adolescents suivis en orthophonie.

Les résultats confirment que l'estime de soi positive est un prédicteur de la motivation intrinsèque, en accord avec la théorie de l'autodétermination. La durée de la prise en soin n'intervient par contre ni dans la qualité de la motivation ni dans la perception des soins. Enfin, la motivation intrinsèque présente un poids explicatif de plus de 45 % dans la perception positive de la prise en soin orthophonique par l'adolescent.

L'ensemble de ces résultats devra être confirmé par des études dont la méthodologie permettra l'inclusion d'un plus grand nombre de patients. Ils invitent cependant déjà à développer des approches thérapeutiques de consolidation de l'estime de soi dans le cadre de la prise en soin orthophonique. Parmi celles-ci on trouve les méthodes basées sur le renforcement positif et l'apprentissage sans erreur qui participent au développement du sentiment de compétence. Le développement des capacités métacognitives, en donnant à l'adolescent les clés qui lui permettent de comprendre ses propres mécanismes, renforceront également un sentiment de compétence et d'autonomie, vecteurs de l'estime de soi.

Bibliographie

- Avison W.R. (1981) *Reviewed Work : Conceiving the Self by Morris Rosenberg* Review by: William R. Avison *The Canadian Journal of Sociology* Vol. 6, No. 2, Spring, 1981), 212-214 Published by: [Canadian Journal of Sociology](#) DOI: 10.2307/3340091
- Baard, P. P., Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2004). *Intrinsic Need Satisfaction: A Motivational Basis of Performance and Well-Being in Two Work Settings 1*. *Journal of applied social psychology*, 34(10), 2045-2068.
- Bandura, A. et Schunk, D.H. (1981). *Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Baumeister, R. F. et Leary, M. R. (1995) *The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation*. In *Psychological Bulletin* 117(3):497-529. The American Psychological Association, Inc.
- Beauchamp, T. L. et Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th éd.) New-York : Oxford University Press, USA, 57-77
- Blakemore, S. J., Burnett, S. et Dahl, R. E. (2010). *The role of puberty in the developing adolescent brain*. *Human brain mapping*, 31(6), 926-933.
- Bouffard, T., Vezeau, C., Chouinard, R. et Marcotte, G. (2006). *L'illusion d'incompétence et les facteurs associés chez l'élève du primaire*. *Revue Française de Pédagogie. Recherches en éducation*, (155), 9-20.
- Bouteyre, E. et Loue, B. (2012). *L'adhésion thérapeutique chez l'adolescent atteint de maladie chronique: état de la question*. *Archives de pédiatrie*, 19(7), 747-754.
- Cahn, R. (2004). *Subjectalité et subjectivation*. *Adolescence*, (4), 755-766.
- Campbell, J.D. (1984). *The new science*. University New York : Press of America. Lanham.
- Cannard, C. (2015). *Le développement de l'adolescent: l'adolescent à la recherche de son identité*. De Boeck Supérieur. 229-296

- Chiuvé, S. E., McCullough, M. L., Sacks, F. M. et Rimm, E. B. (2006). *Healthy Lifestyle Factors in the Primary Prevention of Coronary Heart Disease Among Men: Benefits Among Users and Nonusers of Lipid-lowering and Antihypertensive Medications*. *Circulation*, 114(2), 160-167.
- Claudon, M. et Kugler, É. (2011). *La motivation de l'enfant dans la prise en charge orthophonique* (Mémoire de maîtrise, UHP-Université Henri Poincaré).
- Clément, É (2017). La motivation et l'autodétermination dans les apprentissages scolaires. dans : Miljkovitch, R., Morange-Majoux, F., & Sander, E. (2017). *Psychologie du développement*. Elsevier Health Sciences. Chap. 18
- Connell, J. P. et Wellborn, J. G. (1991). *Competence, autonomy, and relatedness: a motivational analysis of self-esteem processes*. dans M. R. Gunnar & L. A. Sroufe (dir.), *Self processes and development : The Minnesota symposia on child psychology* (vol. 23, 43-78). Hillsdale : L. Erlbaum.
- Cormier, A. (2018). *Étude de la motivation dans la rééducation auditive post implantation cochléaire chez l'adulte*. (Mémoire de maîtrise non publié, Université de Caen Normandie)
- Csikszentmihalyi, M. (1988). *Motivation and creativity : Toward a synthesis of structural and energetic approaches to cognition*. *New ideas in Psychology*, 6(2), 159-176
- Cury, F. (2004). Evolution conceptuelle de la théorie des buts d'accomplissement dans le domaine du sport. *L'année psychologique*, 104(2), 295-329
- Deci, E. L. et Ryan, R. M (1985) *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer, Boston, MA, 11-112.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008). *Self-Determination Theory : A macrotheory of Human Motivation, Development, and Health*. *Canadian Psychology*, 19(3), 182-185.
- Detreille, S. et Teyton, G. (2016). *Place de la motivation dans le traitement orthophonique du retard de langage oral: quelle(s) influence(s) a l'orthophoniste dans l'accompagnement parental?* (Mémoire de maîtrise, Université de Lille 2).
- Emmanuelli, M. (2016). *L'adolescence:«Que sais-je ?» n° 102*. Presses universitaires de France.

- Filiseti, L. Wentzel, K. et Dépret, É.(2006) *Les buts sociaux de l'élève : leurs causes et leurs conséquences à l'école*. Revue Française de Pédagogie, (155), 45-56.
- Fourchard, F., & Courtinat-Camps, A. (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 333-339.
- Gagné, M. et Forest, J. (2009). *La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination*. *Comportement organisationnel*, 3, 215-234.
- Gillet, N. et Vallerand, R. J. (2016). *Les effets de la motivation sur la performance sportive au regard de la théorie de l'autodétermination: vers une approche intra-individuelle*. *Psychologie Française*, 61(4), 257-271.
- Golay, A., Lager, G. et Giordan, A. (2013). *Comment motiver le patient à changer?*. Maloine.
- Gurtner, J.L. Gulfi, Monnard, A. et Schumacher, J. (2006) *Est-il possible de prédire l'évolution de la motivation pour le travail scolaire de l'enfance à l'adolescence ?* Revue Française de Pédagogie. *Recherches en éducation*, (155), 21-33.
- Haute Autorité de Santé (2007, juin). *Recommandations. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation*. Récupéré de https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_604959.
- Herzberg, F. (2008). *One more time: how do you motivate employees?*. Harvard Business Review Press.
- Higgins, E. T. (1989). *Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer*. *Advances in experimental social psychology*, 22, 93-136.
- Jacquin, P. et Levine, M. (2008). *Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence: comprendre pour agir*. *Archives de pédiatrie*, 15(1), 89-94.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York, NY : Henry Holt and Co. 308-316. Récupéré d'archive.org :<https://archive.org/details/theprinciplesofp01jameuoft/page/308>
- Lacroix, A. (2007). *Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique?*. *Santé publique*, 19(4), 271-282.

- Laguardia, J. G. et Ryan, R. M. (2000). *Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications*. Revue québécoise de psychologie, 21(2), 281–304.
- Le Grand Larousse illustré (2019)
- Louche, C., Bartolotti, C., & Papet, J. (2006). Motivation intrinsèque et présentation de soi à différentes instances dans une organisation. *Bulletin de psychologie*, (4), 351-357.
- Marks, D. F. (2002). *Social Foundation of Thought and Action : Albert Bandura*. The health psychology reader (Chap.6). London : Sage ; 2002.
- Martinot, D. (2001). *Connaissance de soi et estime de soi: ingrédients pour la réussite scolaire*. Revue des Sciences de l'Éducation, 27(3), 483-502.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York, NY: Harper & Row. 59-104
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. et Williams, G. C. (2012). *Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis*. Perspectives on Psychological Science, 7(4), 325-340.
- Olie, J. P., Gourion, D., Canceil, O. et Loo, H. (2006). *Adolescences physiologiques, adolescences pathologiques*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 190(8), 1643-1651.
- Osiurak, F., Faure, J., Rabeyron, T., Morange, D., Dumet, N., Tapiero, I., ... & Finkel, A. (2015). Déterminants de la procrastination académique: motivation autodéterminée, estime de soi et degré de maximation. *Pratiques psychologiques*, 21(1), 19-33.
- Paquet, Y., Carbonneau, N. et Vallerand R. J. (2016) *La théorie de l'autodétermination : Aspects théoriques et appliqués* (1^{re} édition), Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck supérieur ; 97-193
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: Éditions De Boeck Université, 2003. L'orientation scolaire et professionnelle, (33/3), 475-476.
- Ryan, R.M. (1993) *Agency and organization: Intrinsic motivation, autonomy, and the self in psychological development*. Nebraska Symposium on Motivation (40) University of Nebraska Press

- Scellos, J. (2014). *Étude des effets de la motivation scolaire, de l'estime de soi et du rôle médiateur de la dépression dans le risque de décrochage scolaire au collège et au lycée* (Doctoral dissertation, Université de Grenoble). Français, 104-128.
- Schunk, D. H. (1989). *Self-efficacy and cognitive skill learning*. Research on motivation in education, Goals and cognitions. Vol. 3, Orlando: Academic Press, 13-44.
- Viau, R (2000a) *.La motivation en contexte scolaire*. De Boeck Université, collection, 5^e édition, réédition mai 2009.
- Viau, R (2000b). La motivation en contexte scolaire : les résultats de la recherche en quinze questions dans *Vie pédagogique*, no 115, avril-mai 2000, 5-8.
- Weiner, B. (1992). *Human motivation: Metaphors, theories, and research* (éd. 2). London: Sage publications Ltd.
- Wigfield, A., Eccles, J. S., Yoon, K. S., Harold, R. D., Arbreton, A. J. A., reedman-Doan, C. R. et Blumenfeld, P.C. (1997). *Change in children's competence beliefs and subjective task values across the elementary school years: A 3-year study*. Journal of Educational Psychology, 89(3), 451-469.
- Williams, G. C. et Deci, E. L. (2001). *Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support*. Medical care, 813-823.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2006). *Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial*. Health Psychology, 25(1), 91.
- Wentzel, K.R., Filisetti, L. & Looney, L. (2007). Adolescent prosocial behavior: The role of self-processes and contextual cues. *Child Development*, 78 (3), 895-910
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... Lisheng, L. (2004). *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. The lancet, 364(9438), 937-952.

Annexes

Annexe I : Formulaire de consentement parental.....	41
Annexe II : Lettre d'information.....	42
Annexe III : Outil d'évaluation.....	43
Annexe IV : Items conservés pour l'analyse des résultats.....	46
Annexe V : Tableaux de fiabilité.....	48
Annexe VI : Tableau de corrélation.....	52
Annexe VII : Tableaux des régressions.....	53

Annexe I : Formulaire de consentement parental



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

Département d'orthophonie
UFR Santé
Pôle des Formations et de Recherche en Santé
2, rue des Rochambelles
F-14032 Caen Cedex CS 14032

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE PARTICIPATION A UNE RECHERCHE IMPLIQUANT DES SUJETS HUMAINS

Titre de la recherche	Perception des soins orthophoniques par les adolescents
Responsable(s)	Madame Laurence Filisetti, MCF en Sciences de L'Éducation
Adresse et numéro de téléphone de contact	
Étudiante	Madame Yolène Savart, étudiante en master 2 d'orthophonie

Je sais que :

- *je peux à tout moment mettre un terme à la participation de la personne dont je suis le représentant légal à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;*
- *je peux contacter le ou les responsable de la recherche pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation ;*
- *les données recueillies seront strictement confidentielles et anonymes.*

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles qui seront anonymées.

***Je donne mon consentement libre et éclairé pour que mon enfant (Nom, Prénom).....
..... participe en tant que volontaire à cette recherche.***

Date et signature du représentant légal

Date et signature de l'adolescent

Annexe II : Lettre d'information



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

Département d'orthophonie
UFR Santé
Pôle des Formations et de Recherche en Santé
2, rue des Rochambelles
F-14032 Caen Cedex CS 14032

Lettre d'information relative à la recherche intitulée : «*Perception des soins orthophoniques par les adolescents*»

L'objectif de la recherche à laquelle nous vous proposons de participer est de mesurer la perception de l'intervention orthophonique par le patient adolescent.

Plus précisément, elle consiste à rechercher et à évaluer les différents éléments jouant sur cette perception.

Les données recueillies dans cette recherche sont anonymes. Toutes les informations récoltées au cours de cette recherche seront utilisées dans la plus stricte confidentialité. S'il est nécessaire de faire référence à un participant en particulier, ce ne sera qu'en utilisant des codes.

Si vous acceptez de participer à la recherche, vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à cette recherche et vous conserverez cette lettre d'information. Vous conservez le droit de refuser de participer à la recherche ou d'interrompre votre participation sans donner de justification, et ce à tout moment.

Pour toute question ou remarque relatives à cette recherche, vous pouvez contacter *Madame Laurence Filisetti, Maître de conférences en Sciences de L'Éducation*, qui m'encadre dans la réalisation de ce travail universitaire, par téléphone au ou à l'adresse e-mail suivante :

Cordialement,

Yolène Savart, étudiante en Master 2 d'orthophonie.

Annexe III : Outil d'évaluation

Fiche de l'orthophoniste

1) Peux-tu me dire depuis combien de temps tu vas en séance d'orthophonie ? Combien de fois par mois ou par semaine ? Avant cette prise en charge, avais-tu déjà été chez l'orthophoniste, ici ou ailleurs ? (si oui, quand ? À quelle fréquence ? Pour quelle durée ?)

2) Je vais te lire une série d'affirmations. Pour chacune d'elle tu diras à l'aide de cette échelle à quel point elle est vraie pour toi en entourant le chiffre qui correspond : plus tu vas vers le 5, plus la phrase est vraie pour toi, plus tu vas vers le 1, moins elle est vraie pour toi. Tu peux utiliser toutes les cases pour répondre. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, ce qui est important c'est ce que toi tu penses. (Item d'entraînement : j'aime le foot.)

1. Je me fais facilement des copains/copines
2. Mes capacités scolaires ne me permettent pas de réussir en classe
3. Je suis la plupart du temps heureux/heureuse de ce que je suis
4. Ma famille s'intéresse peu à ce qui m'arrive
5. Je trouve mon corps plutôt bien fait
6. Même entouré.e des autres de mon âge, je me sens seul.e
7. Je suis fier/fière de mes résultats scolaires
8. On passe de bons moments en famille
9. Je suis content.e de la façon dont mon corps se développe
10. Les personnes de mon âge aiment bien être avec moi
11. Mes professeurs sont contents de moi
12. Je trouve que je suis quelqu'un de bien
13. Mes parents m'encouragent souvent dans mes choix
14. Je trouve souvent que mon physique est un peu moins agréable que celui des autres
15. En général, on s'amuse bien en ma compagnie
16. Je me décourage facilement en classe
17. J'aime bien la personne que je suis
18. Mes parents sont trop exigeants avec moi
19. Je pense souvent que mon physique est peu attirant
20. Souvent, je suis mal à l'aise avec les jeunes de mon âge
21. En classe, je comprends vite
22. Souvent je me dis que j'aimerais bien être quelqu'un d'autre
23. Mes parents comprennent ce que je ressens

24. J'aimerais avoir un poids différent
25. C'est facile pour moi de me faire des ami.e.s
26. Je pense que souvent j'aurais de meilleurs résultats en classe si je travaillais plus
27. Dans l'ensemble, je suis assez satisfait(e) de moi
28. Souvent, je ne me sens pas à la hauteur de ce que mes parents attendent de moi
29. Mon physique plaît facilement
30. En cas de déménagement, je pense que j'aurais des difficultés à me faire de nouveaux amis
31. Je trouve facilement les réponses en classe
32. C'est difficile pour moi de m'accepter tel.le que je suis
33. Mes goûts et mes envies sont importants pour ma famille
34. Je suis fier/fière de mon corps

Maintenant, peux-tu classer les domaines suivant selon l'importance qu'ils ont pour toi (du plus important au moins important) – Noter les réponses en reportant uniquement les lettres directement sur la grille des réponses dans les cases "ordre d'importance" [Les relations avec les personnes de ton âge ; Les relations avec tes parents ; L'apparence physique ; la scolarité]

Je vais maintenant te lire une série d'affirmations concernant ton suivi actuel en orthophonie. Pour chacune d'elle tu diras à l'aide de cette échelle à quel point elle est vraie pour toi en entourant le chiffre qui correspond : plus tu vas vers le 7, plus la phrase est vraie pour toi, plus tu vas vers le 1, moins elle est vraie pour toi. Tu peux utiliser toutes les cases pour répondre. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, ce qui est important c'est de dire ce que toi tu penses.

1. Je vais à mes séances d'orthophonie car ça m'aide à me sentir bien
2. Je pense que maintenant je pourrais me passer de l'orthophonie
3. Je vais à mes séances d'orthophonie pour avoir de meilleures notes à l'école
4. Je pense que l'orthophonie est utile pour moi
5. Je vais à mes séances d'orthophonie pour ne pas avoir de problèmes avec mes parents
6. En orthophonie, je me sens encouragé.e à poser des questions
7. Je vais à mes séances d'orthophonie par choix personnel
8. En orthophonie, je fais souvent mon maximum
9. Il faut souvent que je me force pour aller à mes séances
10. Je progresse grâce à mes séances d'orthophonie
11. Souvent, je me sens obligé.e d'aller en orthophonie
12. Je ne sais pas pourquoi je vais en orthophonie

13. Je ne comprends pas pourquoi je dois encore aller en orthophonie
14. Je me sens libre de dire que je ne veux plus aller en orthophonie
15. Mon orthophoniste me donne des conseils pour comprendre les choses
16. Je vais en orthophonie pour découvrir de nouvelles façons d'apprendre
17. J'aime bien les séances d'orthophonie mais je n'en vois pas les effets
18. Je vais à mes séances d'orthophonie parce que je n'ai pas le choix
19. J'ai l'impression de pouvoir être moi-même en orthophonie
20. Mon orthophoniste aime m'aider à comprendre
21. Ça fait trop longtemps que je vais en séance d'orthophonie
22. Je vois les effets positifs de mes séances d'orthophonie dans ma vie
23. Mon orthophoniste sais que je suis capable de faire du bon travail
24. Je me donne de ton mon cœur pour mes séances d'orthophonie

Extrait de la grille réponse de l'adolescent :

PARTIE I

Exemple : J'aime le foot

Pas du tout vrai

Tout à fait vrai

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pas du tout vrai

Tout à fait vrai

1	2	3	4	5	(1)
1	2	3	4	5	(2)
1	2	3	4	5	(3)
1	2	3	4	5	(4)
1	2	3	4	5	(5)
1	2	3	4	5	(6)
1	2	3	4	5	(7)

Annexe IV : Items conservés pour l'analyse des résultats

Mesure de la relation aux pairs : Je me fais facilement des copains/copines ; Même entouré.e des autres de mon âge, je me sens seul.e ; Les personnes de mon âge aiment bien être avec moi ; En général, on s'amuse bien en ma compagnie ; Souvent, je suis mal à l'aise avec les jeunes de mon âge ; C'est facile pour moi de me faire des ami.e.s ; En cas de déménagement, je pense que j'aurais des difficultés à me faire de nouveaux amis.

Mesure de l'estime de soi familiale : On passe de bons moments en famille ; Ma famille s'intéresse peu à ce qui m'arrive ; Mes parents m'encouragent souvent dans mes choix ; Mes parents comprennent ce que je ressens ; Souvent, je ne me sens pas à la hauteur de ce que mes parents attendent de moi ; Mes goûts et mes envies sont importants pour ma famille.

Mesure de l'estime de soi liée à l'apparence physique : Je trouve mon corps plutôt bien fait ; Je suis content.e de la façon dont mon corps se développe ; Je trouve souvent que mon physique est un peu moins agréable que celui des autres ; Je pense souvent que mon physique est peu attirant ; J'aimerais avoir un poids différent ; Mon physique plaît facilement ; Je suis fier/fière de mon corps.

Mesure de l'estime de soi liée à la scolarité : Je trouve facilement les réponses en classe ; Mes capacités scolaires ne me permettent pas de réussir en classe ; Je suis fier/fière de mes résultats scolaires ; Mes professeurs sont contents de moi ; Je me décourage facilement en classe ; En classe, je comprends vite ; Je pense que souvent j'aurais de meilleurs résultats en classe si je travaillais plus.

Mesure de l'estime de soi générale : Je suis la plupart du temps heureux/heureuse de ce que je suis ; Je voudrais être différent.e de ce que je suis ; Je trouve que je suis quelqu'un de bien ; J'aime bien la personne que je suis ; Souvent je me dis que j'aimerais bien être quelqu'un d'autre ; Dans l'ensemble, je suis assez satisfait(e) de moi ; C'est difficile pour moi de m'accepter tel.le que je suis.

Mesure de la motivation intrinsèque : Je vais à mes séances d'orthophonie car ça m'aide à me sentir bien ; Je vais à mes séances d'orthophonie par choix personnel ; Je me sens libre

de dire que je ne veux plus aller en orthophonie ; Je vais en orthophonie pour découvrir de nouvelles façons d'apprendre ; J'ai l'impression de pouvoir être moi-même en orthophonie.

Mesure de la motivation extrinsèque : Je vais à mes séances d'orthophonie pour ne pas avoir de problème avec mes parents ; Il faut souvent que je me force pour aller à mes séances ; Souvent, je me sens obligé.e d'aller en orthophonie ; Je vais à mes séances d'orthophonie parce que je n'ai pas le choix.

Mesure de la perception de la prise en soin orthophonique : Je pense que l'orthophonie est utile pour moi ; En orthophonie, je me sens encouragé.e à poser des questions ; En orthophonie, je fais souvent mon maximum ; Je progresse grâce à mes séances d'orthophonie ; Je pense que maintenant je pourrais me passer de l'orthophonie ; Je ne comprends pas pourquoi je dois encore aller en orthophonie ; Mon orthophoniste me donne des conseils pour comprendre les choses ; Mon orthophoniste aime m'aider à comprendre ; Ça fait trop longtemps que je vais en séances d'orthophonie ; Je vois les effets positifs de mes séances d'orthophonie dans ma vie ; Mon orthophoniste sais que je suis capable de faire du bon travail ; Je me donne de tout mon cœur pour mes séances d'orthophonie.

Annexe V : Tableaux de fiabilité

Estime de soi , relation avec les pairs

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,902	7

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
rp1	24,72	30,725	,885	,866
rp3	24,38	35,274	,826	,880
rp4	24,38	39,661	,549	,906
rp6	24,63	33,468	,765	,882
rp2r	24,13	33,726	,734	,886
rp5r	24,16	32,781	,838	,874
rp7r	24,81	32,415	,554	,919

Estime de soi scolaire

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,669	7

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
sc3	20,31	18,351	,220	,672
sc5	21,13	15,597	,604	,578
sc7	20,88	15,274	,776	,549
sc1r	20,59	15,023	,431	,618
sc4r	20,72	17,757	,148	,707
sc6r	21,91	16,475	,291	,662
sc2	20,91	15,959	,390	,630

Estime de soi générale

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,800	7

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
eg1	25,44	14,448	,579	,766
eg3	25,16	16,652	,570	,770
eg4	25,38	14,177	,767	,726
eg6	25,03	17,193	,445	,788
eg2r	24,75	16,645	,578	,769
eg5r	24,97	17,773	,254	,825
eg7r	25,16	15,039	,603	,759

Estime de soi, relations avec la famille

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,455	7

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
rf2	24,66	12,233	,316	,412
rf3	24,78	10,693	,610	,315
rf5	25,31	9,448	,314	,357
rf7	25,59	11,023	,047	,527
rf1r	24,59	12,507	,118	,452
rf4r	25,16	10,975	,118	,470
rf6r	25,59	9,217	,305	,361

Estime de soi, apparence physique

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,886	7

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
ap1	21,59	34,378	,644	,874
ap2	21,31	34,351	,765	,863
ap6	22,03	33,773	,534	,889
ap4r	20,97	32,999	,668	,871
ap5r	20,88	29,339	,791	,855
ap3r	21,16	34,781	,544	,885

Motivation intrinsèque

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,739	5

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
in1	22,16	25,749	,591	,661
in2	22,44	19,286	,734	,585
in3	22,28	20,725	,636	,638
in4	21,41	35,152	,143	,790
in5	21,34	31,007	,459	,717

Motivation extrinsèque

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,655	5

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
ex1	5,63	11,855	,214	,820
ex2	8,56	19,544	,155	,687
ex3	8,00	13,032	,637	,504
ex4	8,19	12,996	,614	,510
ex5	8,25	12,903	,744	,470

Perception de la prise en soin orthophonique

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,668	13

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
p1	66,22	34,305	,327	,651
p2	62,34	40,362	,268	,655
p3	62,63	36,048	,487	,620
p4	62,38	38,758	,406	,639
p5	62,81	38,738	,378	,641
p7	62,16	39,168	,479	,636
p8	66,50	44,129	-,124	,735
p9	62,31	37,577	,510	,625
p10	66,59	34,055	,364	,641
p11	63,19	34,222	,482	,616
p12	62,22	39,531	,441	,640
p13	62,38	39,468	,338	,647
p6r	61,78	44,305	-,086	,686

Annexe VI : Tableau de corrélation

Corrélations des moyennes à partir des items retenus dans le calcul des alphas

	moy relpair s	moy scolair e	moy estgen	moy relfamil le	moy appare nce	moy intrinsic que	moy extrins eque	moy percep tionpec	am	pec durée mois	pec nbsean ces
moy relpairs n de Pearson	1	,427*	,836**	-,022	,785**	,072	,245	,196	,148	-,019	-,035
moy scolaire n de Pearson	,427*	1	,664**	,222	,424*	,388*	,169	,381*	-,078	-,221	-,173
moy estgen n de Pearson	,836**	,664**	1	,065	,846**	,304	,269	,496**	,189	,040	,032
moy relfamil e n de Pearson	-,022	,222	,065	1	-,102	,465**	-,235	,170	,199	-,100	-,021
moy appare nce n de Pearson	,785**	,424*	,846**	-,102	1	,298	,389*	,455**	,198	,247	,237
moy intrinsic que n de Pearson	,072	,388*	,304	,465**	,298	1	,104	,629**	,215	,170	,121
moy extrins eque n de Pearson	,245	,169	,269	-,235	,389*	,104	1	,315	,102	-,084	-,004
moy percep tion pec n de Pearson	,196	,381*	,496**	,170	,455**	,629**	,315	1	,433*	,275	,220
am n de Pearson	,148	-,078	,189	,199	,198	,215	,102	,433*	1	,479**	,572**
pc durée mois n de Pearson	-,019	-,221	,040	-,100	,247	,170	-,084	,275	,479**	1	,903**
pc nb seances n de Pearson	-,035	-,173	,032	-,021	,237i	,121	-,004	,220	,572**	,903**	1

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral)./ **. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Annexe VII : Tableaux des régressions

Estime de soi sur motivation extrinsèque

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,459 ^a	,210	,058	,83528

a. Valeurs prédites : (constantes), moyapparence, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyestge

ANOVA ^b						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	4,829	5	,966	1,384	,263 ^a
	Résidu	18,140	26	,698		
	Total	22,969	31			

a. Valeurs prédites : (constantes), moyapparence, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyestgen

b. Variable dépendante : moyextrinseque

Estime de soi sur motivation intrinsèque

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,687 ^a	,472	,370	,98748

a. Valeurs prédites : (constantes), moyestgen, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyapparence

ANOVA ^b						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	22,636	5	4,527	4,643	,004 ^a
	Résidu	25,353	26	,975		
	Total	47,989	31			

a. Valeurs prédites : (constantes), moyestgen, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyapparence

b. Variable dépendante : moyinrinseque

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	-,670	1,701		-,394	,697
	moyrelpairs	-,732	,359	-,567	-2,040	,052
	moyscolaire	,408	,401	,215	1,018	,318
	moyrelfamille	1,148	,370	,469	3,100	,005
	moyapparence	,867	,389	,661	2,228	,035
	moyestgen	,086	,786	,045	,110	,914

a. Variable dépendante : moyinrinseque

Durée de la thérapie sur motivation extrinsèque

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,187 ^a	,035	-,032	,87424

a. Valeurs prédites : (constantes), pcseance, pcparmois

ANOVA ^b						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	,804	2	,402	,526	,596 ^a
	Résidu	22,164	29	,764		
	Total	22,969	31			

a. Valeurs prédites : (constantes), pcseance, pcparmois
b. Variable dépendante : moyextrinseque

Durée de la thérapie sur motivation intrinsèque

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,186 ^a	,035	-,032	1,26384

a. Valeurs prédites : (constantes), pcseance, pcparmois

ANOVA ^b						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	1,667	2	,834	,522	,599 ^a
	Résidu	46,321	29	1,597		
	Total	47,989	31			

a. Valeurs prédites : (constantes), pcseance, pcparmois
b. Variable dépendante : moyintrinseque

Motivation sur perception de la thérapie

Récapitulatif des modèles						
Modèle		R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	
	1	,677 ^a	,458	,421	,42131	

a. Valeurs prédites : (constantes), moyextrinseque, moyintrinseque

ANOVA ^b						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	4,352	2	2,176	12,260	,000 ^a
	Résidu	5,148	29	,178		
	Total	9,500	31			

a. Valeurs prédites : (constantes), moyextrinseque, moyintrinseque

b. Variable dépendante : moyperceptionpec

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	3,844	,353		10,886	,000
	moyintrinseque	,268	,061	,603	4,385	,000
	moyextrinseque	,162	,088	,252	1,834	,077

a. Variable dépendante : moyperceptionpec

Estime de soi sur perception de la thérapie vs estime de soi + motivation sur perception de la thérapie

Récapitulatif des modèles						
Modèle		R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	
	Estime de soi	,676 ^a	,456	,352	,44570	
	Estime de soi + motivation	,779 ^b	,607	,492	,39456	

a. Valeurs prédites : (constantes), moyapparence, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyestgen

b. Valeurs prédites : (constantes), moyapparence, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyestgen, moyextrinseque, moyintrinseque

ANOVA ^c						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	4,335	5	,867	4,365	,005 ^a
	Résidu	5,165	26	,199		
	Total	9,500	31			
2	Régression	5,764	7	,823	5,289	,001 ^b
	Résidu	3,736	24	,156		
	Total	9,500	31			

a. Valeurs prédites : (constantes), moyapparence, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyestgen

b. Valeurs prédites : (constantes), moyapparence, moyrelfamille, moyscolaire, moyrelpairs, moyestgen, moyextrinseque, moyintrinseque

c. Variable dépendante : moyperceptionpec

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	3,120	,768		4,063	,000
	moyrelpairs	-,467	,162	-,813	-2,881	,008
	moyscolaire	-,035	,181	-,042	-,195	,847
	moyestgen	,718	,355	,851	2,026	,053
	moyrelfamille	,161	,167	,148	,961	,346
	moyapparence	,237	,176	,406	1,349	,189
2	(Constante)	3,056	,701		4,362	,000
	moyrelpairs	-,309	,154	-,538	-1,999	,057
	moyscolaire	-,147	,165	-,174	-,893	,381
	moyestgen	,740	,316	,877	2,346	,028
	moyrelfamille	-,037	,177	-,034	-,209	,836
	moyapparence	-,003	,175	-,005	-,018	,986
	moyintrinseque	,208	,079	,467	2,643	,014
	moyextrinseque	,119	,093	,186	1,285	,211

a. Variable dépendante : moyperceptionpec

Thérapie orthophonique et motivation de l'adolescent :

étude des processus explicatifs

Teenagers' motivation in speech therapy: a study to explain processes

Résumé :

L'objectif de ce mémoire est d'étudier les prédicteurs de la motivation de l'adolescent et leurs effets sur sa perception de la prise en soin orthophonique. Les résultats mettent en évidence le poids explicatif de l'estime de soi sur une motivation intrinsèque. La durée de la thérapie orthophonique de l'adolescent n'a par contre aucun poids sur sa motivation. Enfin, les résultats montrent un poids explicatif de la motivation intrinsèque sur la perception de la thérapie, ouvrant la voie à des approches thérapeutiques de consolidation de l'estime de soi dans le cadre de la thérapie orthophonique.

Mots clés : orthophonie, adolescents, motivation intrinsèque, estime de soi.

Key words : speech therapy, teenagers, intrinsic motivation, self-esteem.