



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire.

54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT- SÉBASTIEN SUR LOIRE

**Maintien de la motivation dans une rééducation au long cours chez
l'enfant : quelles stratégies développent les professionnels ?**

Une enquête par entretiens en auto-confrontation

Noémie HAESBROUCK

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2022-2023

RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE



AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

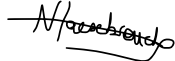
Engagement de non-plagiat

Je, soussignée

Noémie HAESBROUCK, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à Nantes

Le 22/04/2023

Signature :	
-------------	---

Remerciements :

Tout d'abord, je tiens à remercier mon Directeur de Mémoire envers qui je suis très reconnaissante pour sa participation à l'élaboration de ce mémoire. Ton regard bienveillant sur ce projet ainsi que ta disponibilité m'ont été d'une aide précieuse. J'adresse également toute ma reconnaissance aux kinésithérapeutes qui ont participé à ce travail, de loin ou de près.

À ceux qui ont été sur ma route lors de ces années d'études et avec qui j'ai eu la chance de travailler : merci. Notamment mes différents tuteurs de stage, vous n'avez fait qu'enrichir mes connaissances et mon attrait pour ce beau métier. Un merci particulier à mon tuteur de ST5 qui m'a permis de découvrir l'entretien motivationnel et qui a inspiré ce travail. Une pensée également à tous les patients que j'ai croisé et qui m'ont donné l'envie de développer l'aspect relationnel et communicatif de cette profession.

Je remercie particulièrement les plus chers à mes yeux : ma mère, mon père, mon frère ainsi que ma sœur pour leur amour et leur soutien infaillible. Vous êtes incontestablement ma plus grande force.

À tous mes amis, pour votre fidélité, votre bienveillance, et le sourire créé sur mon visage chaque jour.

Merci C. d'être mon binôme de travail et de vie, et enfin à toi H. d'être devenu un grand bonheur et de croire autant en moi.

Je terminerai par un mot pour mon groupe d'amis : vous avez été le trésor de ces 4 années d'études. À vous 7 les filles : merci d'avoir fait de ces années les plus belles, les plus folles et les moins intelligentes. À mes deux colocataires, mes deux soldats de vie, j'emporte avec moi chaque moment dans cette coloc du bonheur. Enfin, merci à A. d'être une amie si fidèle depuis plusieurs années, la suite ne sera que plus belle, ensemble.

Résumé

Introduction : La prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques relève de nombreux enjeux comme l'adhésion et plus particulièrement la motivation du patient envers la rééducation. Parmi les méthodes de communication, l'entretien motivationnel est employé par des kinésithérapeutes afin de faire adhérer le patient au traitement, notamment chez l'adulte. Cette étude a pour but d'identifier les stratégies utilisées par un MK formé en pédiatrie par rapport à un MK formé à l'entretien motivationnel et d'en déduire les méthodes communes utilisées dans le but de maintenir une motivation au long cours.

Matériel et méthodes : Une enquête observationnelle qualitative a été menée avec des entretiens en auto-confrontation. Deux MK ont été sélectionnés : un formé à l'entretien motivationnel ainsi qu'un formé en kinésithérapie pédiatrique. Leurs outils de communication ont été identifiés.

Résultats : Les MK se basent sur de nombreux principes communs dans leur rééducation afin de promouvoir la motivation de leur patient : l'écoute, l'empathie, le non-jugement, la collaboration, la valorisation ou encore l'utilisation des motivations propres en font partie. Certains outils mentionnés par l'EM ne sont pas déployés par le MK pédiatrique, qui pourraient cependant s'en servir dans sa pratique.

Discussion : Chez l'enfant, le développement d'outils utilisant une communication verbale pourraient être intéressants si celui-ci a développé ses capacités de compréhension. Les métaphores et les échelles sont des techniques que le MK pédiatrique pourrait utiliser comme moyen d'explication de certaines notions. Aussi, l'utilisation de résumés, de reflets ou encore de questions ouvertes semblent être envisageable chez l'enfant. Enfin, une posture éducative prise par le MK permettrait de valoriser l'autonomie de l'enfant dans la prise en charge et in fine sa motivation pour celle-ci.

Mots clés

- Enfants
- Adhésion thérapeutique
- Motivation
- Entretien motivationnel

Abstract

INTRODUCTION : The management of children with chronic diseases involves many issues such as adherence and particularly the motivation of the patient towards rehabilitation. Among the communication methods, motivational interviewing (MI) is used by physiotherapists to get the patient adhering to the treatment, especially in adults. The aim of this study is to identify the strategies used by a pediatrically trained physical therapist compared to a physiotherapist trained in motivational interviewing and to deduce the common methods used in order to maintain long-term motivation.

MATERIAL AND METHODS : A qualitative observational survey was conducted with self-confrontation interviews. Two physiotherapists were selected : one trained in motivational interviewing and one trained in pediatric physiotherapy. Their communication tools were identified.

RESULTS : Physiotherapists use many common principles in their rehabilitation to promote their patient's motivation : listening, empathy, non-judgement, collaboration, valuing and using one's own motivations are among them. Some of the tools mentioned by MI are not used by the pediatric physiotherapist, who could however use them in their practice.

DISCUSSION : For children, the development of tools using verbal communication could be of interest if they have developed comprehension skills. Metaphors and scales are techniques that the pediatric physiotherapist could use as a means of explanation. Also, the use of summaries, reflections or open-ended questions seem to be possible with children. Finally, an educational posture taken by the physiotherapist would allow the child's autonomy to be valued in the treatment and ultimately his motivation for it.

Key words :

- Children
- Motivation
- Adherence therapeutic
- Motivational interviewing

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... »

Bernard Werber

Sommaire :

1	Introduction	1
2	Cadre théorique	2
2.1	La motivation	2
2.1.1	Définition	2
2.1.2	Les types de motivation et la théorie de l'autodétermination	2
2.1.3	La motivation dans le soin	4
2.1.4	Maladies chroniques	7
2.1.5	Motivation en pédiatrie	7
2.2	La communication	9
2.2.1	La communication dans le soin	9
2.2.2	La communication pédiatrique et ses spécificités	10
2.3	L'entretien motivationnel : un outil au service de l'alliance thérapeutique	12
2.3.1	Définitions et principes	12
2.3.2	Les bénéfices de l'EM en rééducation	16
3	Cadre méthodologique	17
3.1	Choix de la méthode	17
3.1.1	Choix d'une méthode qualitative observationnelle	17
3.1.2	Description de l'auto-confrontation	17
3.1.3	Intérêts de la méthode	18
3.2	Première phase : constitution d'un groupe d'analyse	18
3.2.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	18
3.2.2	Stratégies de recherche des participants	19
3.2.3	Population avec l'outil SPIDER	20
3.3	Seconde phase : observation directe non participante	21
3.4	Troisième phase : Entretiens en auto-confrontation simple	23
3.5	Élaboration d'un guide d'entretien	23
3.6	Modalités des entretiens	24
4	Analyse des entretiens et traitement des données	25
4.1	Recueil des données	25
4.2	Présentation des résultats	26
4.2.1	Établir une relation de communication entre le patient et le praticien	26
4.2.2	Utiliser des stratégies d'adhésion et de motivation du patient	28
4.2.3	Autres stratégies	33
4.2.4	Stratégies propres à la spécialité pédiatrique	33

4.2.5	Stratégies utilisées face à une prise en charge de long terme	35
5	Analyse des résultats.....	36
5.1	Points communs et différences des stratégies en pédiatrie et en EM	36
5.2	Synthèse des données et réponse à la question de recherche	39
6	Discussion	41
6.1	Confrontation des résultats avec la littérature.....	41
6.2	La place d'une posture éducative dans la rééducation	42
6.3	Perspectives en pratique	43
6.3.1	Apports personnels de ce travail	43
6.3.2	Apports dans la pratique kinésithérapique	43
6.3.3	Réflexion d'une adaptation de l'EM à l'enfant	43
6.4	Limites de la recherche.....	44
6.4.1	Biais méthodologiques	45
6.4.2	Biais de sélection	45
6.4.3	Biais de réalisation.....	46
6.4.4	Ouverture sur une ACC.....	46
7	Conclusion	47

Références bibliographiques

Annexes 1 à 4

I à XVIII

Ce travail utilise la norme Vancouver

1 Introduction

Au cours de la formation clinique de masso-kinésithérapie, l'opportunité de se former dans différents domaines est possible grâce aux stages cliniques. Le travail qui suit s'intéresse à un champ particulier de la kinésithérapie qui est la pédiatrie. La prise en charge des enfants avec ses spécificités ainsi que ses enjeux ont été relevées notamment dans le cadre libéral. En effet, la kinésithérapie pédiatrique présente des spécificités par rapport à la kinésithérapie générale en de nombreux points. Parmi les enjeux de cette spécialité, le fait que l'enfant éprouve de l'intérêt pour son traitement, qu'il soit acteur de celui-ci en y trouvant des motifs de motivations peut s'avérer être un véritable défi à relever.

En parallèle, la formation met de plus en plus la lumière sur la communication avec le patient, notamment l'éducation thérapeutique (ETP) qui est en plein essor (1)(2)(3). Cette dernière fait partie intégrante du champs de compétences des masseurs-kinésithérapeutes (MK) (4). Ses bénéfices ont été démontrés dans de nombreuses pathologies et plusieurs outils y sont intégrés comme l'entretien motivationnel (EM) (5). Durant le stage, il a été constaté que ce dernier est créé pour être utilisé d'avantage chez un adulte, alors que certaines situations chez l'enfant pourraient en éprouver le même besoin.

En pédiatrie, l'ETP est recommandée notamment dans les maladies de long terme, appelées maladies chroniques (6). En outre, des obstacles, en lien avec la durée du traitement, ou le comportement de l'enfant, peuvent mettre à l'épreuve le MK avec ses outils de communication. De par son expérience, le MK développe des stratégies afin d'affronter ces problématiques et de rechercher à faire ressortir une motivation chez le plus jeune. La diminution de l'engagement ayant des impacts à long terme, il paraît primordial de faire adhérer l'enfant un maximum à sa rééducation (7). Par ailleurs, l'utilisation de l'ETP par le professionnel nécessite une adaptation de ses méthodes pédagogiques avec l'enfant (6). Quelles sont ces méthodes mises en place par les MK ? Peuvent-elles se rapprocher de celles utilisées dans l'entretien motivationnel ? Celui-ci pourrait-il aider un professionnel de la petite enfance en santé à résoudre d'avantage de situations complexes ?

En découle la question de recherche de cette étude : **Quelles stratégies, se rapprochant de celles utilisées dans l'entretien motivationnel, utilise un kinésithérapeute pédiatrique ?**

2 Cadre théorique

2.1 La motivation

Une rééducation implique une coparticipation du soignant et du patient. Celle-ci est facilitée par la présence d'une alliance thérapeutique créée entre les deux. Cette notion s'intègre au référentiel de compétences du MK. En effet, le celui-ci se doit de « rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention » (8). L'objectif étant que le patient et le praticien deviennent collaborateurs. En outre, pour que le patient ait envie de s'investir, il doit y trouver les facteurs qui lui donneront une motivation suffisante.

2.1.1 Définition

La motivation peut être définie comme le processus qui définit la direction et la dynamique du comportement. Celle-ci concerne l'action, la sélection, la préparation et l'exécution d'un comportement orienté vers un but (9). *Universalis* propose une seconde définition de la motivation, qui serait « le processus psychologie responsable du changement, du maintien, de l'entretien ou de la cessation d'une conduite » (10). Elle est donc en quelque sorte la force qui pousse à penser ou agir d'une manière ou d'une autre. Par ailleurs, trois modèles découlent de cette définition générale.

2.1.2 Les types de motivation et la théorie de l'autodétermination

La source de la motivation permet de distinguer deux genres de motivation s'opposant à l'amotivation :

- La **motivation intrinsèque** consiste à vouloir faire quelque chose non seulement dans un but précis, mais aussi parce que c'est naturel, intéressant ou agréable. Cette dernière est le type de motivation qui a le plus d'impact, car « elle est totalement indépendant et liée au désir de l'individu » (11). Ainsi, un comportement intrinsèquement motivé s'accompagne d'un sentiment d'efficacité et de plaisir. A l'inverse, un comportement contrôlé est « guidé par une récompense externe, une approbation sociale ou encore un évitement de punition » (12).
- La **motivation extrinsèque**, elle, consiste à réaliser une activité en vue d'obtenir un résultat spécifique. La principale caractéristique de la motivation extrinsèque est que l'individu veut faire l'activité « dans un but précis, et non parce qu'il y prend du plaisir » (11). Cependant, un comportement motivé de manière extrinsèque peut

également être vécu comme autonome lorsque le comportement est associé à des résultats importants ou appréciés (12).

- Enfin, **l'amotivation**, elle, vient s'opposer aux deux concepts précédents car elle est définie comme « l'absence totale de motivation et se traduit comme la non-intention d'agir » (13).

Ces trois définitions permettent d'introduire le concept d'autodétermination proposé par Deci et Ryan en 2002. Il comprend un « **continuum d'autodétermination** », une façon dynamique de représenter les stades par lequel passe l'individu que l'autre sujet essaie de motiver. Il s'étend de l'amotivation à la motivation intrinsèque, et entre les deux une motivation plutôt extrinsèque inclue différentes formes qui représentent des degrés d'autonomie différents. La régulation externe représente la motivation extrinsèque, donc une motivation contrôlée par des forces extérieures (ex : « *je participe parce que j'aurais des ennuis si je n'y allais pas* »). (14) La régulation introjectée, elle, engendre des comportements qui sont cette fois-ci adoptés afin d'éviter la culpabilité, l'anxiété ou pour améliorer l'égo (ex : « *je participe parce que je me sentirais mal de ne pas y aller* »)(15) (13). Ensuite, la régulation par identification, forme plus autodéterminée, reflète une valorisation consciente d'un objectif ou d'un règlement de comportement, de sorte que l'action est considérée comme importante sur le plan personnel (ex : « *je participe parce que ce que j'y apprends me sera utile plus tard* »). (15) Enfin, la régulation intégrée se produit lorsque les règles sont pleinement assimilées au soi, et donc mises en conformité avec les autres valeurs et besoins de l'individu (ex : « *je participe car c'est important pour moi* ») (15). C'est la plus autonome et donc celle qui se dirige le plus vers la motivation intrinsèque (13). Ainsi, plus l'on se rapproche de la motivation intrinsèque et plus le sujet sera autodéterminé et choisira librement ses activités (13). Muller complète ceci en ajoutant que plus un but à atteindre présente un lien direct avec l'un de ces besoins plus sa réalisation va être motivé intrinsèquement (16). En effet, cette théorie a été appliqué dans de nombreuses études de santé pour comprendre les liens entre la motivation des patients envers leurs traitements et leurs comportements de santé (17). Par ailleurs, ce concept nécessite la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux : **l'autonomie, la compétence et la relation**. L'autonomie et la compétence sont nommées comme cruciales pour les processus d'intégration de comportements bénéfiques pour la santé (12). La satisfaction de ces besoins a été associée à des meilleurs résultats en matière de santé, il paraît donc nécessaire de les

prendre en compte dans cette démarche (18). Ci-dessous, une figure illustrant ces différentes étapes.

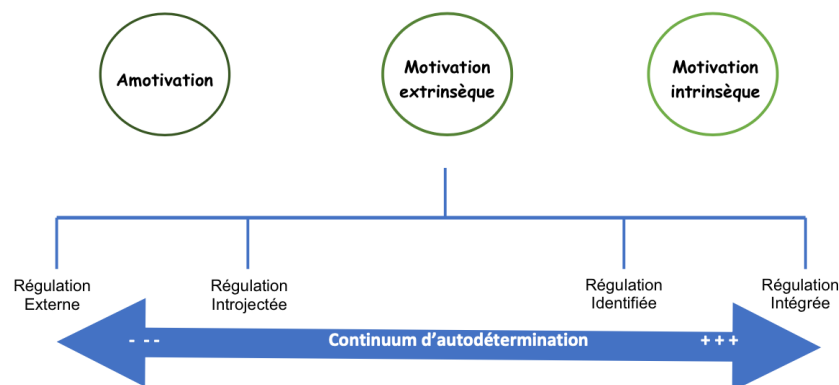


Figure 1 : Continuum de l'autodétermination tiré de Deci et Ryan (2002) :

2.1.3 La motivation dans le soin

- *Éducation thérapeutique :*

Le référentiel de compétences des kinésithérapeutes définit 11 compétences. Selon la compétence 3, le MK se doit de « *concevoir une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage* » (4). À l'intérieur de celle-ci est intégrée la notion **d'éducation thérapeutique (ETP)**. Celle-ci se définit comme « un processus de renforcement des capacités du malade/et ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soin » (1). Finalement, l'ETP a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie et leur maladie (19). La motivation est une des compétences que le patient peut développer grâce à l'ETP, en vue d'une rééducation optimale.

- *Rééducation et motivation :*

Le kinésithérapeute, du fait des séances régulières avec le patient, détient une place idéale afin de travailler en coopération avec le patient pour révéler ses motivations intrinsèques. En tant que promoteur, préventeur et rééducateur, il se place dans une position adéquate pour influencer les comportements en matière d'exercice physique chez les individus (20). En outre, l'utilisation de la motivation en rééducation permet de créer un changement de comportement chez le patient. D'après Michaelsen et al., ce processus serait composé de 7 étapes regroupées en 3 phases d'engagement que sont : le non-engagement, qui regroupe l'inconscience et la conscience, poursuivi de l'engagement motivationnel incluant la

contemplation et la planification, et enfin l'engagement exécutif qui comprend l'initiation, l'action puis le maintien (21).

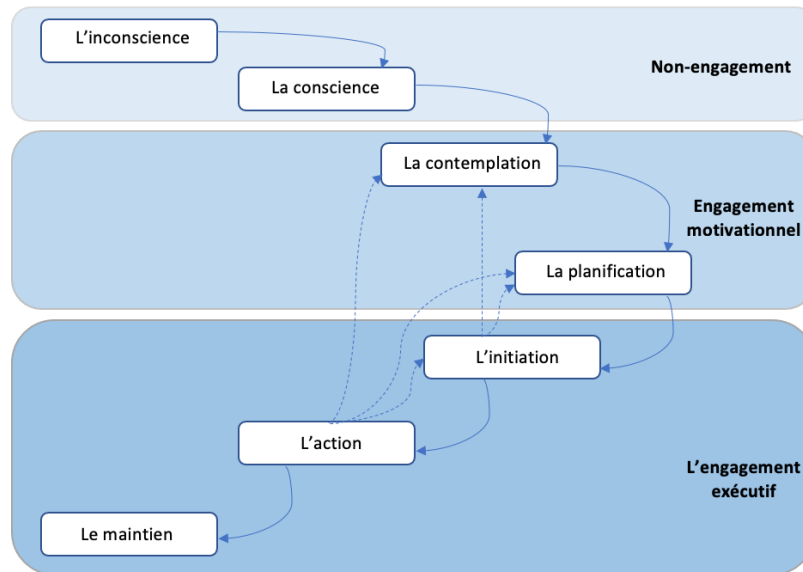


Figure 2 : Le processus de changement de comportement en sept étapes selon Michælsen et al (traduit de l'anglais).

Par ailleurs, la kinésithérapie est un soin nécessitant une grande implication du patient. En effet, les gestes et exercices effectués par le patient seul chez lui représentent une grande part de la rééducation. En effet, le **modèle de Montréal** permet d'aborder la notion de partenariat entre le patient et l'intervenant, qui permet de positionner le patient comme acteur de son projet de soin. Également, Essery et al. ont mis en évidence, dans une revue de la littérature, l'importance de l'adhésion du patient aux programmes d'exercices à la maison. La recherche ayant démontré que les patients qui adhèrent aux programmes à domicile obtiennent de meilleurs résultats thérapeutiques (22). Ainsi, **l'auto-motivation** du patient, c'est à dire la tendance des individus à persévérer dans un comportement en l'absence d'incitations externes, serait un outil clé à l'adhésion et ainsi à réussite de la prise en charge (22). Cela nous amène donc à développer cette notion d'adhésion thérapeutique qui semble être ce que chaque MK cherche à créer puis à développer chez son patient.

- *Adhésion thérapeutique :*

De plus, cette notion place le patient comme un partenaire actif du professionnel de santé dans son traitement. En outre, le modèle de Montréal propose de considérer le patient comme un membre à part entière, un **collaborateur** de l'équipe de soin (23). Le patient doit ainsi pouvoir « faire valoir son expérience, ses savoirs expérientiels afin de prendre part aux décisions le concernant et exercer un certain niveau de « leadership » »(23). Cette

association entre le praticien et le soigné leur demande certaines compétences. Pour le patient, elle nécessite un savoir expérientiel sur sa maladie qu'il acquiert au cours de sa vie mais aussi sa capacité à communiquer avec les professionnels de santé. Les professionnels sont eux responsables d'informer le patient et de maintenir une relation d'apprentissage afin de développer les connaissances du patient et le mener vers une autonomie (23). In fine, ce partenariat permet un engagement plus fort du patient dans sa thérapie (13). En effet, d'après Desbrus-Qochih et al., le patient une fois soudé au professionnel et à son projet de soin « ne se soumet plus à sa thérapeutique mais y adhère, et par conséquent, passe d'un état passif à un état actif. L'adhésion au traitement reflète donc l'implication réelle du patient dans le choix thérapeutique qui lui est proposé, et de ce fait, reconnaît son autonomie » (24). Celle-ci conditionne donc le succès thérapeutique. Néanmoins il peut exister des obstacles à l'adhésion à la rééducation. En effet, les taux de mauvaise adhésion thérapeutique peuvent atteindre 40 à 75% des patients (25). Cette théorie ne semble donc pas à négliger pour la qualité des soins. Par ailleurs, pour permettre celle-ci, le MK se doit de prendre en compte les facteurs biomédicaux, psychosociaux et environnementaux afin de mettre en place des interventions adaptées pour améliorer l'adhésion (24). Le **modèle bio-psycho-social** permet en effet de favoriser le dialogue avec le patient et sa coopération. (26) Engel propose cette notion afin de moduler le parcours de soin en fonction des données actuelles de la science, des préférences du patient mais aussi du contexte global de soins. (26) Il est finalement pris en compte par le MK donc un but d'augmentation de l'observance du patient aux soins kinésithérapiques. Également, un cotravail basé sur les envies préférentielles du patient va permettre de créer des objectifs qui guideront la rééducation.

- *Objectifs thérapeutiques et motivation :*

Un objectif est défini comme un but, un résultat vers lequel tend l'action l'action de quelqu'un, d'un groupe. Lors de la première séance de masso-kinésithérapie, le MK et le patient fixent conjointement des objectifs de rééducation à atteindre. Ces derniers représentent un but concret et sont donc une réelle **source de motivation** pour le patient. En pratique, le MK questionne le patient sur ses objectifs personnels, et les transforme en objectifs thérapeutiques grâce à ses connaissances. Pour une rééducation, la détermination du patient intervient dans cette création des objectifs et du projet thérapeutique du patient, mais aussi dans le maintien et l'évolution de ceux-ci.

Finalement, la motivation semble être fondamentale pour obtenir une adhésion au traitement et in fine le succès d'une bonne prise en charge. Néanmoins, elle semble mise à rude épreuves dans les pathologies qui durent, dites pathologies chroniques.

2.1.4 Maladies chroniques

Les maladies chroniques engendrent des problématiques supplémentaires. En effet, leur durée, leur impact sur la qualité de vie, ainsi que les complications possibles mettent à l'épreuve le mental des patients au vu de leur traitement.

- *Définition :*

Certaines pathologies, contrairement à d'autres, sont appelées de longue durée ou chroniques. Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), les maladies chroniques sont « des maladies présentant un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, présent depuis au moins 3 mois et ayant un retentissement sur la vie quotidienne » (27). Selon l'INSERM, un français sur quatre serait atteint d'une maladie chronique (28). Qui plus est, une grande proportion des services de santé doit faire face à des pathologies chroniques pour lesquelles le mode de vie et le comportement des personnes sont déterminants pour leur santé à venir, leur qualité et leur espérance de vie (29). La maladie chronique impose à la personne de **changer ses comportements**. La priorité de santé publique est de l'aider à apprendre des comportements compatibles avec une vie de qualité (19). De plus, l'inobservance c'est-à-dire le mauvais suivi, des traitements de malades chroniques, dans les pays industrialisés globalement, serait aux alentours de 50%. Le constat étant similaire en France, l'application d'un traitement pour un patient est un enjeu majeur (30).

De plus, du fait de la durée de ces maladies, le patient peut éprouver de l'agacement, il peut perdre patience face au manque d'évolution positive de sa maladie et ainsi **perdre toute motivation et adhésion à la prise en charge**. Ces maladies, ayant une durée et un impact plus grands, poussent le soignant vers l'envie de trouver des solutions afin de garder un patient impliqué dans le soin. Chez l'enfant atteint de pathologies chroniques, la même problématique survient, avec cependant des modalités différentes.

2.1.5 Motivation en pédiatrie

Dans le domaine de la pédiatrie, 1,5 à 4 millions des 0-20 ans seraient atteints d'une maladie chronique. Les particularités d'une affection de longue durée s'ajoutent donc aux particularités des prises en charge des plus jeunes.

- *Pédiatrie :*

La pédiatrie est une spécialité médicale et paramédicale consacrée à l'enfant, de la vie intra-utérine à l'adolescence (31). Les enjeux de cette spécialité diffèrent des autres en raison du jeune âge du patient. Il paraît important de considérer que l'enfant n'est pas un adulte en miniature mais un futur adulte en construction. Par ailleurs, les maladies chroniques sont également présentes dans cette spécialité, et sont définies chez l'enfant comme « des perturbations durables (6 mois minimum) de l'état de santé, nécessitant la prise en charge prenant la complexité et la sévérité de la pathologie, l'âge de l'enfant et son environnement familial. » (32). De même que chez l'adulte, le manque de motivation face à la longueur du traitement est une problématique à laquelle les praticiens peuvent être confrontés.

- *Motivation et rééducation de l'enfant :*

Meyns et al., lors d'une revue de littérature en 2019 ont mis en lumière que la motivation en rééducation pédiatrique doit être évaluée de manière exhaustive car les enfants motivés obtiennent de meilleurs résultats en matière de rééducation. Certains facteurs comme : « **l'individualisation** de la formation aux capacités de l'enfant, la **variété** des exercices ainsi que l'utilité de ceux-ci pour la **vie quotidienne** permettrait d'obtenir une meilleure motivation » (33).

De plus, le fait de « donner des feedbacks positifs (récompenses), de favoriser la prise d'initiative en laissant le **choix** de l'exercice ainsi que proposer des situations de **compétition** seraient facilitateurs de l'engagement de l'enfant » (34). D'autres techniques comme « mettre en place des **défis** réguliers et progressifs, proposer des **activités concrètes**, développer l'intérêt de la **curiosité** », présenteraient le même effet (35).

Par ailleurs, la **famille** est aussi un facteur déterminant dans l'engagement de l'enfant. En effet, selon l'étude de Kurt et al., le niveau de satisfaction de la famille envers la rééducation serait positivement corrélée avec le niveau de motivation de l'enfant handicapé (11). De plus, Jansen évoque que l'échange entre les familles et le thérapeute augmente la satisfaction et l'adhérence à la thérapie (36).

Aussi, **l'environnement** de l'enfant est également non-négligeable. D'après l'étude récente de Anaby Dr et al., sa participation pourrait être améliorée en modifiant uniquement son environnement (37). En effet, l'environnement physique avec la qualité des installations, les équipements de rééducation et la personnalisation d'une activité représente un intérêt prioritaire pour renforcer la motivation intrinsèque de l'enfant (38). Par ailleurs, l'étude de King et al. met en évidence que les thérapeutes experts en pédiatrie utilisent davantage des

stratégies personnalisées pour assurer le succès des soins, optimisant l'engagement de l'enfant sur le long terme (39).

En outre, la mise en place commune des **objectifs** est comme chez l'adulte une source de participation pour l'enfant et ses parents. En pédiatrie, il a été démontré que, dans la mesure du possible, les enfants devraient être ceux qui identifient leurs propres objectifs thérapeutiques (40). L'intérêt de la mise en place d'objectifs communs et de la négociation du MK avec l'enfant et sa famille a été démontré par Barton et al (41).

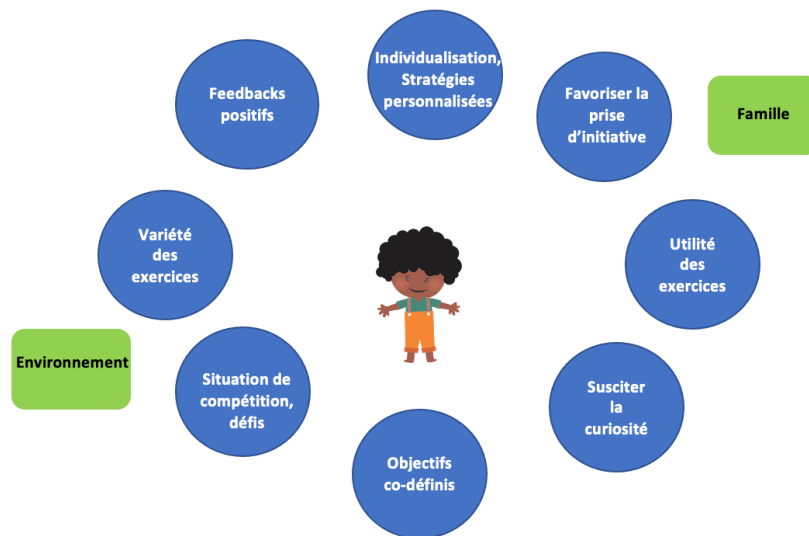


Figure 3 : Facteurs de motivations de l'enfant (Noémie Haesebrouck, 2023)

Enfin, la **théorie de l'autodétermination** (TAD), citée plus haut, s'est avérée être une notion appropriée pour développer des programmes d'intervention en matière de santé et pour comprendre les motivations des enfants (12).

La motivation permettrait au patient de s'engager de façon optimale dans la rééducation et ainsi d'obtenir le plus de bénéfices sur sa santé.

Cette motivation peut être directement exprimée par le patient. Cependant, parfois celle-ci est peu présente voir absente, et c'est là que la **communication** soignant/patient est primordiale.

2.2 La communication

2.2.1 La communication dans le soin

La communication est « un échange de personne à personne, qui mobilise et remanie en temps réel ce que l'on est, et la façon dont l'autre se vit » (42). Elle implique un émetteur et

un récepteur reliés par un canal qui fournit un support aux signaux qui véhiculent le message (43). Dans le soin, elle représente l'échange entre le soignant et le soigné.

La communication se retrouve au cœur de la prise en charge d'un masseur-kinésithérapeute (MK) et son patient. En effet, elle est inscrite comme la **compétence 5** dans le livret des compétences du MK : « *établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention de masso-kinésithérapie* »(4). Échanger avec l'autre, mais aussi dans le contexte des prises en charge de soins, échanger pour l'autre. Une relation d'aide, qui signifie « *écouter l'autre dans sa souffrance* » s'établit alors. Elle s'instaure si le soignant se place dans **l'écoute** de la réponse, de l'expression de l'autre et dans une disponibilité à lui. **L'empathie** se retrouve au cœur de cette relation qui permet d'augmenter le degré d'estime de soi du patient, d'améliorer la qualité de la communication et permet une verbalisation des émotions qui participe à la compréhension du patient et aux solutions à apporter à ses difficultés (42). De plus, un état d'équilibre est à créer entre le soignant et le soigné. C'est ce que l'on appelle la **congruence**. Lorsque celle-ci est réussie, soignant et soigné sont en harmonie l'un avec l'autre mais sans pour autant être fusionner.

Finalement, l'écoute, l'empathie, la congruence semblent être les socles sur lesquels la communication dans le soin se serait construite. Par ailleurs, fondée sur des formes verbales et non-verbales, le mode de communication utilisé au cours de la consultation peut moduler l'aptitude au changement du patient (44).

- *Communication verbale et non-verbale :*

L'utilisation des deux types de communication existe dans le soin, et parfois l'une prévaut par rapport à l'autre selon la situation du patient. La communication verbale désigne l'ensemble des éléments transmis par la voix. La communication non-verbale, elle, utilise des signes transmis de différentes manières : par le comportement avec l'autre, les mouvements du corps, mais aussi les expressions faciales, les regards et contacts visuels ou encore les intonations vocales. (45) Le soignant va ainsi sélectionner ses procédés de communication en fonction contexte bio-psycho-social vu précédemment, et chez l'enfant notamment s'adapter à son âge et aux facteurs qui en découlent.

2.2.2 La communication pédiatrique et ses spécificités

La communication avec un enfant correspond à une forme particulière de communication dans le soin. Une communication efficace entre les professionnels de santé et les enfants et/ou leurs soignants représente une étape importante dans la gestion de toute pathologie

pédiatrique, et peut s'avérer beaucoup plus difficile que dans le cas de patients adultes (46). En effet, le thérapeute est confronté à des obstacles, tant au niveau relationnel qu'au niveau thérapeutique. La particularité du lien avec le développement cognitif, moteur, psychoaffectif de l'enfant la diffère de celui de l'adulte. Le fait de les connaître et les comprendre doit faire partie des aptitudes du MK afin qu'il puisse adapter sa communication (47). « *Le bébé n'est pas un adulte en petit, en moins bien, en plus fragile... il est à comprendre dans sa spécificité qui se transforme avec le développement. Notre effort doit être permanent, l'enfance n'est pas un état mais un processus.* » (Rondal, 1999).

En effet, en raison de son jeune âge, l'enfant ne se retrouve pas toujours au même niveau de communication que le soignant. Cela peut créer un déséquilibre dans l'échange si le soignant n'adapte pas son langage face au plus jeune. Il est recommandé de ne pas utiliser de langage « bébé », mais des mots simples pour un message clair et précis, traduire les termes techniques en termes compréhensibles ou encore utiliser la reformulation pour s'assurer de la compréhension du patient (47). De plus, face à un enfant pour qui le parler ne sera pas encore très développé, la **communication non-verbale** sera primordiale. La communication de l'enfant avec son entourage, en particulier avec le personnage maternel est d'abord non verbale, puis progressivement se structure autour du canal verbal (43). Cette forme de communication permet au soignant de comprendre ce que l'enfant veut et ce qu'il ressent. Également appelée « langage du corps », elle concerne la gestuelle, la posture, la distance physique, l'expression faciale ou encore le regard et les apparences.

De plus, « une des spécificités de la communication thérapeutique avec l'enfant est qu'elle s'adresse toujours à plusieurs personnes, jamais à une seule ». (48) Le transfert d'une **relation** bipartite à **tripartite** avec le(s) parent(s), entraîne un degré accru de difficulté d'échanges. La communication thérapeute-enfant-parent(s) comprend trois éléments (6):

- l'information se référant à la quantité et à la qualité des données relatives à la prise en charge transmises par le soignant,
- la sensibilité interpersonnelle concernant les comportements affectifs du soignant et son intérêt pour les sentiments et les préoccupations du patient et de ses proches,
- la construction d'un partenariat par la manière dont le soignant invite le parent et l'enfant à exprimer leurs préoccupations et leurs points de vue au cours de la consultation. Plusieurs études (6) ont prouvé que les facteurs prédictifs les plus importants pour une communication efficace entre soignants et patients/parents sont : **l'intérêt, la sollicitude, la chaleur et la réactivité** (46).

Finalement, il y a nécessité en pédiatrie d'accompagner la famille dans l'adaptation à la maladie et au projet de vie. Cette éducation s'adresse au jeune patient et à sa famille mais aussi autres professionnels impliqués dans ses soins au quotidien (49).

La manière de communiquer d'un soignant se doit d'être choisie minutieusement en fonction du contexte bio-psycho-social afin de créer une relation thérapeutique solide et ainsi obtenir l'adhésion du patient.

2.3 L'entretien motivationnel : un outil au service de l'alliance thérapeutique

Un des outils de communication utilisé en éducation thérapeutique afin d'aider le patient à évoluer vers le changement, tout en obtenant une adhésion forte est l'entretien motivationnel.

2.3.1 Définitions et principes

De quelle manière un MK, au même titre qu'un autre soignant, peut-il révéler une motivation à faire évoluer chez son patient vers d'autres comportements ? Plusieurs techniques ont vu le jour ces dernières années, l'entretien motivationnel en fait partie.

L'entretien motivationnel (EM) est une approche relationnelle créée par deux psychologues, Miller et Rollnick, dans les années 1980. Ils l'ont défini comme « un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (29). Initialement développé en addictologie, cette technique vise en particulier à « conduire des conversations de telle façon que les personnes puissent évoquer un changement pour elles-mêmes, en se fondant sur leurs propres valeurs et leurs propres intérêts » (29). Dès 1991, les indications de l'EM se sont élargies pour être appliquées à d'autres comportements de santé : tabagisme, alimentation, exercice physique, gestion du diabète (...) ou encore, **adhésion au traitement** (44).

Afin d'obtenir une réponse positive, le style de conversation utilisé celui de « guider ». Sur un continuum, celui-ci se situe entre le « diriger » et le suivre », incorporant certains aspects de chacun de ces styles (29). Afin de mieux comprendre, il faut imaginer qu'aider un enfant à apprendre quelque chose de nouveau implique de guider : de ne pas en faire trop, ni trop peu, pour être accompagnant et aidant (29). L'objectif premier de l'EM correspond donc à renforcer la motivation au changement : motivation propre de la personne (29).

Six **principes** fondamentaux sont au cœur du fondement de cet entretien :

- **L'ambivalence** : Il s'agit de considérer que la plupart des gens qui devraient faire un changement sont ambivalents à ce sujet. Ils voient à la fois des raisons de changer et des raisons de ne pas le faire (29). Elle est à considérer comme une étape du processus sur laquelle la personne est le plus souvent bloquée mais qui permet de se rapprocher progressivement du changement (29). Pour illustrer cela, Rollnick et Miller prennent l'exemple des personnes qui fument, consomment trop d'alcool ou font trop peu d'exercices mais qui sont parfaitement au courant des risques de leur comportement (29).
- Utiliser le **Discours Changement et le Discours Maintien**: L'ambivalence amène donc à l'utilisation de deux discours opposés. Le premier est le « discours-changement », qui comprend les affirmations de la personne en faveur du changement. Le « discours-maintien », lui, contient les arguments de la personne pour ne pas changer (29).
- Éviter le **réflexe correcteur** : Face à cela, le soignant peut avoir d'avoir un réflexe correcteur, qui implique la croyance qu'il doit convaincre ou persuader la personne de faire les bonnes choses (29). Cependant, celui-ci s'associe à un style directif qui tend à créer une conversation sur un mode confrontant et mène le patient et le soignant à faire l'inverse de l'objectif recherché (29). Le patient peut donc être en colère, défensif ou inconfortable. A l'inverse, dans l'EM, le soignant doit « rouler » avec les résistances du patient, ce qui signifie s'y adosser, plutôt que de s'y confronter directement ou de s'y opposer (44).
- La **dissonance** : Une dissonance cognitive est induite dans l'EM, c'est-à-dire souligner la différence entre ce que la personne est actuellement et ce qu'elle souhaiterait être (44).
- **L'empathie** : Le soignant doit « faire preuve d'empathie », en tant que mode d'écoute actif du patient, dans le but de chercher à comprendre ses sentiments et ses points de vue, sans jugement (44).
- Supporter le **sentiment d'efficacité** : Il s'agit de soutenir l'optimisme et la croyance du patient dans sa capacité à réaliser un changement pour améliorer sa situation actuelle (44).
- Soutien de **l'autonomie** : Le soutien de l'autonomie va aider le sujet à réaliser qu'il peut exercer ses propres choix à propos de ses comportements. En effet, une personne ayant en elle-même les motifs à changer va réguler ses comportements de manière autonome, et ainsi engendrer une plus grande réussite (50).

- Explorer les **motivations propres** : elles représentent les motivations que possède initialement le patient et sont explorées par le professionnel qui va tenter de les faire ressortir et les renforcer à l'aide de l'EM.

Une conversation entre le patient et le soignant se construit autour de ces quelques principes. Le « flux » de la conversation, lui, est décrit selon quatre processus fondamentaux (29) :

- 1) **L'engagement dans la relation** : Dans toutes les relations thérapeutiques, ce temps de rencontre est bien connu de tous. A la différence de l'alliance thérapeutique qui met en jeu des objectifs communs et moyens négociés, la phase d'engagement de l'EM se fonde sur l'établissement d'une « relation fondée sur la confiance mutuelle et sur une aide respectueuse ».
- 2) La **focalisation** : Ce processus permet de s'accorder avec la personne sur la direction visée par l'accompagnement. Les objectifs annoncés par le patient ne sont pas toujours concordants avec ce que le soignant perçoit comme important. Ainsi, via l'échange et la discussion, les deux sujets s'accordent sur ce qu'il est souhaitable et réaliste de viser en terme de changement pour la personne.
- 3) **L'évocation** : consiste à être le cœur de l'entretien motivationnel. Elle correspond au moment où la personne amène le sujet à verbaliser ses propres arguments et motivations à changer. Le discours-changement doit être susciter à cet instant.
- 4) La **planification** : vient ensuite. Elle arrive lorsque le discours-changement bascule dans une phase de mobilisation. Ainsi l'opérateur doit renforcer cet engagement vers le changement, et formuler avec la personne un plan d'action.

Dans cet échange sont utilisées des stratégies de base de l'EM, regroupées selon l'acronyme anglais OARS (44):

- Les **questions ouvertes** : Ce sont des questions à laquelle la personne ne répond pas par « oui » ou « non » mais de manière personnelle et nuancée. Ainsi, elles permettent d'encourager le patient à évoquer ses préoccupations, en évitant une focalisation prématurée sur les symptômes.
- **Affirmer** les valeurs du patient : Le praticien doit reconnaître et soutenir les changements opérés, même si ces derniers ont été en deçà des attentes du patient, **valoriser** les expériences passées des changements positifs ainsi que tenir comptes des difficultés traversées par le patient.

- Pratiquer **l'écoute réflexive** : les **reflets** consistent à reprendre en écho de façon plus ou moins élaborée les propos tenus par le patient. Cela permet de montrer au patient qu'il a été entendu, et pour le praticien de vérifier qu'il a bien compris ses propos.
- **Résumer** les propos du patient : Le fait de synthétiser le contenu de l'échange va permettre de rassembler les idées du patient, et possiblement de faire une transition ou exprimer des liens entre ce qui vient d'être dit et des propos antérieurs (51).

En supplément, le **DDPD** est un outil servant lors d'un partage d'information au patient. Il s'agit de Demander au patient ce qu'il sait, Demander s'il accepte qu'on lui fournisse des informations, Partager les informations en question, et enfin Demander au patient ce qu'il va mettre en place en pratique (52). Le fait, globalement de demander la permission avant d'expliquer une notion fait partie intégrante des principes de l'EM. Enfin, l'utilisation **échelles** permet aussi de susciter le discours changement au patient (53).

Le tout, respectant quatre aspects de l'EM (29) :

- Le **partenariat** : L'EM ne se pratique pas sur une personne : c'est une collaboration active entre deux experts. L'intervenant recherche ainsi une atmosphère interpersonnelle positive qui guide vers le changement et non y contraint.
- Le **non-jugement** : Consiste à accepter sans réserve ce que le patient rapporte.
- L'**altruisme** : Régie que l'intérêt qui prévaut doit rester celui de la personne accompagnée.
- L'**évocation** : l'intervenant qui pratique l'EM considère que la personne a en elle les ressources pour changer, et qu'il est là pour l'aider et les faire émerger.

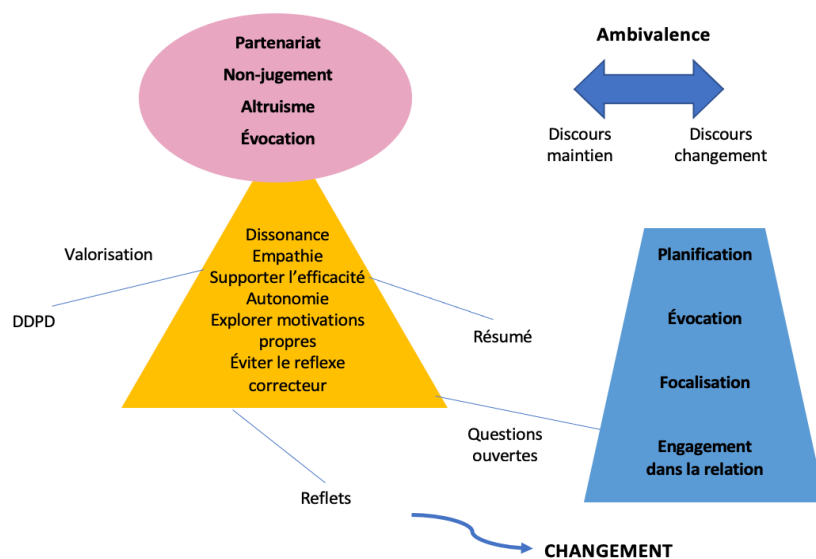


Figure 4 : Principes, concepts et outils tirés de l'EM (Miller et Rollnick)

2.3.2 Les bénéfiques de l'EM en rééducation

Dans le domaine de la santé, l'EM est un outil de plus en plus utilisé. Son usage s'est étendu dans la prise en charge de nombreuses pathologies chroniques, pour lesquelles soutenir la motivation du patient tout au long de la prise en charge est indispensable pour promouvoir l'alliance thérapeutique et l'adhésion au traitement (44). Dans la kinésithérapie, l'usage de l'EM se fait notamment pour des pathologies chroniques lorsque certains changements de comportement sont nécessaires pour le bien-être du patient. Par exemple, les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) bénéficient d'une rééducation à long terme afin de réduire le handicap et le dysfonctionnement pour récupérer les activités de la vie quotidienne. Cependant, les patients peuvent se lasser de la rééducation, ce qui entraîne un manque de motivation qui fait qu'ils vivent ce traitement comme un processus long et douloureux. Hsiao-Mei Chen et al. ont alors démontré récemment que l'EM pouvait renforcer efficacement la motivation pour la rééducation des patients ayant été victimes d'un AVC (54).

Aussi, plusieurs méta-analyses ont permis de montrer l'efficacité de cet outil. Selon une étude de 2009, le recours à l'EM était associé à une efficacité supérieure de 14 à 20% comparativement à des groupes témoins « faibles » (sans traitement) et de 2 à 15% comparativement à des groupes témoins bénéficiant d'autres approches jugées valides (55) (44). Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS) précise qu'il a été démontré une augmentation de l'efficacité des pratiques de conseil en utilisant l'EM, dont l'adhésion thérapeutique (56).

L'entretien motivationnel a été démontré comme un outil permettant de susciter la motivation nécessaire chez une personne afin de l'accompagner vers un changement bénéfique, notamment dans les pathologies chroniques.

Problématique :

De multiples problématiques se retrouvent être un frein dans l'avancée de la rééducation, pour le patient comme le soignant. Parmi celles-ci, le manque de motivation, la lassitude du fait de la durée de la prise en charge, l'opposition face au traitement, en font partie. La communication entre les deux sujets semble être la compétence à utiliser dans un premier temps. Comme vu précédemment, l'entretien motivationnel est un outil permettant de débloquer de nombreuses situations. Il requière une formation particulière, que des MK spécialisés dans d'autres domaines n'ont souvent pas.

Le patient enfant, lui, du fait de son âge, ne comprend pas, ne réagit pas, ne vit pas les séances de kinésithérapie de la même manière qu'un adulte. Le MK va ainsi développer de nouvelles stratégies de communication, cependant il peut se retrouver limité par les outils qui sont à sa disposition. Il paraît alors intéressant de se pencher sur les ressources apportées par l'utilisation d'un entretien motivationnel en règle générale. Il paraît aussi pertinent d'observer les procédés qu'un MK habitué à travailler avec des enfants, utilise. Différentes questions découlent de cette réflexion : Quelles stratégies un kinésithérapeute formé en pédiatrie utilise dans ces cas-là ? Comment adapter sa communication à l'enfant ? Qu'apporte l'entretien motivationnel de plus que les autres techniques de communication ? Les outils utilisés par les professionnels de l'EM peuvent-ils être utilisés avec un enfant afin d'optimiser son engagement dans la rééducation ?

Ce cheminement aboutit à une question de recherche : **Quelles stratégies, se rapprochant de celles utilisées dans l'entretien motivationnel, utilise un kinésithérapeute pédiatrique ?**

In fine, cela questionne les liens possibles à effectuer entre les deux spécificités et dans une autre mesure ce que l'EM pourrait apporter en plus à la formation pédiatrique.

3 Cadre méthodologique

3.1 Choix de la méthode

3.1.1 Choix d'une méthode qualitative observationnelle

Le but de cette étude étant de repérer les outils de communication utilisés par les kinésithérapeutes ainsi que leur comportement, une méthode de type observationnelle a été sélectionnée. Ceci n'étant pas quantifiable par des mesures, c'est une recherche de type qualitative qui est effectuée. De plus, un questionnaire ne permettant pas une observation des procédés utilisés, celui-ci n'a pas été retenu.

3.1.2 Description de l'auto-confrontation

Les entretiens en auto-confrontation (AC) font partie des méthodes qualitatives observationnelles. C'est une méthode indirecte, qui implique un cotravail du chercheur et du professionnel. **L'auto-confrontation** est fondée sur la distinction entre activité réalisée et réel de l'activité. En outre, une tâche prescrite est celle qui est prescrite par une institution ou par soi comme une auto-prescription, à travers un plan de séance par exemple (57). Alors que la tâche réelle est celle produite réellement au vu de la situation. Ainsi, l'auto-confrontation vise à identifier les développements possibles ou empêchés de l'activité pour éventuellement en transformer le cours (58). Cela fait référence à la notion de **compétences**

incorporées selon Leplat (59). Ces compétences « s’expriment bien dans l’action, mais moins bien ou pas du tout dans le discours. Elles sont facilement accessibles, difficilement verbalisables, peu coûteuses sur le plan de la charge mentale, difficilement dissociables et enfin très liées au contexte » (59). Cet auteur distingue ensuite la compétence prescrite de la compétence effective. En effet, la compétence prescrite ou requise est celle souhaitée par les organisateurs du travail alors que la compétence effective est celle réellement mise en œuvre par le sujet pour exécuter la tâche (59). L’écart entre ces deux compétences constitue ce que les sociologues appellent souvent la compétence tacite : c’est la compétence mise en œuvre et non prévue (59). L’auto-confrontation conduit finalement à identifier des décalages importants entre ce que l’on devrait faire au regard des différentes prescriptions, et ce que l’on fait réellement compte tenu des contingences des situations (57). Le but de cet entretien est de faire revivre la situation passée pour appréhender l’expérience vécue qui est en partie inconsciente mais conscientisable sous certaines conditions (57). Cette méthode se décline en trois étapes : une première constitue la co-conception du milieu de travail précède les enregistrements vidéo des tâches accomplies par les opérateurs, puis de ce qu’ils en disent, et enfin de ce qu’ils font de ce qu’ils ont dit (58).

3.1.3 Intérêts de la méthode

L’expert, seul, ne peut pas analyser l’activité du professionnel. Le professionnel, lui, ne sait pas parler de son travail spontanément : ses gestes et paroles sont parfois effectués avec automatisme. La pertinence de l’utilisation de cette méthode dans ce travail se montre dans le fait que le MK expert a la possibilité de transmettre et expliquer ses faits ainsi que ses dires, là où une personne non formée ne saurait pas apporter ces justifications. Associé à cela le fait que l’AC permet au MK de prendre du recul, de s’analyser et de réfléchir aux procédés utilisés consciemment ou inconsciemment. Elle permet, finalement, de construire une nouvelle intelligibilité de la situation en accédant à des informations que l’on n’a pas puisqu’elles sont détenues par le professionnel lui-même (57).

3.2 Première phase : constitution d’un groupe d’analyse

3.2.1 Critères d’inclusion et d’exclusion

Les critères d’inclusion et d’exclusion des participants à l’étude sont indispensables à définir au préalable afin de sélectionner la population la plus adaptée aux objectifs de l’étude (60).

Tableau I : Résumé des critères d'inclusion et exclusion des participants :

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Kinésithérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Être MKDE ⇒ MK libéral ⇒ Avoir effectué une formation à l'EM / en pédiatrie ⇒ Pratiquer L'EM / la pédiatrie avec sa patientèle ⇒ Ayant quelques années d'expérience de ses formations (5 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Non formé à l'EM / Non formé en pédiatrie ⇒ Ne pas être MK dans une structure libérale ⇒ Ne pratique pas ou très peu l'EM / la pédiatrie avec sa patientèle ⇒ Ayant moins de 5 ans d'expérience de ses formations
Patients	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pouvant communiquer verbalement ⇒ Présentant une difficulté en lien avec l'adhésion et/ou la motivation à la PEC ⇒ Ayant une pathologie chronique 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Non-communicant verbalement ⇒ Ne présentant aucune difficulté à l'adhésion/motivation de la PEC ⇒ N'ayant pas de pathologie chronique

3.2.2 Stratégies de recherche des participants

Différentes ressources ont permis de trouver des participants volontaires et correspondants à l'étude. Cette recherche a débuté en Octobre 2022, et avait pour premier objectif de trouver un MK formé l'entretien motivationnel et ayant des enfants dans sa patientèle. Ainsi, la première sollicitation fut auprès de l'organisation réunissant tous les MK pédiatriques de la ville et ses alentours. Malgré des réponses positives de certains MK pédiatriques, ils n'étaient pas formé et/ou ne connaissaient pas l'EM. D'autre part, à l'aide de logiciels de professionnels de santé ainsi qu'à l'aide de connaissances via des précédents stages, des MK formés à l'EM ont été contacté. Le même problème se retrouvant ici, ces MK ne prenaient pas en charge des enfants. Après de multiples tentatives, il était impossible de trouver un participant combinant les deux caractéristiques souhaitées.

Ainsi, l'idée gardée fut d'effectuer deux entretiens distincts : l'un avec un MK formé à l'EM que l'on appellera *MKA* par souci d'anonymat, l'autre avec un MK formé en pédiatrie, que

l'on appellera *MKB*. Dans les précédentes réponses positives, deux d'entre eux proposaient des situations avec des patients qui répondaient aux critères d'inclusion, ce sont donc eux qui ont participé aux entretiens. L'accord préalable du patient, tenu informé des raisons et modalités de la séance a été effectué. Aussi, l'entretien motivationnel n'étant pas (ou très peu) utilisé avec les enfants, les deux patients sont d'âges différents (un adulte et un enfant).

Tableau II : Caractéristiques des MKA et MKB

	MKA	MKB
Année d'obtention du DE	2009	2008
Type d'exercice	Cabinet libéral	Cabinet libéral
Principales formations effectuées	Entretien motivationnel Méthode McKenzie EBP : Diagnostic différentiel et tests cliniques / Tendinopathies du Membre Inférieur Know Pain	DU IMC et Polyhandicap DU soins d'encadrement et pilotage des organisations de soins Autres formations

3.2.3 Population avec l'outil SPIDER

Le modèle SPIDER (*Sample, Phenomenon of interest, Design, Evaluation, Research type*) est un outil de sélection d'une population adapté aux recherches de type qualitatives (60). Les praticiens sélectionnés ici le sont pour leur expertise. L'étymologie du mot « expert » rappelle que la compétence de ce dernier se fonde avant tout sur un savoir-faire, acquis à force d'expérience (61). Les praticiens experts chacun dans leur formation vont permettre un apport de notions qui permettra de répondre à la problématique.

Tableau III : Description des deux populations utilisées lors des entretiens via l'outil SPIDER :

	Entretien A	Entretien B
<i>Sample</i> (échantillon)	Kinésithérapeute formé à l'entretien motivationnel (MKA)	Kinésithérapeute formé en kinésithérapie pédiatrique (MKB)
<i>Phenomenon of interest</i> (phénomène d'intérêt)	Outils de communication utilisés	Outils de communication utilisés
<i>Design</i> (schéma)	1) Observation d'une séance de rééducation avec inclusion de l'EM entre patient et le MK 2) Entretien en auto-confrontation simple avec le MK	3) Observation d'une séance de rééducation entre le patient et le MK 4) Entretien en auto-confrontation simple avec le MK
<i>Evaluation</i> (évaluation)	Outils et techniques utilisés	Outils et techniques utilisés
<i>Research type</i> (type de recherche)	Qualitative	Qualitative

3.3 Seconde phase : observation directe non participante

Les praticiens et patients observés sont tous informés du cadre de ce film et chacun a signé un document transmis ensuite à l'Institut Régional de Formation aux Métiers de Rééducation et de Réadaptation des Pays de la Loire (IFM3R) traduisant leur consentement éclairé ainsi que leur accord pour être filmés et enregistrés. Dans un premier lieu, une observation non-participante est effectuée avec chaque sujet afin d'éviter le plus possible que la présence de l'observateur influe sur l'activité naturelle des observés (62). L'observateur était visible aux yeux du MK et du patient, et la caméra d'un smartphone était utilisée comme dispositif d'enregistrement.

La patiente de la **situation A** est une femme âgée de 76 ans nommée ici « Mme M. » et est infirmière à la retraite. Elle est prise en charge par le MKA depuis quelques semaines, après de multiples tentatives avec d'autres praticiens depuis de nombreuses années. En effet, Mme M. présente des douleurs lombaires depuis 40 ans voir depuis toujours selon elle. Son objectif : essayer une nouvelle technique. La patiente est arrivée avec différentes croyances,

qui sont aujourd'hui moins présentes du fait des échanges avec le MKA, mais certaines persistent. Parmi celles-ci, Madame M. avait mentionné lors du bilan : la peur du mouvement, la peur de se bloquer le dos, le fait qu'elle ne sache pas comment gérer ses douleurs elle-même et d'autres. Ces pensées très ancrées en elle depuis de nombreuses années sont ce qui lui porte défaut. Une envie de changement est présente chez Mme M. mais ses craintes et ses représentations la bloquent dans un schéma. Au moment de l'entretien, elle est partagée entre ses avancées vers un mieux-être de son dos, vers une capacité à se prendre en charge seule et la peur persistante ainsi que la non-connaissance de certaines notions sur la douleur. Ainsi, la défaire de ses pensées est le défi à relever par le MKA. Il doit créer une adhésion thérapeutique suffisamment forte pour pouvoir expliquer à la patiente ce dont elle a besoin pour aller mieux, et que celle-ci y croit. La motivation de Mme M. est sans arrêt sollicitée et recherchée par le MKA afin d'évoluer vers un possible changement de schéma. Enfin, la pathologie étant présente depuis longtemps, le praticien se retrouve face à une patiente à bout de souffle, et doit donc tenter de lui redonner foi en une prise en charge.

Le patient de la **situation B** est un enfant nommé ici « L. », âgé de 8 ans. Il est pris en charge par le MKB depuis ses 1 ans pour paralysie cérébrale (PC) découverte tardivement. Au vu de la longueur du traitement, quelques difficultés ont vu le jour. La pathologie de L. sera présente toute sa vie et les séances de rééducation se poursuivront donc au long terme. Le MKB se retrouve confronté à la lassitude de L. face au traitement. Il doit donc développer des stratégies afin de maintenir le patient motivé aux différentes étapes de sa prise en charge. Associé à cela le fait que L. est un petit garçon avec un fort caractère, se positionnant souvent dans l'opposition des exercices. Trouver des exercices pour lesquels il va adhérer est un autre challenge pour le MKB. Son opposition constante s'oppose au fait que L. n'a jamais refusé de venir aux séances de kinésithérapie, selon le MKB. De plus, il est joueur et aime tester le kinésithérapeute en face de lui. Des ambivalences se traduisent finalement chez lui. Le praticien doit donc trouver comment communiquer avec L. dans ce genre de situations. Différentes stratégies ont été développées au fil des années par le soignant afin d'éviter le plus possible les situations d'opposition de L.

Les patients et leurs pathologies étant différentes dans cette étude, leur point commun réside néanmoins en ce challenge d'adhésion et d'une motivation maintenue face à un traitement à long terme. Chaque praticien doit trouver chez son patient ce qui va le pousser

à participer aux séances et à se prendre en charge en autonomie. Les deux observations sont précisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Présentations des entretiens observés :

Entretien	Observation A (EM)	Observation B (Pédiatrie)
Situation observée	Séance de kinésithérapie : premier temps de discussion, mise au point, échanges avec les techniques de l'EM. Puis temps d'exercices.	Séance de kinésithérapie hebdomadaire : mobilisations sur table, puis travail d'équilibre et enfin ateliers contenant plusieurs exercices.
Lieu de l'observation	Cabinet de kinésithérapie, salle fermée	Cabinet de kinésithérapie, salle fermée
Date	16/03/2023	31/01/2023
Contexte	Patiente A, suivie depuis peu pour douleurs lombaires en barre présentes depuis toujours.	Patient B (L.), suivi depuis ses 1 ans pour PC de découverte tardive. Il est apte à marcher.
Acteurs	MKA et patient A	MKB et patient B
Durée	27 min	35 min

Ces temps d'observation ont mené à un visionnage par l'intervenant, permettant ensuite de produire les auto-confrontations avec chaque praticien.

3.4 Troisième phase : Entretiens en auto-confrontation simple

Pour ces entretiens, il convient de filmer les commentaires que le sujet, confronté aux images de sa propre activité, adresse au chercheur (auto confrontation simple : sujet/chercheur/images) (58). Les entretiens ont été préparés au préalable selon un guide.

3.5 Élaboration d'un guide d'entretien

Premièrement, afin de cibler les moments pertinents à garder pour l'auto confrontation, il a fallu définir des critères de sélection. Une grille d'observation, basée sur les différents concepts cités dans le cadre théorique, a permis de sélectionner les temps de vidéos qui seront gardés pour l'auto-confrontation (*Annexe 1*).

Ensuite, pour chacun de ces moments, des types de questions ouvertes ont été préparées afin de questionner le praticien sur ses actes, ses paroles et les raisons de ceux-ci (*Annexe 2*).

Enfin, Il existe trois grands principes qui structurent l'entretien en auto-confrontation. Ceux-ci seront précisés avant chaque auto-confrontation afin que chaque MK comprenne l'objectif de celle-ci. Premièrement, il est important de se rapporter à des actions effectives et contextualisées, et ainsi d'éviter de faire produire par l'acteur un discours général sur sa pratique (57). Ensuite, le professionnel comme l'intervenant se doivent de décrire l'action pour documenter l'épaisseur de l'expérience et non pas l'analyser ou l'expliquer (57). Enfin, il s'agit d'inciter à la « déconstruction » des évidences et des aspects implicites. Pour cela, il faut appréhender l'action familière comme étrange pour découvrir des aspects cachés et parfois contre intuitifs (57). Ces principes sont présentés à chaque intervenant en amont de l'entretien.

3.6 Modalités des entretiens

Une présentation des principes et du déroulé de l'AC est présentée en début d'entretien (*Annexe 3*). Une fois les premières séances observées et visionnées par l'observateur, le MK est mis en situation d'auto-confrontation face à son travail, grâce à la vidéo de celui-ci. La méthode d'analyse de l'activité utilise l'image, ici la vidéo, comme support principal des observations (58). Le recours à la vidéo est structuré par trois perspectives : voir, se voir et donner à voir (63). Dans le cas d'une auto-confrontation, il est possible de se voir en train de faire. En effet, le terme d'auto-confrontation s'est imposé pour désigner un procédé consistant à permettre à celui qui agit d'explicitier séquence par séquence et de façon minutieuse, ce qu'il fait quand il agit (63). Dans ce cadre, la vidéo se présente comme une aide dans l'observation des outils de communication non-verbaux en plus des verbatim exprimés par chacun des participants. Ces entretiens se présentent comme une co-analyse entre l'intervenant et le professionnel. Ci-dessous un tableau résumant les modalités de chaque entretien.

Tableau V : Présentation des entretiens en auto confrontation :

	Auto confrontation A (EM)	Auto confrontation B (Pédiatrie)
Lieu de l'AC	Habitat du MKA, salle fermée	Salle fermée à l'institut de formation
Acteurs	MKA et étudiant chercheur/observateur	MKB et étudiant chercheur/observateur
Durée (min)	1h10 min	1h14 min
Date	21/03/2023	10/02/2023
Objectifs de l'AC	Mettre en lumière les stratégies de communications utilisées lors de l'entretien	Mettre en lumière les stratégies de communications utilisées lors de l'entretien
Éléments d'évaluation considérés	Plusieurs extraits sélectionnés selon les critères (<i>Annexe 1</i>) sous forme de Verbatim	Plusieurs extraits sélectionnés selon les critères (<i>Annexe 1</i>), sous forme de Verbatim

4 Analyse des entretiens et traitement des données

4.1 Recueil des données

La **transcription** représente la première étape du traitement des données selon Paillé et Muchielli (64). Elle correspond au travail de traduction écrite de la scène observée et filmée avec un smartphone ici. Ce sont les verbatim qui sont retranscrits, soit la reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé, compte rendu fidèle, selon le Larousse (65). Chaque verbatim est associé à une ligne de dialogue, aux acteurs ainsi qu'à des annotations. Ceux-ci permettront de faciliter l'étape ultime : la reconstitution.

La **transposition** représente l'étape intermédiaire. Parmi tous les éléments ressortis avec la transcription, seuls certains sont pertinents pour répondre à la question de recherche. Pour les trouver et les catégoriser, une analyse thématique est utilisée. **L'analyse thématique** est un type d'analyse pour les travaux d'analyse qualitative, et celle choisie ici. L'analyse va en effet faire appel, pour résumer et traiter son corpus, à des dénominations appelées « thèmes » (ou « thématisations » et aussi parfois « sous thèmes ») pour se référer à la décomposition de certains thèmes (66). Une grille d'analyse a permis ce travail (*Annexe 4*). La première étape fut de coder, à l'aide une première relecture, les données pertinentes de

chaque entretien. Traiter le matériel, c'est le coder. Le codage correspond à la transformation, effectuée selon des règles précises, des données brutes du texte (67). Ensuite, les codes précédemment réalisés ont été organisé sous la forme de thèmes et de sous-thèmes. Des grands thèmes ainsi que des sous-thèmes sont ressortis, en lien avec le cadre conceptuel. La grille d'analyse a été d'abord constitué avec l'entretien A afin de catégoriser les principes de l'EM. Ensuite, en relisant les thèmes de l'entretien B, ceux-ci ont été transposés à la grille de l'entretien A afin de voir quels liens pouvaient être effectués entre les outils du MK pédiatrique et les outils à proprement parler de l'EM.

Enfin, la **reconstitution** est l'élément suivant dans ce travail. Selon Paillé et Muchielli, celle-ci « prend le plus souvent la forme d'un récit argumenté autour des principales catégories d'analyse » (64). Cette reconstitution a permis l'analyse qui suit.

4.2 Présentation des résultats

4.2.1 Établir une relation de communication entre le patient et le praticien

La communication, comme vu précédemment, est un des socles d'une bonne relation patient/soignant. Le professionnel adapte sa communication en fonction des spécificités de son patient et de la relation qui en découle.

- *Selon le contexte bio-psycho-social :*

Chaque patient s'inscrit dans un contexte qui lui est propre, selon ses données biologiques, psychologiques ainsi que sociales. Chez l'enfant, le contexte familial prend une place non-négligeable. Ainsi, le MKB prend en compte ces notions afin **d'adapter ses réactions et sa communication** en fonction des situations « *Je l'ai laissé lancer le cerceau comme ça (..) Il vient de le rater, donc j'ai pas voulu l'enfoncer non plus (...) Quand il est trop mis en échec il se vexe énormément (...) c'est quand même une famille de sportifs, lui il voit bien comment il est, ça le pèse beaucoup de pas pouvoir faire comme les autres.* » (EB L80-81). A cela s'ajoute le comportement des parents, ici « *la maman est infirmière puéricultrice donc je sens que parfois elle a envie de savoir certaines choses* » (EB L2). Le contexte pathologique de l'enfant intervient également, et face à celui-ci le MKB choisi de **prendre le temps de communiquer** avec le patient et de lui **expliquer** « *déjà sur la maladie, pour expliquer un peu plus ça, et pourquoi on fait ces exercices là, dans tous ces objectifs-là de rééducation* ». (EB L44)

Le MKA effectue le même principe d'adaptation en fonction premièrement des besoins de Mme M : « *Cette patiente clairement elle a un gros besoin de compréhension etc donc on a passé un peu de temps à parler des métaphores de la douleur (...)* » (EA L76) ; « *c'est*

vraiment l'aspect un peu cognitif qui semble raisonner chez elle de je reprends le contrôle, je sais ce qu'il se passe etc » (EA L52).

Deuxièmement, en fonction de son caractère, le MKA a tendance à devoir **recentrer l'échange et interrompre** la patiente qui discute beaucoup et reparle de l'histoire de sa maladie « *je sens qu'après elle va repartir dans ses ruminations et du coup j'ai un peu envie de la coincer quand elle dit j'ai besoin de comprendre la cause etc.* » (EA L41) ; « *j'essaie de trouver un moyen de l'interrompre à la fois élégant et en gardant l'alliance thérapeutique* » (EA L5). Le MKB mentionne le caractère opposant et l'esprit testeur de l'enfant qui font partie intégrante de son contexte personnel « *c'est son caractère, son état d'esprit. Il a toujours été comme ça* » (EB L35) ; « *En fait c'est toujours dans sa volonté de diriger les choses* » (EB L75). Face à cela il préfère **ne pas intervenir** et rester plutôt passif : « *Je ne prête pas attention. C'est si vraiment il exprime à crier, à pleurer etc là j'y prêterai attention* » (EB L42) ou encore « *j'ai pas voulu l'enfoncer non plus (...) Quand il est trop mis en échec il se vexe énormément* » (EB L81). En outre, la façon de s'exprimer avec le patient varie aussi selon la relation qui s'est installée entre les deux.

- *Selon l'alliance thérapeutique*

Il a été vu précédemment que l'alliance thérapeutique était la pierre angulaire de la relation soignant/praticien. Elle ressort notamment ici avec le MKB qui, grâce à la construction de cette alliance, se fait écouter et respecter par l'enfant : « *Ca il le fait jamais avec moi. Quand je lui dis des choses il m'écoute bien* » (EB L33) et « *Moi souvent j'arrive à le cadrer mais ce qui n'était pas le cas avec mes remplaçants ou mes assistants* » (EB L13). Cette dernière citation montre bien le changement de comportement pour L. entre le MKB avec qui la relation est pleinement construite et d'autres avec qui ça n'est pas le cas selon lui.

Cette alliance en pédiatrie se crée également avec les parents de l'enfant, le MKB parle « *d'avoir un crédit auprès des familles* » (EB L90). Pour lui « *c'est très valorisant mais ça peut aussi avoir ses limites, c'est que je suis celui qui a fait marcher l'enfant* » (EB L90).

Elle est d'autant plus présente dans l'entretien B du fait de la longueur de la prise en charge, mais elle s'est aussi vite créée dans l'entretien A lorsque la patiente évoque son évolution depuis ces quelques séances avec le MKB : « *j'interprète le : « j'ai l'impression que sur les quelques séances qu'on a passé là j'ai plus avancé sur ces dernières séances que en 40 ans »* » (EA L22). Par ailleurs, de cette communication générale découlent des moyens plus précis afin de cibler la motivation du patient.

4.2.2 Utiliser des stratégies d'adhésion et de motivation du patient

Chaque MK déploie des stratégies afin de susciter une motivation à la séance chez son patient. L'entretien motivationnel (EM) propose des outils précis de communication que le MKA utilise ici en se basant sur les grands principes de l'EM. Le MKB, utilisant ses stratégies habituelles de communication, répond sans le savoir, à certains concepts faisant partie de l'EM.

Dans l'EM, deux grands discours s'opposent et font preuve de l'ambivalence du patient. Le MKA souligne lui beaucoup plus cette notion **d'ambivalence** : « *Un super bel exemple de ses ambivalences, c'est à dire qu'il y a une minute elle dit je suis hyper anxieuse, j'ai peur que ça se rebloque etc, et là j'essaie de la projeter en situation et le premier truc qu'elle me dit c'est ça m'inquiète moins.* » (EA L49) ; « *Cette ambivalence, qui je pense est vraiment le problème de sa vie : la balance du contrôle interne et contrôle externe. C'est : je veux bien faire les exercices mais c'est pas moi qui vais décider c'est mon genou* » (EA L109). Le MKA essaie ainsi de mettre en évidence ces ambivalences auprès de la patiente, par exemple en utilisant la communication non-verbale et notamment la gestuelle de ses mains : « *« je parle globalement beaucoup avec mes mains, mais je trouve intéressant quand on aborde des ambivalences ou des choses qui s'opposent, de venir les imaginer, parce que pour certains patients, on sait que le langage non-verbal il communique et il transmet une partie du message* » (EA L80). Le MKB souligne lui une ambivalence toute autre pour L., entre son tempérament en opposition constante et le fait qu'il ne se plaigne jamais des séances de kinésithérapie : « *Il y a pas mal son opposition constante. Après, moi j'ai pas ce qu'il se passe à la maison, mais à aucun moment L. il a fait la tête parce qu'il venait.* » (EB L88), et de même pour les exercices : « *Là par ex le « c'est pas hyper bien » c'est car il essaie de me tester, parce qu'au final il est content. Là il essaie de me dire j'aime pas ce que tu me proposes alors qu'en fait si.* » (EB L47) Il va ainsi ne pas prendre en compte ces ambivalences, qu'il considère ne pas représenter les vraies volontés de l'enfant.

Ainsi, les propos qui démontrent une évolution dans la réflexion du patient face à ces ambivalences font part du **discours changement**. C'est le discours que le MKA veut mettre en valeur « *quand le discours changement sur cette ambivalence-là, commence à apparaître, de refléter ça* » (EA L12) et utilise donc des reflets afin que la patiente « *réentende ses propres mots et essayer d'augmenter et de valider cette idée de ok, votre dos va bien, vous l'avez dit, moi je vous le redis.* » (EA L10). Le MK tente d'approfondir ce discours, en utilisant également les mimiques du visage comme l'étonnement pour faire ressentir à la patiente

« *non je te crois pas, donne-moi des preuves qui te fait dire que ton dos va bien* » (EA L35). Additionné à cela, le MKA utilise des questions ouvertes, pour faire verbaliser la patiente ce qui lui manque afin d'atteindre un changement maximal « *Là j'ai pris le parti de lui demander qu'est ce qui sera différent quand elle sera à 10, parce qu'il y a cette idée que si elle se projette à 10, je m'attends à plus encore de discours changement* » (EA L38). Le but étant de la faire réfléchir et de la pousser un maximum vers ce changement déjà initié. Ainsi, lorsque la patiente verbalise cette évolution, c'est une satisfaction pour le MK « *Là elle m'offre une belle pépite parce que là je me dis que dans sa manière de gérer les douleurs et les sensations corporelles, là il y a un truc qui a vraiment changé* » (EA L83) ou encore « *J'interprète le « J'ai l'impression que sur les quelques séances qu'on a passé là j'ai plus avancé sur ces dernières séances que en 40 ans » » (EA L22) . Là, le praticien est satisfait et comprend qu'un changement s'est opéré grâce à ce travail conjoint. Néanmoins, certaines résistances persistent : « *Là elle me dit je peux conduire mais je suis pas prête à enlever les petites roues, donc elle a besoin d'encore un peu d'aide* » (EA L93), le MK comprend donc qu'il reste des notions à travailler sur le discours maintien. À contrario dans l'entretien B, un discours ou un comportement nouveau de l'enfant n'est pas évoqué par le MKB.*

Également, les propos avec lesquels est venu initialement le patient sont paradoxalement ceux qui empêchent celui-ci d'avancer et concernent le **discours maintien**. Le MKA essaie donc de « *la coincer* » (EA L41) face à ces propos en utilisant une double question fermée, car il dit « *je sais très bien là pour le coup que sur ces 2 réponses là elle va me répondre non, et j'ai besoin qu'elle me réponde non pour la suite qui est : on a pas compris l'origine de votre problème, et pourtant on a de l'amélioration* » (EA L41). Le patiente, elle, « *repart sur toutes les raisons qui l'ont mené ici* » (EA L65) de manière fréquente. Afin de contrer cela et de la faire verbaliser le moins possible ces notions qui la maintiennent dans sa situation, le MKA exprime « *jusque-là on était sur un beau discours changement (...) il va falloir quand même que je la recadre* ». (EA L65) Par ailleurs, de par une variation entre les deux situations et des stratégies utilisées différentes par le MKB, celui-ci fait également moins/pas ressortir cette notion lors de l'entretien B.

Ensuite, la **collaboration** est un principe de l'EM qui permet de faire ressentir au patient que chacun est acteur et que la rééducation s'effectue ensemble. Pour cela, les deux MK laissent un libre choix au patient sur certaines décisions, notamment sur le fait de faire un exercice « *leur dire : voilà ce que je vous propose et de toujours laisser le choix au patient de s'en*

saisir ou pas » (EA L106) et « *Oui, après l'idée c'est si il y en a qu'il aime pas, on pourra en enlever (à propos des exercices).* » (EB L28) Pour le MKB, il s'agit de prendre en compte les parents dans la collaboration, certains choix seront pris également avec eux : « *une autre stratégie c'est qu'on fasse des pauses, pendant les vacances scolaires par ex. En fait les parents sont assez d'accord là-dessus* » (EB L93). De plus, effectuer des pauses dans le traitement thérapeutique sera également une décision prise en accord avec les parents. Aussi, un autre choix peut s'effectuer par le patient : celui de vouloir acquérir certaines notions ou non. Ainsi, le fait de demander la permission est une action que le MKA met en place « *J'essaie un peu de m'infuser de cette demande de permission parce que si aujourd'hui (...) c'est pas le bon moment pour faire les exercices, si je lui impose je vais faire un four et perdre des points sur mon alliance thérapeutique* ». (EA L104) Le MKB, lui, ne parle pas de demande de permission mais plutôt n'impose pas les exercices au patient « *quand t'es fatigué, t'as autre chose à faire et dans ces cas-là, plutôt que d'insister sur le fait qu'il faut en faire à tout prix et autant de fois, bah plutôt adapter* » (EB L96).

Par ailleurs, le principe de **non-jugement** est également primordial en EM et globalement en rééducation. Il permet au patient de se sentir compris, de s'exprimer librement sur ses ressentis et de se sentir à l'aise dans sa rééducation même en cas d'échec par exemple « *il vient de le rater, donc j'ai pas voulu l'enfoncer non plus.* » (EB L80). Également, le fait de ne pas catégoriser une action bien faite, comme une action mal faite permet de garder cette idée de non-jugement « *je peux pas me permettre de dire si ce qu'elle a fait c'est bien ou pas bien, c'est à elle de me dire si c'est bien ou pas.* » (EA L88). Associée à cela **l'empathie**, que le MKB fait émaner tout le long de l'entretien lorsqu'il parle des déficits en lien avec la pathologie de L. « *j'ai pas voulu l'enfoncer (...) ça le pèse beaucoup de ne pas pouvoir faire comme les autres* ». (EB L80-81) Cette notion ressort aussi globalement dans la gestuelle et la posture du MKA tout le long de la séance.

Également, le fait de mettre en valeur les bonnes actions du patient est un moyen pour lui de se sentir valorisé. L'objectif étant de lui donner envie de garder cette motivation qui l'a poussé à réussir telle ou telle chose. C'est là qu'intervient le fait de **supporter le sentiment d'efficacité**. Le MKB utilise des mots comme « *super* » (EB L100) « *pour lui dire qu'il répond à l'objectif que je lui ai fixé* » (EB L104). D'autres termes sont possibles comme « *c'est plutôt cool de voir comment vous arrivez à bouger votre dos* » (EA L20) utilisé par le MKA. Selon lui, c'est important de féliciter dans le cas Mme M. car « *c'est pas vraiment la féliciter sur cet*

épisode-là, c'est surtout d'insister sur le changement global qui est en train de se produire » (EA L82).

Aussi, le praticien est là pour faire grandir les motivations du patient avec lui, cependant celles-ci se base sur les **motivations propres** des patients, présentes intrinsèquement au préalable. Le MKB s'en sert beaucoup avec L., il choisit les exercices en se basant sur ce qu'il sait qu'il aime et qui le motive : *« pour améliorer son investissement je lui demande un peu ce qu'il veut faire » (EB L4) « un écran derrière, on a beaucoup travaillé dessus car ça a été un outil pour le remettre dans la motivation » (EB L4) « Là il y a la motivation parce qu'il sait qu'il est chronométré » (EB L112) « Il adore sauter, il a un trampoline à la maison donc c'est aussi le remettre dans cet exercice-là » (EB L86) « Mais je pense qu'il est surtout content parce qu'il y a un objectif, une ambition de faire plus. » (EB L106).* Le MKB prend donc compte de ces motivations afin de les insérer dans les exercices, cependant, il choisit aussi de ne pas se baser seulement sur ça afin de garder en tête les objectifs de traitement : *« L. c'est facile, il aime le foot, donc si on tombe dans la facilité on pourrait faire 10 min de foot. Mais j'ai pas envie de faire ça parce que c'est des choses qu'il fait à la maison etc, donc je préfère le mettre dans des situations pour lesquelles il a pas l'habitude. » (EB L23).* De son côté, le MKA mentionne une volonté de verbalisation de la part de la patiente sur ses objectifs pour le reste de la rééducation : *« Ça veut dire quoi être rassurée pour elle (...) parce que moi mon objectif derrière c'est de mettre un programme de rééducation précis avec si possible des objectifs quantifiables etc. » (EA L95).*

De plus, chaque MK à sa manière, tient compte du principe de **soutien l'autonomie du patient**. Le MKA utilise deux outils pour cela : premièrement des questions ouvertes *« l'idée d'utiliser cette question ouverte c'est que j'ai envie de faire un peu le point de ce qu'elle a compris et retenu des choses qu'on a faites. » (EA L16) et « Là vous n'avez pas été bloqué et vous avez quand même géré la situation toute seule : qu'est ce qui pourrait vous permettre cela (...) c'est encore une façon de l'autonomiser » (EA L46).* L'idée étant de stimuler la patiente à rechercher ce qu'elle a dans sa boîte à outils pour pallier à ses problèmes afin qu'elle réalise qu'elle peut être autonome pour les gérer. De même en faisant des résumés à la patiente ou le praticien n'utilise que le « vous » : *« Ce qui me semble intéressant avec un résumé c'est de mettre que des vous : « vous avez mis en place ces stratégies » « vous vous en êtes sorti... » (EA L43).* Ou à l'inverse quand le patient parle du praticien alors que ce dernier voudrait plutôt qu'il parle de lui *« le signe là au début de sa réponse qui montre que*

*je fais un bide, c'est qu'elle commence par « vous » alors que moi ce que j'aurai aimé c'est qu'elle commence par « je » » (EA L17). Il est également possible de soutenir l'autonomie en laissant le patient agir, comme le fait le MKB quand il laisse l'enfant préparer le parcours d'exercices « *Là aussi c'est une stratégie que j'ai mis en place c'est de ne pas le bloquer dans l'aide qu'il peut apporter (...) il montre son envie et son intérêt pour l'atelier* » (EB L52). Le praticien y voit ici une opportunité de faire adhérer encore plus le patient à la séance.*

L'EM met aussi **l'écoute** comme un des socles de la rééducation. Cette écoute, le MKB l'a pratiquée lorsque le patient était « *dans une situation inconfortable, de perte d'équilibre où il y avait vraiment beaucoup de peur* » (EB L37) et ainsi le fait de « *essayer de le rassurer, on a régulé, apaisé le truc* » (EB L37), permet au patient de se sentir écouté et compris, permettant ensuite au MK d'apporter de l'aide au patient. Cette écoute peut aussi se faire ressentir par le patient en utilisant la communication non-verbale, le « mirroring » ici avec le MKA : « *j'essaie le plus possible de me mettre en mirroring avec elle : je vois que ça fait quelques secondes qu'elle se frotte les mains et j'essaie de reprendre un peu la même attitude* » (EA L26) utilisé dans une situation qui paraît importante pour le MK « *comme là pour moi on est sur quelque chose de très important de reprendre le contrôle etc* » (EA L26).

D'autres outils supplémentaires peuvent-être utilisés dans l'EM, comme les **échelles**. Ce sont des échelles que le MK peut créer, ajuster en fonction de la patiente et de l'objectif recherché, ici « *une échelle du dos ça n'existe nulle part mais à ce moment-là ça me paraît pertinent avec cette patiente-là* » dans un but de « *savoir à quel point il est en bonne santé et aussi savoir pour la suite des séances dans quel sens on va pouvoir partir* » (EA L31). Cela permet au MK de se situer vis-à-vis de la patiente. Les **métaphores** peuvent être aussi un outil, lorsque par exemple ici « *cette patiente clairement elle a un gros besoin de compréhension donc on a passé un peu de temps à parler des métaphores de la douleur* » (EA L76). Elles apportent une explication différente qui peut parler d'avantage au patient : « *L'image du bus c'est un peu notre filigrane avec la patiente où je lui ai proposé cette image là et elle m'avait dit que vraiment ça lui avait parlé, et donc j'en reviens* » (EA L90). Ces deux techniques n'ont pas été utilisées et ne sont pas évoquées par le MKB.

Les deux MK utilisent donc certains principes ou stratégies en commun, d'une manière plus inconsciente et indirecte pour le MKB qui utilise ses stratégies habituelles en pédiatrie, tout en rejoignant les idées de l'EM.

Néanmoins, d'autres méthodes non spécifiées dans l'EM sont employées par les MK.

4.2.3 Autres stratégies

D'autres stratégies, autres que celles présentées dans l'EM, sont utilisées ici par les praticiens. Premièrement, la **communication non-verbale** est soulignée à plusieurs reprises par le MKA lorsque le praticien sent qu'il n'a plus le contrôle de l'entretien et qu'il essaie de le récupérer : « *Non verbal là, je me souviens, je me referme parce que je sens que je sens que je perds le contrôle, et du coup elle est en train de repartir sur ses ruminations (...) en même temps je réfléchis à comment je repars, essaie de reprendre la main (...)* » (EA L63). La mise en retrait du MK est vue ici comme la possibilité de trouver une issue afin de reprendre la gestion de l'échange par la suite : « *il va falloir quand même que je la recadre* » (EA L65) et « *j'étais fermé, j'étais loin de la patiente, donc il faut que je revienne au contact de la patiente* » (EA L69). L'idée ici est donc de **modifier sa proxémie** afin de retrouver une proximité avec la patiente et ainsi de reprendre la main sur les interactions.

Aussi, un des choix thérapeutiques effectué par les deux experts ici est de donner une certaine liberté au patient tout en gardant le contrôle. Le MKB garde par exemple le contrôle sur les exercices choisis « *donc si on tombe dans la facilité on pourrait faire 10 min de foot (...) je préfère le mettre dans des situations pour lesquelles il a pas l'habitude.* » (EB L23). Aussi, lorsque L. voudrait choisir les types d'exercices et leur temporalité, le MKB décide de garder le choix lui-même, mais précise ensuite « *après l'idée c'est si il y en a qu'il n'aime pas, on pourra en enlever.* » (EB L29) Malgré le fait que L. lui dise « *c'est pas comme ça qu'on fait* » (EB L57), il explique « *c'est mon choix aussi de changer pour qu'on tombe pas dans une routine encore une fois.* » (EB L57). Le praticien lui laisse le choix par exemple sur l'ordre des exercices du parcours « *c'est pas grave si il fait pas dans l'ordre que j'ai mis, mais moi j'ai aussi envie de garder la main sur ce que je propose.* » (EB L75) L'objectif étant que le MK reste dans **une posture d'éducateur**, de superviseur, tout en s'adaptant aux volontés de l'enfant afin d'obtenir la meilleure adhésion possible. Néanmoins, certaines astuces restent propres à la spécificité pédiatrique.

4.2.4 Stratégies propres à la spécialité pédiatrique

Il paraît pertinent désormais de ressortir ce que le MK pédiatrique met en place, que le MK entretien motivationnel avec un adulte ne met pas ou d'une autre manière. Une des premières stratégies adoptées par le MKB ici est de **proposer aux parents de sortir de la**

pièce afin d'être en relation duelle avec l'enfant lors de la séance. L'objectif de les absenter serait de permettre d'optimiser la concentration et in fine la participation de L. à la séance « *que L. avait du mal à rester concentré sur le moment et était beaucoup dans l'interaction avec ses parents* » (EB L2) ; « *il sait un peu mener par le bout du nez aussi son père et sa mère par le bout du nez c'est pour ça aussi que, pour éviter ça, ses parents sont pas là* » (EB L35). De plus, cela permet d'éviter d'avoir l'avis des parents sur des situations qu'ils perçoivent comme problématiques alors que le praticien lui les voit comme bénéfiques pour l'adhésion de l'enfant : « *Il prend un ballon de foot pour jouer [...] Et il y a un autre argument pour lequel je ne mets pas les parents car de l'expérience que j'ai quand les parents sont présents c'est qu'ils veulent pas laisser faire comme ça quoi* » (EB L40).

De plus, la motivation de l'enfant se joue beaucoup sur le fait qu'il y voit du **plaisir**. En effet, connaître les envies de l'enfant et les intégrer lors des séances serait un atout pour la réussite de la rééducation. Cependant, ceci est à lier avec les objectifs de rééducation selon le MKB : « *C'est souvent ça en fait qui peut être un peu particulier en pédiatrie c'est de trouver des choses qui leur plaisent mais de les mettre dans des positions où ça travaille leur longueur musculaire, la capacité d'équilibre etc* » (EB L23).

Un autre point ressort de cet entretien B, celui de **se positionner en tant qu'éducateur**. L. est un enfant manifestant à plusieurs reprises son opposition, qu'elle soit verbale ou non-verbale. Face à cela, le MKB soit ne réagit pas « *Je ne prête pas attention. C'est si vraiment il exprime à crier, à pleurer etc là j'y prêterai attention. Mais juste de dire « oh non j'ai pas envie » bah non j'y prêterai pas attention parce qu'en fait je perdrai beaucoup de temps à essayer de justifier.* » (EB L41) ; « *Souvent il se rend compte que c'est pas si facile que ça* » (EB L66). Soit il dit ne « *pas être dans un bon état d'esprit* » (EB L49) et réagit par des phrases comme « *je lui dis « je sais » en mode « qu'est-ce que tu m'embêtes »* » (EB L63) ou encore « *je peux lui dire « bah pourquoi tu dis ça » et si il le répète tout le temps je lui dirai « bon bah on fait rien tu peux repartir »* » (EB L49).

Enfin, le MKB laisse l'enfant en autonomie de telle sorte à ce que l'enfant n'ai pas le choix d'être concentré, c'est une **façon indirecte de l'intégrer** à la séance : « *Là par exemple, l'intérêt aussi c'est de lui montrer sans être méchant, si il me dit « oh je sais plus », c'est de lui faire comprendre qu'il n'avait qu'à écouter aussi quoi* » (EB L77). Cependant, les stratégies sont à modifier aux différentes étapes de la prise en charge, lorsqu'elle celle-ci vient à durer.

Le MK pédiatrique ajoute à sa prise en charge notamment les notions de plaisir de l'enfant et d'absence des parents à la séance. Il adopte aussi une posture éducative qu'il s'efforce de garder malgré les obstacles que lui impose l'enfant.

4.2.5 Stratégies utilisées face à une prise en charge de long terme

Les deux MK ont ici face à eux des patients ayant une problématique de type longue durée. Mme M (entretien A) a ses douleurs depuis 40 ans, L. (entretien B) lui a des séances depuis ses 1 ans et ce probablement pour le reste de sa vie. Des astuces peuvent être instaurées si des problématiques de lassitude et de manque de motivation s'installent chez le patient. Pour commencer, afin de casser la routine, le MKB parle **d'innover** et dit « *j'essaie de proposer des **nouveaux exercices*** » (EB L23). Pour cela il faut, selon lui, en tant que praticien « *C'est un peu la difficulté des séances chroniques, quelques fois ça t'oblige à te **remettre en question** mais tu le fais pas tout le temps (...) d'autant plus pour la PC, on tombe dans une routine où on répète souvent les mêmes exercices* ».

Il est aussi possible, grâce à l'utilisation d'une **communication verbale**, de rassurer l'enfant et tenter de le motiver « *Donc là l'option c'était de lui dire t'as vu y'a plein d'ateliers t'inquiètes pas, une façon de le motiver du coup* » (EB L46).

Aussi, en se projetant sur le futur, il parle de **changer de praticien** « *Quand ça fait 7 ans qu'on se voit, il peut en avoir marre. Donc là la stratégie ce sera peut-être qu'un autre collègue le voit, et ça ce sera totalement possible je pense.* » ou encore instaurer « *des pauses, pendant les vacances scolaires par ex* » (EB L93). Ce sont des **nouvelles modalités** que le praticien en accord avec le patient peut mettre en place.

C'est une notion qui fait écho au discours du MKA lorsqu'il parle du nomadisme médical comme celui de Mme M. : « *Moi j'essaie un peu de garder cette position basse avec les patients qui ont déjà eu un très long parcours avant moi, de leur dire et de me dire « vous avez déjà vu plein de monde avant moi, la proba que moi, 31^{ème}, ou 41^{ème} thérapeute je trouve un truc organique ou mécanique évident qui est passé à la trappe, elle est proche de 0* » (EA L67). Face à sa patiente qui a essayé de nombreux professionnels, le MKA met en place directement ce **discours** afin que la patiente ne le voie pas comme le « praticien miracle » et que les deux soient dès le début sur la même voix.

Les MK adaptent ainsi leurs discours afin de maintenir une motivation du patient au long court. Ils vont de plus diversifier la prise en charge en modifiant des facteurs comme le praticien, les temps de pause ou encore le contenu des séances.

5 Analyse des résultats

Ces résultats démontrent que chaque MK déploie ses propres stratégies, en fonction du patient et de son âge, pour faire ressortir sa motivation et le faire adhérer au traitement. Certaines sont communes entre les deux, et font parfois partie des principes de l'entretien motivationnel. Pour rappel, l'objectif principal de cette étude est de relever les stratégies utilisées par le MK pédiatrique pour motiver son patient et ainsi voir si celles-ci sont en lien avec les stratégies développées dans l'entretien motivationnel.

5.1 Points communs et différences des stratégies en pédiatrie et en EM

L'adhésion au soin est ce que tout praticien recherche chez son patient afin que celui-ci s'implique et en tire les meilleurs bénéfices. Elle est parfois présente naturellement si le patient est initialement motivé et que les raisons pour lesquelles il adhère à une prise en charge sont présentes. Les façons d'aider un patient à se motiver sont multiples et à adapter selon le patient. Premièrement, les professionnels ont chacun mis en avant ce principe **d'alliance** avec le patient, leur permettant d'obtenir la confiance du patient lui-même et de ses parents lorsqu'il est enfant. La mise en place de cette relation thérapeutique de qualité semble être le socle afin que les méthodes utilisées par la suite soient efficaces. Cette alliance, avec l'enfant, est aussi vue comme un atout lorsque celui-ci se met en opposition dans la séance, elle permet au praticien de garder le contrôle de la situation. En outre, l'engagement dans la relation est la première étape que l'on retrouve dans l'entretien motivationnel. Elle est peu soulevée ici par les MK car elle a été instaurée auparavant dans la relation, mais reste un passage obligatoire pour chacun.

Ces relations de confiance étant créées, ils utilisent de part et d'autre leurs **outils habituels**. Dans sa discussion avec la patiente, le MKA est centré sur les **ambivalences** de la patiente en lien avec les **discours changement et maintien**. Outils qui ne sont pas utilisés par le MKB, cependant, celui-ci sous-entend dans son explication des ambivalences entre le tempérament compliqué et les vraies volontés de son patient.

Néanmoins, le point pertinent est que les deux praticiens sont en accord sur l'utilisation de certains concepts. Leurs raisons de les utiliser ou leur manière de faire n'est pas toujours la même, mais leurs objectifs finaux se rejoignent. Dans les entretiens, le MKA va donc plus les verbaliser car il les utilise intentionnellement en lien avec l'EM.

Le premier est le principe de **collaboration**. Les praticiens insistent sur le fait qu'ils ne sont pas seuls dans les prises de décisions, pour les exercices par exemple. Ils n'imposent pas leurs idées mais réquisitionnent toujours la volonté du patient au préalable. C'est un partenariat qui est mis en place, dans cette volonté de construire une rééducation basée sur les objectifs du patient, afin qu'il soit actif dans celle-ci. Afin d'arriver à cela, les moyens utilisés par les deux praticiens divergent : le MKA va verbaliser la demande de permission auprès de sa patiente tandis que le MKB ne la verbalise pas auprès de l'enfant mais s'adapte dans les choix des exercices en fonction des envies de l'enfant.

Les deux MK démontrent également une certaine **écoute** envers leurs patients. Le MKB s'est montré présent dans les moments les plus difficiles de L. dû à sa pathologie. Le fait qu'il ait écouté ses pleurs, ses inquiétudes permet de montrer au patient qu'il peut avoir confiance en lui et renforce la relation préalablement conçue entre les deux individus. Le MKA met en avant une autre façon de montrer son écoute au patient, celle de se mettre dans une position similaire à celle du patient. L'objectif est que la patiente se sente moins seule et comprise grâce à l'adoption de cette posture par le MK.

En outre, le fait que le patient se sente écouté et compris est un moyen pour les deux MK de donner envie à leurs patients de s'engager. Ce ressenti est également provoqué par **l'empathie** qu'expriment les soignants. Elle est, dans les entretiens, ressentie dans différents verbatims mais n'est que très peu verbalisée. Elle est comme faite naturellement par les MK. Le MKB montre une empathie particulière à la pathologie de l'enfant et aux déficits qui en découlent. Principe fondamental de l'EM, il est d'avantage ressenti chez le MKA qui se montre empathique dans sa communication verbale, mais aussi dans son attitude, ses réactions du visage, et sa gestuelle. Cette compréhension des émotions du patient sous-entend de ne porter aucun jugement aux propos qu'il exprime. Le MKB fait en sorte de ne pas rebondir sur l'échec du jeune garçon face à un exercice. Il rejoint ainsi le concept de **non-jugement** utilisé dans l'EM. Le but pour les deux MK est de rester sur une valorisation du patient qui le poussera à rester motivé dans les séances.

Par ailleurs, les deux MK viennent à un moment à féliciter leurs patients. Le MKB se montre encourageant lorsqu'il félicite l'enfant lors des exercices. Le MKA lui, vient d'avantage mettre en lumière les changements positifs effectués par la patiente. Ils utilisent des termes encourageants qui engendrent chez le patient ce **sentiment d'efficacité** mentionné dans l'EM. Ce sentiment fait ressentir au patient sa réussite, son progrès dans sa rééducation. Grâce à cela, il voit par lui-même les bénéfices de ses efforts et augmente ainsi son engouement pour le traitement.

En outre, les deux experts encouragent aussi **l'autonomie** du patient. Pour parvenir à pousser la patiente à être autonome, le MKA utilise des questions ouvertes qui engendrent une réflexion chez la patiente lui faisant conclure qu'elle est parvenue à ses objectifs par ses propres actions. Pour appuyer d'avantage là-dessus il utilise le « vous » plusieurs fois afin que la patiente intègre que c'est elle qui en est à l'origine . L'objectif final est de créer en elle une confiance en sa capacité à gérer sa pathologie. Tandis que le MKB ne parle pas directement d'une autonomie recherchée mais la promeut lorsque l'enfant effectue des initiatives. Il voit cela comme l'expression d'une motivation, de l'envie du garçon à effectuer la séance. Le MKB recherche donc moins directement ce principe mais le valorise lorsqu'il est présent. L'autonomie du patient est finalement pour les deux praticiens un pied supplémentaire dans l'adhésion pour le patient.

Par ailleurs, afin de rester sur une approche centrée sur le patient, chacun des MK se base sur les **motivations propres**, de différentes manières. Le MKA sollicite les volontés de la patiente pour le reste de la rééducation afin de créer des objectifs basés sur ses besoins. Le MKB lui, débute sa séance en demandant à l'enfant ce qu'il souhaite faire. Le but est de d'obtenir la plus grande motivation du patient en lui proposant des activités qui lui procurent de l'envie.

Par la suite, le MKA mentionne des outils que le MKB n'utilise pas ici. Les **échelles**, comme les **métaphores** sont des outils utilisés afin d'aider à la compréhension du patient. Les échelles permettent au patient et au MK de situer le patient dans sa prise en charge. Le fait de verbaliser un niveau incite le patient à réfléchir à son évolution et à ce qui lui manque pour atteindre le plus haut niveau. Aussi, les métaphores permettent d'imager une situation afin que la patiente comprenne mieux les théories qui ne lui sont pas familières, ceci

pouvant débloquer certaines croyances et ainsi certaines douleurs. Le MKB n'utilise pas spécialement ces outils avec son patient.

Enfin, ils font tous deux en sorte de garder une **position d'éducateur, de guide** malgré les problématiques qui s'exposent à eux. Le MKB lui, doit garder une posture éducative malgré le caractère opposant de l'enfant et le MKA doit recentrer sa patiente à plusieurs reprises et ce, sans perdre de points dans l'alliance qui s'est créée. Pour ce faire, le MKB choisit principalement d'utiliser le silence. Le MKA, lui, tente de reprendre la parole lorsqu'il sent que le discours de la patiente s'essouffle et qu'elle ne le verra pas comme une coupure impolie. Également, garder une position d'éducateur malgré le caractère opposant de l'enfant est un défi que doit relever le MKB ici dans ses séances. Cela s'associe avec la volonté du praticien d'autonomiser l'enfant, ce qui paraît plutôt positif, mais s'exprime cependant comme un frein dans la séance. Ces convergences et divergences de méthodes entre les deux MK permettent ainsi de répondre à la question de recherche.

5.2 Synthèse des données et réponse à la question de recherche

Finalement, si les principes de l'EM sont en partie mis en valeur par le MKB, les outils spécifiques sont eux utilisés et cités seulement par le MKA. Ceux-ci semblent parfois non transposables à l'enfant en tant que tel, mais potentiellement à adapter à son âge, à son niveau cognitif mais aussi à la situation. Ici, le fait que le MKB ne parle pas à proprement parler de deux discours qui s'opposent chez l'enfant, c'est premièrement en raison du fait qu'il ne possède pas initialement ces outils, mais également car ce n'est pas la plus grosse problématique dans la situation du patient. Les grandes idées de l'EM qui émanent du discours du MKB sont ainsi : la collaboration, le non-jugement, l'empathie, supporter le sentiment d'efficacité, explorer les motivations propres du patient, le soutien de l'autonomie, ainsi que l'écoute du patient.

En association, le kinésithérapeute pédiatrique va mettre en place ses propres stratégies, adaptées à sa formation et à son expérience en pédiatrie. En coordination avec l'âge de l'enfant, il développe cependant des stratégies qui semblent être propres à la pédiatrie. Le MKB se doit de prendre en compte des personnes supplémentaires dans la rééducation : les **parents** de l'enfant. Ils ont un rôle non-négligeable dans l'accompagnement de la rééducation de l'enfant. Leur suivi du traitement leur permet une participation dans le quotidien de l'enfant qui est souvent nécessaire, notamment dans les pathologies comme la

paralysie cérébrale, afin que celui-ci ait une stimulation motrice quotidienne adaptée. Cela fait questionner la présence du/des titulaire(s) de l'enfant lors des séances de kinésithérapie. La stratégie du MKB afin de garder la concentration de l'enfant est de leur proposer de ne **pas assister à la séance**. C'est une façon pour le praticien d'obtenir l'engagement maximal de l'enfant dans sa séance. De plus, la notion de **plaisir** ressort comme une priorité dans la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, il insiste sur la **contrebalance** à effectuer entre les envies de l'enfant et les objectifs de rééducation. Le MK évoque un juste milieu à trouver entre ce qu'il faut faire travailler à l'enfant et ce que celui-ci est motivé à faire.

Finalement, conquérir cette motivation est un premier fait. Cependant, comment faire pour que celle-ci perdure dans le temps ? Dans son discours, le MKB propose différents aménagements comme des temps de pause, le fait de changer de praticien, ou instaurer de nouveaux exercices afin de détourner ce manque de motivation s'installant progressivement chez le patient. La diversification, à la fois de la temporalité et du contenu est une solution afin d'éviter que l'enfant sente disparaître sa détermination envers son traitement. Afin de discuter sur les résultats précédemment récoltés, l'utilisation des données de la littérature va désormais être effectuée. Ci-dessous, une figure récapitulative des méthodes communes ainsi que des stratégies propres à chaque MK est présentée.

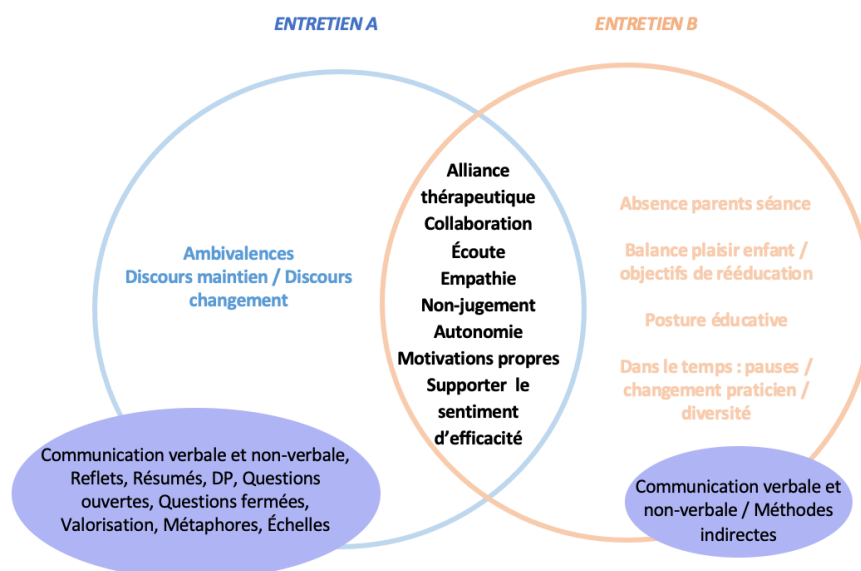


Figure 5 : Stratégies communes et différentes des MKA et B

6 Discussion

6.1 Confrontation des résultats avec la littérature

La **relation thérapeutique**, et **tripartite** chez l'enfant ressort beaucoup dans le discours des MK. La littérature le souligne aussi et évoque que « la relation entre le soignant, l'enfant et la famille est sans doute plus importante que l'utilisation de compétences spécifiques en matière de communication » (68). Cet élément serait donc le piédestal pour instaurer le reste. En outre, la notion de **contrebalance entre plaisir de l'enfant et objectifs** des séances a été mentionnée par le MKB. *Berlot et al.* expliquent que si la relation MK-patient est suffisamment sécurisante elle peut permettre de poursuivre son objectif tout en obtenant l'adhésion de son jeune patient (69). Cet équilibre serait donc atteignable à posteriori de la création de cette alliance. De plus, le rapport MK-enfant se construit autour de différents concepts. En effet, le Congrès CIFEPK en 2019, a fait jaillir les notions de verbalisations, d'attitude corporelle, de disponibilité et d'autonomie comme les éléments qui semblent permettre une relation avec le plus jeune la plus adaptée (70). Des concepts majoritairement **non-verbaux** ressortent ainsi avec le petit. Aussi, la HAS (Haute Autorité de Santé) souligne pour la paralysie cérébrale, comme dans toute pathologie de l'enfant avec des atteintes motrices, la nécessité de mettre en œuvre un **partenariat**. Elle souligne cependant la difficulté d'aboutir à une relation équilibrée entre l'enfant, ses proches/aidants et les professionnels de rééducation (71). La notion de partenaires, de collaborateurs est donc naturellement présente en pédiatrie, mais se diffère de l'EM avec un adulte dans le sens où un élément s'ajoute : les **parents/aidants** de l'enfant. De nombreux moyens sont donc conseillés par la littérature pour créer une bonne association patient-enfant permettant un engagement dans le traitement.

À propos du maintien de cette participation dans le temps, des procédés sont suggérés dans la littérature « Il peut s'agir d'une pause thérapeutique, d'un double suivi donnant l'espace de plaisir nécessaire à l'investissement d'une rééducation vécue comme contraignante, ou encore la combinaison de deux approches au sein d'une même séance » (69). Une proposition de solution non mentionnée par le MKB mais citée par la HAS est celle de **co-déterminer** avec le patient et ses parents des **objectifs** de manière **récurrente** afin d'assurer le maintien de la motivation et de l'engagement tout au long de la prise en charge (71). Cette stratégie est recommandée dans le cas de prises en charge de longue durée comme la paralysie cérébrale. Pour en revenir à l'objectif de l'étude, la littérature souligne donc certaines théories dans la prise en charge pédiatrique qui reviennent également dans l'EM.

6.2 La place d'une posture éducative dans la rééducation

Par ailleurs, il a été vu que les MK font en sorte de garder une posture éducative malgré les encombres que lui imposent le patient ou autrui. Cette idée rejoint la notion de **guide** soulevée dans l'EM pour désigner le thérapeute. Le guide se situe au centre entre celui qui dirige, et celui qui suit. Cette posture inclut tous les concepts cités précédemment et utilisés par les MK qui leur permettent d'adopter cette position d'accompagnant à l'écoute. Cette idée de guide se rapproche finalement de la notion de **posture éducative** dans le soin. Selon la loi dite Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), le professionnel se doit « d'acquérir et de développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec le patient » (15). Celle-ci est considérée par plusieurs auteurs comme la base pour le développement des compétences des professionnels de santé en ETP (72). En effet, l'objectif de cette posture serait de montrer au patient qu'il peut acquérir et même découvrir lui-même les connaissances et les compétences qu'il cherche (15). L'idée du patient acteur de son traitement revient donc à travers cette notion.

En pédiatrie, les auteurs de la littérature expliquent que cette posture éducative nécessite une « posture d'accompagnement, ce qui signifie que la place de l'adulte est aux côtés de l'enfant, ni devant l'enfant pour le protéger, ni derrière lui pour le pousser à agir » (73). En effet, elle désigne un juste milieu à trouver entre la sollicitation de l'enfant et le fait de le laisser agir par lui-même. Une des clés en pédiatrie semble être cette volonté d'être ferme sur le cadre et souple dedans. Cela fait référence au MKB qui choisit de laisser à l'enfant une certaine liberté dans la séance, sans que celle-ci soit totale afin de respecter les objectifs fixés pour la rééducation. Cependant, des obstacles peuvent mettre à mal les aptitudes du professionnel à prendre en charge l'enfant. Parmi ceux-ci, un contexte familial compliqué, des besoins spécifiques de l'enfant, ou encore un tempérament « difficile » de celui-ci en font partie (74). Ce dernier s'est révélé être l'obstacle du MKB. Cette place d'accompagnateur que peut prendre le professionnel semble pouvoir aider à gérer une situation d'adhésion au soin compliquée. Elle s'avère être également valable envers la famille du patient. En outre, il s'agirait de créer un cadre de partenariat autour de l'enfant. Ceci sous-entend des échanges bidirectionnels, un rapport égalitaire et une confiance entre le professionnel et les parents (74). Finalement, un souci dans cette posture éducative semblerait pouvoir impacter la motivation de l'enfant. Cette position du MK semble finalement être un levier intéressant afin de créer une adhésion chez l'enfant et serait à promouvoir dans la formation kinésithérapie pédiatrique.

6.3 Perspectives en pratique

6.3.1 Apports personnels de ce travail

En étant au plus près des praticiens lors de leur activité, il a été possible de se plonger dans leur pratique professionnelle, par différents moyens. Le fait, premièrement, d'aller à la rencontre des participants lors du temps de recherche a permis de se familiariser d'avantage avec la notion d'approche professionnelle. Les capacités d'explication et de concision d'un projet ont été nécessaires. Ensuite, prendre un temps d'observation permet d'obtenir un regard extérieur et de se questionner sur les actions possiblement effectuées à la place du praticien. En parallèle, les recherches et la mise en pratique sur la méthode qualitative, ici les auto confrontations, a été formateur de par l'implication qu'il a fallu y mettre. « *Apprendre revient à participer de manière adéquate aux activités propres à la situation* » (75). L'approfondissement des notions de chaque formation a permis d'élargir le spectre de connaissances de celles-ci. Elles ont permis d'appréhender au mieux les entretiens, mais sont aussi pour la suite un atout à la future pratique professionnelle. Enfin, l'entretien motivationnel contient un ensemble de mécanismes de communication qui peuvent être utiles avec n'importe quel patient. Un intérêt particulier est retenu à celui-ci et l'envie d'en approfondir sa découverte persiste. Des apports pour l'expert dans sa pratique découlent aussi de ce travail.

6.3.2 Apports dans la pratique kinésithérapique

Pour le professionnel, ce travail permet de voir de nouvelles perspectives à ses techniques de communication. L'auto observation par le MK lui fait réaliser la différence entre ce qu'il pense faire et ce qu'il fait réellement. Pour chacun, il permet de réaliser soi-même les limites de son bagage à outils. Le MK s'ouvre ainsi à d'autres notions, dans lesquelles il va pouvoir piocher celles qui lui seront nécessaires afin d'affronter certains évènements avec son patient. En pratique, l'entretien motivationnel se répand de plus en plus. Ce travail amène à une piste de réflexion sur l'usage de l'EM dans la sphère pédiatrique.

6.3.3 Réflexion d'une adaptation de l'EM à l'enfant

Enfin, cette étude permet d'appuyer sur un abord parfois délaissé chez l'enfant : celui de l'éducation thérapeutique. Avec les plus jeunes en capacité de dialoguer, les temps de discussion sur les ressentis, les émotions, les volontés et les objectifs de l'enfant autour de sa pathologie ne semblent pas à négliger. Malgré une communication non-verbale très adaptée chez le tout-petit, celle-ci pourrait s'orienter de plus en plus vers une

communication verbale adaptée à l'âge de l'enfant. Une **verbalisation positive et valorisante** est grand principe de l'EM. Chez l'enfant, ce type de communication lui permet de changer sa perception de soi et engendre une meilleure construction de l'estime (76). Elle permettrait également d'augmenter l'adhésion aux séances de rééducation. Ceci fait penser que l'utilisation des outils comme les résumés, les questions ouvertes ou encore les reflets inclus dans l'EM pourraient être intéressants avec un plus jeune. En outre, cette discussion avec l'enfant se doit d'être adaptée à ses facultés de compréhension afin de favoriser l'échange. Ainsi, l'utilisation d'échelles visuelles ou non, ainsi que de métaphores pourraient permettre d'expliquer certaines notions plus facilement à l'enfant. Qui plus est, les explications sur le soin sont à apporter dès le plus jeune âge même si l'enfant n'a pas développé ses capacités d'échange et de compréhension. En effet, des expériences ont montré que « dès le plus jeune âge, les signaux émotionnels étaient utilisés par l'enfant comme élément de compréhension des états mentaux » (77).

En outre, le fait de retrouver l'esprit de l'EM dans une prise en charge pédiatrique fait penser que l'utilisation de cet outil, adapté à l'enfant, serait pertinent. Notamment dans les prises en charge qui durent dans le temps où l'enfant est souvent confronté à son manque de motivation et donc à des ambivalences entre gérer sa maladie et abandonner le traitement. Dans une autre mesure, ces outils pourraient être utiles dans des pathologies de plus court terme. Dans ce cadre, l'enfant a parfois du mal à comprendre les raisons de sa présence en séance et n'y voit ni intérêt ni plaisir. Ces pathologies ne sont pas à négliger et l'importance de la motivation de l'enfant reste importante pour tirer un maximum de bénéfices de la rééducation.

Le développement des outils de communication de l'EM ainsi que d'une posture éducative chez le MK pédiatrique pourraient faciliter la construction et le maintien d'une motivation chez l'enfant.

6.4 Limites de la recherche

Cette recherche est à considérer dans le cadre de ses limites, qui ont pu impacter les résultats. En recherche, un biais correspond à « une déformation, un travers » (78). La détermination des biais qui ont pu interférer dans l'étude vont permettre une prise de recul sur ce travail.

6.4.1 Biais méthodologiques

Afin de correspondre à la question de recherche, une méthode observationnelle de type entretien en auto-confrontation a été choisie. Quelques inconvénients viennent cependant contrecarrer les avantages que présente cette méthode pour ce travail. Premièrement, cette étude est basée sur les méthodes employées par un MK pédiatrique dans une situation précise, il est donc difficile d'en conclure des généralités dans le domaine de la pédiatrie. De plus, une volonté de non-intervention de l'observateur avait pour but d'obtenir une séance de kinésithérapie dans une situation de la vie réelle. Néanmoins, il est ambitieux de parler d'une neutralité totale dans la mesure où « tout regard est déjà en puissance une mise en forme » (63). Par ailleurs, Yves Clot met en avant le fait que « observé dans son travail, le praticien s'observe en travaillant » (79). Néanmoins, il paraît important de prendre en compte le biais que représente la présence d'une caméra et d'une personne supplémentaire dans la salle. Cela a pu provoquer un changement de comportement des interacteurs : « *Juste là je pense qu'il sait que tu es là parce qu'il m'aurait dit « bon ça se termine quand ? »* » (EB L7) ou encore « *Après là je parle beaucoup pour qu'on reste captés sur le moment pour pas qu'il se rende compte qu'on soit filmés* » (EB L11). Bien que la mention « Effectuez chacun votre séance comme d'habitude, comme s'il n'y avait personne » ait été précisée dans les indications préalables à l'observation, cela a pu jouer sur les données. S'ajoute à cela le biais potentiel engendré par la connaissance du sujet de recherche et de son objectif par les MK et le patient, qui ont pu volontairement extrapoler l'utilisation de certains outils et grossir les traits. Enfin, concernant le nombre d'entretiens, celui-ci avait été basé sur le nombre de deux, ce qui a été accompli afin d'obtenir une qualité des données plutôt que des données conséquentes, en lien avec la problématique. Des entretiens supplémentaires auraient cependant permis d'obtenir d'avantage de données qui complèteraient les réponses à la question de recherche.

6.4.2 Biais de sélection

Par ailleurs, les participants ont été sélectionnés selon des critères de sélection définis auparavant. Ces critères n'étant initialement pas assez précis, un premier entretien avec un MK formé à l'entretien motivationnel a été effectué en Janvier. Le patient prévu n'avait pas une pathologie à long terme, les deux situations de patients étaient ainsi trop éloignées pour pouvoir se rejoindre via l'auto-confrontation. Une seconde recherche de participants et donc un second entretien ont donc dû être effectués. Une perte de temps ainsi qu'une perturbation du cours de l'étude a donc posé problème dû à ce biais de sélection. De plus,

malgré le fait que les deux entretiens mettent en œuvre des problématiques en lien avec des pathologies chroniques, les deux patients diffèrent tout de même en certains points. Le choix de prioriser les données citées par les MK lors des auto-confrontations a mis au second plan les situations contextuelles de chaque patient. Il aurait été plus pertinent d'inclure des patients ayant des problématiques plus proches.

6.4.3 Biais de réalisation

Premièrement, l'observation de l'entretien patient-MK a pu présenter des aléas. En effet, l'entretien A a débuté avec des questionnements venant de la patiente sur l'objectif de cette séance filmée malgré des explications données au préalable. Une discussion a pris lieu une fois la patiente dans la salle, l'observation n'a donc pas pu débuter au premier échange entre les deux interlocuteurs, ce qui a pu conditionner la suite. Ensuite fut le temps des auto-confrontations (AC). Celles-ci sont fondées sur des principes qui avaient été expliqués aux MK avant de les produire. Cela s'avère être un exercice difficile pour l'intervenant qui doit structurer l'entretien tout en laissant de la liberté au professionnel, mais aussi pour ce dernier qui a tendance à avoir envie de divaguer sur des situations plus globales de sa pratique. Des difficultés notamment sur le fait de ne pas devoir faire de généralités se sont présentées. Chaque MK a parlé de sa pratique quotidienne en général et d'obstacles non ciblés sur la situation du patient : « *Moi je mets en place ça souvent de, par ex sur les scolioses, où aussi il y a ces problématiques de motivation* » (EB L93) et « *Je suis toujours un peu prudent avec les patients qui me posent cette expression-là* » (EA L101). Des verbatim n'ont donc pas pu être utilisés dans l'étude.

6.4.4 Ouverture sur une ACC

En outre, une auto-confrontation croisée (ACC) à la suite des auto-confrontation simples (ACS) aurait été pertinente. De par le temps restreint, il a été décidé de prioriser une qualité des auto-confrontations simples. L'ACC consiste à réunir les intervenants par binômes pour filmer les commentaires adressés par l'un des deux travailleurs à son collègue, alors qu'il est confronté à l'enregistrement du travail de celui-ci (58). Le « chercheur » lui est à côté et supervise les dialogues échangés. Des « controverses professionnelles peuvent alors s'engager, portant sur les styles des actions de chacun d'entre eux » (58). Dans ce cadre, ayant des points communs et des divergences entre les deux procédés utilisés par les MK issus de leurs formations, le débat aurait été très intéressant. L'un aurait pu apporter à l'autre son point de vue concernant les séquences et ce que lui, avec sa valise à outils, aurait

potentiellement fait à sa place. Un lien plus précis entre l'entretien motivationnel et la pédiatrie aurait apporté un plus grand potentiel à ce travail. Finalement, les adaptations de l'utilisation de l'EM avec les enfants auraient pu voir le jour.

7 Conclusion

L'objectif principal de cette étude était basé sur les moyens utilisés par un MK formé en pédiatrie face à une situation relevant des problématiques d'engagement du patient au traitement. Pour réussir à affronter ce type de situation, une relation forte et de confiance serait la première étape. Cette dernière semble nécessaire en prémices de l'utilisation de tous types d'outils. L'usage de ces derniers risqueraient de n'apporter aucun bénéfice si le patient n'a pas déjà un pied dans l'alliance thérapeutique. Celle-ci est ensuite renforcée dans le temps par la mise en place de méthodes plus spécifiques. Également, il a été démontré qu'une communication positive et valorisante envers le patient permet une adhérence thérapeutique solide de celui-ci. En outre, une écoute attentive et une compréhension des sentiments du patient sont utilisés. Par ailleurs, l'entretien motivationnel met à disposition des professionnels des instruments verbaux et non-verbaux qui servent à faire ressentir ces idées au patient. Le kinésithérapeute pédiatre se veut également positif et empathique envers l'enfant. Même si celui-ci vient à être problématique dans la prise en charge, le professionnel sait de par son expérience quelles stratégies déployer. Étant essentiellement non verbales et indirectes, ces stratégies se sont vues être une réussite pour le soignant.

Enfin, cette étude amène à réfléchir à une adaptation de l'EM à l'enfant afin d'apporter des bagages supplémentaires au MK pour résoudre certaines situations, notamment dans des prises en charge chroniques. Ayant déjà certains principes communs entre les deux, il s'agirait de développer les outils de l'EM chez l'enfant, en prenant en compte les particularités de la prise en charge pédiatrique. Il pourrait être développé par le MK des échanges plus verbaux avec l'enfant quand son âge et son niveau cognitif le permettent. En outre, des outils comme les questions ouvertes, les reflets, les résumés ou encore la valorisation pourraient ainsi être mis en place. En effet, des temps de discussion sur les envies de l'enfant, sa compréhension de sa pathologie, ou encore sur l'application de certains comportements qui freinent la rééducation pourraient s'avérer avantageux pour la qualité des soins. Enfin, une posture éducative plaçant le professionnel comme un guide ou un accompagnant du patient englobe finalement tous ces concepts. Elle semble ainsi à promouvoir dans toutes les formations, notamment la formation kinésithérapie pédiatrique.

Bibliographie :

1. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*. 2014;35(2):9-48.
2. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles: *Santé Publique*. 1 déc 2007;Vol. 19(4):283-92.
3. Le Rhun A, Greffier C, Mollé I, Pélicand J. Spécificités de l'éducation thérapeutique chez l'enfant. *Revue Française d'Allergologie*. avr 2013;53(3):319-25.
4. Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes.pdf.
5. Garbacz L, Jullière Y, Alla F, Jourdain P, Guyon G, Coudane H, et al. Impact de l'éducation thérapeutique sur les habitudes de vie : perception des patients et de leurs proches. *Santé Publique*. 2015;27(4):463-70.
6. Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. nov 2015;28(5):260-5.
7. Vansteenkiste M, Simons J, Lens W, Soenens B, Matos L. Examining the Motivational Impact of Intrinsic Versus Extrinsic Goal Framing and Autonomy-Supportive Versus Internally Controlling Communication Style on Early Adolescents' Academic Achievement. *Child Development*. mars 2005;76(2):483-501.
8. Référentiel-compétences.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-comp%C3%A9tences.pdf>
9. Gendolla GHE. The psychophysiology of motivation: Body and brain in action. *International Journal of Psychophysiology*. sept 2017;119:1-3.
10. Motivation (psychologie) - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/motivation-psychologie/>
11. Kurt M, Şimşek TT. Motivation and motivation-related factors in children with disabilities. *PRM*. 24 mars 2021;14(1):127-32.
12. Demetriou Y, Reimers AK, Alesi M, Scifo L, Borrego CC, Monteiro D, et al. Effects of school-based interventions on motivation towards physical activity in children and adolescents: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. déc 2019;8(1):113.
13. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*. 2000;11.
14. La motivation auto-déterminée des élèves en éducation physique : état de la question. *Staps*. 2010;88(2):7-23.
15. Reach G. L'éducation thérapeutique du patient comme élément structurant du parcours du soin. *Médecine des Maladies Métaboliques*. févr 2017;11(1):22-7.

16. Muller L, Spitz E. Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé. *Psychologie Française*. juin 2012;57(2):83-96.
17. Sarrazin et al. *La motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination_2011.pdf*.
18. Deci EL, Ryan RM. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*. févr 2008;49(1):14-23.
19. Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. *éducation thérapeutique*. :57.
20. McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional Physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy*. mars 2015;101(1):1-12.
21. Michaelsen MM, Esch T. Motivation and reward mechanisms in health behavior change processes. *Brain Research*. avr 2021;1757:147309.
22. Essery R, Geraghty AWA, Kirby S, Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 13 mars 2017;39(6):519-34.
23. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015;S1(HS):41-50.
24. Desbrus-Qochih A, Cathébras P. Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. *Médecine & Longévité*. déc 2012;4(3-4):111-22.
25. Dujardin F, Roussignol X. L'adhésion du patient à son traitement, une difficulté thérapeutique méconnue. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*. déc 2010;96(8):1018-22.
26. *demarche_centree_patient_web.pdf* [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
27. Haut Conseil de la santé publique : La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. :6.
28. Boiche J, Fervers B, Freyssenet D, Gremy I, Guiraud T, Moro C, et al. *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques* [Internet] [report]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2019 [cité 6 avr 2023]. p. Paris : Inserm : Éditions EDP Sciences (ISSN : 0990. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02102457>
29. Miller WR, Rollnick S, Lécailier D, Michaud P. *L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement*. 2e éd. Paris: Interéditions; 2013. (Développement personnel et accompagnement).
30. Bernard Dupont, *Le partenariat patient, un modèle innovant.pdf* [Internet]. [cité 11 avr

2023]. Disponible sur: https://www.patientpartner.org/files/Communication_17_fr.pdf

31. Pédiatrie [Internet]. Elsan. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/patients/pediatrie>

32. Danièle Sommelet, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent.

33. Meyns P, Roman de Mettelinge T, van der Spank J, Coussens M, Van Waelvelde H. Motivation in pediatric motor rehabilitation: A systematic search of the literature using the self-determination theory as a conceptual framework. *Developmental Neurorehabilitation*. 9 mars 2017;1-20.

34. Claudon M, Kugler E. La motivation de l'enfant dans la prise en charge orthophonique. :132.

35. Wr M. Motivation et éducation thérapeutique. 2004;2:4.

36. Echelle GAS - Utilisation.pdf [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <http://fr.scale-library.com/pdf/Echelle%20GAS%20-%20Utilisation.pdf>

37. Anaby DR, Law M, Feldman D, Majnemer A, Avery L. The effectiveness of the Pathways and Resources for Engagement and Participation (PREP) intervention: improving participation of adolescents with physical disabilities. *Dev Med Child Neurol*. mai 2018;60(5):513-9.

38. Cordova DI, Lepper MR. Intrinsic motivation and the process of learning: Beneficial effects of contextualization, personalization, and choice. *Journal of Educational Psychology*. déc 1996;88(4):715-30.

39. Meyns P, Roman de Mettelinge T, van der Spank J, Coussens M, Van Waelvelde H. Motivation in pediatric motor rehabilitation: A systematic search of the literature using the self-determination theory as a conceptual framework. *Developmental Neurorehabilitation*. 9 mars 2017;1-20.

40. Gefen N. Who sets the goals in pediatric rehabilitation? *Dev Med Child Neurol*. avr 2020;62(4):410-410.

41. Barton EE, Fetting A. Parent-Implemented Interventions for Young Children With Disabilities: A Review of Fidelity Features. *Journal of Early Intervention*. juin 2013;35(2):194-219.

42. Bioy A, Bourgeois F. La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Editions Bréal; 2003. 148 p.

43. II-1_Com_Non_Verbale.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-1_Com_Non_Verbale.pdf

44. Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *La Revue de Médecine Interne*. mai 2014;35(5):317-21.

45. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-. 2008;
46. Mărginean CO, Meliț LE, Chinceșan M, Mureșan S, Georgescu AM, Suci N, et al. Communication skills in pediatrics – the relationship between pediatrician and child. *Medicine*. oct 2017;96(43):e8399.
47. Guilbaud L, Lebras MN, Baum S, Couroussé A, Wanin S. L'éducation thérapeutique en pédiatrie: L'expérience de l'École de l'asthme de l'hôpital universitaire Robert-Debré. *Laennec*. 16 juill 2018;Tome 66(2):32-42.
48. Audrain-Servillat B. Chapitre 14. Spécificités de la pédiatrie. In: Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose [Internet]. Paris: Dunod; 2020. p. 239-52. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/construire-la-communication-therapeutique--9782100801374-p-239.htm>
49. Guilbaud et al., L'éducation thérapeutique en pédiatrie, Cairn-LAE_182_0032-20220630.ris.
50. L'entretien motivationnel et la théorie de l'autodétermination [Internet]. AFDEM. 2007 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://afdem.org/autodetermination/>
51. Benarous et al. - 2014 - L'entretien motivationnel dans la promotion des co.pdf.
52. Gache P, Meynard A, Meylan MR, Sommer J, Fortini C. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Med Suisse*. 27 sept 2006;080:2154-62.
53. Fortini C, Daepfen JB. L'entretien motivationnel : développements récents: *Psychothérapies*. 1 oct 2011;Vol. 31(3):159-65.
54. Chen HM, Lee HL, Yang FC, Chiu YW, Chao SY. Effectiveness of Motivational Interviewing in Regard to Activities of Daily Living and Motivation for Rehabilitation among Stroke Patients. *IJERPH*. 16 avr 2020;17(8):2755.
55. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol*. nov 2009;65(11):1232-45.
56. memo_entretien_motivationnel.pdf [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
57. Leblanc S. L'autoconfrontation pour accéder aux aspects implicites: analyse de l'activité d'un enseignant pour mettre les élèves au travail Lire et imprimer les analyses.
58. Clot Y, Faïta D, Fernandez G, Scheller L. Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *pistes* [Internet]. 1 mai 2000 [cité 23 sept 2022];(2-1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/3833>
59. Leplat J. À propos des compétences incorporées.

60. Evidence-based practice en rééducation [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/kine-osteo/evidence-based-practice-en-reeducation>
61. Calafat G. Expertise et compétences. Procédures, contextes et situations de légitimation. *Hypothèses*. 2011;14(1):95-107.
62. Norimatsu H, Cazenave-Tapie P. Techniques d'observation en Sciences humaines et sociales. 2017;
63. Thievenaz J. Éditorial Le recours à l'image en formation des adultes : voir, se voir, donner à voir: *Savoirs*. 25 juin 2021;N° 55(1):7-13.
64. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021. 496 p. (Collection U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019.htm>
65. Définitions : verbatim - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/verbatim/81475>
66. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021 [cité 20 mars 2023]. p. 269-357. (Collection U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>
67. Bardin L. Chapitre II. Le codage. In: *L'analyse de contenu* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. p. 134-49. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-134.htm>
68. Roberts J, Fenton G, Barnard M. Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. *Nursing Children and Young People*. 11 mai 2015;27(4):30-5.
69. Berlot V, Callet C, Moreau É, Parreiral R, Pascual-Bouys O. Kinésithérapie et psychomotricité : une alliance fructueuse ? *Contraste*. 2008;28-29(1-2):219-36.
70. Jounin M. Communication avec le tout-petit : s'appuyer sur l'approche en éducation thérapeutique du patient. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 févr 2018;18(194):44.
71. Fontaine A, Bailly R, Pons C, Demas J. Les recommandations de la HAS sur la réadaptation de la fonction motrice des personnes avec paralysie cérébrale : en route vers la co-détermination d'objectifs par le trio personne avec PC/aidant/kinésithérapeute. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 févr 2023;23(254):21-32.
72. Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 1 juin 2019;11(1):10501.
73. Boutillier C. Chap 3. Positionnement des professionnels de l'enfance au quotidien. In: *La bientraitance éducative dans l'accueil des jeunes enfants* [Internet]. Paris: Dunod; 2018 [cité 30 mars 2023]. p. 63-96. (Petite enfance). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-bientraitance-educative-dans-l-accueil--9782100769582-p-63.htm>

74. Coulon N. Quelle posture d'accompagnement adopter pour promouvoir la santé des jeunes enfants et celle de leurs parents ? *Journal du droit des jeunes*. 2012;314(4):22-7.
75. Zogmal M. Apprendre dans des interactions avec de multiples participants : la formation pratique des éducatrices et éducateurs de l'enfance. *activités* [Internet]. 15 avr 2020 [cité 4 avr 2023];(17-1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/activites/5029>
76. document.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182205/document>
77. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*. 2003;15(4):309-428.
78. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
79. Clot et al. - 2000 - Entretiens en autoconfrontation croisée.pdf.

Annexes :**Annexe 1 : Grille d'observation des entretiens entre patient et MK**

Propre à l'EM	Autres
<p><i>Patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discours maintien • Discours changement • Discours ambivalent <p><i>MK :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexe correcteur • Discours dissonant • Discours empathique • Discours encourageant l'efficacité • Favoriser l'autonomie • Explorer les motivations propres <p><u><i>Outils de l'EM :</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questions ouvertes - Affirmation valeurs - Reflets - Résumés - Valorisation - DDPD - Échelles - Métaphores 	<p><u>Communication verbale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Voix • Intonation • Prononciation • Choix des mots <p><u>Communication non-verbale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kinésique (comportements) ⇒ Proxémique (espace entre les interlocuteurs) ⇒ Iconologiques (signes émis) ⇒ Non-communication (communication qui n'a pas eu lieu) <ul style="list-style-type: none"> - Voix - Silence - Apparence physique - Expressions faciales, mimiques - Posture et gestuelle - Regard - Toucher

Annexe 2 : Type de questions préparées pour les auto-confrontations :

Types de questions :

- ⇒ **Actions, communications, émotions** : « Qu'est-ce que tu fais là ? » « Qu'est-ce que tu dis ? » « Qu'est-ce que tu ressens ? » « Comment vis-tu cela ? »
- ⇒ **Engagement, intentions, préoccupations** : « Que cherches-tu à faire ? » « Qu'est ce qui te préoccupe ? » « Quelle est ton intention quand tu fais ça ? »
- ⇒ **Focalisations, attentes** : « À quoi prêtes-tu attention ? » « À quoi t'intéresses-tu ? » « À quoi tu t'attendais ? » « Cela te surprend ? »
- ⇒ **Connaissances, interprétations** : « Qu'est ce qui t'a fait agir ainsi ? » « Comment savais-tu que ? » « Qu'est-ce que tu te dis ? » « Que penses-tu quand tu fais ça ? » « Que penses-tu dans tu dis ça ? »

Annexe 3 : Présentation du déroulé de l'auto-confrontation aux MK

Avant toute chose, il me faut votre accord pour filmer cette auto-confrontation dans le but d'une retranscription à l'écrit par la suite pour mon récit.

Ensuite, voici comment va se **dérouler cet entretien** :

- ⇒ Suite à la première observation filmée, j'ai utilisé un grille d'observation qui m'a permis de sélectionner des séquences pertinentes de cette vidéo.
- ⇒ Nous allons donc la visionner ensemble, je vais arrêter la vidéo lorsque j'aurai une question, et vous pouvez également arrêter la vidéo à n'importe quel moment.
- ⇒ Le but n'étant pas d'analyser la situation, mais de nous décrire vos actions, vos focalisations, vos paroles.
- ⇒ Pour vous, l'exercice consiste en vous remémorer la situation et vous remettre dans votre peau au moment de la séance.
- ⇒ L'objectif pour mon travail de recherche est de repérer les outils de communication, les techniques et stratégies que vous mettez en place dans un but d'adhésion du patient et du maintien de sa motivation.

Les **3 principes de l'auto-confrontation** que nous allons essayer de respecter ensemble sont :

- Se rapporter à des actions effectives de la séquence filmée et ainsi éviter d'avoir un discours général
- Décrire l'action et non pas l'analyser ou l'expliquer
- Tenter d'exprimer ce qui est évident pour vous dans votre pratique et qui est caché pour nous.

Annexe 4 : Grille d'analyse des données des entretiens A et B**Thème 1** : Établir une relation de **communication** patient/MK :

Catégories	Verbatims MKA	Verbatims MKB
Selon le contexte bio-psycho-social du patient	<p>Prendre en compte le contexte :</p> <p>L31 : « <i>Sur le bilan et les premières séances, une de ses plaintes c'était « j'ai pas confiance en mon dos », « je peux pas compter sur mon dos » »</i></p> <p>L65 : « <i>Oui elle a un parcours de soin compliqué, elle a des douleurs depuis des années, en plus elle est soignante, c'est presque un drapeau jaune (DJ) à part en entière, et du coup je pense qu'elle a dû passer par de nombreux diagnostics, et je pense si on liste tous les DJ chez elle il y en a un paquet, tous les facteurs comportementaux, émotionnels, cognitifs etc. »</i></p> <p>L86 : « <i>Là où je dis là « bravo c'est bien »(...) c'est aussi une patiente qui a besoin d'être encouragée et là je trouve que c'est une bonne raison de le faire. »</i></p>	<p>L2 : « <i>Au tout début ils étaient là (les parents) et en fait ça se passait pas très bien (...) une fois la maman était venue, ça n'avait pas du tout fonctionné. La maman est infirmière puéricultrice donc je sens que parfois elle a envie de savoir certaines choses ».</i></p> <p>L83 : « <i>Oui surtout qu'il va l'être, malheureusement, dans 3-4-5 ans, quand il va commencer à grandir vraiment, il va avoir mal, il va être fatigué, son squelette va pas vraiment supporter la croissance vu que c'est la particularité de la PC, là ça va être très compliqué, pour lui et sa famille »</i></p>
	<p>Prendre le temps de communiquer et expliquer au patient :</p> <p>L76 : « <i>Cette patiente clairement elle a un gros besoin de compréhension etc donc on a passé un peu de temps à parler des métaphores de la douleur (...) »</i></p> <p>L52 : « <i>c'est vraiment l'aspect un peu cognitif qui semble</i></p>	<p>L43 : « <i>Est-ce que vous avez déjà pris des temps avant pour lui expliquer, si il était comme ça, pour parler plus avec lui ? »</i></p> <p>L44 : « <i>Oui complètement, déjà sur la maladie, pour expliquer un peu plus ça, pourquoi on fait ces exercices là, dans tous ces objectifs-là de rééducation. »</i></p>

	<p><i>raisonner chez elle de je reprends le contrôle, je sais ce qu'il se passe etc »</i></p>	<p><i>L41 : « J'essaie de lui expliquer petit à petit les choses mais pas tout expliquer le pourquoi du comment je fais ces exercices-là. »</i></p>
	<p>S'adapter au tempérament du patient : <i>L5 : « Elle parle bcp et me laisse peu d'opportunités de reprendre la main, elle a tendance aussi à partir dans des ruminations et à tourner en boucle (...)Là je pense que j'essaie de trouver un moyen de l'interrompre à la fois élégant et en gardant l'alliance thérapeutique. »</i></p> <p><i>L41 : « je sens qu'après elle va repartir dans ses ruminations et du coup j'ai un peu envie de la coincer quand elle dit j'ai besoin de comprendre la cause etc, et je sais très bien là pour le coup que sur ces 2 réponses là elle va me répondre non, et j'ai besoin qu'elle me réponde non pour la suite qui est : on a pas compris l'origine de votre problème, et pourtant on a de l'amélioration »</i></p>	<p><i>L33 : « il avait tout foutu en l'air en le testant à fond comme ça (...) L35 : « c'est son caractère, son état d'esprit. Il a toujours été comme ça alors il l'est moins parce qu'il a un petit frère qui 5 ans de moins et qui est à fond comme ça aussi et pour le coup il se fait un peu manger par son petit frère. Donc c'est son caractère, il sait un peu mener par le bout du nez aussi son père et sa mère par le bout du nez »</i></p> <p><i>L41 : « Face à ses « oh non », ses oppositions, vous décidez de réagir comment ? » L42 : « Je ne prête pas attention. C'est si vraiment il exprime à crier, à pleurer etc là j'y prêterai attention. Mais juste de dire « oh non j'ai pas envie » bah non j'y prêterai pas attention parce qu'en fait je perdrai beaucoup de temps à essayer de justifier. »</i></p> <p><i>L75 : « En fait c'est toujours dans sa volonté diriger les choses. »</i></p> <p><i>L80-81 : « Je l'ai laissé lancer le cerceau comme ça (..) Il vient de le rater, donc j'ai pas voulu l'enfoncer non plus (...) Quand il est trop mis en échec il se vexe énormément (...) c'est quand même une famille de sportifs, lui il voit bien comment il est, ça le pèse beaucoup de pas pouvoir faire</i></p>

		<i>comme les autres. »</i>
Selon l'alliance thérapeutique	L22 : « <i>j'interprète le : « j'ai l'impression que sur les quelques séances qu'on a passé là j'ai plus avancé sur ces dernières séances que en 40 ans »»</i>	L33 : « <i>ça il le fait jamais avec moi. Quand je lui dis des choses <u>il m'écoute bien</u> »</i> L13 : « <i>Quelques fois il est un peu en réaction à dire « je veux pas faire ça ». Moi souvent j'arrive à le cadrer mais ce qui n'était pas le cas avec mes remplaçants ou mes assistants. »</i> L90 : « <i>C'est d'avoir un crédit auprès des familles. Alors c'est très valorisant mais ça peut aussi avoir ses limites, c'est que je suis celui qui a fait marcher l'enfant. »</i>

Thème 2 : Utiliser des stratégies **d'adhésion et de motivation** du patient :

Sous-thème 1 : Stratégies basées sur les outils de l'EM :

Catégories	Verbatims MKA	Verbatims MKB
	Outils spécifiques à l'EM en violet	
Ambivalence	Communication non-verbale L80 : « <i>je parle globalement beaucoup avec mes mains, mais je trouve intéressant quand on aborde des ambivalences ou des choses qui s'opposent, de venir les imaginer, parce que pour certains patients, on sait que le langage non-verbal il communique et il transmet une partie du message et du coup je trouve intéressant de venir les accentuer encore plus, et</i>	

	<p><i>souvent ça aide je trouve. »</i></p> <p>L49 : « <i>Un super bel exemple de ses ambivalences, c'est à dire qu'il y a une minute elle dit <u>je suis hyper anxieuse</u>, j'ai peur que ça se rebloque etc, et là j'essaie de la projeter en situation et le premier truc qu'elle me dit c'est <u>ça m'inquiète moins</u>. »</i></p> <p>L61 : « <i>Encore une fois on retombe dans ses ambivalences, c'est « ça sert à rien de faire des imageries car de toute façon mon dos est tout pourri et je sais qu'il y a rien qui changera » et en même temps la 2^{ème} séance je crois, je l'ai faite un peu réfléchir là-dessus et c'est elle qui m'a verbalisé à un moment « j'ai bien compris que l'imagerie n'explique pas entièrement mes symptômes »</i></p> <p>L109 : « <i>cette ambivalence, qui je pense est vraiment le problème de sa vie : la balance du locus contrôle interne et contrôle externe. C'est : <u>je veux bien faire les exercices mais c'est pas moi qui vais décider c'est mon genou</u>. C'est un élément extérieur qui a le contrôle. »</i></p>	
Discours changement	<p>Reflets</p> <p>L10 : « <i>Qu'elle ré-entende ses propres mots et essayer d'augmenter et de valider cette idée de ok, votre dos va bien, vous l'avez dit, moi je le redis. »</i></p> <p>L12 : « <i>On sort de mon dos a un problème et on commence à avoir « mon dos va bien ». Donc c'est important, quand le <u>discours changement</u> sur cette ambivalence là, commence à apparaître, <u>de refléter ça</u>, de mon point de vue »</i></p>	
	Communication non-verbale	

	L35 : « <i>l'idée d'exagérer cet étonnement (...)</i> c'est un peu un étonnement de : non je te crois pas, donne-moi des preuves qui te fait dire que ton dos va bien »	
	Question ouverte : L38 : « <i>Là j'ai pris le parti de lui demander qu'est ce qui sera différent quand elle sera à 10, parce qu'il y a cette idée que si elle se projette à 10, je m'attends à plus encore de discours changement et vu que là on commence à récolter beaucoup de discours changement sur ses ambivalences, je me dis que plus on en récupère, mieux c'est</i> »	
	L83 : « <i>Là elle m'offre une belle pépite parce que là je me dis que dans sa manière de gérer les douleurs et les sensations corporelles, là il y a un truc qui a vraiment changé</i> » ?	
	L22 : « <i>Depuis 40 ans que je vis avec mes problèmes de dos, j'ai l'impression que sur les quelques séances qu'on a passé là j'ai plus avancé sur ces dernières séances que en 40 ans, et je vois mon dos d'une nouvelle manière, donc ça c'est un truc qui est ultra positif quoi.</i> »	
Discours maintien	Questions fermées : L41 : « <i>ces deux questions fermées (...) j'ai un peu envie de la coincer quand elle dit j'ai besoin de comprendre la cause etc, et je sais très bien là pour le coup que sur ces 2 réponses là elle va me répondre non, et j'ai besoin qu'elle me réponde non pour la suite qui est : on a pas compris l'origine de votre problème, et pourtant on a de l'amélioration.</i> »	
	L93 : « <i>Donc là elle me dit je peux conduire mais je suis pas prête à enlever les petites roues, donc elle a besoin d'encore un peu d'aide.</i> »	
	Recentrer L65 : « <i>Et là ma crainte c'est qu'elle me re-liste tout ça alors</i>	

	<i>qu'elle me l'a déjà dit et que jusque-là on était sur un beau discours changement et là je sens qu'elle repart sur toutes les raisons qui l'ont mené et du coup je me dis qu'il va falloir quand même que je la recadre. »</i>	
Collaboration	<p>Demander la permission :</p> <p>L104 : « <i>Donc avant de lui dire on va faire ça j'ai besoin d'avoir <u>son accord</u>, qu'elle est ok de re-tester ça. »(…) « le DDFD = Demander ce qu'il connaît sur une problématique, lui Demander si il est ok pour qu'on lui donne ce qu'on sait, lui Fournir le contenu et lui Demander ce qu'il en a compris, comment ça peut l'aider » « . Et du coup j'essaie un peu de m'infuser de cette <u>demande de permission</u> parce que si aujourd'hui son genou lui fait mal, ou qu'elle a une raison X ou Y que c'est pas le bon moment pour faire les exercices, si je lui impose les exercices je vais faire un four et perdre des points sur mon <u>alliance thérapeutique</u>. Alors que si elle me dit qu'elle est ok bah du coup on a un contrat de on est ok pour essayer. »</i></p>	
		<p>Ne pas imposer :</p> <p>L96 : « <i>T'es fatigué, t'as autre chose à faire et dans ces cas là, plutôt que d'insister sur le fait qu'il faut en faire à tout prix et autant de fois, bah plutôt adapter »</i></p>
	<p>Laisser le choix au patient :</p> <p>L106 : « <i>sur la manière de proposer les exercices au patient, c'est justement de leur dire : voilà <u>ce que je vous propose</u> et de toujours laisser le choix au patient de s'en saisir ou pas »</i></p>	<p>L28 : « <i>Vous lui répondez « je vais te proposer des exercices » donc <u>vous décidez</u> de pas lui laisser le choix de proposer des exercices. »</i> L29 : « <i>Oui, après l'idée c'est <u>si il y en a qu'il aime pas</u>, on pourra en enlever. »</i></p> <p>Et aux parents :</p>

		<i>L93 : une autre stratégie c'est qu'on fasse des pauses, pendant les vacances scolaires par ex. En fait les parents sont assez d'accord là-dessus</i>
Non-jugement	<i>L88 : « si à un moment tu dis « c'est bien », tu te mets dans la position ou à un moment t'es capable de dire « c'est pas bien ». Et comme on est dans <u>cette idée de non-jugement</u>, je peux pas me permettre de dire si ce qu'elle a fait c'est bien ou pas bien, c'est à elle de me dire si c'est bien ou pas. »</i>	<i>L80 : « Là par ex j'ai été gentil, j'ai pas été attentif et je l'ai laissé lancer le cerceau comme ça(...), il a dit que c'était trop facile, il vient de le rater, donc <u>j'ai pas voulu l'enfoncer non plus.</u> »</i>
Empathie	Communication non-verbale	<i>L80-81 : « j'ai pas voulu l'enfoncer non plus (...) ça le pèse beaucoup de ne pas pouvoir faire comme les autres. »</i>
Supporter le sentiment d'efficacité	Féliciter, encourager <i>L20 : « j'essaie de l'amener un peu plus dessus où je lui dis « ok c'est plutôt <u>cool</u> de voir comment <u>vous arrivez à bouger votre dos</u>, ce que ça vous amène cette nouvelle confiance en vous quoi. »</i> <i>L82 : « Mais moi je trouve ça vraiment important de la féliciter, parce que c'est pas vraiment la <u>féliciter</u> sur cet épisode là, c'est surtout d'<u>insister sur le changement global</u> qui est en train de se produire »</i>	<i>L100 : « Là plusieurs fois dans les exercices vous lui dites « <u>super</u> » »(...) L104 « Oui, c'est pour lui dire qu'il <u>répond à l'objectif</u> que je lui ai fixé. »</i>
Explorer les motivations propres du patient	<i>L95 : « Ca veut dire quoi être rassurée pour elle (...) parce que moi mon objectif derrière c'est de mettre un programme de rééducation précis avec si possible des objectifs quantifiables etc. »</i>	<i>L4 : « pour améliorer son investissement je lui demande un peu <u>ce qu'il veut faire</u>. Parce que quelques fois, il y a un écran derrière, on a beaucoup travaillé dessus car ça a été un outil pour le remettre dans la motivation de la rééducation et là je lui demande pour l'intéresser dans la séance. »</i> <i>L68 : « Il parle du chrono parce que c'est un truc qui lui le motive de mettre un <u>chrono</u> ? » L69 : « Oui, il a un peu une</i>

		<p>âme de sportif donc il <u>se fixe des buts</u> »</p> <p>L112 : « Là il y a la motivation parce qu'il sait qu'il est chronométré, on voit qu'elle est revenue vite. »</p> <p>L86 : « <u>Il adore sauter</u>, il a un trampoline à la maison donc c'est aussi le remettre dans cet <u>exercice</u> là. »</p> <p>L106 : « On voit qu'il est content. Cet exo est basique, il active les triceps, mais je pense qu'il est surtout content parce <u>qu'il y a un objectif, une ambition de faire plus.</u> »</p>
Soutien de l'autonomie	<p>Questions ouvertes :</p> <p>L16 : « Là l'idée d'utiliser cette <u>question ouverte</u> c'est que j'ai envie de <u>faire un peu le point</u> de ce qu'elle a compris et retenu des choses qu'on a faites »</p> <p>L45 : « je force un peu le trait mais je me dis que voilà, ok j'ai peur d'être bloquée, mais voilà là vous n'avez pas été bloqué et vous avez quand même géré la situation toute seule : qu'est ce qui pourrait vous permettre de pouvoir. (...) L46 : « c'est encore une façon de l'autonomiser : <u>elle a une boîte à outils</u>, il faut qu'elle prenne dedans sans forcément avoir besoin de quelqu'un d'autre aussi ».</p>	
	<p>Utiliser le « vous » :</p> <p>L43 : « Ce qui me semble intéressant avec un résumé c'est de mettre que des vous : « vous avez mis en place ces stratégies » « vous vous en êtes sorti » »</p> <p>L17 : « le signe là au début de sa réponse qui montre que je fais un bide, c'est qu'elle commence par « vous » alors que moi ce que j'aurai aimé c'est qu'elle commence par « je » »</p>	
		L52 : « Là aussi c'est une stratégie que j'ai mis en place c'est

		<p>de ne pas le bloquer dans <u>l'aide qu'il peut apporter (...)</u> il montre son envie et son intérêt pour l'atelier ».</p> <p>L76 : « Oui vous essayez le re-contrôler tout en lui <u>laissant le choix sur certaines choses</u> mais oui de re-calibrer un peu le truc »</p>
Écoute	<p>Communication non-verbale : mirroring</p> <p>L26 : « langage non-verbal, comme là pour moi on est sur quelque chose de très important de reprendre le contrôle etc, j'essaie le plus possible de me mettre en <u>mirroring</u> avec elle : je vois que ça fait quelques secondes qu'elle se frotte les mains et j'essaie de reprendre un peu <u>la même attitude</u>»</p>	
		<p>L37 : « j'ai essayé de le rassurer. Après il y a des fois quand il était en situation inconfortable, de perte d'équilibre où il avait vraiment beaucoup de peur il y a eu quelques fois où il a exprimé des pleurs etc. Après on a régulé, on a apaisé les trucs »</p>
Autres	<p>Échelles</p> <p>L31 : « c'est les échelles (...) Là une <u>échelle du dos</u> ça n'existe nulle part mais à ce moment-là ça me paraît pertinent avec cette patiente là (...)elle est arrivée avec cette idée que son dos n'était pas du tout fiable en fait et maintenant qu'elle m'a dit mon dos va mieux, mon dos est en bonne santé, j'ai envie de savoir <u>à quel point il est en bonne santé (...)</u> et aussi savoir pour la suite des séances dans quel sens on va pouvoir partir »</p>	
	<p>Métaphores</p> <p>L76 : « cette patiente clairement elle a un gros besoin de <u>compréhension</u> etc donc on a passé un peu de temps à parler des <u>métaphores de la douleur (...)</u>Avec cette patiente on a</p>	

	<p><i>plus fait des séances très scolaires, un peu ce qui est déconseillé dans la littérature mais parce que c'était pertinent et j'ai l'impression que ça lui a plutôt plu. »</i></p> <p><i>L89-90 : « L'image du bus (...)Et bien, c'est un peu notre filigrane avec la patiente où je lui ai proposé cette image là et elle m'avait dit que vraiment ça lui avait parlé, et donc j'en reviens »</i></p>	
--	--	--

Sous-thème 2 : Stratégies de communication autres :

Sous-thèmes	Verbatims MKA	Verbatims MKB
Communication verbale		
Communication non-verbale	<p><i>L63 : « Non verbal là, je me souviens, je me referme parce que je sens que je sens que je perds le contrôle, et du coup elle est en train de repartir sur ses ruminations (...)en même temps je réfléchis à comment je repars, essaie de reprendre la main (...) »</i></p> <p><i>L65 : « Et là ma crainte c'est qu'elle me re-liste tout ça alors qu'elle me l'a déjà dit et que jusque-là on était sur un beau discours changement et là je sens qu'elle repart sur toutes les raisons qui l'ont mené et du coup je me dis qu'il va falloir quand même que je la recadre. »</i></p> <p><i>L69 : « ok, j'étais fermé, j'étais loin de la patiente, donc il faut que je revienne au contact de la patiente »</i></p>	
Choix thérapeutique : garder le contrôle malgré une liberté	<p><i>L63 : « Non verbal là, je me souviens, je me referme parce que je sens que je sens que je perds le contrôle, et du coup elle est en train de repartir sur ses ruminations de quand elle était à Strasbourg etc et là je sens que je perds le</i></p>	<p><i>L23 : « L. c'est facile, il aime le <u>foot</u>, donc si on tombe dans la <u>facilité</u> on pourrait faire 10 min de foot. Mais j'ai pas envie de faire ça parce que c'est des choses qu'il fait à la maison etc, donc je préfère le mettre dans des</i></p>

<p>donnée au patient</p>	<p><i>contrôle et de mémoire à ce moment-là je me vois je me mets en méta à ce moment-là je me dis merde, t'es en train de et fermer, fais gaffe à pas la perdre mais en même temps je réfléchis à comment je repars, essaie de reprendre la main et de la cadrer parce qu'elle là elle va repartir dans tous les sens. » ?</i></p>	<p><i>situations pour lesquelles il a pas l'habitude »</i></p> <p><i>L28 : « Vous lui répondez « je vais te proposer des exercices » donc vous décidez de pas lui laisser le choix de proposer des exercices. L29 : « Oui, après l'idée c'est si il y en a qu'il aime pas, on pourra en enlever. »</i></p> <p><i>L40 : « Là par ex il aime bien, il y a quand même pas mal de temps de latence, de préparation, il aime bien faire ses petits trucs. Là par ex il vient de taper dans le ballon, il prend un ballon de foot pour jouer. <u>Moi je laisse faire</u> car si je l'empêche à chaque fois de courir partout après il est pas concentré sur le moment de l'atelier. »</i></p> <p><i>L57 : « Là moi je suis concentré sur ce que je veux faire et voilà là il dit « c'est pas comme ça qu'on fait » et voilà encore une fois. Alors que c'est mon choix aussi de changer pour qu'on tombe pas dans une routine encore une fois. »</i></p> <p><i>L75 : « Et parce qu'en fait si je le laisse il fait ce qu'il veut et c'est vraiment l'objectif de lui dire « moi j'ai envie de casser un peu tes habitudes », après c'est pas grave si il fait pas dans l'ordre que j'ai mis, mais moi j'ai aussi envie de garder la main sur ce que je propose. Parce que si je le laisse choisir ce qu'il veut quand il veut on repart sur des trucs où il va me dire moi je veux faire du foot »</i></p>
---------------------------------	---	--

--	--	--

Sous-thème 3 : Stratégies propres à la pédiatrie :

Sous-thème	Verbatims A	Verbatims B
Proposer aux parents de ne pas assister à la séance		<p>L2 : « <i>En fait ils ne viennent pas parce que L. avait du mal à rester concentrer sur le moment et était beaucoup dans l'interaction avec ses parents. »</i></p> <p>L35 : « <i>Donc c'est son caractère, il sait un peu mener par le bout du nez aussi son père et sa mère par le bout du nez c'est pour ça aussi que, pour éviter ça, ses parents sont pas là.</i></p> <p>L40 : « <i>Il prend un ballon de foot pour jouer [...] Et il y a un autre argument pour lequel je ne mets pas les parents car de l'expérience que j'ai quand les parents sont présents c'est qu'ils veulent pas laisser faire comme ça quoi. »</i></p>
Allier plaisir de l'enfant et objectifs de rééducation		<p>L23 : « <i>C'est souvent ça en fait qui peut être un peu particulier en pédiatrie c'est de trouver des choses qui leur plaisent mais de les mettre dans des positions où ça travaille leur longueur musculaire, la capacité d'équilibre etc. »</i></p> <p>L54 : « <i>Donc là du coup on en a parlé un peu avant mais le choix des exos il est fait en fonction de ce que vous savez qu'il aime ? »</i> L55 : « <i>Oui et quelques fois aussi de ce que j'ai envie qu'il fasse. Il y a des exercices j'essaie</i></p>

		<p><i>d'en proposer des nouveaux par ex le cerceau c'est nouveau. »</i></p>
<p>Se positionner en tant qu'éducateur</p>		<p><i>L41 : « Face à ses « oh non », ses oppositions, vous décidez de réagir comment ? » L42 : « Je ne prête pas attention. C'est si vraiment il exprime à crier, à pleurer etc là j'y prêterai attention. Mais juste de dire « oh non j'ai pas envie » bah non j'y prêterai pas attention parce qu'en fait je perdrai beaucoup de temps à essayer de justifier. »</i></p> <p><i>L53 : Là le fait qu'il dise « c'est pas au bon endroit » c'est parce que par rapport à la semaine d'avant c'est juste pas au même endroit donc là encore il est en train de me chercher donc je lui dis « je sais » en mode « qu'est-ce que tu m'embêtes ».</i></p> <p><i>L66 : « Là quand il vous dit c'est trop facile, vous vous l'interprétez comment ? » L67 : « Il le dit tout le temps ! Même parfois il dit « trop fac' ». (rire) En fait je n'y prête quasiment pas attention car souvent il se rend compte que c'est pas si facile que ça. »</i></p> <p><i>L49 : « Non ça m'embête pas mais après coup quand je suis pas en bon état d'esprit je peux lui dire « bah pourquoi tu dis ça » et si il <u>le répète tout le temps</u> je lui dirai « bon bah on fait rien tu peux repartir ». Et ça c'est aussi des arguments, j'ai dû l'appliquer une ou 2 fois de lui dire de retourner voir ses parents et il le fait jamais. »</i></p>

Garder l'enfant concentré en l'autonomisant		L77 : « Là par exemple, l'intérêt aussi c'est de lui montrer sans être méchant, si il me dit « oh je sais plus », c'est de lui faire comprendre qu'il n'avait qu'à écouter aussi quoi. »
--	--	---

Sous-thème 4 : Stratégies face aux prises en charge long terme :

Sous-thème	Verbatims A	Verbatims B
Innover pour casser la routine		<p>L6 : « Après le truc c'est que c'est un peu la difficulté des séances chroniques, quelques fois ça t'oblige à te remettre en question mais tu le fais pas tout le temps. Alors qu'une PEC sur 10-15 séances tu te remets plus en question à chaque fois pour ajuster ton traitement, d'autant plus pour la PC, on tombe dans une <u>routine</u> où on répète souvent les mêmes exercices. »</p> <p>L23 : « Et c'est vrai que pour casser un peu aussi la routine j'essaie de lui proposer d'autres exercices »</p> <p>L46 : « Et c'est vrai que en fonction des jours je proposais moins d'étapes du parcours et on faisait plusieurs fois le parcours et je sentais une lassitude de sa part. Donc là l'option c'était de lui dire t'as vu y'a plein d'ateliers t'inquiètes pas, une façon de le motiver du coup. »</p>
Changer des modalités de la rééducation		L89 : « Il n'était pas contre les séances de kiné ? » L90 « Non, je ne dis pas que ça ne viendra pas, parce que c'est du long terme. Et je l'entends tout à fait. Quand ça fait 7 ans qu'on se voit, il peut en avoir marre. Donc là la stratégie ce sera peut-être qu'un autre collègue le voit, et ça ce sera totalement

		<p><i>possible je pense. »</i></p> <p><i>L93 : « Et oui une autre stratégie c'est qu'on fasse des pauses, pendant les vacances scolaires par ex »</i></p>
Tenir un discours	<p><i>L67 : « Moi j'essaie un peu de garder cette position basse avec les patients qui ont déjà eu un très long parcours avant moi, de leur dire et de me dire « vous avez déjà vu plein de monde avant moi, la proba que moi, 31^{ème}, ou 41^{ème} thérapeute je trouve un truc organique ou mécanique évident qui est passé à la trappe, elle est proche de 0 ».</i></p>	