



FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE RANGUEIL  
ENSEIGNEMENT DES TECHNIQUES DE RÉADAPTATION

## MÉMOIRE

*Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste*

# Le partenariat parental en orthophonie : état des lieux des pratiques professionnelles en France

par

**Luna Venries**

Sous la direction de :

**Mme Agnès THIBAUT**, orthophoniste, chargée d'enseignement

Membres du jury :

**M. Christophe RIVES**, orthophoniste, chargé d'enseignement

**Mme Simone DEGEILH**, orthophoniste, chargée d'enseignement

Juin 2023

# Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à l'aboutissement de ce travail.

Je tiens à remercier chaleureusement **Agnès Thibault**, de m'avoir accordé sa confiance en acceptant d'encadrer ce mémoire, pour la richesse de nos échanges, pour sa disponibilité et pour son immense générosité. Je la remercie également de m'avoir accompagnée tout au long de mon cursus, à l'école puis en stage, avec toute sa bienveillance, et d'avoir partagé avec moi sa passion pour l'orthophonie.

Je remercie **Mireille Kerlan** pour sa relecture de mon plan, ses conseils, et ses ressources précieuses.

Un grand merci également à **Sandrine Galinier** pour ses relectures attentives.

Merci à tous les orthophonistes qui ont participé au pré-test de mon questionnaire : **Cindie Bourillon, Sandrine Galinier, Juliette Journiat, Olivier Laurens, Charlène Perrier, Claire Siot-Decauville et Sabine Viargues**.

Merci aux **91 orthophonistes** qui ont pris le temps de répondre à cette enquête.

Merci à **l'équipe de la BU Santé**, particulièrement **Vincent Détienne** pour son aide précieuse, sa patience et sa bienveillance.

Une pensée toute particulière à celles que j'ai dû quitter mais qui sont restées des piliers. **Alice, Fanny et Kathleen**, mes amies de l'école de Limoges avec qui tout a commencé, merci pour cette amitié précieuse et sans frontières.

Un grand merci également à mes amies de l'école de Toulouse, **Asmaa, Clara et Clémentine**, qui m'ont accueillie à bras ouverts, et aidée à prendre confiance en moi en tant que future orthophoniste, merci pour cette richesse que vous m'apportez.

Merci à celle qui a toujours été là, pour m'encourager, me soutenir et m'aider, **Juliette**, mon amie de toujours et pour toujours.

À **ma mère**, la personne qui m'a guidée sur le chemin de l'orthophonie. À **mon père**, qui m'a appris à lutter et à me dépasser. À tous les deux, de m'avoir épaulée et d'avoir cru en moi tout au long de ces dix longues années d'études : merci.

Enfin je remercie **Valentin**, d'avoir été mon repère, mon pilier, d'un soutien sans faille et en toutes circonstances. Merci d'être à mes côtés.

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>1</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>2</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>5</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>6</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>PARTIE THÉORIQUE</b> .....	<b>9</b>
<b>I. Contexte général dans le champ de la santé</b> .....	<b>9</b>
A. La notion de transition épidémiologique .....	9
B. Évolution de la relation de soin .....	9
C. Éthique du soin .....	9
D. Législation .....	10
<b>II. Contexte du soin en orthophonie</b> .....	<b>10</b>
A. Cadre réglementaire.....	10
1. Code de la Santé publique et Nomenclature Générale des Actes Professionnels .....	10
2. Référentiels de compétences et d'activités .....	11
B. Évolution du soin en orthophonie .....	11
1. Définition du soin .....	11
2. Efficacité dans le soin .....	12
a) L'alliance thérapeutique .....	12
b) L'Evidence Based Practice (EBP) .....	12
c) L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).....	13
d) Recommandations de Bonne Pratique (RBP) .....	13
C. Limites possibles à la mise en place et/ou à la poursuite du projet de soin.....	13
<b>III. Le sentiment d'auto-efficacité</b> .....	<b>14</b>
A. Définition .....	14
B. Les sources du sentiment d'auto-efficacité.....	14
C. Effets du sentiment d'auto-efficacité .....	15
D. Sentiment d'auto-efficacité et relation à l'échec .....	15
<b>IV. Le partenariat parental en orthophonie</b> .....	<b>16</b>
A. Le partenariat patient.....	16
1. Le Montreal Model.....	16
2. Notions socles du partenariat dans le soin .....	16
3. Enjeux.....	16

B.	Intégrer le parent dans l'intervention orthophonique.....	17
C.	Distinction entre guidance, accompagnement et partenariat.....	18
1.	La guidance parentale .....	18
2.	L'accompagnement parental .....	18
3.	Le partenariat parental .....	18
D.	Le Processus Partenariat Dynamique (PPD).....	18
1.	Échange d'informations .....	19
2.	Analyse de la situation écosystémique .....	19
3.	Consultation réciproque.....	19
4.	Décision partagée.....	19
5.	Collaboration .....	20
6.	Évaluation du projet de soin .....	20
7.	Révision du projet de soin.....	20
	<b>PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....</b>	<b>21</b>
	<b>PARTIE PRATIQUE.....</b>	<b>23</b>
I.	<b>Méthode.....</b>	<b>23</b>
A.	Population cible .....	23
B.	Objectif de l'étude .....	23
C.	Matériel .....	23
1.	Choix de la méthode .....	23
2.	Conception du questionnaire.....	23
3.	Architecture du questionnaire .....	24
4.	Pré-test.....	26
5.	Recueil de données .....	26
6.	Traitement des données .....	26
II.	<b>Résultats.....</b>	<b>27</b>
A.	Profil de l'échantillon.....	27
B.	Présentation des résultats.....	28
1.	Introduction.....	28
2.	Pratique du partenariat parental .....	29
3.	Faire le choix du partenariat parental.....	30
4.	Bénéfices du partenariat parental dans la pratique dans la pratique orthophonique : efficacité des prises en soin.....	32
5.	Bénéfices du partenariat parental dans le sentiment d'auto-efficacité (SAE) des professionnels / des orthophonistes.....	34
6.	Limites à la pratique du partenariat parental .....	36
7.	Remerciements et expression libre .....	40

C.	Analyses croisées.....	40
1.	Analyses croisées liées aux hypothèses.....	40
2.	Explorations complémentaires.....	43
<b>III.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>44</b>
A.	Étude des hypothèses.....	44
B.	Discussion des résultats.....	47
C.	Biais et limites de l'étude.....	50
1.	Biais méthodologiques.....	50
2.	Biais de désirabilité sociale.....	51
3.	Biais d'auto-complaisance.....	52
4.	Limites de l'étude.....	52
D.	Perspectives.....	52
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>54</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>55</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>59</b>
	<b>Table des annexes.....</b>	<b>59</b>
	<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>83</b>
	<b>ABSTRACT.....</b>	<b>84</b>

## Liste des figures

Figure 1 : Réponses à la question 21 : “Dans quel(s) domaine(s) intervenez-vous ?” n=73.....	27
Figure 2 : Réponses à la question 20 : “Quel est votre type d’exercice ?” n=73 .....	27
Figure 3 : Réponses à la question 22 : “Depuis quand exercez-vous le métier d’orthophoniste ?” n=73.....	28
Figure 4 : Réponses à la question 5 : “Comment avez-vous connu le partenariat parental ?” n=73 .....	30
Figure 5 : Réponses à la question 6 : “Pourquoi avoir choisi de vous former, de vous renseigner et/ou de pratiquer le partenariat parental ?” n=17.....	31
Figure 6 : Réponses à la question 7 : “Quelles sont les situations d’inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?” n=38 .....	31
Figure 7 : Réponses à la question 8 : “Le partenariat est aujourd’hui un outil” n=73 .....	32
Figure 8 : Réponses à la question 12.b : “Pourquoi [votre SAE est-il plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental]?” n=45 .....	35
Figure 9 : Réponses à la question 14.a “Précisez [pourquoi vous n’observez aucune limite à la pratique du partenariat parental]” n=5 .....	37
Figure 10 : Réponses à la question 15 “Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à la famille/au patient ?” n=65 .....	37
Figure 11 : Réponses à la question 16 “Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à votre pratique orthophonique ?” n=65 .....	38
Figure 12 : Réponses à la question 17 “Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées au contexte ?” n=65 .....	38
Figure 13 : Réponses à la question 18 : “Diriez-vous que vos difficultés à mettre en place un partenariat ont un effet négatif sur votre propre SAE ?” n=73.....	39
Figure 14 : Réponses à la question 19 : “Diriez-vous qu’un SAE faible conduit à une difficulté de mise en place d’un partenariat parental ?” n=73 .....	39
Figure 15 : Croisement question 7 et question 10 (item Durée de prise en soin).....	40
Figure 16 : Croisement question 7 et question 10 (item Autonomie) .....	41
Figure 17 : Croisement question 7 et question 10 (item Alliance thérapeutique) .....	41
Figure 18 : Croisement question 11 et question 12.....	42

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Réponses à la question 9 : “Pour chacune des compétences/activités ci-dessous, précisez si vous observez des apports du partenariat parental dans votre pratique” n=73 .....	33
Tableau 2 : Réponses à la question 10 : “Concernant les apports du partenariat parental dans votre pratique, vous diriez que...” n=73 .....	34
Tableau 3 : Réponses à la question 13 : “Pour chacune des compétences/activités présentées, précisez si votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental” n=73 .....	36
Tableau 4 : Croisement question 4 et question 11 .....	42
Tableau 5 : Croisement question 4 et question 12 .....	42
Tableau 6 : Croisement question 7 et question 14 .....	43
Tableau 7 : Croisement question 4 et question 9 .....	43

# Liste des abréviations

**CFUO** : Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

**CIO** : Comité Interfacultaire Opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal

**DCPP** : Direction Collaboration et Partenariat Patient

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

**FNO** : Fédération Nationale des Orthophonistes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST** : Hôpital Patients Santé Territoire

**INED** : Institut National d'Études Démographiques

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**P.I.O.C.** : Plan d'Intervention Orthophonique Concerté

**RBP** : Recommandations de Bonne Pratique

**SAE** : Sentiment d'Auto-Efficacité

**S.M.A.R.T.** : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini

**S.M.A.R.T.E.R.** : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement, Évaluable, Réajustable

**TSA** : Trouble du Spectre Autistique

**UdeM** : Université de Montréal

# INTRODUCTION

Le domaine de la santé connaît une évolution des pratiques de soin. L'approche traditionnelle, qualifiée de paternaliste, a ainsi évolué vers une démarche centrée sur le patient puis vers le partenariat-patient. Celui-ci se caractérise par la reconnaissance du patient comme acteur de ses soins, et repose sur la reconnaissance de ses savoirs expérientiels, la collaboration étroite entre soignant et soigné et la décision partagée des objectifs et du projet de soin. Le partenariat tend à s'imposer comme un modèle relationnel idéal, en accord avec la transition épidémiologique et l'évolution du rapport des individus à leur santé.

Bien que la littérature suggère qu'une telle approche améliore l'efficacité et la qualité des soins, elle reconnaît également que l'intégration de cette démarche dans les pratiques professionnelles peut s'avérer, pour les soignants, un défi à relever.

Dans le domaine de l'orthophonie on assiste, par l'émergence de formations au partenariat parental, à une prise de conscience accrue de l'importance de collaborer étroitement avec les parents pour optimiser les résultats des interventions auprès des enfants.

Par ce travail, nous cherchons donc à mettre en évidence les liens qui existent entre la pratique du partenariat parental, l'efficacité de l'intervention orthophonique et le sentiment d'auto-efficacité des orthophonistes. L'objectif de ce mémoire est d'engager une réflexion sur les motivations des orthophonistes à pratiquer le partenariat parental, les apports et les limites qu'ils en observent au quotidien, et les pistes d'amélioration de l'expérience de soin qui s'en dégagent.

Après avoir introduit le contexte dans le domaine de la santé et de l'orthophonie, nous présenterons les bases théoriques des concepts clés (partenariat-patient, partenariat parental, sentiment d'auto-efficacité). Puis nous décrirons la méthodologie choisie, avant de présenter les résultats de notre enquête et de les discuter, afin de répondre à notre question de recherche.

# PARTIE THÉORIQUE

## I. Contexte général dans le champ de la santé

### A. La notion de transition épidémiologique

Selon l'Institut National d'Études Démographiques (INED), la transition épidémiologique désigne une "période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents." Ce phénomène tend à s'accroître et s'accompagne désormais de changements du système de soin et d'une volonté de gestion de leur santé par les patients. Cette implication du patient apparaît comme une des clés de l'amélioration de la santé des populations, de la qualité des soins et des services de soins (Pomey et al., 2015). Ceci conduit à faire évoluer la relation de soin.

### B. Évolution de la relation de soin

Depuis une vingtaine d'années, on observe une évolution de la relation de soin. L'approche paternaliste, de moins en moins efficace, devient incompatible avec une pratique éthique en santé (Guérin & Fernandez, 2017). Cette approche paternaliste, qui place le soignant en position de "sachant", se trouve alors délaissée au profit d'une démarche incluant le patient, qui devient alors acteur de ses soins (Pomey et al., 2015). D'abord définie comme démarche centrée sur le patient, celle-ci évolue aujourd'hui vers le partenariat-patient (Annexe I). La relation patient-soignant, autrefois verticale, devient alors horizontale. Afin de répondre à ce nouveau paradigme du soin et aux considérations éthiques qu'il engendre, de nouvelles pratiques émergent.

### C. Éthique du soin

Selon la HAS (2013), Beauchamp et Childress fondent l'éthique du soin sur 4 principes :

- Le respect de l'autonomie : il comprend le consentement, mais aussi la capacité du patient à prendre part aux décisions dans une logique d'alliance thérapeutique et d'information éclairée
- La bienfaisance envers le patient et son entourage : souci de bien faire de la part du soignant, dans l'intérêt du patient et dans le respect des bonnes pratiques

- La non mal-faisance : faire en sorte de ne pas nuire, faire souffrir le patient ou son entourage
- L'équité : elle comprend le respect de la dignité et de la valeur de la vie du patient (Espace Éthique PACA Corse, 2020)

Le triangle de l'éthique présenté par Boulianne et al. (2013), introduit une construction de la pensée éthique dans le soin, articulée autour de trois entités distinctes : le "JE" (le soignant), le "TU" (le patient) et le "ILS" (la société : science, normes, institutions, culture). Le JE et le TU sont considérés chacun avec leurs valeurs, leurs connaissances, leur expérience propres. Un déséquilibre entre ces entités peut engendrer des risques tels qu'une dégradation de la relation de confiance. En trouvant le juste milieu entre ces trois entités, un "NOUS" émerge alors, partenariat entre le patient et le soignant qui favorise les décisions partagées. (Boulianne et al., 2013) ([Annexe II](#))

Au regard de l'orthophonie, Kerlan (2018) affirme que le "savoir éthique" permet à soignant et patient d'être des sujets à la fois responsables et autonomes.

## D. Législation

En replaçant le patient au centre de sa prise en soin, la loi Kouchner de 2002 a permis d'améliorer la communication entre soignants et patients, ce qui a participé à faire évoluer peu à peu la relation de soin. Cette loi reconnaît notamment au patient le droit à l'information, au consentement éclairé et à l'accès direct à son dossier médical (Tarnier, 2023). L'information porte sur tous les éléments de la santé d'un individu : "investigations, traitements ou actions de prévention, urgence, conséquences, risques, solutions possibles et conséquences en cas de refus." (Légifrance, 2020)

## II. Contexte du soin en orthophonie

### A. Cadre réglementaire

#### 1. Code de la Santé publique et Nomenclature Générale des Actes Professionnels

L'orthophonie est une profession inscrite au Code de la Santé publique, elle bénéficie de ce fait d'un conventionnement avec l'assurance maladie, la dernière convention datant de 1996 (Journal officiel de la République française, 2022). Depuis cette date, de nombreux avenants ont vu le jour. L'avenant 19 prévoit un certain nombre de revalorisations des actes professionnels et l'inscription d'un nouvel acte de bilan à la

NGAP : le “Bilan de prévention et d’accompagnement parental” (FNO, 2022). La profession est également régie par un cadre de référence depuis 2013.

## 2. Référentiels de compétences et d’activités

Le Bulletin Officiel de septembre 2013 (Bulletin officiel de l’enseignement supérieur et de la recherche n°32, 2013), qui correspond à la modification du régime des études d’orthophonie, comprend 3 référentiels dont celui des compétences et celui des activités. Dans ces deux référentiels, on repère plusieurs éléments relatifs à la relation de soin, parmi lesquels la compétence 4 du référentiel de compétences : “Établir et entretenir une relation thérapeutique dans un contexte d’intervention orthophonique”, dont les points suivants s’inscrivent directement dans la démarche d’évolution de la relation de soin :

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe
2. Adapter sa propre communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et thymique et de sa motivation
7. Rechercher et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient tout au long de l’intervention

Poser ce cadre réglementaire permet de mieux appréhender ce qui contribue à l’efficacité des interventions en orthophonie.

## B. Évolution du soin en orthophonie

### 1. Définition du soin

Worms (2006) définit le soin comme « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même. »

Pour Worms, le soin est à saisir dans ses deux dimensions :

- sa dimension curative, c’est-à-dire le traitement de **quelque chose**, de la maladie (cure)
- sa dimension relationnelle, comme une prise en considération de **quelqu’un**, de la personne en soin (care)

Ces deux dimensions indissociables du soin doivent être articulées.

Leloup, cité par Guérin-Legrand (2023), précise que “L’orthophoniste est donc celui qui d’une part techniquement aide à restaurer les compétences langagières et cognitives du patient, à les maintenir dans le cadre des maladies neurodégénératives ou à soutenir leur développement dans le cas des pathologies développementales. D’autre part grâce à ce travail rééducatif et par les échanges, le clinicien participe à la constitution ou au maintien de l’identité personnelle du patient.” Il s’agit donc pour l’orthophoniste de

réduire le langage ou la communication du patient tout en lui permettant, grâce à la relation de soin, de “retrouver ou affirmer son identité personnelle” (Guérin-Légrand, 2023). Par ailleurs, Guérin-Légrand (2023) décrit un sentiment de mieux-être professionnel par la prise en compte et l’articulation de ces deux concepts dans sa pratique, et affirme que cette estime de soi professionnelle lui permet une meilleure prise en soin de ses patients.

Ainsi, la relation de soin est conditionnée par un questionnement éthique (Kerlan, 2018), tout comme l’éthique médicale est conditionnée par la relation de soin (Worms, 2006).

## 2. Efficacité dans le soin

### a) L’alliance thérapeutique

Coquet (2023) s’appuie sur les travaux de Cungi pour définir l’alliance thérapeutique comme “une collaboration active entre patient et soignant travaillant ensemble, basée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions.” Selon Collot (2011), l’établissement d’une alliance thérapeutique est un processus interactionnel qui repose sur l’échange et le partage, implique l’apport du thérapeute, les particularités du patient, et le lien qui les unit. Patient et thérapeute partagent ainsi la responsabilité du soin. D’après Lambert et *al.* (2006) une intervention orthophonique efficace ne repose pas uniquement sur des “techniques de rééducation strictement employées”, mais également sur une relation partenariale de collaboration et d’implication entre le praticien et le patient. D’après Sylvestre et Gobeil (2020), la seule mise en place d’un projet de soin validé scientifiquement ne garantit pas l’efficacité du soin si l’orthophoniste ne parvient pas à créer une alliance thérapeutique durable. L’alliance thérapeutique joue donc un rôle dans l’efficacité de l’intervention orthophonique.

### b) L’Evidence Based Practice (EBP)

Approche clinique héritée de l’Evidence-Based Medicine (EBM) théorisée par Sackett dans les années 1990, l’Evidence-Based Practice (EBP) signifie “la pratique basée sur des preuves.” Elle est constituée de 4 piliers, qui ont pour but de réduire les incertitudes cliniques du praticien dans les processus de décision thérapeutique (Maillart & Durieux, 2014) :

- le pilier recherche : le praticien s’appuie sur les meilleures données issues de la recherche scientifique
- le pilier expertise : le praticien s’appuie sur ses savoirs et ses compétences cliniques
- le pilier patient : le praticien tient compte des caractéristiques et des préférences du patient, et l’inclut dans un processus de décision partagée
- le pilier contexte et environnement : le praticien tient compte des éléments contextuels qui peuvent avoir une influence sur la prise en soin

Selon Kerlan (2023), le pilier recherche est bien souvent privilégié pour justifier d'une "bonne pratique", au détriment des autres piliers, de l'intuition clinique, de la réflexivité du professionnel de santé, et de l'humain. Or, il est nécessaire de recentrer les pratiques de santé sur l'ensemble du sujet de l'EBM si l'on veut s'inscrire dans une démarche partenariale et individualisée. (Kerlan, 2023)

### **c) L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)**

Le terme "Évaluation des Pratiques Professionnelles" (EPP) apparaît en 2005 après la création de la HAS en 2005, elle est définie comme une « analyse de la pratique professionnelle, en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé. » L'objectif premier est l'amélioration de la qualité des soins (Haute Autorité de Santé, 2006). Dans cette même logique d'amélioration des soins, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST, 2009) rend le Développement Professionnel Continu (DPC) obligatoire pour tous les professionnels de santé, afin d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences.

### **d) Recommandations de Bonne Pratique (RBP)**

Publiées en 2022, les Recommandations de Bonne Pratique (RBP) d'Évaluation, de Prévention et de Remédiation des troubles du langage écrit chez l'enfant et l'adulte établissent par consensus formalisé les fondements de la pratique orthophonique en langage écrit. Elles mettent notamment en évidence la pertinence de l'EBP et de la décision partagée dans le cadre d'une approche centrée sur la personne. Par la valorisation des opinions du patient, la prise en compte de ses préférences et de ses savoirs expérientiels, par l'échange actif entre thérapeute et patient, et par l'adaptation constante du projet de soin en fonction de tous ces éléments, la décision en partenariat peut s'opérer. (Collège Français d'Orthophonie, 2022)

Selon ce consensus, la décision partagée améliore alors l'observance du traitement et l'efficacité de l'intervention. De plus, selon la HAS (2020), "les patients acteurs de leur propre santé resteront en meilleure santé."

Voici un extrait des recommandations relatives à la décision partagée : "*Recommandation 3.10*. Ces recommandations conseillent d'évaluer au cours du suivi orthophonique une modification des besoins, des ressources ou des contraintes personnels du patient ou de son environnement qui nécessitera de reconsidérer les objectifs de décision de soin et leurs modalités." (Collège Français d'Orthophonie, 2022)

## **C. Limites possibles à la mise en place et/ou à la poursuite du projet de soin**

Une bonne communication entre patient et praticien, l'établissement d'une alliance thérapeutique et son maintien peuvent être entravés de différentes manières. Ces obstacles peuvent être en lien avec le patient

et sa famille, avec le thérapeute, ou encore avec l'environnement (Collot, 2011). Dans un modèle descriptif de la communication en santé, présenté sous forme de roulette (Annexe III), Richard et Lussier proposent une liste de "clientèles particulières" et une autre de "situations spécifiques et sujets délicats." On y retrouve par exemple un milieu défavorisé, une faible littératie en santé, des troubles cognitifs, ou encore une culture différente (Richard & Lussier, 2023). Enfin, le manque d'investissement du patient et de sa famille constitue un facteur défavorable à une bonne relation thérapeutique selon les orthophonistes (Werba, 2020).

### III. Le sentiment d'auto-efficacité

#### A. Définition

Rondier, qui s'appuie sur les travaux de Bandura, définit le sentiment d'auto-efficacité (SAE) comme suit : "Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixés, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles." (Rondier, 2004)

#### B. Les sources du sentiment d'auto-efficacité

Selon la théorie de Bandura, il existe quatre sources du sentiment d'auto-efficacité : l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et les états psychologiques et émotionnels.

- L'expérience active de maîtrise :

C'est la plus efficace des sources de sentiment d'auto-efficacité. Elle est fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer. Plus l'individu connaît des succès réguliers dans une tâche ou un comportement précis, plus il croira en ses capacités personnelles pour l'accomplir. Si ces succès ne sont pas trop faciles, ils auront pour effet de renforcer le sentiment d'auto-efficacité. À l'inverse, les échecs peuvent l'affaiblir. (Rondier, 2004)

- L'expérience vicariante :

On l'appelle également l'expérience indirecte. L'individu apprend en observant et en se comparant à autrui. L'observation des réussites d'autrui dans des situations initialement difficiles contribue à renforcer la croyance de l'observateur en ses propres capacités à réussir. De la même manière, l'observation de l'échec d'autrui peut mener l'observateur à douter de ses propres capacités. (Rondier, 2004)

Cela est valable surtout si l'individu peut s'identifier facilement à l'observé (même situation professionnelle ou autres caractéristiques similaires). (Bandura, 2007)

- La persuasion verbale :

Si l'individu se trouve en difficulté, les conseils, avertissements, suggestions de son entourage peuvent accroître sa croyance d'efficacité. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une expérience. Les effets sur les croyances d'efficacité sont donc plutôt faibles. D'autre part, ces effets dépendent entre autres de la crédibilité et de l'expertise d'autrui. (Rondier, 2004)

- Les états psychologiques et émotionnels :

Ils influencent les croyances d'efficacité des individus. Les sentiments affectifs, associés à une situation, peuvent diminuer le sentiment d'auto-efficacité. Par exemple, si un individu ressent de l'anxiété qu'il associe à une performance faible dans sa tâche, alors il peut douter de ses capacités et cela peut le conduire à l'échec. (Rondier, 2004)

### C. Effets du sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité peut avoir un effet significatif sur le comportement, la motivation et la performance. Avoir un SAE élevé :

- Améliore la motivation pour accomplir des tâches difficiles parce les personnes croient en leur capacité à réussir (Galand & Vanlede, 2004).
- Réduit l'anxiété : les personnes ont tendance à se sentir plus calmes et moins stressées (Galand & Vanlede, 2004).
- Augmente la persévérance : les personnes sont plus susceptibles de s'en tenir à leurs objectifs, même lorsqu'elles rencontrent des obstacles (Galand & Vanlede, 2004).
- Améliore les performances (Galand & Vanlede, 2004).
- Améliore l'estime de soi : le sentiment d'auto-efficacité peut contribuer à une meilleure estime de soi, car il renforce la croyance en sa propre capacité à réussir (Bandura, 2019).

Pour Guérin-Legendre (2023), prendre soin de son estime professionnelle contribue à mettre le thérapeute dans de meilleures dispositions à soigner les autres.

### D. Sentiment d'auto-efficacité et relation à l'échec

Le sentiment d'auto-efficacité peut exercer une influence majeure sur la façon dont une personne perçoit et gère l'échec. Les personnes ayant un SAE élevé sont plus susceptibles de percevoir l'échec comme une opportunité d'apprendre et de progresser, tandis que les personnes ayant un SAE faible peuvent se sentir découragées ou désespérées après un échec (Lecomte, 2004).

Le sentiment d'auto-efficacité peut être influencé par de nombreux facteurs : les expériences, les modèles observés, et les encouragements reçus (Bandura, 2007). Ainsi, il peut être amélioré par des expériences positives, ou des encouragements constructifs réguliers (Bandura, 2019).

## IV. Le partenariat parental en orthophonie

### A. Le partenariat patient

#### 1. Le Montreal Model

Il s'agit d'un modèle récent de relation de partenariat entre patients et praticiens de santé, qui s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels des patients (savoirs acquis du patient au travers de son vécu de la maladie). Il existe depuis 2010 et a été théorisé par la Faculté de Médecine de Montréal. Ces savoirs expérientiels du patient sont les savoirs que celui-ci acquiert au cours de son expérience de la maladie, et qui vont venir compléter les savoirs scientifiques des professionnels de santé (Pomey et al., 2015).

#### 2. Notions socles du partenariat dans le soin

L'Université de Montréal (UdeM), définit la notion de partenariat de soin et de services par une "Relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux" (DCPP et CIO, 2016). En s'appuyant sur les travaux de l'UdeM (Annexe IV), Werba (2020) propose une liste de six fondements du partenariat en santé :

- le patient comme membre à part entière de l'équipe de soin
- la co-construction du projet de soin autour du projet de vie du patient
- la reconnaissance du savoir expérientiel et l'interdépendance des savoirs
- l'autodétermination du patient
- le co-leadership dans le soin
- le partenariat avec les proches aidants.

#### 3. Enjeux

Pour Kerlan (2023), l'évolution du schéma de soin tient au fait que la société évolue, et avec elle le rapport de la population au soin. L'empowerment du patient agit comme un "levier" de cette démocratisation du soin, en le plaçant au centre du processus de décision. (Gross, 2020) Ce qui devrait nous amener à

reconsidérer le terme “patient” au profit de “personne en soin” (Kerlan, 2023). Selon Pomey et al.(2015), les enjeux principaux du partenariat patient sont d’améliorer la santé, mais aussi la qualité du soin d’un point de vue de “l’accessibilité, la continuité, l’efficacité, la coordination, la sécurité”. Enfin, l’autonomie et l’autodétermination sont des enjeux importants car liés à la fois au projet de soin et au projet de vie du patient (DCPP et CIO, 2016).

## B. Intégrer le parent dans l’intervention orthophonique

Selon les recommandations de la HAS (2020), l’idée de rendre le patient acteur de sa santé n’est pas envisageable dans le cadre de la prise en soin d’un enfant. Il convient donc d’impliquer les parents dans l’intervention, dans la mesure où ils sont les “meilleurs connaisseurs” de leur enfant et de sa santé.

Coquet (2023), en faisant une synthèse de ses travaux antérieurs, propose une modélisation de pratique qui intègre le parent dans l’intervention orthophonique, répondant aux recommandations du Modèle de Montréal. L’objectif est d’améliorer la qualité des soins et leur efficacité, en mettant en place un partenariat.

(Annexe V)

### **Parents interlocuteurs (Coquet, 2017)**

Les parents sont interlocuteurs de l’orthophoniste et de leur enfant. L’orthophoniste doit prendre en compte à la fois leurs valeurs et leur fonctionnement de pensée et de communication, afin de tirer le meilleur parti de ce qu’ils peuvent apporter, eux qui vivent avec l’enfant au quotidien. En même temps, l’orthophoniste apprend aux parents à analyser la communication de leur enfant, à mieux communiquer avec lui, à l’aider à développer son langage. Ceci toujours en respectant leurs valeurs et en leur permettant de développer leur sentiment de compétence parentale (SCP).

### **Parents partenaires (Coquet, 2017)**

Les parents sont présents à l’évaluation, aux séances et au travail avec l’enfant : ils prennent part aux activités, aux mises en situation pour la transposition dans leur quotidien et celui de l’enfant. L’orthophoniste veille au développement nécessaire des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire afin d’améliorer l’interaction parent/enfant. Se met alors en place un “triangle rééducatif”, fondé sur un respect mutuel et une co-construction du soin. Un véritable partenariat dans lequel l’alliance thérapeutique est plus forte.

### **Parents relais (Coquet, 2017)**

L’objectif est de permettre aux parents de recourir aux stratégies travaillées ensemble, pour ainsi donner lieu à une “généralisation socio-environnementale”.

## **Bénéfices**

Des méta-analyses mesurent l'efficacité de ce type d'approche incluant les parents, et font état d'effets sur l'efficacité de l'intervention. (Coquet, 2023)

### **C. Distinction entre guidance, accompagnement et partenariat**

Une nouvelle classification épistémologique est proposée par Gonnot et Perichon afin de définir l'implication parentale dans la prise en soin orthophonique (Perichon & Gonnot, 2021).

#### **1. La guidance parentale**

Il s'agit d'une approche verticale de la collaboration thérapeute-famille, dans laquelle l'orthophoniste délivre des instructions aux parents visant à améliorer le langage ou la communication de leur enfant. (Perichon & Gonnot, 2021).

#### **2. L'accompagnement parental**

Il s'agit d'une approche collaborative dans laquelle l'orthophoniste, en tenant compte des préférences et du contexte du patient et de sa famille, construit les objectifs thérapeutiques et enjoint les parents à mettre en œuvre au quotidien les stratégies modélisées en séances (Perichon & Gonnot, 2021).

#### **3. Le partenariat parental**

Les parents, le patient et l'orthophoniste décident ensemble des objectifs thérapeutiques. Les savoirs expérientiels de la dyade parents-patient sont pris en compte, au même titre que leurs préférences, leurs valeurs, et que l'expertise professionnelle de l'orthophoniste. C'est une approche partenariale qui favorise l'engagement de toutes les parties et le transfert des stratégies au sein des différents environnements de vie du patient (Perichon & Gonnot, 2021).

### **D. Le Processus Partenariat Dynamique (PPD)**

Le Processus Partenariat Dynamique, théorisé par S. Gonnot et J. Perichon (2021) est un modèle de démarche partenariale de la prise en soin orthophonique, organisé en plusieurs étapes. Il a pour objet de favoriser l'empowerment du patient et de sa famille dans le processus de prise en soin, et rejoint le continuum de l'engagement des patients proposé par l'UdeM. ([Annexe VI](#))

## 1. Échange d'informations

Il s'opère lors de l'entretien clinique, et naît d'un besoin de compréhension mutuelle des différentes parties : parents, patient et orthophoniste, selon Detraux (2018) cité par Perichon (2022) . L'objectif est d'engager le patient et sa famille afin de garantir une implication durable, tout au long de la rééducation. Cet échange consiste pour l'orthophoniste à faire formuler la plainte, les attentes et l'implication souhaitée, à recueillir les éléments d'anamnèse, et à faire émerger les cognitions parentales. Cela nécessite de la part du thérapeute d'être dans une posture d'écoute active. Perichon et Gonnot (sous presse) s'appuient sur les travaux de Pelchat et Lefebvre (2005) pour souligner qu'en développant la confiance que les parents ont en eux, cet entretien et cette posture vont avoir un effet positif sur l'implication des parents et leur adhésion au projet de soin. Il s'agit donc de comprendre comment travailler ensemble pour être efficace.

## 2. Analyse de la situation écosystémique

Il existe 3 écosystèmes : la communauté (valeurs, environnement, intervenants, etc.), la famille (parents, et famille élargie), et l'enfant. L'analyse de la situation écosystémique dans le cadre du partenariat parental en orthophonie consiste en une recherche des facilitateurs et des obstacles interactionnels écosystémiques. Il s'agit de comprendre comment le patient gère ses difficultés dans sa vie quotidienne, en repérant facteurs de risque et facteurs de protection.

## 3. Consultation réciproque

C'est une consultation triadique parents-enfant-orthophoniste, qui a pour but de concilier priorités familiales et développementales. L'orthophoniste repère les facilitateurs et obstacles d'une part à l'engagement des parents. D'autre part à l'alliance thérapeutique : venant du patient, de ses parents, de l'orthophoniste ou bien du contexte. Lors de cette étape s'opère une symétrie relationnelle, c'est-à-dire la reconnaissance des savoirs de chacun : d'un côté les savoirs expérientiels de la dyade patient-parents, de l'autre les savoirs scientifiques de l'orthophoniste. Ce dernier va alors proposer les alternatives thérapeutiques possibles, tout en tenant compte des préférences et des valeurs du patient et de ses parents.

## 4. Décision partagée

Il s'agit du processus de choix commun des objectifs thérapeutiques et des modalités de l'intervention orthophonique, par la rédaction du Plan d'Intervention Orthophonique Concerté (P.I.O.C., outil conçu par Gonnot et Perichon), qui comprend plusieurs étapes :

- la décision partagée des objectifs fonctionnels et objectifs de vie

- la traduction en objectifs thérapeutiques S.M.A.R.T. (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini) et S.M.A.R.T.E.R (Évaluable et Réajustable)
- la détermination des différentes modalités de mise en œuvre des objectifs : fréquence, acteurs, moyens
- la définition des critères d'arrêt de la prise en soin.

En accord avec l'éthique du soin, il n'est pas question de convaincre le patient et sa famille, mais de proposer toutes les alternatives et de décider ensemble d'objectifs communs. Il faudra alors tenir compte à la fois des besoins et préférences du patient et de ses parents, de leurs valeurs, de leurs contraintes, de leurs ressources, et à la fois des données probantes et de l'expertise clinique du thérapeute. Ce sont les piliers de l'EBP.

## 5. Collaboration

Elle consiste à implémenter des objectifs décidés ensemble en amont, dans tous les milieux de vie du patient. Cette étape nécessite un fort engagement de la part de l'ensemble des proches du patient : on fait le lien à la fois avec le travail à la maison, en renforçant notamment le sentiment de compétence parentale, et à la fois avec l'école en discutant par exemple des aménagements possibles.

## 6. Évaluation du projet de soin

Grâce à différents outils de mesure tels que les lignes de bases ou encore les échelles écosystémiques de qualité de vie, l'objectif est de rendre compte de l'évolution du patient tant sur le plan quantitatif que fonctionnel. Cela peut déboucher soit sur une poursuite, soit sur un arrêt du soin.

## 7. Révision du projet de soin

Dans le cadre d'une poursuite du soin, il s'agit d'adapter le projet de soin aux nouveaux besoins du patient, en fixant de nouveaux objectifs S.M.A.R.T. à court terme. On peut également opter pour une pause thérapeutique si l'on sent une baisse d'investissement. Dans le cadre d'un arrêt du soin, on veille à activer le processus d'auto-solution : permettre aux parents d'expérimenter leurs propres solutions. Cela suppose d'avoir su laisser se développer chez eux la confiance et l'autonomie nécessaires.

# PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Nous faisons donc le constat d'un changement de paradigme du soin. Le schéma de soin, autrefois paternaliste, a progressivement évolué vers une approche centrée sur le patient, puis vers le partenariat de soin. Aujourd'hui, le partenariat est considéré comme un modèle relationnel de référence et d'avenir, en accord avec la transition épidémiologique actuelle et l'évolution du rapport des individus à la santé. La littérature rapporte que le recours au partenariat renforce l'efficacité et la qualité du soin, mais que certaines difficultés subsistent à la mise en place de ce type de relation de soin (investissement du patient, de sa famille).

On rapproche ce constat de l'émergence de formations dans le domaine de l'orthophonie. Si l'accompagnement parental est un thème de formation auquel les orthophonistes adhèrent depuis plusieurs années, on observe que des formations au partenariat parental sont désormais proposées. De plus en plus de praticiens se forment à ces approches et tentent de les intégrer à leur pratique.

Nous nous sommes alors interrogés sur les raisons qui conduisent les orthophonistes à la pratique du partenariat parental, et avons formulé la question de recherche suivante :

*Qu'est-ce qui motive la pratique du partenariat parental chez les orthophonistes et quels apports et limites sont identifiés par les professionnels dans leur pratique ?*

Nous avons formulé 4 hypothèses pour tenter de répondre à notre problématique :

**H1 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental le font dans le but de solutionner des situations d'inconfort dans leur pratique.**

**H2 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental observent des bénéfices dans l'efficacité de leur prise en soin.**

*H2.A : La durée de prise en soin est raccourcie*

*H2.B : L'alliance thérapeutique est considérée comme de meilleure qualité*

*H2.C : Les patients et leur(s) parent(s) sont perçus comme plus autonomes*

**H3 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental améliorent leur sentiment d'auto-efficacité.**

**H4 : Les orthophonistes pratiquant le partenariat parental observent des limites à sa pratique.**

*H4.A : Des limites liées à la pratique de l'orthophoniste*

H4.B : Des limites liées au patient et à sa famille

H4.C : Des limites liées au contexte

# **PARTIE PRATIQUE**

## **I. Méthode**

### **A. Population cible**

Cette étude cible les orthophonistes pratiquant le partenariat parental et qui exercent en France, afin de comprendre le choix de cette pratique, ses apports et ses limites. Ont été exclus de l'échantillon tous les participants considérant s'inscrire dans une démarche de guidance parentale seulement, ou dans une démarche d'accompagnement parental seulement.

Les critères d'inclusion sont donc : orthophonistes pratiquant le partenariat parental exerçant en France.

Le critère d'exclusion est donc : orthophonistes ne pratiquant pas le partenariat parental.

### **B. Objectif de l'étude**

En tentant de faire un état des lieux des bénéfices et des limites à la pratique du partenariat parental, cette étude s'intéresse à la façon dont les orthophonistes s'inscrivent dans un nouveau modèle de soin, privilégiant cette nouvelle approche.

Le but est d'amorcer une réflexion sur l'amélioration de l'expérience de prise en soin des orthophonistes par la pratique du partenariat parental, au travers de critères tels que le sentiment d'auto-efficacité des professionnels et l'efficacité des prises en soin.

### **C. Matériel**

#### **1. Choix de la méthode**

Nous avons fait le choix du questionnaire auto-administré, car il permet d'obtenir le plus de réponses possibles avec le moins d'efforts pour les participants. La diffusion via Internet permet de recueillir des données rapidement et sur un large panel.

#### **2. Conception du questionnaire**

Nous avons opté pour la plateforme SPHINX, qui est gratuite, ergonomique et offre tout un panel de fonctionnalités parmi lesquelles la conception, la diffusion et l'analyse.

Afin de mesurer au mieux les apports du partenariat parental sur la pratique orthophonique, nous avons transposé en items les compétences et activités des orthophonistes listées dans les référentiels (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2013), et qui nous ont semblé directement liées à la démarche du PPD.

Le questionnaire est disponible en intégralité en Annexe VII.

### 3. Architecture du questionnaire

PLAN DU QUESTIONNAIRE	HYPOTHÈSE(S) CONCERNÉE(S)	OBJECTIFS	ÉLÉMENTS DE RÉFÉRENCES/ SÉLECTION DES ITEMS
<p><b>INTRODUCTION</b></p> <p><i>Questions 1 et 2</i></p>		<p>Déterminer quelle(s) différence(s) font les orthophonistes entre les concepts de guidance parentale, accompagnement parental et partenariat parental</p> <p>Déterminer la pratique majoritaire des répondants (guidance, accompagnement, partenariat)</p>	
<p><b>PRATIQUE DU PARTENARIAT PARENTAL</b></p> <p><i>Questions 3 à 5</i></p>		<p>Répondre au critère d'exclusion : non-pratique du partenariat parental</p> <p>Recueillir des informations sur les modalités de pratique du partenariat parental chez les orthophonistes : formation, durée, comment l'ont-ils connu ?</p>	
<p><b>FAIRE LE CHOIX DU PARTENARIAT PARENTAL</b></p> <p><i>Questions 6 et 7</i></p>	<p><b>H1 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental le font dans le but de solutionner des situations d'inconfort dans leur pratique.</b></p>	<p>Confirmer ou infirmer H1</p> <p>Déterminer si ce sont des situations d'inconforts qui conduisent les orthophonistes à se tourner vers le partenariat parental</p> <p>Déterminer quelles sont ces situations d'inconfort qui conduisent les orthophonistes à se former et/ou à pratiquer le partenariat parental</p>	

<p><b>BÉNÉFICES DU PARTENARIAT PARENTAL DANS LA PRATIQUE</b></p> <p><i>Questions 8 à 10</i></p>	<p><b>H2 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental observent des bénéfices dans l'efficacité de leur prise en soin.</b></p> <p>H2.A : La durée de prise en soin est raccourcie  H2.B : L'alliance thérapeutique est considérée comme de meilleure qualité  H2.C : Les patients et leur famille sont perçus comme plus autonomes</p>	<p>Confirmer ou infirmer H2, H2.A, H2.B, H2.C</p> <p>Déterminer la place du partenariat parental dans l'ensemble de la pratique des professionnels (utilité, efficacité, fréquence de mise en place)</p> <p>Déterminer les bénéfices de la pratique du partenariat parental pour les répondants dans différentes activités professionnelles</p>	<p>Théorie sur le partenariat patient et sur le partenariat parental</p> <p>Éléments présentés dans les référentiels officiels de compétences et d'activités du Bulletin Officiel (septembre 2013)</p>
<p><b>BÉNÉFICES DU PARTENARIAT PARENTAL DANS LE SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ DES PROFESSIONNELS</b></p> <p><i>Questions 11 à 13</i></p>	<p><b>H3 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental développent leur sentiment d'auto-efficacité.</b></p>	<p>Confirmer ou infirmer H3</p> <p>Déterminer le sentiment d'auto-efficacité général  Déterminer si la pratique du partenariat parental entraîne une élévation du SAE général</p> <p>Déterminer si la pratique du partenariat parental améliore le SAE dans des activités professionnelles spécifiques</p>	<p>Théorie sur le sentiment d'auto-efficacité</p> <p>Éléments présentés dans les référentiels officiels de compétences et d'activités du Bulletin Officiel (septembre 2013)</p>
<p><b>LIMITES À LA PRATIQUE DU PARTENARIAT PARENTAL</b></p> <p><i>Questions 14 à 19</i></p>	<p><b>H4 : Les orthophonistes pratiquant le partenariat parental observent des limites à sa pratique.</b></p> <p>H4.A : Des limites liées à la pratique de l'orthophoniste.  H4.B : Des limites liées au patient et à sa famille.  H4.C : Des limites liées au contexte du soin et au contexte social</p>	<p>Confirmer ou infirmer H4, H4.A, H4.B, H4.C</p> <p>Déterminer si les sujets interrogés observent des limites à la mise en place ou à la pratique du partenariat parental</p> <p>Déterminer ces limites</p>	
<p><b>QUESTIONS PROFIL</b></p> <p><i>Questions 20 à 22</i></p>		<p>Recueillir des informations sur le profil professionnel des répondants à des fins statistiques</p>	
<p><b>PAGE DE REMERCIEMENTS</b></p> <p><i>Question 23</i></p>		<p>Remercier les participants</p> <p>Recueillir des données qualitatives en les invitant à s'exprimer librement dans un encart dédié</p>	

#### 4. Pré-test

Une phase de pré-test a été organisée, auprès de 8 participants. Le but de ce pré-test était de vérifier la prise en main et le bon fonctionnement technique du questionnaire sur la plateforme, le paramétrage et la clarté des questions, l'adéquation des modalités de réponses proposées, et le temps moyen de passation. Cette première diffusion a donné lieu à quelques ajustements ergonomiques et une reformulation d'item.

#### 5. Recueil de données

Le questionnaire a été diffusé sur la période de fin janvier à début avril 2023, via la plateforme SPHINX. La diffusion s'est faite dans un premier temps sur les réseaux sociaux, via des groupes dédiés aux orthophonistes. Puis nous avons élargi notre champ en le diffusant auprès des syndicats régionaux, et enfin à la liste des maîtres de stage agréés du CFUO de Toulouse. Concernant la protection des données, le questionnaire est anonyme et aucune donnée n'a été conservée.

#### 6. Traitement des données

Le caractère exploratoire de notre étude nous a conduit à réaliser des statistiques descriptives. Les résultats sont donc présentés sous forme de pourcentages, en mentionnant parfois des effectifs pour plus de clarté. Des analyses croisées ont également été réalisées et seront développées dans les parties dédiées. La plateforme Jamovi, recommandée par l'université, ne permettant pas de réaliser des analyses croisées lisibles de nos résultats, nous avons opté pour l'outil d'analyse Dataviv', inclus dans la plateforme SPHINX. Les diagrammes en barres ont été privilégiés par rapport aux diagrammes circulaires. En effet, les diagrammes en barres permettent d'effectuer des comparaisons entre différents groupes de données et une meilleure visualisation des quantités. (Borel et al., 2022)

Afin d'augmenter la pertinence des résultats et de permettre la validation ou non de nos hypothèses, nous avons choisi de fixer arbitrairement un seuil de 70% de réponses positives ou allant dans le sens de l'hypothèse ciblée. Cela nous a paru être un choix équilibré entre "trop peu" et "pas assez". Une hypothèse sera donc validée si le pourcentage de réponses à l'item concerné est supérieur ou égal à 70%.

Pour les questions utilisant une échelle de Likert, nous calculons le pourcentage d'accord en prenant en compte les réponses "Tout à fait" et "Plutôt oui" pour les questions n°9 et 13, et "Toujours", "Souvent", "Parfois" pour la question n°10. Si le pourcentage d'accord est supérieur ou égal à 70%, alors l'hypothèse est validée.

## II. Résultats

### A. Profil de l'échantillon

#### Nombre de participants

À la clôture du questionnaire, le nombre total de participants s'élève à 91. Nous n'avons retenu que ceux répondant au critère d'inclusion suivant : orthophonistes pratiquant le partenariat parental. 48 personnes ont indiqué avoir recours aux 3 pratiques, et 25 personnes ont indiqué pratiquer le partenariat parental (exclusivement ou parmi d'autres pratiques.) L'échantillon a donc, au terme de la question n°2, été réduit à 73 répondants.

Selon les derniers chiffres de la DREES (janvier 2022), 24 208 orthophonistes exercent en France. Les libéraux et mixtes représentent 85,3%, les salariés 14,7%. Ces chiffres sont relativement proches de notre échantillon, qui compte 79% de libéraux et mixtes, et 21% de salariés. D'après la méthode des quotas décrite par De Singly (2020), un échantillon de 62 orthophonistes libéraux et mixtes aurait été nécessaire, or notre échantillon est un peu inférieur : 58 répondants. Notre panel est alors insuffisamment représentatif.

À des fins statistiques, nous avons souhaité recueillir des informations sur le profil professionnel des participants, les 3 questions qui suivent interrogent donc le domaine, le mode d'exercice et l'ancienneté de l'exercice.

#### Domaines d'exercice

**Question n°21** : Tous les domaines d'exercice sont représentés, comme le montre la Figure 1.



Figure 1 : Réponses à la question 21 : "Dans quel(s) domaine(s) intervenez-vous ?" n=73

#### Modes d'exercice

**Question n°20** : Tous les modes d'exercice sont représentés. (Figure 2)

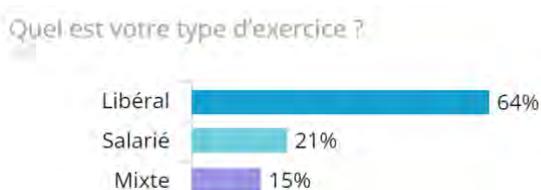


Figure 2 : Réponses à la question 20 : "Quel est votre type d'exercice ?" n=73

## Ancienneté

**Question n°22** : Tous les intervalles d'exercice sont représentés. (Figure 3)



Figure 3 : Réponses à la question 22 : "Depuis quand exercez-vous le métier d'orthophoniste ?" n=73

## B. Présentation des résultats

Toutes les questions présentées dans ce questionnaire sont obligatoires, à l'exception de la dernière question et des champs d'expression libre intitulés "Autre(s)" et "Si vous souhaitez ajouter quelque chose ou faire un commentaire", qui sont facultatifs. Au total, 12 questions (2,5,6,7,8,9,10,13,15,16,17,21) proposent des réponses multiples, les participants pouvant cocher un nombre illimité d'items. Cela explique pourquoi certains résultats présentent un total de plus de 100% de réponses. Les 10 questions restantes (1,3,4,11,12,14,18,19,20,22) sont à réponse unique.

Les réponses libres ("Autre(s)", "Si vous souhaitez ajouter quelque chose ou faire un commentaire", question n°23) sont synthétisées dans la partie Résultats, les tableaux exhaustifs sont référencés au fil du texte et disponibles en Annexes.

### 1. Introduction

Les objectifs de ces premières questions étaient :

- Déterminer quelle(s) différence(s) font les orthophonistes entre les concepts de guidance parentale, d'accompagnement parental et de partenariat parental
- Déterminer la pratique majoritaire des répondants entre guidance, accompagnement, partenariat ou les 3.
- Sélectionner les répondants selon le critère d'inclusion : orthophonistes pratiquant le partenariat parental.

### Différence(s) entre guidance parentale, accompagnement parental et partenariat parental

**Question n°1** : Avant la lecture des définitions, 62% des répondants ont indiqué établir une différence entre les 3 concepts.

**Question n°1.a** : Cet échantillon a expliqué en quelques mots cette différence.

Pour 10 répondants, la différence entre ces trois concepts est maîtrisée, ils en donnent une définition correcte et relativement complète. On relève des éléments de la terminologie spécifique du partenariat tels que : co-construction du projet de soin, patient/parents acteur(s) du soin, co-décision, relation horizontale, patient expert, savoirs mutualisés, ou encore collaboration.

18 répondants ne donnent qu'une définition partielle des concepts.

Les explications sont floues ou ambiguës pour 8 participants, une réponse indique par exemple que l'accompagnement est une "aide ponctuelle". Cela peut correspondre à un essai personnel de définition, en l'absence d'appui sur des données de la littérature.

Certaines réponses sont incorrectes ou hors sujet (exemple : accompagnement et partenariat sont équivalents. Autre exemple : cette différence renvoie à des particularités terminologiques françaises).

(Annexe VIII)

### Pratique majoritaire

**Question n°2** : Cette question permet de répondre à 2 objectifs : d'une part sélectionner les participants selon le critère d'inclusion. D'autre part observer, parmi ceux qui pratiquent le partenariat parental, la/les pratique(s) majoritaire(s) entre la guidance parentale, l'accompagnement parental et le partenariat parental.

Nous avons relevé les résultats suivants :

- guidance parentale : 1/73 (<1%)
- accompagnement parental : 15/73 (21%)
- partenariat parental : 25/73 (34%)
- 48 répondants (66%) ont indiqué avoir recours aux 3

## 2. Pratique du partenariat parental

L'objectif des questions 3 à 5 était de recueillir des informations sur la connaissance, la formation et la durée de pratique du partenariat parental chez les orthophonistes.

### Formation au partenariat parental

**Question n°3** : 41% (30/73) indiquent avoir suivi une formation.

**Question n°3.b** : Nous avons ensuite demandé aux 40 orthophonistes qui ont indiqué ne pas avoir suivi de formation quelles en étaient les raisons. 40% disent se sentir compétents et n'en éprouvent pas le besoin, et 33% ont l'intention d'en suivre une. 35% ont sélectionné "Autres" mais nous n'avons pas de données qualitatives associées à cet item, ce qui sera développé dans les biais et limites de l'étude.

**Question n°3.a** : Seulement 10/30 participants ont suivi une formation spécifique au partenariat. Les 21 restants ont suivi des formations dans lesquelles on trouve des références au partenariat ou à l'accompagnement parental, mais qui ne sont pas spécifiques à l'approche du partenariat. (Annexe IX)

#### Durée de pratique du partenariat parental

**Question n°4** : 88% des répondants pratiquent le partenariat parental depuis plus d'1 an, ce résultat sera analysé dans la partie biais et limites de l'étude.

#### Moyen de connaissance du partenariat parental

**Question n°5** : Enfin, nous avons demandé aux orthophonistes comment ils avaient connu le partenariat parental. Les résultats apparaissent sur la Figure 4.



Figure 4 : Réponses à la question 5 : "Comment avez-vous connu le partenariat parental ?" n=73

Les réponses "Autre(s)" (Annexe X) indiquent d'autres moyens de connaissance, tels que la sphère personnelle, les recherches professionnelles, l'évolution professionnelle, une pratique évidente ancrée, ou encore la pratique du partenariat sans le nommer.

### 3. Faire le choix du partenariat parental

Les objectifs des questions 6 et 7 étaient :

- Confirmer ou infirmer l'**HYPOTHÈSE H1** : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental le font dans le but de solutionner des situations d'inconfort dans leur pratique.
- Déterminer si ce sont des situations d'inconfort qui conduisent les orthophonistes à se tourner vers le partenariat parental ou d'autres raisons
- Déterminer quelles sont ces situations d'inconfort qui conduisent les orthophonistes à se former et/ou à pratiquer le partenariat parental

#### Choix de se former et/ou de pratiquer le partenariat parental

**Question n°6** : Nous avons interrogé les participants sur les raisons pour lesquelles ils ont choisi de se former au partenariat parental. 86% indiquent que c'est pour améliorer leur pratique/l'efficacité des soins. 52% déclarent l'avoir fait pour remédier à des situations d'inconfort. Très peu ont fait ce choix par hasard ou après une recommandation de formation. (Figure 5)

Pourquoi avoir choisi de vous former, de vous renseigner et/ou de pratiquer le partenariat parental ?

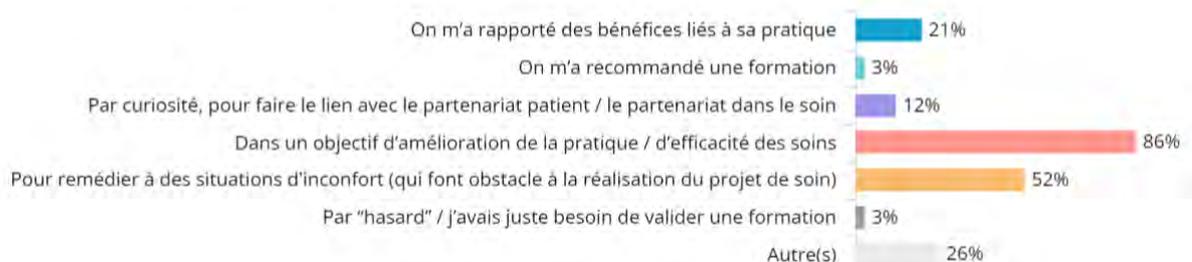


Figure 5 : Réponses à la question 6 : "Pourquoi avoir choisi de vous former, de vous renseigner et/ou de pratiquer le partenariat parental ?" n=17

Concernant les réponses "Autre(s)", nous retenons différents éléments parmi lesquels une volonté d'évolution professionnelle, ou encore que le partenariat est une pratique qui semble évidente/logique. On repère aussi des éléments qui peuvent être liés à des situations d'inconfort : le partenariat est jugé comme indispensable, il permet de répondre au besoin de "soulager" le professionnel et de partager la responsabilité du soin, et au besoin de fixer un cadre thérapeutique notamment dans la durée de prise en soin. (Annexe XI)

### Situations d'inconfort rencontrées

**Question n°7 :** Aux 38 personnes (52%) ayant répondu qu'ils souhaitaient remédier à des situations d'inconfort en pratiquant le partenariat parental, nous avons demandé quelle était la nature de ces situations. Leurs réponses se trouvent dans la figure ci-dessous (Figure 6)

Quelles sont les situations d'inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?

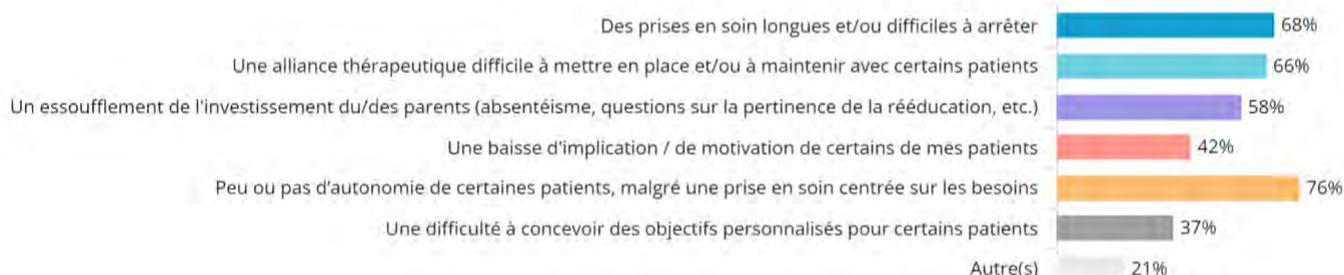


Figure 6 : Réponses à la question 7 : "Quelles sont les situations d'inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?" n=38

Dans l'encart libre "Autre(s)", on relève des réponses liées à la diversité des situations, à des pratiques parentales inadaptées, ou encore à une nécessité d'inclure les parents (absence d'investissement, manque de soutien de leur part.) (Annexe XII)

### Commentaires libres sur le choix du partenariat parental

Nous relevons les éléments suivants : le partenariat parental est incontournable et essentiel, il permet principalement de soigner la relation parent/enfant (communication, jeu). Un répondant déclare ne pas rencontrer de situations d'inconfort particulières et travailler en guidance dès le début de la prise en soin.

Une répondante souligne une prise de conscience, depuis qu'elle est elle-même parent, de l'importance et de l'efficacité de l'accompagnement/du partenariat dans les prises en soin.

#### 4. Bénéfices du partenariat parental dans la pratique dans la pratique orthophonique : efficacité des prises en soin

Les objectifs des questions 8 à 10 étaient :

- Confirmer ou infirmer les **HYPOTHÈSES H2,H 2.A,H 2.B,H 2.C** :

H2 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental observent des bénéfices dans l'efficacité de leur prise en soin

H2.A : La durée de prise en soin est raccourcie

H2.B : L'alliance thérapeutique est considérée comme de meilleure qualité

H2.C : Les patients et leur famille sont perçus comme plus autonome

- Déterminer la place du partenariat parental dans l'ensemble de la pratique des professionnels (utilité, efficacité, fréquence de mise en place)
- Déterminer les bénéfices de la pratique du partenariat parental pour les répondants dans différentes activités professionnelles

#### Utilité, efficacité et recours au partenariat parental

**Question n°8** : 66% des orthophonistes interrogés affirment que le partenariat parental est utile à leur pratique. 49% le jugent efficace et 38% l'utilisent dans la majorité de leurs prises en soin. (Figure 7)



Figure 7 : Réponses à la question 8 : "Le partenariat est aujourd'hui un outil" n=73

Les 7% ayant répondu "Autre(s)", soit 4 répondants, décrivent le partenariat comme complémentaire à leur pratique, utilisé ponctuellement dans la prise en soin des adolescents, non adapté à toutes les prises en soin, et permettant d'atteindre des objectifs clairs. (Annexe XIII)

#### Apports du partenariat parental pour les compétences et activités des orthophonistes

Pour rappel, les items de réponse sont proposés sous forme d'échelle de Likert.

**Question n°9 :** Les réponses “Tout à fait” et “Plutôt oui” sont sélectionnées par plus de 70% des participants, pour chacun des items. Une grande majorité des répondants observe donc une amélioration dans toutes les compétences et activités proposées. Néanmoins, on relève quelques nuances dans certaines réponses, qui sont partagées presque équitablement entre “Tout à fait” et “Plutôt oui”. C’est le cas de l’item “Définir et hiérarchiser des objectifs personnalisés.” (Tableau 1)

Pour chacune des compétences/activités présentées ci-dessous, précisez si vous observez des apports du partenariat parental dans votre pratique

	TOUT À FAIT	PLUTÔT OUI	JE NE SAIS PAS	PLUTÔT NON	PAS DU TOUT / JE N'AI PAS NOTÉ DE CHANGEMENT
Mener un entretien d'anamnèse	49%	29%	12%	8%	1%
Repérer les facilitateurs et les obstacles dans les différents écosystèmes (communauté, famille, patient)	55%	37%	3%	4%	1%
Repérer les compétences et les stratégies du patient	40%	48%	7%	1%	4%
Élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique ciblé sur les besoins et préférences du patient	55%	42%	1%	1%	0%
Définir et hiérarchiser des objectifs personnalisés	47%	45%	5%	1%	1%
Établir et entretenir une relation thérapeutique	71%	25%	3%	0%	1%
Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient et sa famille	79%	19%	1%	0%	0%
Mettre en place et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient tout au long de l'intervention	60%	34%	3%	1%	1%
Permettre aux patients et/ou aux familles de s'approprier les techniques d'intervention proposées	66%	27%	4%	1%	1%
Conseiller la famille, en fonction de ses connaissances, de ses savoir-faire et du mode de vie du patient et de la famille	55%	40%	1%	1%	3%
Adapter le projet thérapeutique et les objectifs de soin à l'évolution des attentes et besoins du patient et de sa famille	51%	45%	1%	3%	0%

Tableau 1 : Réponses à la question 9 : “Pour chacune des compétences/activités ci-dessous, précisez si vous observez des apports du partenariat parental dans votre pratique” n=73

Dans l’encart de réponse libre “Autre(s)”, on relève que le partenariat permet également de faciliter la fin de la prise en soin et d’enrichir la pratique. (Annexe XIV)

### Commentaires libres sur les bénéfices dans la pratique orthophonie

Nous avons retenu les éléments suivants : le partenariat parental permet un partage des responsabilités, donc plus de confort pour l’orthophoniste et l’évolution du patient est plus rapide. Néanmoins, il n’est pas adapté à toutes les familles et nécessite un investissement important des professionnels, pour un travail qui n'est pas inscrit à la nomenclature des actes (NGAP).

### Apports du partenariat parental dans la pratique

Pour rappel, les items de réponse sont proposés sous forme d’échelle de Likert.

**Question n°10 :** Dans cette rubrique, nous avons interrogé les orthophonistes sur les apports du partenariat parental dans leurs prises en soin, selon différents critères : durée des prises en soin, autonomie des patients/parents, qualité de l’alliance thérapeutique, implication des patients/parents, efficacité de la

rééducation. Les réponses “Toujours”, “Souvent” et “Parfois” sont sélectionnées par plus de 70% des participants pour l’ensemble des items. (Tableau 2)

Concernant les apports du partenariat parental dans votre pratique, vous diriez que :

	TOUJOURS	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Cela a réduit la durée des prises en soin	7%	41%	42%	8%	1%
Les patients sont plus autonomes à l'école et à la maison	12%	55%	29%	4%	0%
Les familles sont plus autonomes pour accompagner leur enfant (activités scolaires)	14%	48%	36%	1%	1%
Les patients sont plus impliqués (intérêt aux activités proposées et motivation constante)	25%	63%	12%	0%	0%
Les familles sont plus impliquées (moins ou pas d'absentéisme, intérêt pour la prise en soin et son évolution, apports personnels, transfert à domicile du travail en séance)	27%	59%	14%	0%	0%
L'alliance thérapeutique est de meilleure qualité (bonne relation thérapeutique, collaboration, communication plus aisée, entente entre l'orthophoniste et le patient/la famille sur les objectifs et les moyens)	41%	55%	4%	0%	0%
La rééducation est plus efficace / efficace plus rapidement	16%	63%	19%	1%	0%

Tableau 2 : Réponses à la question 10 : “Concernant les apports du partenariat parental dans votre pratique, vous diriez que...”  
n=73

Dans l’encart d’expression “Autres”, on retient que le partenariat est décrit comme un moteur dans les prises en soin, permettant aux patients et parents de comprendre l’intérêt de la rééducation orthophonique et de gagner en autonomie. On relève néanmoins des éléments moins positifs tels que le manque de recul par rapport à cette pratique, ou encore des parents peu coopérants. (Annexe XV)

## 5. Bénéfices du partenariat parental dans le sentiment d’auto-efficacité (SAE) des professionnels / des orthophonistes

Les objectifs des questions 11 à 13 étaient :

- Confirmer ou infirmer l’**HYPOTHÈSE H3** : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental développent leur sentiment d’auto-efficacité.
- Déterminer le sentiment d’auto-efficacité général
- Déterminer si la pratique du partenariat parental entraîne une élévation du SAE général
- Déterminer si la pratique du partenariat parental améliore le SAE dans des activités professionnelles spécifiques

### Sentiment général d’auto-efficacité

**Question n°11** : Les résultats montrent que 70% des interrogés affirment avoir un bon ou un très bon sentiment d’auto-efficacité. 29% le déclarent moyen et seulement 1% le déclarent mauvais.

## Évolution du sentiment d'auto-efficacité (SAE) depuis le recours au partenariat parental

**Question n°12 :** 62% des orthophonistes interrogés considèrent que leur sentiment d'auto-efficacité est plus élevé depuis qu'ils pratiquent le partenariat parental. Pour 21% des répondants, cela dépend des situations. Il serait intéressant de savoir pourquoi 4% des participants (soit 3 personnes) ont répondu que leur SAE n'avait pas évolué depuis le recours à la pratique du partenariat, en proposant un commentaire libre. Enfin, on relève que 14% déclarent ne pas savoir.

**Question n°12.a :** Nous avons ensuite demandé à ces 62% d'orthophonistes pourquoi leur SAE est plus élevé depuis qu'ils pratiquent le partenariat parental. Leurs réponses sont présentées dans la Figure 8.

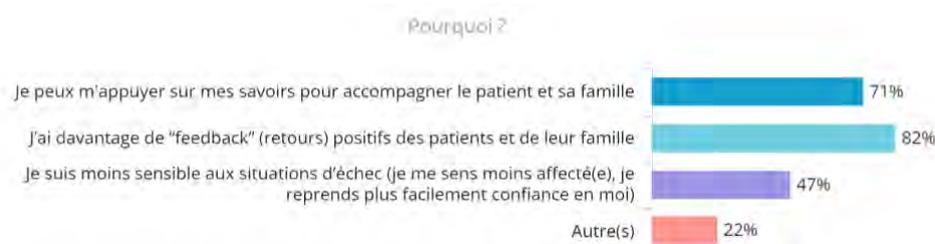


Figure 8 : Réponses à la question 12.b : "Pourquoi [votre SAE est-il plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental]?"  
n=45

Un encart libre "Autre(s)" a permis de recueillir des informations complémentaires. Nous retenons que les prises en soin sont plus efficaces et mieux ciblées ; les objectifs sont mieux définis, plus fonctionnels et plus facile à atteindre ; le "job" a plus de sens ; il y a moins d'échecs ; il y a des retours positifs des familles, la relation patient/orthophoniste est un moteur dans la prise en soin. L'élément le plus évoqué est que le poids des responsabilités est partagé entre l'orthophoniste et la famille. ([Annexe XVI](#))

Encart libre "Cela dépend des situations" : Les répondants ayant indiqué que "Cela dépend des situations" ont été invités à préciser leur réponse dans un encart libre. Nous retenons que cela dépend de plusieurs éléments : de l'implication des parents, du type de trouble et de sa sévérité (ici, TSA sévère), du contexte socio-culturel, et de l'adhésion des parents aux partenariat parental. ([Annexe XVII](#))

## Bénéfices de la pratique du partenariat parental dans le sentiment d'auto-efficacité, pour des compétences et activités données

**Question n°13 :** Pour rappel, les items de réponse sont proposés sous forme d'échelle de Likert.

Les répondants observent un effet positif du partenariat sur leur SAE dans la majorité des compétences et activités proposées. Les réponses "Tout à fait" et "Plutôt oui" sont sélectionnées par plus de 70% des participants, pour les 8 items suivants : l'accueil du patient et ses parents (75%), l'anamnèse (73%), l'élaboration du projet thérapeutique (90%), la définition des objectifs (79%), la séance (conception, mise en œuvre, évaluation) (79%), l'ajustement du projet de soin (87%), l'établissement/le maintien de l'alliance thérapeutique (90%), la pratique professionnelle (analyse, évaluation, évolution) (85%).

En revanche, le SAE n'augmente pas de manière significative pour les 5 autres items. Pour la gestion des tâches administratives, 65% ont sélectionné "Plutôt non" ou "Pas du tout". Enfin, 26% déclarent que leur SAE n'a pas augmenté dans la coopération avec les différents acteurs. (Tableau 3)

Pour chacune des compétences/activités présentées ci-dessous, précisez si votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental :

	TOUT À FAIT	PLUTÔT OUI	JE NE SAIS PAS	PLUTÔT NON	PAS DU TOUT
Accueillir le patient et ses parents	30%	45%	7%	11%	7%
Mener un entretien d'anamnèse	32%	41%	8%	14%	5%
Organiser et planifier un bilan adapté	15%	42%	22%	15%	5%
Élaborer un diagnostic orthophonique	14%	32%	26%	22%	7%
Élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique adapté à la situation du patient	32%	58%	7%	3%	1%
Définir et hiérarchiser des objectifs personnalisés	26%	53%	11%	8%	1%
Rédiger un compte-rendu de bilan orthophonique	7%	36%	22%	26%	10%
Concevoir, conduire et évaluer une séance	16%	63%	14%	3%	4%
Ajuster le projet de soin en fonction de l'évolution des attentes et des besoins	42%	45%	7%	3%	3%
Établir et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient et ses parents tout au long de l'intervention	37%	53%	5%	3%	1%
Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle	36%	49%	7%	4%	4%
Gérer et organiser les tâches administratives	1%	10%	25%	36%	29%
Coopérer avec les différents acteurs (collègues, professionnels de santé, aidants, école, etc.)	16%	37%	21%	16%	10%

Tableau 3 : Réponses à la question 13 : "Pour chacune des compétences/activités présentées, précisez si votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental" n=73

Dans les réponses "Autre(s)", on relève un frein à cette coopération avec les acteurs : l'accord de la famille pour transmettre des données de santé. (Annexe XVIII)

### Commentaires libres sur les bénéfices sur le sentiment d'auto-efficacité

Nous avons retenu les éléments suivants : un manque de recul pour voir les effets sur la pratique, un répondant indique n'observer aucun changement, la pratique du partenariat parental suppose une ouverture professionnelle constante et une expérience de la pratique sous le regard d'autrui.

## 6. Limites à la pratique du partenariat parental

Les objectifs des questions 14 à 19 étaient :

- Confirmer ou infirmer les **HYPOTHÈSES H4, H4.A, H4.B, H4.C** :

H4 : Les orthophonistes pratiquant le partenariat parental observent des limites à sa pratique

H4.A : Des limites liées à la pratique de l'orthophoniste

H4.B : Des limites liées au patient et à sa famille

H4.C : Des limites liées au contexte du soin et au contexte social

- Déterminer si les sujets interrogés observent des limites à la mise en place ou à la pratique du partenariat parental

- Déterminer ces limites

### Existence ou non de limites à la pratique du partenariat parental

**Question n°14 :** 89% des participants déclarent observer des limites à la pratique du partenariat parental. Seulement 5% affirment qu'ils n'en observent pas.

**Question n°14.a :** Nous avons demandé aux 5% de répondants qui n'observent aucune limite de préciser leur réponse, les résultats sont présentés dans la Figure 9.



Figure 9 : Réponses à la question 14.a "Précisez [pourquoi vous n'observez aucune limite à la pratique du partenariat parental]" n=5

### Limites observées liées à la famille et/ou au patient

**Question n°15 :** Les items "Absence ou manque d'implication des parents" et "Contexte conjugal/familial" sont sélectionnés par 69% et 60% des participants, se situant largement au-dessus des autres. On retrouve ensuite un ensemble d'items compris dans une fourchette allant de 31% à 45% de réponses, qui correspondent chacun à une **cause possible du manque d'implication**, ce qui expliquerait leur homogénéité. Enfin, 26% des répondants ont sélectionné l'impossibilité de mettre en place la relation thérapeutique. (Figure 10)

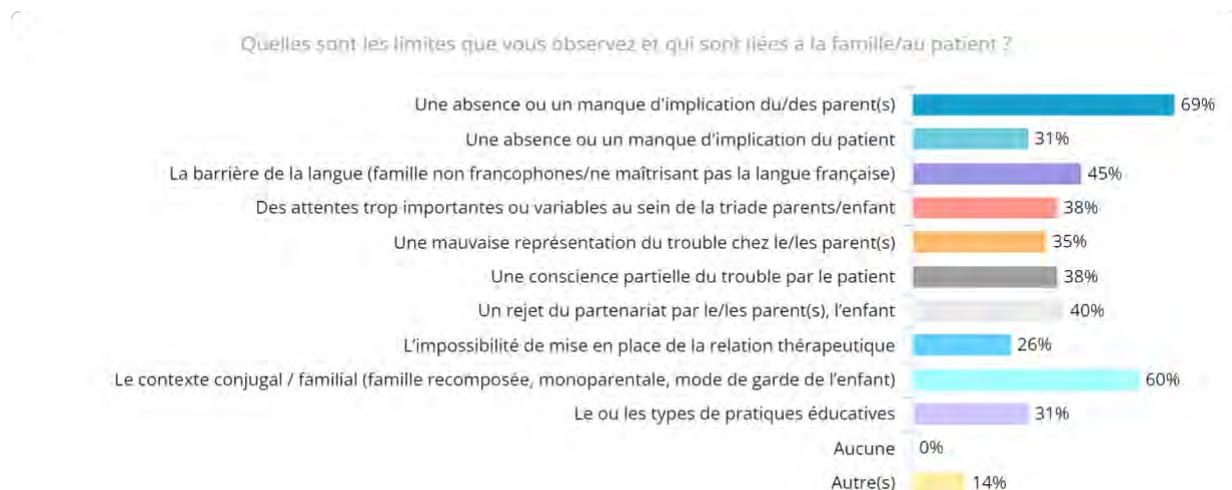


Figure 10 : Réponses à la question 15 "Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à la famille/au patient ?" n=65

Les 14% ayant répondu "Autre(s)" ont été invités à préciser leurs réponses. On en retient les limites suivantes : une fragilité intellectuelle familiale, un contexte familial particulier, le contexte socio-culturel, une période complexe, la cohésion orthophoniste/parent, et l'âge du patient. (Annexe XIX)

### Limites liées à la pratique orthophonique

**Question n°16 :** Les participants ont été interrogés sur les limites du partenariat parental liées à leur pratique orthophonique. Il en ressort principalement un besoin d’approfondissement de la pratique (38%), et un manque de temps pour élaborer le projet de soin (37%). L’absence du partenariat dans la NGAP constitue également une limite pour 32% des répondants. Seulement 6% déclarent préférer fixer les objectifs eux-mêmes plutôt que de les élaborer avec la famille. 22% n’observent aucune limite liée à leur pratique. (Figure 11)

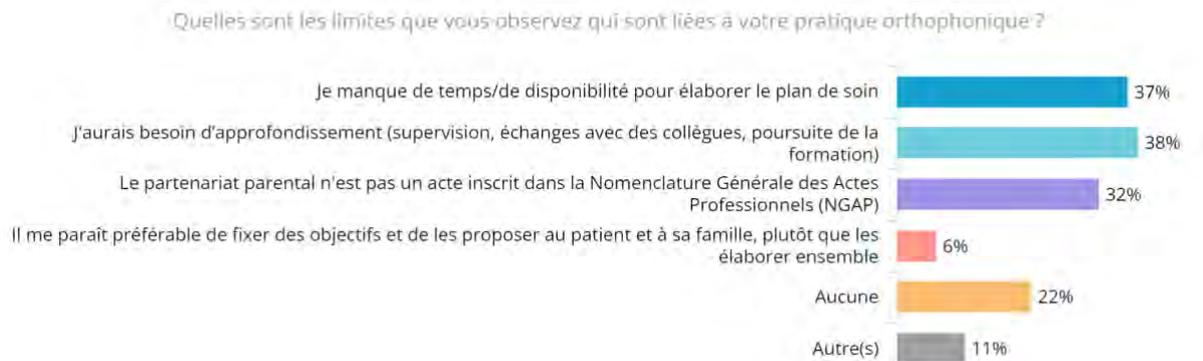


Figure 11 : Réponses à la question 16 “Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à votre pratique orthophonique ?” n=65

Dans les réponses “Autre(s)”, on relève que c’est une pratique qui demande une grande disponibilité mentale. Également que l’expérience de l’efficacité du partenariat rend difficile pour l’orthophoniste d’accepter le refus du partenariat par la famille. Enfin, certaines réponses sont partiellement inadaptées à la question car elles ne sont pas directement liées à la pratique, et mettent en cause les parents. ([Annexe XX](#))

### Limites liées au contexte

**Question n°17 :** La majorité des limites rencontrées sont liées à la logistique du patient (54%) et à l’éloignement (18%). Vient ensuite la présence de la fratrie interférant dans le travail (38%). Nous constatons néanmoins que 26% des répondants ne voient aucune limite liée au contexte. (Figure 12)



Figure 12 : Réponses à la question 17 “Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées au contexte ?” n=65

Dans les réponses “Autre(s)”, on relève des limites liées au contexte de la prise en soin sans le parent (patients venant en taxi), aux parents qui peuvent être présents mais pas acteurs, à la modalité d’exercice,

et au temps de prise en soin. Enfin, on relève quelques réponses inadaptées à la question posée. (Annexe XXI)

#### Commentaires libres sur les limites du partenariat parental

Nous avons relevé les éléments suivants : du côté des parents l'absence d'implication et de "remise en question", le rejet "passif" du partenariat (accord sur le principe mais pas prêts à s'investir), et l'impossibilité d'investissement dans certaines situations (phase aiguë, hospitalisation). Du côté de l'orthophoniste l'impossibilité de mettre en place plusieurs séances par semaine, et un répondant déclarant que le partenariat est une condition sine qua non à la prise en soin.

#### Effet négatif de la difficulté à mettre en place un partenariat parental sur le sentiment d'auto-efficacité

**Questions n°18** : Les réponses sont très hétérogènes, seulement 43% des répondants indiquent que leurs difficultés à mettre en place un partenariat parental aurait un effet négatif sur leur SAE. (Figure 13)



Figure 13 : Réponses à la question 18 : "Diriez-vous que vos difficultés à mettre en place un partenariat ont un effet négatif sur votre propre SAE ?" n=73

#### Effet négatif d'un sentiment d'auto-efficacité bas sur la mise en place d'un partenariat parental

**Question n°19** : Les réponses sont hétérogènes. 52% des participants indiquent néanmoins qu'il existe un lien entre un SAE faible et une difficulté à mettre en place un partenariat parental. (Figure 14)

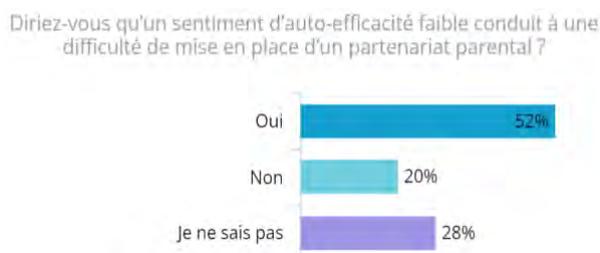


Figure 14 : Réponses à la question 19 : "Diriez-vous qu'un SAE faible conduit à une difficulté de mise en place d'un partenariat parental ?" n=73

Conclusion générale sur les limites : Entre 22% et 26% de participants ne trouvent "Aucune" limite liée à leur pratique ou au contexte. En revanche, 100% des participants observent des limites liées au patient/à la famille.

## 7. Remerciements et expression libre

Les objectifs de cette dernière partie du questionnaire étaient de remercier les participants et de recueillir des données qualitatives en les invitant à s'exprimer librement dans un encart dédié.

**Question n°23** : Nous avons relevé les affirmations suivantes :

- le partenariat parental est une pratique indispensable/essentielle en orthophonie
- il fait partie des recommandations mais n'est pas applicable à chaque cas
- l'alliance thérapeutique est féconde dans cette démarche
- le partenariat parental permet de partager les responsabilités en intégrant les parents
- cette pratique pousse à préciser les objectifs thérapeutiques
- le partenariat parental augmente le SAE

Un participant indique que le partenariat a participé à la poursuite de son exercice en renouvelant son intérêt et sa motivation pour la relation de soin. Enfin, quelques répondants soulèvent l'intérêt de la réflexion proposée sur le sujet. (Annexe XXII)

### C. Analyses croisées

#### 1. Analyses croisées liées aux hypothèses

Nous avons souhaité croiser les éléments d'amélioration de la prise en soin avec les motivations pour la pratique du partenariat parental et le SAE.

##### Durée des prises en soin

En croisant la **question n°7** avec l'item "Cela a réduit la durée de prise en soin" de la **question n°10**, on relève que 100% des participants souhaitant solutionner des prises en soin trop longues, observent une réduction de leurs prises en soin depuis qu'ils pratiquent le partenariat parental. (Figure 15)

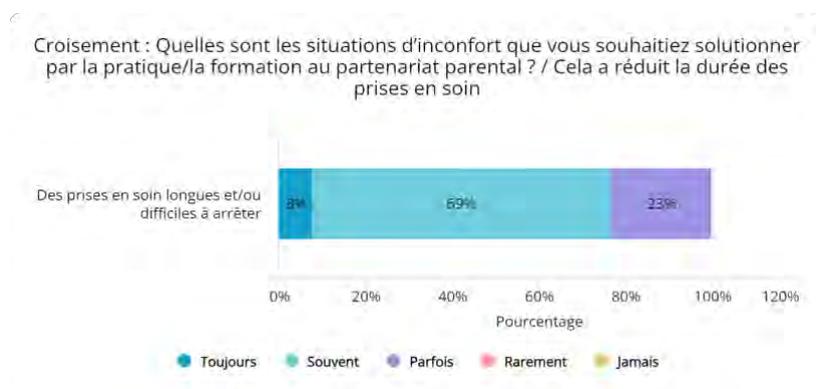


Figure 15 : Croisement question 7 et question 10 (item Durée de prise en soin)

## Autonomie des patients et de leurs parents/famille

97% des participants souhaitant solutionner un problème d'autonomie de leurs patients déclarent que ces derniers sont plus autonomes depuis qu'ils pratiquent le partenariat parental. (Figure 16)

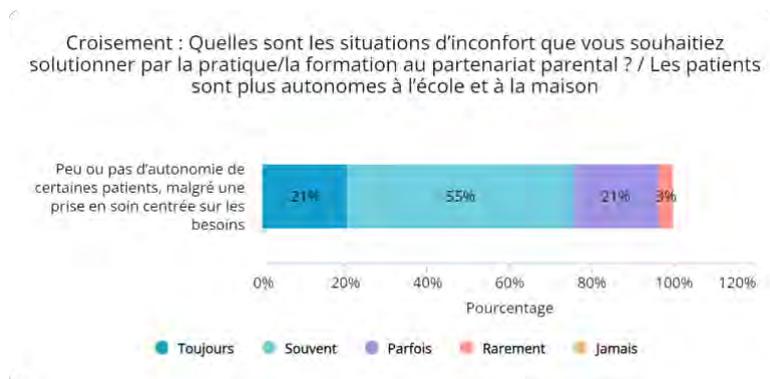


Figure 16 : Croisement question 7 et question 10 (item Autonomie)

## Alliance thérapeutique

Le croisement entre la **question n°7** et l'item "L'alliance thérapeutique est de meilleure qualité" de la **question n°10** montre que 100% des participants souhaitant solutionner une alliance thérapeutique difficile à mettre en place/à maintenir, observent que l'alliance thérapeutique est de meilleure qualité depuis qu'ils ont recours au partenariat parental. (Figure 17)

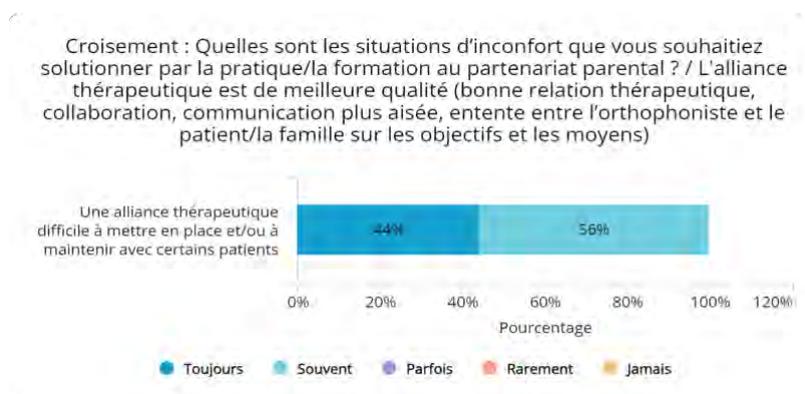


Figure 17 : Croisement question 7 et question 10 (item Alliance thérapeutique)

## Sentiment d'auto-efficacité (SAE)

**Croisement des questions n°4 et 11** : Les participants observent une amélioration du SAE général avec l'augmentation de la durée de pratique du partenariat parental. (Tableau 4)

Croisement : Depuis quand pratiquez-vous le partenariat parental ? / De manière générale, diriez-vous que votre sentiment d'auto-efficacité est :

DEPUIS QUAND PRATIQUEZ-VOUS LE PARTENARIAT PARENTAL ?	DE MANIÈRE GÉNÉRALE, DIRIEZ-VOUS QUE VOTRE SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ EST :									
	MAUVAIS		PASSABLE		MOYEN		BON		TRÈS BON	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Moins de 6 mois	0	0%	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%
Entre 6 mois et 1 an	1	20%	0	0%	3	60%	1	20%	0	0%
Plus d'1 an	0	0%	0	0%	15	23%	42	66%	7	11%

Tableau 4 : Croisement question 4 et question 11

**Croisement des questions n°4 et 12** : Les participants observent une augmentation de la fréquence d'amélioration du SAE avec celle de la durée de pratique du partenariat parental. (Tableau 5)

Croisement : Depuis quand pratiquez-vous le partenariat parental ? / Votre sentiment d'auto-efficacité est-il plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental ?

DEPUIS QUAND PRATIQUEZ-VOUS LE PARTENARIAT PARENTAL ?	VOTRE SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ EST-IL PLUS ÉLEVÉ DEPUIS QUE VOUS PRATIQUEZ LE PARTENARIAT PARENTAL ?							
	OUI		NON		JE NE SAIS PAS		CELÀ DÉPEND DES SITUATIONS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Moins de 6 mois	2	50%	1	25%	1	25%	0	0%
Entre 6 mois et 1 an	3	60%	0	0%	0	0%	2	40%
Plus d'1 an	40	63%	2	3%	9	14%	13	20%

Tableau 5 : Croisement question 4 et question 12

**Croisement des questions n°11 et 12** : Quel que soit le degré de SAE général des répondants (très bon, bon, moyen), ils estiment à la majorité que ce SAE est plus élevé depuis qu'ils ont recours au partenariat parental. On relève que chez les "très bon" SAE l'amélioration du SAE est significative après la pratique du partenariat parental. Néanmoins, chez les SAE "moyen" les réponses sont plus hétérogènes, le lien entre amélioration du SAE et pratique du partenariat est moins évident. Ce résultat sera développé dans la partie Discussion des résultats. (Figure 18)

Croisement : De manière générale, diriez-vous que votre sentiment d'auto-efficacité est : / Votre sentiment d'auto-efficacité est-il plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental ?

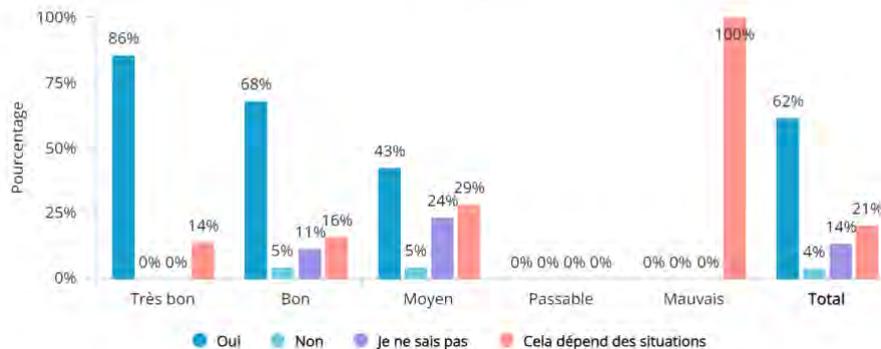


Figure 18 : Croisement question 11 et question 12

## 2. Explorations complémentaires

### Croisement question n°7 et question n°14 : apports de l'expérience du partenariat parental sur la réduction des obstacles à sa mise en œuvre

Les participants pratiquant le partenariat depuis plus d'1 an observent moins souvent des limites à sa pratique. On peut en déduire qu'une expérience plus longue du partenariat parental permet de mieux surmonter les obstacles à sa pratique. (Tableau 6)

Croisement : Depuis quand pratiquez-vous le partenariat parental ? / Observez-vous dans certaines situations des limites à la pratique du partenariat parental ? Ces limites peuvent être liées à la famille/au patient, à votre pratique ou au contexte de la prise en soin.

OBSERVEZ-VOUS DANS CERTAINES SITUATIONS DES LIMITES À LA PRATIQUE DU PARTENARIAT PARENTAL ? CES LIMITES PEUVENT ÊTRE LIÉES À LA FAMILLE/AU PATIENT, À VOTRE PRATIQUE OU AU CONTEXTE DE LA PRISE EN SOIN.

DEPUIS QUAND PRATIQUEZ-VOUS LE PARTENARIAT PARENTAL ?	OUI		NON		JE NE SAIS PAS	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 6 mois	4	100%	0	0%	0	0%
Entre 6 mois et 1 an	5	100%	0	0%	0	0%
Plus d'1 an	56	88%	4	6%	4	5%

Tableau 6 : Croisement question 7 et question 14

### Croisement question n°4 et question n°9 : apports de l'expérience du partenariat parental sur l'estimation du bénéfice

On relève dans le Tableau 7 que les participants pratiquant le partenariat depuis moins de 6 mois cochent plus souvent "Je ne sais pas" lorsqu'on leur demande si le partenariat a des bénéfices dans des compétences/activités données. On peut en déduire que plus l'expérience est longue, plus les apports du partenariat parental sont visibles par les participants.

Croisement Multiple

DEPUIS QUAND PRATIQUEZ-VOUS LE PARTENARIAT PARENTAL ?

	MOINS DE 6 MOIS		ENTRE 6 MOIS ET 1 AN		PLUS D'1 AN	
	N	%	N	%	N	%
Mener un entretien d'anamnèse	0	0%	1	20%	8	13%
Repérer les facilitateurs et les obstacles dans les différents écosystèmes (communauté, famille, patient)	1	25%	0	0%	1	2%
Repérer les compétences et les stratégies du patient	0	25%	0	0%	4	6%
Élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique ciblé sur les besoins et préférences du patient	0	0%	0	0%	1	2%
Définir et hiérarchiser des objectifs personnalisés	1	25%	0	0%	3	5%
Établir et entretenir une relation thérapeutique	1	25%	0	0%	1	2%
Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient et sa famille	1	25%	0	0%	0	0%
Mettre en place et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le	0	25%	0	0%	1	2%

Tableau 7 : Croisement question 4 et question 9

### III. Discussion

#### A. Étude des hypothèses

**H1 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental le font dans le but de solutionner des situations d'inconfort dans leur pratique.**

**Question 6** : Seulement 52% des répondants indiquent avoir choisi le partenariat parental pour solutionner des situations d'inconfort dans leur pratique. Néanmoins, 86% l'ont choisi dans un souci d'amélioration de la pratique et d'efficacité. Ce qui nous amène à supposer que la formulation des items a pu exercer une influence sur les réponses des participants. En effet, les 2 items *"Pour remédier à des situations d'inconfort"* et *"Dans un objectif d'amélioration de la pratique/d'efficacité des soins"* peuvent s'associer pour faire émerger que le choix de la pratique du partenariat parental est lié à un besoin d'évolution de la pratique orthophonique. Cependant, "améliorer" sa pratique est vu comme une volonté et une action positive, alors que "remédier à des situations d'inconfort", connoté négativement, renvoie à une difficulté à mettre en œuvre le projet thérapeutique et à dispenser des soins satisfaisants pour le patient, son entourage et l'orthophoniste. Cela a pu orienter les réponses et sera développé dans la partie Biais et limites de l'étude.

**L'hypothèse H1 est donc réfutée**, néanmoins on peut conclure à une volonté de la part des participants de faire évoluer leur pratique orthophonique avec le partenariat parental.

**H2 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental observent des bénéfices dans l'efficacité de leur prise en soin.**

*H2.A : La durée de prise en soin est raccourcie*

**Question n°10** : 90% des participants observent une réduction de la durée des prises en soin, et la totalité des orthophonistes qui souhaitaient solutionner la longueur des prises en soin en observent la réduction depuis le recours au partenariat parental. (Figure 15)

**La sous-hypothèse H2.A est donc validée.**

On fait cependant le constat suivant : seulement 7% des participants observent que la durée de prise en soin est **toujours** raccourcie. Ce résultat pourrait être expliqué par une insuffisance d'expérience dans la pratique du partenariat parental pour en observer tous les effets (corroborée par un commentaire d'un participant en Annexe XV.)

Une autre explication possible serait liée au fait que la durée des prises en soin est conditionnée par la réalisation des objectifs du projet thérapeutique. Les objectifs S.M.A.R.T.-E.R. et le P.I.O.C. permettent

d'évaluer l'efficacité d'objectifs à très court terme et donc constituent une aide à la décision partagée d'arrêt du soin (fin de soin ou pause thérapeutique). Or, cette formulation des objectifs constitue une modification des habitudes, qu'il convient d'expérimenter avant de l'intégrer totalement à la pratique afin d'en observer les effets.

Enfin, la pause thérapeutique nécessite une organisation d'emploi du temps pour garantir la disponibilité lors de la reprise des soins, ce qui représente également une modification des habitudes.

*H2.B : L'alliance thérapeutique est considérée comme de meilleure qualité*

100% des participants ont répondu "Toujours", "Souvent" ou "Parfois" à cet item, et "Parfois" ne représente que 4% des réponses. On peut en déduire que la qualité de l'alliance thérapeutique est améliorée par la pratique du partenariat parental.

En outre, on sait grâce au croisement présenté en Figure 17 que 100% des répondants ayant rencontré des difficultés liées à l'alliance thérapeutique ont répondu qu'elle était "Toujours" ou "Souvent" améliorée.

**La sous-hypothèse H2.B est donc validée.**

*H2.C : Les patients et leur(s) parent(s) sont perçus comme plus autonomes*

96% des participants indiquent que les patients sont plus autonomes. 98% indiquent que les familles sont plus autonomes. On sait également grâce au croisement présenté en Figure 16 que 97% des participants souhaitant solutionner un problème d'autonomie de leurs patients déclarent que ces derniers sont plus autonomes depuis qu'ils pratiquent le partenariat parental.

**La sous-hypothèse H2.C est donc validée.**

Les 3 sous-hypothèses H2.A, H2.B ET H2.C étant validées, **l'hypothèse H2 est validée.**

**H3 : Les orthophonistes qui pratiquent le partenariat parental développent leur sentiment d'auto-efficacité.**

**Question 12 :** Seulement 62% des répondants ont sélectionné l'item correspondant. Cela pourrait être expliqué par un SAE déjà haut, comme en témoigne la question qui précède, sur le SAE général. En réalité, on remarque que plus le SAE général est fort, plus il augmente de manière significative avec la pratique du partenariat (Figure 18). 10 personnes répondent "Je ne sais pas", mais le questionnaire ne leur permet pas d'expliquer leur choix. On peut tout de même l'interpréter comme un manque de recul, lié à une récence de pratique.

**Question 13 :** 8 items sur 13 atteignent le seuil des 70% de réponses en faveur d'une amélioration du SAE, mais ce n'est pas suffisant pour conclure à une amélioration générale du SAE dans la pratique orthophonique. Néanmoins, on note que les personnes qui retirent le moins de bénéfices sont souvent celles qui n'ont pas

développé leur SAE avec la pratique du partenariat parental. On peut en conclure qu'il existe un lien entre bénéfiques et sentiment d'auto-efficacité.

L'amélioration du SAE existe mais n'est pas significative pour tous les orthophonistes.

### **L'hypothèse H3 est donc réfutée.**

Néanmoins on sait que le SAE (celui mesuré depuis la pratique du partenariat parental) est dépendant du SAE général et de la durée de pratique du partenariat parental. Le croisement entre les données du SAE général et celles du SAE après la pratique du partenariat parental (Figure 18) montre qu'un très bon SAE général génère un cercle vertueux, dans lequel le partenariat parental, par les bénéfices qu'il engendre, va s'inscrire comme une pratique venant renforcer ce SAE. À l'inverse, les personnes qualifiant leur SAE de "moyen" ont plus de mal à faire émerger un lien entre le SAE et une nouvelle méthode dans leur exercice. Cela peut s'expliquer par une tendance à penser que le SAE est lié au contexte et à des éléments externes, et non à sa propre pratique. On peut rapprocher cette supposition des résultats de la partie "Limites" : les principales limites rencontrées par les professionnels pour pratiquer le partenariat parental sont celles liées au patient et à sa famille.

En résumé, on ne sait pas dire exactement si le SAE est amélioré par le partenariat parental, mais on constate que moins le SAE général est bon, moins on relie sa qualité à sa propre pratique orthophonique.

## **H4 : Les orthophonistes pratiquant le partenariat parental observent des limites à sa pratique.**

### H4.A : Des limites liées à la pratique de l'orthophoniste

Seulement 22% des répondants n'observent "Aucune" limite pour cette question. **La sous-hypothèse H4.A est donc validée** puisque 78% rendent compte de limites liées à leur pratique orthophonique.

### H4.B : Des limites liées au patient et à sa famille

100% des participants constatent des limites à la pratique du partenariat parental liées au patient et à sa famille. **La sous-hypothèse H4.B est donc validée.**

### H4.C : Des limites liées au contexte

Seulement 26% indiquent n'observer "Aucune" limite pour cette question. **La sous-hypothèse H4.C est donc validée** puisque 74% rendent compte de limites liées au contexte.

Il est intéressant de relever que les limites liées au patient et sa famille sont observées par tous les répondants, alors que ces derniers n'en relèvent pas toujours en lien avec la pratique ou le contexte. On pourrait rapprocher ce constat de celui concernant l'augmentation de la qualité de l'alliance thérapeutique par la pratique du partenariat parental (H2.B). En effet, de nombreuses limites liées au patient/à la famille telles que le manque d'implication ou l'impossibilité d'établir une relation thérapeutique, pourraient être

résolues grâce à une alliance thérapeutique de meilleure qualité. Selon Sylvestre et Gobeil (2020), “Dans les situations où les cliniciens ont de la difficulté à établir une alliance, il est de leur responsabilité d’identifier de quelle façon ils contribuent à cette situation et de réfléchir sur leurs propres actions afin d’apporter les correctifs nécessaires.” Il incombe donc au thérapeute de veiller à l’établissement et au maintien d’une alliance efficace. Cela nous amène au constat suivant : les limites liées au patient/à la famille sont associées à la posture du thérapeute. Finalement, établir une alliance thérapeutique de qualité est sans doute le gage d’une amélioration du soin.

Les 3 sous-hypothèses H4.A, H4.B ET H4.C étant validées, **l’hypothèse H4 est validée.**

### RÉPONSE À LA PROBLÉMATIQUE

Nous souhaitons dans cette étude déterminer ce qui incite les orthophonistes à pratiquer le partenariat parental, et relever les apports et limites qu’ils identifient dans l’expérience de cette pratique. La principale motivation à la pratique du partenariat parental est de faire évoluer la pratique orthophonique, en améliorant l’efficacité des soins et en remédiant à des situations d’inconfort.

Ainsi, les orthophonistes que nous avons interrogés rendent compte de bénéfices dans l’efficacité des prises en soin, tels que la réduction de la durée des interventions, une plus grande autonomie des patients et une alliance thérapeutique de qualité. En revanche, les bénéfices de cette démarche sur le sentiment d’auto-efficacité sont plus discutables. Nous expliquons ceci par le fait que le SAE général des orthophonistes est plutôt élevé, mais pour certains d’entre eux la récurrence de la pratique du partenariat parental ne permet peut-être pas encore d’en discerner tous les bénéfices.

Les limites rapportées par les orthophonistes concernent en grande majorité le patient/sa famille, l’implication des parents étant la plus fréquemment sélectionnée. Un grand nombre des professionnels interrogés identifie également des limites qu’ils relient à leur pratique et au contexte, telles que le manque d’approfondissement de la pratique ou encore les contraintes logistiques.

## **B. Discussion des résultats**

Au-delà de la validation ou non de nos hypothèses, notre travail d’analyse des résultats a mis en évidence un certain nombre d’éléments, qu’il nous paraissait intéressant de développer.

Nous avons relevé de nombreux commentaires soulignant que le partenariat parental permet de partager la responsabilité du soin entre la dyade patient/parent et l’orthophoniste. Il serait intéressant d’étudier si ce “soulagement” peut être mis en lien avec un mieux-être professionnel, comme le souligne Guérin-Legrand (2023). Si l’hypothèse était confirmée, le partenariat parental pourrait être considéré comme une pratique améliorant le bien-être des professionnels qui y ont recours.

Lorsque l'on interroge les participants sur les apports du partenariat parental dans leur pratique, on relève des nuances dans certaines réponses, qui sont partagées presque équitablement entre "Tout à fait" et "Plutôt oui". C'est le cas de l'item "Définir et hiérarchiser des objectifs personnalisés." Cela peut indiquer que cette compétence n'est pas améliorée dans toutes les prises en soin, ou bien qu'il faut plus d'expérience dans la pratique du partenariat parental pour observer des effets sur cette compétence.

Nous avons constaté que des limites liées au patient et sa famille sont observées par tous les répondants, alors que ces derniers n'en relèvent pas toujours qui sont en lien avec la pratique ou le contexte. La question se pose alors de résoudre le problème des limites liées au patient et à sa famille. Il nous semble que la réponse se trouve dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Bien qu'améliorée par la pratique du partenariat parental, nous avons pu déduire qu'elle demeure bien souvent liée à ces limites. Nous avons vu dans la littérature que l'alliance thérapeutique est un gage de réussite du soin, et que cela fait partie des compétences du thérapeute de veiller à son établissement et à son maintien. On peut alors s'interroger : Quels sont les moyens à employer pour développer une alliance thérapeutique suffisante à l'adhésion au soin ? Comment permettre à certaines familles d'adhérer à la démarche partenariale, au moyen de l'alliance thérapeutique ? Il s'agirait peut-être, au cas par cas, de trouver des leviers pour développer le sentiment de compétence parentale afin d'accroître l'implication des parents dans le soin.

Dans le champ libre concernant le choix du partenariat parental, on relève un certain nombre de réponses qui renvoient à des situations d'inconfort (par exemple "soulager" le professionnel). Or, un item spécifique était dédié à ce type de réponses, sélectionné par seulement 52% des répondants. Peut-être aurait-il été intéressant de reposer la question à la fin du questionnaire, pour observer si les participants avaient un point de vue différent, ou s'il s'était opéré une prise de conscience de difficultés liées à des situations d'inconfort dans leur pratique.

Lorsqu'on interroge les participants sur les bénéfices du partenariat parental sur leur SAE, on s'aperçoit que les compétences/activités pour lesquelles le SAE est amélioré sont celles qui sont directement liées à la démarche du partenariat. On retrouve par exemple l'établissement/le maintien de l'alliance thérapeutique ou encore l'ajustement du projet de soin. En revanche, on note que le partenariat parental n'a que très peu de retentissement sur la gestion administrative, ce qui n'est pas surprenant puisqu'un type de pratique n'a pas d'incidence sur cet aspect de la profession.

Concernant l'effet du partenariat parental sur le SAE des professionnels pour coopérer avec les différents acteurs, les résultats sont très hétérogènes. Une hypothèse explicative serait que le partenariat avec les autres acteurs est encore peu développé en France chez les orthophonistes. Or si l'on se réfère au modèle de Montréal, on doit pouvoir inscrire sa pratique dans un partenariat global de coopération entre les

différents professionnels, et pas uniquement dans un partenariat-patient/parental (Annexe IV). S'il est effectivement peu ancré dans la pratique, cela pourrait être en raison de difficultés à le mettre en place compte tenu de la diversité des acteurs, de l'isolement des professionnels libéraux, du manque de moyens mis à disposition ou encore de l'évolution lente de ce schéma de soin. On peut ajouter à ce constat le commentaire d'un répondant, indiquant qu'un des freins au partenariat avec les autres professionnels de santé vient de l'accord des familles pour communiquer les informations relatives au suivi et au projet de soin.

Renforcer le SAE serait un gage de réussite de mise en œuvre d'une nouvelle pratique professionnelle, ici le partenariat parental. Pourtant, les participants ayant un SAE "moyen" ont apparemment plus de mal à faire émerger un lien entre leur SAE et les apports d'une nouvelle méthode dans leur exercice. Nous émettons l'hypothèse qu'un SAE "moyen" va être plus difficile à améliorer, voire peut faire entrer la personne dans un "cercle vicieux".

Pour illustrer notre propos, arrêtons-nous sur les réponses d'une personne, la seule qui qualifie son SAE de "mauvais". Ce profil unique se détache concernant la perception du SAE. Nous avons analysé l'ensemble de ses réponses et en avons tiré des hypothèses. **Profil de participant et choix du partenariat parental** : exercice mixte depuis plusieurs dizaines d'années, son SAE pourrait-il être lié à une lassitude professionnelle ? En effet, il a coché tout ce qui correspond à un essoufflement ou qui est lié à des contraintes externes (durée de prises en soin, investissement des parents et du patient...) **Formation et bénéfices du partenariat parental** : vidéo vignette clinique sur le partenariat et pratique depuis moins d'1 an, ne l'utilise que dans quelques prises en soin, et peu d'apports dans l'anamnèse, les objectifs et l'alliance. Le peu d'outil à disposition (en comparaison de ceux proposés dans les formations plus longues) et le peu d'expérience représentent-ils un obstacle à la mise en place du partenariat parental et aux bénéfices possibles dans les prises en soin ? **Limites du partenariat parental** : relevées dans toutes les catégories (patient/famille, pratique orthophonique, contexte.) Un fait plus intéressant encore : être en difficulté pour pratiquer le partenariat parental a un effet négatif sur le SAE de ce répondant. Il s'agit là d'un exemple du cercle vicieux évoqué précédemment.

Pour résumer, le participant n°28 a cherché à solutionner des situations d'inconfort avec le partenariat parental. Nous formulons l'hypothèse suivante : sa formation n'étant pas assez complète, elle ne lui fournit pas tous les outils nécessaires. Les bénéfices sont donc insuffisants dans sa pratique pour avoir des répercussions sur son SAE. De surcroît, les difficultés à s'inscrire dans cette pratique renforcent le peu de profit à en retirer. En outre, elles constituent probablement un obstacle à une alliance thérapeutique de qualité. Or nous avons vu qu'une alliance thérapeutique de qualité était le gage de réussite des soins. Une hypothèse complémentaire émerge : ce participant ne solutionne pas ce qui le gêne car il rencontre des difficultés pour lever les freins à la mise en place d'une alliance thérapeutique de qualité.

## C. Biais et limites de l'étude

L'analyse des résultats de notre étude a mis en évidence un certain nombre de biais, que nous développerons dans cette partie.

### 1. Biais méthodologiques

Comme nous l'avons évoqué précédemment, notre échantillon n'est pas représentatif de la population des orthophonistes en France. Une étude sur un panel un peu plus large permettrait de généraliser nos hypothèses.

Nous n'avons pas proposé de question qui permette d'exclure les participants n'exerçant pas en France. Cependant, il ne s'agit pas tout à fait d'un biais de sélection puisque nous n'avons sollicité que des orthophonistes exerçant en France via nos modes de diffusion, et que ce critère était précisé dans le descriptif de notre appel à participation.

La population de notre échantillon est principalement composée de maîtres de stage agréés par le centre de formation en orthophonie de Toulouse, nous le savons car il y a eu une forte affluence de réponses après diffusion à cette liste. Sans que cela constitue un réel biais, on peut souligner que notre échantillon est essentiellement constitué de professionnels dont le regard est porté sur la formation (initiale et continue), les données récentes et probantes, la mise à jour des données et des connaissances, et dont l'implication est notable. De plus, le moyen de diffusion était exclusivement numérique, ce qui exclut d'office toutes les personnes non informatisées.

#### Formulation des questions

En premier lieu, nous avons très vite réalisé au cours de l'analyse des données que le nombre de questions à réponses multiples rendait difficile l'analyse croisée des données.

Dans la **question n°2**, l'emploi de "plutôt" dans chaque item pose un problème. En effet, ce terme implique un choix unique, or nous avons autorisé les réponses multiples pour cette question. Il aurait fallu proposer les items de la façon suivante : "À la guidance", "À l'accompagnement", "Au partenariat". De cette manière, les réponses multiples auraient eu plus de sens, d'autant que l'on peut "mixer" ces 3 pratiques, le choix se faisant au cas par cas selon un principe de souplesse de pratique souvent nécessaire. Par ailleurs, il aurait été intéressant d'avoir des précisions sur les réponses "Plutôt aux 3", afin de déterminer dans quelles situations et pourquoi ce choix (patient, pratique orthophonique, contexte ?)

Pour la **question n°3.b**, nous n'avons pas proposé d'encart libre pour justifier du choix "Autre(s)". Il s'agit d'un oubli, il aurait été intéressant d'avoir des précisions sur ces 15 réponses.

Pour la **question n°4**, la fourchette proposée pour la durée de pratique du partenariat parental n'est pas assez sensible : 88% de répondants cochent « plus d'1 an. » En ajoutant davantage d'intervalles, nous aurions pu dégager des résultats plus précis sur les bénéfices et les limites du partenariat parental, et également sur le SAE.

Dans la **question n°6**, l'emploi de l'expression "situations d'inconforts" crée un biais car le terme n'a pas été défini dans le questionnaire.

Pour la **question n°12** sur le SAE depuis la pratique du partenariat parental, il existe un biais car il aurait fallu mesurer le SAE avant la pratique et après la pratique, afin d'objectiver une évolution. Néanmoins, nous gardons à l'esprit que certains orthophonistes ont pu rendre compte de cette évolution, au moyen d'outils proposés en formation. Par ailleurs, il aurait convenu de poser une question plus fermée, ou bien de permettre aux participants d'expliquer le choix "Je ne sais pas", afin de comprendre d'où vient cette indécision (manque de clarté de la définition du SAE, manque de recul dans la pratique du partenariat parental ?). Nous n'avons pas non plus proposé de commentaire libre pour les personnes ayant coché "Non", or connaître les raisons de cette absence d'évolution nous aurait peut-être permis de faire des liens avec les limites du partenariat parental.

Pour la **question n°21** sur les domaines d'intervention, nous avons choisi d'inclure les troubles de la fluence dans le domaine du "Langage oral." Il aurait convenu de proposer un domaine "Fluence" à part entière. En effet, un participant a indiqué n'avoir pas pu cocher ce domaine, majoritaire dans sa pratique.

### Construction du questionnaire

Nous avons relevé des imprécisions, des confusions et des erreurs dans les définitions de guidance, accompagnement et partenariat parental. Il est possible que certains participants qui pratiquent une forme de partenariat parental proche de celle définie par les auteurs, aient recours en réalité à une pratique moins formalisée ne répondant pas à toutes les caractéristiques du PPD. Dans ce cas, il est probable que, malgré la sélection opérée après présentation des définitions des auteurs, nous les ayons inclus dans l'échantillon. Nous aurions pu proposer une liste des formations, afin d'éliminer les participants qui n'étaient pas, spécifiquement, formés à cette pratique.

## 2. Biais de désirabilité sociale

Il s'agit d'un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. Ce biais est à prendre en compte dans notre étude, puisque nous interrogeons les professionnels notamment sur leur pratique, leurs difficultés, leur sentiment d'auto-efficacité.

Par exemple dans la **question n°6**, la formulation des items a pu conduire les participants à choisir majoritairement l’item positif (amélioration de la pratique) plutôt que celui-ci qui renvoie à un problème existant que l’on souhaite résoudre (situations d’inconfort).

### 3. Biais d’auto-complaisance

Pour les **questions n°15, 16 et 17** sur les limites, il faut tenir compte du fait que 22% ne trouvent “Aucune” limite liée à leur pratique et que 26% de participants n’en trouvent “Aucune” liée au contexte. En revanche, 100% des participants observent des limites liées au patient/à la famille. Il peut s’agir d’un biais d’auto-complaisance, qui est une tendance des individus à attribuer la causalité de leur réussite à leurs qualités propres (causes internes) et leurs échecs à des facteurs ne dépendant pas d’eux (causes externes).

### 4. Limites de l’étude

Le manque de sensibilité de la question n°4 sur la durée de pratique du partenariat parental est une limite de notre étude, qui manque donc de fiabilité. Également, le manque de représentativité de l’échantillon limite la pertinence statistique de nos résultats. Notre travail de recherche engagé avec ce mémoire pourrait être approfondi. Ainsi, l’analyse s’enrichirait d’autres croisements des résultats et nos hypothèses pourraient, avec un échantillon plus large, se généraliser à la population générale des orthophonistes en France. On pourrait par exemple rechercher s’il existe une corrélation entre les limites rencontrées et les domaines d’intervention, ou bien entre le SAE et l’ancienneté d’exercice de la profession.

## D. Perspectives

Cette étude a permis de mettre en relation le SAE des orthophonistes et la pratique du partenariat parental. Ce sentiment d’auto-efficacité du professionnel de santé pourrait être corrélé au sentiment de compétence parental (SCP) des parents de patients. Il pourrait s’agir d’une étude avant/après formation et pratique du partenariat parental, avec un relevé des modifications du SAE des professionnels et du SCP des parents. Les indicateurs seraient alors :

- les 4 points du SAE et les compétences professionnelles (pour les orthophonistes)
- des critères propres au SCP tels que de meilleures interactions, une reconnaissance des compétences, la réassurance (pour les parents)
- une amélioration de l’alliance thérapeutique et de la qualité du soin

Par ailleurs, nous avons constaté que les orthophonistes rencontraient presque systématiquement des limites à la mise en place du partenariat parental. Une étude sur les raisons d’une de ces limites, le « rejet du partenariat » (item de la question n°15) par certains patients et familles, permettrait peut-être de

comprendre pourquoi ils n'adhèrent pas à cette approche, et d'identifier quels moyens permettraient d'y remédier. Une étude du besoin de supervision des orthophonistes après formation au partenariat parental serait également une piste à envisager.

D'autre part, ce travail nous a permis d'identifier l'alliance thérapeutique comme garante de la qualité du soin en orthophonie, et indispensable à la mise en place d'un partenariat parental. Également, d'observer que cette alliance constitue l'axe principal d'amélioration de la pratique du partenariat parental. Il serait alors intéressant de savoir si elle est considérée par les orthophonistes comme un moyen de dépasser les limites à la mise en place du partenariat parental.

Enfin, il nous semble que cette première étude serait enrichie par la recherche préalable d'un profil "expert" de participants, fondé sur la base de critères tels que la durée d'exercice de l'orthophonie, la durée de pratique du partenariat parental, le type de formation. En comparant les résultats de participants experts et non-experts, on pourrait rendre compte de manière plus précise des effets de la pratique du partenariat parental sur le long terme, sur la pratique et sur le SAE des orthophonistes, ainsi que sur la qualité du soin.

## CONCLUSION

Notre étude avait pour but de faire état des motivations des orthophonistes à pratiquer le partenariat parental, et des apports et des limites de cette pratique dans l'efficacité des interventions. Nous souhaitons également rechercher si la pratique du partenariat parental avait un effet sur le sentiment d'auto-efficacité des professionnels.

Nous avons émis l'hypothèse que les orthophonistes choisissaient de pratiquer le partenariat parental dans le but de remédier à des situations d'inconfort dans leur pratique. Les résultats révèlent que cette démarche s'inscrit plutôt dans une volonté de faire évoluer leur pratique orthophonique.

Les bénéfices observés par les orthophonistes concernent bien l'efficacité des prises en soin (diminution de la durée, alliance thérapeutique de meilleure qualité, plus grande autonomie des patients/parents.)

Nous pensions relever une influence de la pratique du partenariat parental sur le sentiment d'auto-efficacité. Or, ce dernier serait davantage dépendant du sentiment d'auto-efficacité général que du type de pratique professionnelle.

Enfin, nous avons pu objectiver des limites à la mise en place du partenariat parental, souvent liées au patient et à sa famille, que nous avons corrélées avec le nécessaire engagement de l'orthophoniste à établir et à maintenir une alliance thérapeutique de qualité.

Ce travail nous a permis d'identifier l'alliance thérapeutique comme un des garants de la qualité du soin en orthophonie, et comme indispensable à la mise en place d'un partenariat parental. Également, d'observer que cette alliance constitue l'axe principal d'amélioration de la pratique du partenariat parental. Il serait alors intéressant de savoir si elle est considérée par les orthophonistes comme un moyen de dépasser les limites à la mise en place du partenariat parental.

Dans une démarche analogue, une étude portant sur la collaboration des orthophonistes avec les différents intervenants auprès de l'enfant (école, enseignants, équipes institutionnelles, etc.), serait un prolongement intéressant de notre travail. Enfin, il nous semblerait pertinent de poursuivre la réflexion par une exploration des effets du partenariat parental sur le sentiment de compétence parentale et sur le sentiment de compétence de l'enfant. Il serait par exemple utile d'étudier quels leviers peuvent être mis en place pour améliorer le sentiment de compétence parentale, afin de leur permettre d'adhérer à la démarche partenariale, dans une logique d'amélioration de la qualité du soin.



A. Thibault

## BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle* (2e édition). de Boeck.
- Bandura, A. (2019). *Auto-efficacité : Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie*. De Boeck Supérieur.
- Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Tran, T. M. (2022). *Manuel de recherche en orthophonie*. De Boeck Supérieur.
- Boulianne, S., Laurin, S., & Firket, P. (2013). Aborder l'éthique en supervision clinique : Une approche en 3 temps. *Canadian Family Physician, 59*(7), 795-797.
- Bulletin officiel de l'enseignement supérieur et de la recherche n°32. (2013, septembre 5). *Certificat de capacité d'orthophoniste—Régime des études*. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo32/ESRS1317552D.htm>
- Collège Français d'Orthophonie. (2022). *Recommandations de Bonne Pratique d'Évaluation, de Prévention et de Remédiation des troubles du langage écrit chez l'enfant et l'adulte*.
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique : Fondements et mise en oeuvre*. Dunod.
- Coquet, F. (2017). *Les parents au coeur de l'intervention orthophonique*. Ortho Édition.
- Coquet, F. (2023). Modélisation(s) d'une pratique clinique orthophonique qui place le(s) parent(s) au coeur de l'intervention. *Rééducation Orthophonique, 293-294*, 161-190.
- DCPP et CIO. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Université de Montréal. [https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/Referentiel-pratique\\_Collaborative-et-partenariatPatient\\_28-10-2016.pdf](https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_28-10-2016.pdf)
- Espace Éthique PACA Corse. (2020). *Outils conceptuels et méthodologiques pour clarifier les dilemmes éthiques*. <http://www.ee-paca-corse.com/article819.html>
- FNO. (2022). *Signature de l'avenant n°19 – 25 février 2022 – Fédération Nationale des Orthophonistes*. <https://www.fno.fr/actualites/signature-de-lavenant-n19/>

- Galand, B., & Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : Quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Savoirs, Hors série(5)*, 91-116.  
<https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0091>
- Gross, O. (2020). L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? *La santé en action*, 453, 20-22.
- Guérin, F., & Fernandez, M. (2017). Une vision transdisciplinaire du partenariat patient en santé : Une bioéthique en évolution. In M.-A. Caron & M.-F. Turcotte, *La transdisciplinarité et l'opérationnalisation des connaissances scientifiques* (p. 105 à 116). Editions JFD.
- Guérin-Legendre, V. (2023). Les apports de la philosophie de Paul Ricoeur dans la pratique orthophonique, entre visée éthique et rationalisme scientifique : De l'émergence vers la résolution d'un malaise éthique. *Rééducation Orthophonique*, 293-294, 101-112.
- Haute Autorité de Santé. (2006). *Évaluation des pratiques professionnelles Un dispositif au service des patients et de la collectivité*. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/HAS01.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2013). *L'évaluation des aspects éthiques à la HAS*. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1525743/fr/l-evaluation-des-aspects-ethiques-a-la-haute-autorite-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1525743/fr/l-evaluation-des-aspects-ethiques-a-la-haute-autorite-de-sante)
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Troubles du neurodéveloppement—Repérage et orientation des enfants à risque*.
- INED. (2023). *Transition épidémiologique*. Ined - Institut national d'études démographiques.  
<https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>
- Journal officiel de la République française. (2022). *Avis du 25 février 2022 relatif à l'avenant n° 19 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996*.
- Kerlan, M. (2018). Éthique et pratique de soins en orthophonie. L'apport de la formation en éthique. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 61(1), 13-25. <https://doi.org/10.3917/spir.061.0013>
- Kerlan, M. (2023). La relation patient dans le modèle EBM-EBP Réflexion éthique. *Rééducation Orthophonique*, 293-294, 113-136.

- Lambert, V., Colé, P., & Rey, Y. (2006). Prise en charge orthophonique des dyslexiques : Influence des représentations familiales. *Pratiques Psychologiques, 12*(3), 365-377.  
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.06.004>
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs, Hors série*(5), 59-90.  
<https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>
- Légifrance. (2020, octobre 1). Article L1111-2—Code de la santé publique.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721051](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051)
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : Intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation Orthophonique, 257*, 71-82.
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (2013, septembre 5). *Bulletin officiel de l'enseignement supérieur et de la recherche n°32*. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo32/ESRS1317552D.htm>
- Perichon, J., & Gonnot, S. (2021). Le partenariat parental en orthophonie, proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'Orthophoniste, 406*, 17-23.
- Perichon, J., & Gonnot, S. (sous presse). *L'implication parentale dans la prise en soin orthophonique : Enjeux, limites et pistes de réflexion*.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique, S1*(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2023). Les multiples aspects de la communication professionnels-patients. *Rééducation Orthophonique, 293-294*, 35-54.
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle : Paris : Éditions De Boeck Université, 2003. *L'Orientation scolaire et professionnelle, 33*(3), 475-476.  
<https://doi.org/10.4000/osp.741>
- Singly, F. de. (2020). *Le questionnaire* (5e édition réactualisée). Armand Colin.
- Sylvestre, A., & Gobeil, S. (2020). The Therapeutic Alliance : A Must for Clinical Practice. *Canadian Journal of*

*Speech-Language Pathology and Audiology (CJSLPA)*, 44(3), 125-136.

Tarnier, C. (2023). Le relation aux patients : Éléments d'appréciation juridique. *Rééducation Orthophonique*, 293-294, 55-66.

Werba, I. (2020). *Le partenariat-patient dans la pratique orthophonique en France : Etat des lieux et perspectives*.

Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales. *Esprit*, 141-156.

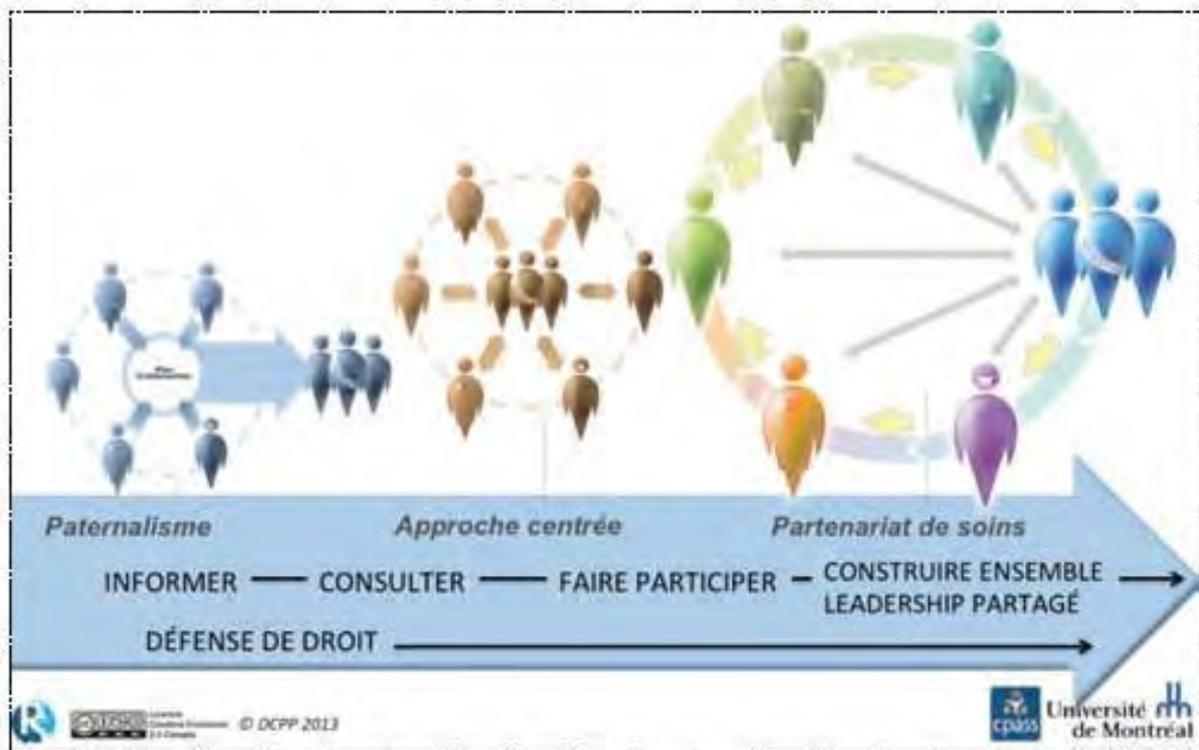
# ANNEXES

## Table des annexes

Annexe I : Évolution de la relation de soin : de l'approche paternaliste au partenariat de soins .....	61
Annexe II : Le triangle de l'éthique .....	61
Annexe III : Le modèle de la communication .....	62
Annexe IV : Partenariat de soins et de services .....	62
Annexe V : Modélisation d'une pratique clinique qui place les parents au cœur de l'intervention orthophonique .....	63
Annexe VI : Continuum de l'engagement des patients.....	63
Annexe VII : Questionnaire .....	64
Annexe VIII : Réponses à la question 1.a n=45 .....	76
Annexe IX : Réponses à la question 3.....	77
Annexe X : Réponses "Autres" à la question 5 : "Comment avez-vous connu le partenariat parental ?" n=22 .....	78
Annexe XI : Réponses "Autres" à la question 6 : "Quelles sont les situations d'inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?" n=17.....	78
Annexe XII : Réponses "Autres" à la question 7 : "Quelles sont les situations d'inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?" n=8.....	79
Annexe XIII : Réponses "Autres" à la question 8 "Le partenariat parental est aujourd'hui un outil : " n=4 ...	79
Annexe XIV : Réponses "Autres" à la question 9 : "Pour chacune des compétences/activités ci-dessous, précisez si vous observez des apports du partenariat parental dans votre pratique" n=73 .....	79
Annexe XV : Réponses "Autres" à la question 10 : "Concernant les apports du partenariat parental dans votre pratique, vous diriez que..." n=9 .....	79
Annexe XVI : Réponses "Autres" à la question 12.b. : "Précisez pourquoi votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental ?" n=10 .....	80
Annexe XVII : Réponses "Cela dépend des situations" à la question 12. : "Votre SAE est-il plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental ?" n=4 .....	80
Annexe XVIII : Réponses "Autres" à la question 13 : "Pour chacune des compétences/activités ci-dessous, précisez si votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental" n=2 .....	80
Annexe XIX : Réponses "Autres" à la question 15 : "Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à la famille/au patient ?" n=9.....	81

Annexe XX : Réponses “Autres” à la question 16 : “Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à votre pratique orthophonique ?” n=6 .....	81
Annexe XXI : Réponses “Autres” à la question 17 : “Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à votre pratique orthophonique ?” n=9 .....	81
Annexe XXII : Réponses à la question 23 : “Si vous souhaitez faire un commentaire, une remarque, sur un point précis, sur l’ensemble du questionnaire, ou bien parler de votre expérience” (n=15) .....	82

## Annexe I : Évolution de la relation de soin : de l'approche paternaliste au partenariat de soins



## Annexe II : Le triangle de l'éthique

# Le triangle de l'éthique

Quand un « Ça ne va pas ! » émerge à l'intérieur de nous, il est utile de questionner la dimension éthique du problème en cherchant à équilibrer 3 pôles :

**TU** Le TU représente le patient dans la situation familiale qui est la sienne, avec son histoire, ses expériences, ses connaissances, son vécu, ses valeurs...

**JE** Le JE représente chacun des soignants impliqués dans une décision et dans sa mise en oeuvre, avec ses expériences, ses connaissances, ses émotions, ses valeurs, ses questions...

**ILS** Le ILS représente l'ensemble de la société, faite d'individus, d'institutions, de cultures, de traditions, de normes, de champs disciplinaires...

### Quelques questions peuvent soutenir notre démarche :

Quel est le sens de ma décision et/ou de mon action pour le patient ?  
pour moi-même ?  
pour la société ?

Comment pourrais-je définir ce qui ne va pas dans cette situation précise ?

Quelles sont les valeurs qui ne sont pas respectées ?  
Quelles sont les limites des différentes personnes en présence ?

La dimension éthique d'une décision implique la recherche d'un équilibre entre ces 3 polarités et la construction d'un NOUS qui permet à chacun d'être partenaire de la décision

Lorsque prédomine le

## TU



**Au détriment du ILS**  
La décision prise vise la satisfaction immédiate du patient, sans tenir compte des recommandations de bonne pratique, des lois, des règles qui permettent d'argumenter un choix.

**Risque**  
Biais de complaisance.



**Au détriment du JE**  
Pour répondre aux besoins et/ou aux attentes du patient, le soignant oublie ses propres limites ; il se surinvestit dans la situation.

**Risque**  
Épuisement professionnel, burn out.

Lorsque prédomine le

## ILS



**Au détriment du TU**  
La singularité du patient n'est pas prise en compte ; il est réduit à l'application d'une règle. La décision se prend sans tenir compte d'éléments contextuels.

**Risque**  
Dépersonnalisation du soin ; absence d'investissement du soignant dans son traitement.



**Au détriment du JE**  
La décision prise est soumise aux règles de la société, aux normes institutionnelles, aux recommandations de la science, mais elle ne fait pas sens pour le soignant.

**Risque**  
Absence d'investissement du soignant, fuite, agressivité, cynisme.

Lorsque prédomine le

## JE



**Au détriment du TU**  
Le soignant fait primer ses propres convictions, son propre désir ; il accorde peu d'importance aux attentes réelles du patient.

**Risque**  
Apparition de plaintes à travers lesquelles le patient cherche à s'exprimer. Absence de relation de confiance.



**Au détriment du ILS**  
Le soignant fait de son propre désir le moteur de sa décision, mais il ne tient pas compte de la société dont il fait partie.

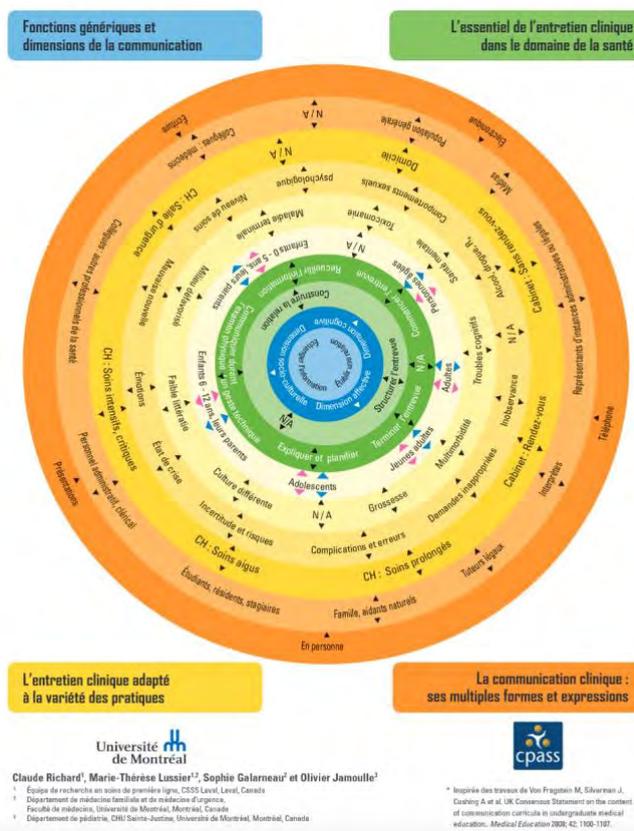
**Risque**  
Erreur médicale, transgression des normes, des lois. Impossibilité d'argumenter ses choix en fonction des valeurs et règles qui les sous-tendent.

En favorisant un équilibre entre ces 3 polarités, nous cherchons à développer un discernement éthique. Si c'est le cas, nous sommes capables de rendre compte des choix qui sont faits et d'expliquer en quoi ils permettent d'agir dans le souci de bien faire.

© 2013, Centre de Recherche en Éthique de la Santé (CRES)

D'après S. Bouliane et P. Firket (2013) : Teaching Moment: Aborder l'éthique en supervision clinique : une approche en trois temps, Canadian Family Physician

## Annexe III : Le modèle de la communication



## Annexe IV : Partenariat de soins et de services

### PARTENARIAT DE SOINS ET DE SERVICES

RUIS de l'UdeM, 2013

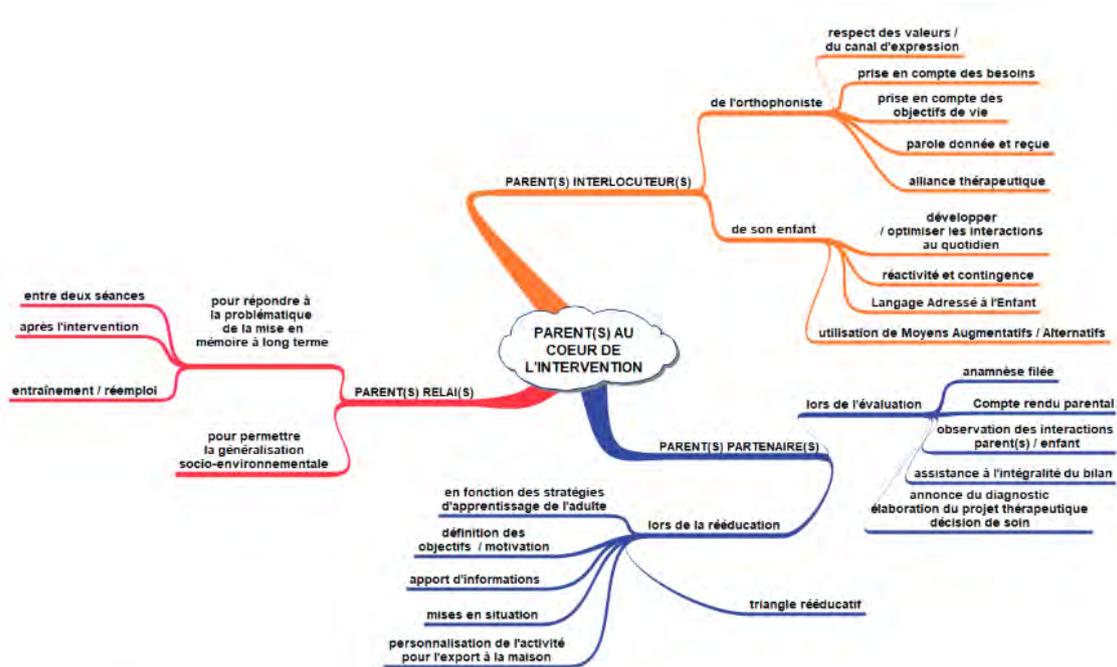
Relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux.

Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient.



Sources : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. 37 p. [En ligne] URL : <http://www.cihc.ca> (page consultée le 13-05-16)  
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2005). *Cadre de compétences CanMEDS 2005*. [En ligne] URL : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> (page consultée le 13-05-16)

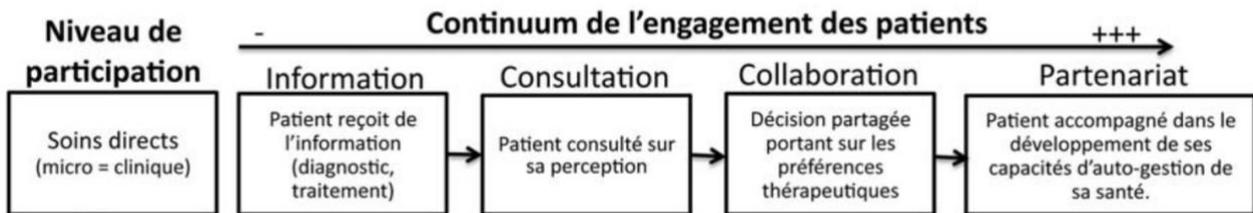
Annexe V : Modélisation d'une pratique clinique qui place les parents au cœur de l'intervention orthophonique



Modélisation d'une pratique clinique qui place les parents au cœur de l'intervention orthophonique

Françoise COQUET 2023

Annexe VI : Continuum de l'engagement des patients



## Présentation

Bonjour,

Je m'appelle Luna Venries et je suis étudiante en 5ème année d'orthophonie à Toulouse.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête sur les motivations des professionnels à pratiquer le Partenariat Parental, ses apports et ses limites dans la pratique orthophonique.

La seule condition de participation à ce questionnaire est de pratiquer le Partenariat Parental et d'exercer en France. Vous pouvez donc y répondre quel que soit votre mode d'exercice et quelles que soient les pathologies que vous prenez en soin.

Ce questionnaire est anonyme, et les informations recueillies sont confidentielles. Cela vous prendra environ 10min.

Je vous remercie d'avance pour votre participation !

Luna Venries

*Ce mémoire est encadré par Agnès Thibault, orthophoniste*

---

## Introduction

**Question n°1 : Faites-vous une différence entre les 3 concepts suivants : guidance parentale, accompagnement parental et partenariat parental ?**

Oui

Non

**Question n°1.a : Pouvez-vous expliquer en quelques mots :**

# Introduction

## En préambule aux questions suivantes, voici quelques définitions

**La guidance parentale** : L'orthophoniste prescrit des **directives thérapeutiques** qui visent à modifier les pratiques et les attitudes parentales (**conseils, techniques, stratégies** de langage ou d'apprentissage...) afin d'améliorer la réalisation d'une activité ou d'un comportement donné. Les **objectifs et les modalités d'exécution sont décidés par le professionnel** dans un climat relationnel peu propice à la négociation.

**L'accompagnement parental** : L'orthophoniste détermine des objectifs thérapeutiques en prenant en compte le **contexte du patient et de son entourage**. Il **invite les parents** à implémenter dans leur quotidien les stratégies modélisées en séance par l'intermédiaire d'activités formelles et/ou fonctionnelles. Ce **travail coopératif** contribue ainsi à l'ajustement durable des pratiques et des attitudes parentales.

**Le partenariat parental** : Les **objectifs thérapeutiques concertés** sont le fruit d'un **processus décisionnel délibératif et partagé**. L'expertise professionnelle (présentation des alternatives thérapeutiques possibles reposant sur les données probantes) rejoint les savoirs expérientiels du patient et des parents (besoins issus du vécu quotidien). Cette **décision partagée**, étayée par l'expression des préférences et des valeurs de chacun, assure l'engagement actif et la **collaboration des différents partenaires** : cette mise en commun des ressources aboutissant au transfert des stratégies d'intervention dans les différents milieux de vie du patient.

Source : Gonnot, S., & Perichon, J. (2023). L'implication parentale dans la prise en soin orthophonique : Enjeux, limites et pistes de réflexion.

**Question n°2 : Maintenant que vous avez lu les définitions, pensez-vous avoir recours dans votre pratique :**

Plutôt à la guidance

Plutôt à l'accompagnement

Plutôt au partenariat

Plutôt aux 3

*Plusieurs réponses possibles*

---

## Pratique du partenariat parental

**Question n°3 : Avez-vous déjà suivi une formation au partenariat parental ?**

Oui

Non

**Question n°3.a : Si oui, laquelle ? (nom de la formation et/ou de la formatrice/du formateur et/ou de l'organisme de formation)**

**Question n°3.b : Précisez :**

Je me sens compétent(e) / je n'en éprouve pas le besoin

J'ai l'intention d'en suivre une mais n'ai pas encore commencé

Autre(s)

**Question n°4 : Depuis quand pratiquez-vous le partenariat parental ?**

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'1 an

**Question n°5 : Comment avez-vous connu le partenariat parental ?**

En formation initiale

En formation continue/colloque/conférence

Par des recherches personnelles (lectures, Internet...)

Un(e) collègue m'en a parlé

Autre

Autre :

*Plusieurs réponses possibles*

## Faire le choix du partenariat parental

**Question n°6 : Pourquoi avoir choisi de vous former, de vous renseigner et/ou de pratiquer le partenariat parental ?**

On m'a rapporté des bénéfices liés à sa pratique

On m'a recommandé une formation

Par curiosité, pour faire le lien avec le partenariat patient / le partenariat dans le soin

Dans un objectif d'amélioration de la pratique / d'efficacité des soins

Pour remédier à des situations d'inconfort (qui font obstacle à la réalisation du projet de soin)

Par "hasard" / j'avais juste besoin de valider une formation

Autre(s)

Autre(s) :

*Plusieurs réponses possibles*

**Question n°7 : Quelles sont les situations d'inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?**

Des prises en soin longues et/ou difficiles à arrêter

Une alliance thérapeutique difficile à mettre en place et/ou à maintenir avec certains patients

Un essoufflement de l'investissement du/des parents (absentéisme, questions sur la pertinence de la rééducation, etc.)

Une baisse d'implication / de motivation de certains de mes patients

Peu ou pas d'autonomie de certaines patients, malgré une prise en soin centrée sur les besoins

Une difficulté à concevoir des objectifs personnalisés pour certains patients

Autre(s)

Autre(s) :

*Plusieurs réponses possibles*

**Si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter un commentaire :**

# Bénéfices du partenariat parental dans la pratique des professionnels

**Question n°8 : Le partenariat parental est aujourd'hui un outil :**

Utile dans ma pratique
Que j'utilise dans la majorité de mes prises en soin
Que j'utilise dans environ la moitié de mes prises en soin
Que j'utilise dans moins de la moitié de mes prises en soin
Que j'utilise dans quelques prises en soin seulement
Qui a fait ses preuves en terme d'efficacité
Autre(s)

Autre(s) :

*Plusieurs réponses possibles*

**Question n°9 : Pour chacune des compétences/activités présentées ci-dessous, précisez si vous observez des apports du partenariat parental dans votre pratique :**

	Tout à fait	Plutôt oui	Je ne sais pas	Plutôt non	Pas du tout / Je n'ai pas noté de changement
Mener un entretien d'anamnèse	<input type="checkbox"/>				
Repérer les facilitateurs et les obstacles dans les différents écosystèmes (communauté, famille, patient)	<input type="checkbox"/>				
Repérer les compétences et les stratégies du patient	<input type="checkbox"/>				
Élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique ciblé sur les besoins et préférences du patient	<input type="checkbox"/>				
Définir et hiérarchiser des objectifs personnalisés	<input type="checkbox"/>				
Établir et entretenir une relation thérapeutique	<input type="checkbox"/>				
Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient et sa famille	<input type="checkbox"/>				
Mettre en place et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient tout au long de l'intervention	<input type="checkbox"/>				
Permettre aux patients et/ou aux familles de s'approprier les techniques d'intervention proposées	<input type="checkbox"/>				
Conseiller la famille, en fonction de ses connaissances, de ses savoir-faire et du mode de vie du patient et de la famille	<input type="checkbox"/>				
Adapter le projet thérapeutique et les objectifs de soin à l'évolution des attentes et besoins du patient et de sa famille	<input type="checkbox"/>				

**Autre(s) :**

**Si vous souhaitez ajouter quelque chose ou faire un commentaire :**

**Question n°10 : Concernant les apports du partenariat parental dans votre pratique, vous diriez que :**

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Cela a réduit la durée des prises en soin	<input type="checkbox"/>				
Les patients sont plus autonomes à l'école et à la maison	<input type="checkbox"/>				
Les familles sont plus autonomes pour accompagner leur enfant (activités scolaires)	<input type="checkbox"/>				
Les patients sont plus impliqués (intérêt aux activités proposées et motivation constante)	<input type="checkbox"/>				
Les familles sont plus impliquées (moins ou pas d'absentéisme, intérêt pour la prise en soin et son évolution, apports personnels, transfert à domicile du travail en séance)	<input type="checkbox"/>				
L'alliance thérapeutique est de meilleure qualité (bonne relation thérapeutique, collaboration, communication plus aisée, entente entre l'orthophoniste et le patient/la famille sur les objectifs et les moyens)	<input type="checkbox"/>				
La rééducation est plus efficace / efficace plus rapidement	<input type="checkbox"/>				

**Autre(s), précisez :**

---

## Bénéfices du partenariat parental dans le sentiment d'auto-efficacité des professionnels

### Qu'est-ce que le sentiment d'auto-efficacité (SAE) ?

Le sentiment d'auto-efficacité désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer : les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles. Les croyances d'efficacité conditionnent également le rapport à l'échec.

Source : Bandura, A., Lecomte, J., & Carré, P. (2007). Auto-efficacité le sentiment d'efficacité personnelle (2e édition ed., Ouvertures psychologiques).

Question n°11 : De manière générale, diriez-vous que votre sentiment d'auto-efficacité est :

Mauvais  Très bon

*Faire glisser le curseur*

Question n°12 : Votre sentiment d'auto-efficacité est-il plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Cela dépend des situations

Cela dépend des situations :

**Question n°12.a : Pourquoi ?**

Je peux m'appuyer sur mes savoirs pour accompagner le patient et sa famille

J'ai davantage de "feedback" (retours) positifs des patients et de leur famille

Je suis moins sensible aux situations d'échec (Je me sens moins affecté(e), je reprends plus facilement confiance en moi)

Autre(s)

Autre(s) :

Plusieurs réponses possibles

**Question n°13 : Pour chacune des compétences/activités présentées ci-dessous, précisez si votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental :**

	Tout à fait	Plutôt oui	Je ne sais pas	Plutôt non	Pas du tout
Accueillir le patient et ses parents	<input type="checkbox"/>				
Mener un entretien d'anamnèse	<input type="checkbox"/>				
Organiser et planifier un bilan adapté	<input type="checkbox"/>				
Élaborer un diagnostic orthophonique	<input type="checkbox"/>				
Élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique adapté à la situation du patient	<input type="checkbox"/>				
Définir et hiérarchiser des objectifs personnalisés	<input type="checkbox"/>				
Rédiger un compte-rendu de bilan orthophonique	<input type="checkbox"/>				
Concevoir, conduire et évaluer une séance	<input type="checkbox"/>				
Ajuster le projet de soin en fonction de l'évolution des attentes et des besoins	<input type="checkbox"/>				
Établir et/ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient et ses parents tout au long de l'intervention	<input type="checkbox"/>				
Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle	<input type="checkbox"/>				
Gérer et organiser les tâches administratives	<input type="checkbox"/>				
Coopérer avec les différents acteurs (collègues, professionnels de santé, aidants, école, etc.)	<input type="checkbox"/>				

Autre(s) :

Si vous souhaitez ajouter quelque chose ou faire un commentaire :

## Limites à la pratique du partenariat parental

Question n°14 : Observez-vous dans certaines situations des limites à la pratique du partenariat parental ?

*Ces limites peuvent être liées à la famille/au patient, à votre pratique ou au contexte de la prise en soin.*

Oui

Non

Je ne sais pas

Question n°14.a : Précisez :

Intégrer le partenariat parental à votre pratique a été facile

Parents et patient sont toujours impliqués dans le projet de soin

Le contexte de la prise en soin est toujours favorable (logistique du patient, horaire de la séance)

Autre(s)

Autre(s) :

*Plusieurs réponses possibles*

**Question n°15 : Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à la famille/au patient ?**

Une absence ou un manque d'implication du/des parent(s)
Une absence ou un manque d'implication du patient
La barrière de la langue (famille non francophones/ne maîtrisant pas la langue française)
Des attentes trop importantes ou variables au sein de la triade parents/enfant
Une mauvaise représentation du trouble chez le/les parent(s)
Une conscience partielle du trouble par le patient
Un rejet du partenariat par le/les parent(s), l'enfant
L'impossibilité de mise en place de la relation thérapeutique
Le contexte conjugal / familial (famille recomposée, monoparentale, mode de garde de l'enfant)
Le ou les types de pratiques éducatives
Aucune
Autre(s)

Autre(s) :

*Plusieurs réponses possibles*

**Question n°16 : Quelles sont les limites que vous observez qui sont liées à votre pratique orthophonique ?**

Je manque de temps/de disponibilité pour élaborer le plan de soin
J'aurais besoin d'approfondissement (supervision, échanges avec des collègues, poursuite de la formation)
Le partenariat parental n'est pas un acte inscrit dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)
Il me paraît préférable de fixer des objectifs et de les proposer au patient et à sa famille, plutôt que les élaborer ensemble
Aucune
Autre(s)

Autre(s) :

*Plusieurs réponses possibles*

**Question n°17 : Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées au contexte ?**

Les contraintes logistiques du patient

L'horaire de la séance qui ne convient pas

Des interactions dérangées/gênées par la présence des frères et soeurs

Un éloignement domicile-cabinet

Aucune

Autre(s)

Autre(s) :

*Plusieurs réponses possibles*

**Si vous souhaitez faire un commentaire, une remarque sur les limites :**

**Questions n°18 : Diriez-vous que vos difficultés à mettre en place un partenariat ont un effet négatif sur votre propre sentiment d'auto-efficacité ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Questions n°19 : Diriez-vous qu'un sentiment d'auto-efficacité faible conduit à une difficulté de mise en place d'un partenariat parental ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Ces 3 dernières questions me permettront de réaliser des statistiques sur le profil des interrogé(e)s, elles resteront anonymes et confidentielles :**

**Questions n°20 : Quel est votre type d'exercice ?**

- Libéral
- Salaré
- Mixte

**Questions n°21 : Dans quel(s) domaine(s) intervenez-vous ?**

- Langage oral
- Langage écrit
- Neurologie
- Surdité / Audition
- Fonction OMF / Oralité / Déglutition
- Handicap
- Phonation
- Cognition mathématique

*Plusieurs réponses possibles*

**Questions n°22 : Depuis quand exercez-vous le métier d'orthophoniste ?**

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Plus de 30 ans

---

## Expression libre

**Questions n°23 : Si vous souhaitez faire un commentaire, une remarque, sur un point précis, sur l'ensemble du questionnaire, ou bien parler de votre expérience :**

## Annexe VIII : Réponses à la question 1.a n=45

Pouvez-vous expliquer en quelques mots :

il s'agit d'une différence de posture et d'objectifs avec les familles, la guidance se pratique plutôt avec l'orthophoniste en position verticale et se décline sous forme de conseils et de modélisation, l'accompagnement parental est plus horizontal, le parent est acteur de la prise en soins, le partenariat est vraiment une alliance égalitaire entre le thérapeute et le parent, il y a co-construction du projet de soins

dimension verticale ou horizontale de la relation

Pp : décision partagée à 3 / ap : guider et faire participer/interroger/orienter en fonction du parent / gp : on guide le patient qui applique

pas le même niveau d'engagement de la part de la famille, cela va de l'observation à la participation active des soins

j'y vois un degré d'autonomie, de "pied d'égalité" allant croissant de la guidance au partenariat. ce dernier constitue pour moi une vraie co-construction du projet thérapeutique place hiérarchique de l'orthophoniste différente pour chaque concept

il s'agit d'un continuum. la guidance consiste à prescrire des soins aux parents, l'accompagnement est de proposer aux parents mais le pro prend la décision finale et enfin le partenariat est le stade le plus avancé du travail avec les parents puisqu'ils sont co-décisionnaires du projet de soin de leur enfant.

guidance parentale=le thérapeute montre/ donne des conseils / accompagnement parental = garde l'idée quel le thérapeute décide de la meilleure conduite à tenir / partenariat= construction du projet de soin ac les parents

tout est dans le positionnement thérapeutique. Guidance= le thérapeute dirige, accompagnement = le thérapeute se positionne toujours en position verticale mais avec une proximité plus importante avec le patient, partenariat = il se positionne d'égal à égal avec le patient horizontal) dans le choix des objectifs de rééducation qui sont co-construits

Guidance: transmission du savoir descendante, Accompagnement: transmission ascendante, partenariat: co-construction

guidance : notion de transmission de savoir avec lien de sachant / apprenant, accompagnement : version plus aboutie, avec association et échanges plus poussés, partenariat : échanges dans les 2 sens entre soignant et parents.

pour moi il y a une notion de verticalité/horizontalité du soin entre ces 3 notions. Là guidance, c'est un soin vertical, c'est le professionnel qui choisit les axes thérapeutiques et qui oriente le parent en fonction. dans l'accompagnement parental, le soin est un peu plus horizontal, le professionnel dicte la marche à suivre au parent mais avance avec lui. et dans le partenariat, on est vraiment sur du soin horizontal, les parents et le professionnel définissent les axes thérapeutiques et comment les appliquer ensemble.

guidance : directives au patient et entourage quoi faire, injonction. Accompagnement : proposer aux parents de reprendre des choses à la maison, proposition des objectifs. Partenariat = prendre en considération les besoins, obj préférences du patient en lien avec habitudes de vie

La guidance est l'information donnée aux parents, l'accompagnement est le fait de pratiquer avec le parent en lui montrant l'exemple, et le partenariat est le fait de placer le parent en tant qu'acteur et décideur dans la prise en soin de son enfant.

Partenariat = exercices donnés à la maison, les parents font faire l'exercice à l'enfant. Accompagnement = conseils donnés aux parents pour accompagner leur enfant au quotidien.

Guidance = compétences apprises aux parents, guidances dans les choix à propos de leur enfant.

guidance : le thérapeute dit aux parents ce qu'ils vont devoir faire. /accompagnement : les parents font et le thérapeute leur expliquent ce qu'ils peuvent faire dans la direction qu'ils ont choisi./ partenariat : les parents sont experts de leur enfant et ils vont faire équipe avec le thérapeute pour l'enfant.

guidance: il s'agit de conseils. accompagnement : c'est plutôt du modeling, on fait avec les parents. partenariat: on s'appuie sur la demande du parent et sur le contexte de l'enfant et sa famille. l'implication parentale est entière. la dynamique de rééducation portait par les familles et leur besoin.

pas sûre de ma réponse... guidance = le thérapeute sait / accompagnement = chacun apporte ses connaissances / partenariat = une situation de réflexion commune autour des besoins de l'enfant (j'associerai plus ce terme au domaine du handicap où l'on ne peut pas faire sans le partenariat du parent au quotidien)

Guidance = conseils, accompagnement = participation de l'aidant à la séance, partenariat = définition d'un objectif avec l'aidant en partant de sa demande

guidance = diriger, accompagnement = mener avec, partenariat = co-construire, partenaires co-décisionnaires

3 modes d'alliance thérapeutique différents

guidance = séance ave le parent/accompagnement = conseiller les parents/ partenariat = soins appliquer à la maison par les parents

la guidance me semble être une position plus en hauteur de l'orthophoniste, l'accompagnement plus "à côté" alors que la partenariat met les parents et l'ortho sur un pied d'égalité dans le sens où l'on travaille ensemble

Question des objectifs partagés, de la présence des parents, de la différence entre intervention directe et indirecte

la guidance pour moi relève de conseils, l'accompagnement et le partenariat relève plus d'un cheminement, du respect du rythme des parents

guidance : plutôt conseils, accompagnement : temps dédiés avec les parents avec des explications plus détaillées, des participations aux séances, partenariat : co-construction du projet de soins avec les parents, objectifs précis, les parents sont repositionnés dans leur posture d'expert de leur enfant.

le partenariat est une co-construction des objectifs avec les parents

guidance : l'orthophoniste donne les directives afin que le parent modifie ses attitudes/ accompagnement : l'orthophoniste donne les objectifs et moyens qu'il propose au parent afin de soutenir ses compétences, invité à participer au travail/partenariat : savoirs mutualisés, compréhension partagée, objectifs et rôles décidés ensemble

Le partenariat parental implique que nous partagions la mise en place d'outils communs dans un même but. Cela va au delà de la simple guidance et de l'accompagnement.

Je pense que le rôle des parents dans la réussite de la prise en charge est important. Je leur accorde donc du temps de conseil pour les aider à faire avancer leur enfant.

en fait, le terme de guidance semble hiérarchiser les individus : l'orthophoniste qui sait et guide les parents. Pour les deux autres, ils me semblent presque équivalents

guidance = conseils, partenariat= travail conjoint

le parent est acteur et partenaire de la pec

Guidance: tutorat accompagnement : aide ponctuelle partenariat : réflexion commune

La guidance parentale est directive (ex : exercices donnés) ; l'accompagnement est une présence soutenante aux côtés des parents ; le partenariat parental permet aux parents de les rendre acteurs de la prise en soins de leur enfant.

La guidance est directive, l'accompagnement s'adresse pour moi aux parents aidants et le partenariat consiste en une collaboration étroite impliquant une montée en compétence des parents dans la prise en soin de leur enfant

Pour avoir travaillé avec les parents à la fois au Québec, en France et en Belgique, ces termes recouvrent des réalités différentes selon les pays, les chercheurs et les cliniciens. Pour moi, je travaille en partenariat parental à partir du moment où je tiens compte de là où se situe très exactement le parent (en terme de conscience du trouble, de sentiment de compétence, de capacités d'implication, d'objectifs, de ressources, etc.). Si le parent n'est pas prêt à se mobiliser en séances ou à la maison, je pense qu'on peut malgré tout faire du PP en lui transmettant simplement (dans un 1er temps) l'information dont il a besoin. En France, on a parfois tendance à voir la "guidance" ou l'"accompagnement" comme une forme de travail avec les parents qui serait moins poussée que le PP. En Belgique, le terme guidance et le terme partenariat recouvrent la même réalité. Pour moi la terminologie a finalement peu d'importance. Il faut savoir exactement ce qu'implique le travail avec les parents (au sens du modèle de Montréal par ex.) Ensuite, on peut bien appeler cela comme on veut !

Guidance on se voit de loin en loin avant la prise en charge (conseils, exercices détaillés...etc), accompagnement , on discute on aide peut-être que cela suffira, partenariat on travaille ensemble ( présence aux séances et entrînement quotidien)

Guidance : l'ortho guide le parent avec ses connaissances c'est une relation verticale . Accompagnement : l'ortho prend un peu plus en compte le vécu du patient et de sa famille. Partenariat: le projet thérapeutique est construit avec les parents en partant de la plainte du patient.

la différence est la place que prend l'ortho / le parent

guidance: donner des conseils aux parents/ accompagnement :les soutenir dans leurs démarches, objectif/ partenariat: établir avec eux un projet de soin

guidance : pour moi, terme obsolète (le professionnel "guide", informe, conseille) / AP : le professionnel accompagne les parents via des séances dédiés (séquences filmées avec l'enfant,...) pour réfléchir ensemble à des situations concrètes de communication avec l'enfant / partenariat parental : pré-requis nécessaire (mais pas toujours évident...) à tout travail thérapeutique, "lien" entre les parents et le thérapeute.

la guidance parentale est le fait de montrer où dire aux parents comment faire. l'accompagnement parental est le fait de travailler avec les parents en fonction de leurs besoins leurs compétences et leur projet pour leur permettre de réaliser leur projet. le partenariat parental est moins clair pour moi.

### Annexe IX : Réponses à la question 3

Formations majoritaires	Nombre de participants
Jérémy Perichon et Sophie Gonnot (congrès et formations)	9
PACT	4
Dialogoris	3
Formations Québec	3
Mélanie Verdeil	2
Hanen Program	2
Béatrice Théron et Myriam Vincent	1

## Annexe X : Réponses "Autres" à la question 5 : "Comment avez-vous connu le partenariat parental ?" n=22

Autre :

A travers l'accompagnement de ma fille TDAH  
accompagnement mémoire  
Article de la FNO  
Au fil de ma pratique, j'ai démarré par de la guidance, puis j'ai pratiqué l'accompagnement, et j'essaie de plus en plus de m'ajuster au patient et à sa famille, son contexte de vie et ses objectifs propres.  
Cela m'a semblé être une évidence dès ma formation initiale  
Cela me paraît intuitif  
C'est venu spontanément  
Dans ma formation continue, nous avons beaucoup parlé d'analyse transactionnelle. Dans ma pratique, les parents assistent généralement aux prises en soin. Pour me dire leurs attentes en fin de bilan, pour que j'établisse le projet thérapeutique et qu'ils prennent leur place dans les soins.  
dans ma pratique salariée  
en travaillant en CAMSP = toutes séances avec les parents mais aussi en stage avant le diplôme (camsp aussi)  
Expérience familiale personnelle  
expérience professionnelle  
je le pratiquais sans savoir que cela s'appelait comme ça  
je n'ai jamais entendu ce terme, mais ce qu'il définit fait partie de ma pratique depuis toujours, je l'ai découvert en stage en particulier auprès d'orthophoniste qui pratique la pédagogie relationnelle du langage  
j'en ai la pratique depuis longtemps sans en connaître le nom  
L'expérience et l'ancienneté font que l'on met en place certaines approches intuitivement sans forcément y mettre une terminologie.  
Mémoire en Belgique sur le sujet en 2008. Travail au Québec pendant 7 ans avec les parents présents (groupes ou individuel).  
Par la réflexion sur ma pratique seule ou avec des collègues  
par l'expérience personnelle et recherche d'efficacité  
Par obligation et j'en suis heureuse, étant en zone de montagne compte tenu de l'éloignement du cabinet, puis de plus en plus maintenant avec les listes d'attente++++  
par un travail personnel auprès de personnes qui le pratiquent  
Pratique des thérapies familiales dans l'institution où j'exerce. L'association des parents aux soins fait partie de notre "culture institutionnelle".

## Annexe XI : Réponses "Autres" à la question 6 : "Quelles sont les situations d'inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?" n=17

Autre(s) :

accompagnement mémoire  
ça me semblait être une bonne façon de trouver plus de sens dans ma pratique professionnelle.  
cela me semblait évident  
Cela me semble aller de soi de le pratiquer, je ne me suis jamais posé la question de travailler autrement qu'en partenariat avec les parents, en partant de là où ils sont.  
cela me semble une attitude naturelle dans la relation au patient et à sa famille  
En réponse au coaching parental préconisé dans certains pays anglosaxons (méthode Auditory Verbal Therapy en surdité)  
Face aux énormes progrès réalisés par les enfants et l'implication des familles.  
je suis une formation de longue durée et en fait, le type de pratique entraîne de faire des parents des partenaires.  
je trouve logique d'inclure le parent qui est un partenaire de communication bien plus important que l'ortho dans le quotidien de l'enfant  
j'exerce en salarié dans un SESSAD où nous pratiquons le partenariat pour l'élaboration du PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement  
M'a semblé indispensable avec de jeunes enfants sans langage. Puis j'ai élargi cette pratique à des enfants plus âgés quand cela me semblait pertinent.  
Ne pas prendre seule la charge de l'efficacité de la prise en soin  
Obligatoire au Québec  
Par mon expérience personnelle au travers de mes rééducations, de mes relations avec les parents, de mes constats sur les fréquents freins à l'efficacité de mon travail quand le parent n'est pas intégré, écouté, guidé, et/ou responsabilisé  
Pour me soulager. On n'est pas des fées!  
sans objectif clair et accord de la famille du patient, on navigue "à vue" et la rééducation est sans fin! on est amené à tout prendre en charge en même temps, plus personne ne sait trop l'objectif, cela cadre la prise en charge et les responsabilités de chacun  
Un peu spontanément pour faire évoluer les enfants que je vois (surtout dans le cas de grandes difficultés de communication/langage)

**Annexe XII : Réponses “Autres” à la question 7 : “Quelles sont les situations d’inconfort que vous souhaitez solutionner par la pratique/la formation au partenariat parental ?” n=8**

autant de situations que de familles

De l'éducation thérapeutique

des pratiques parentales inadaptées à la problématique de l'enfant et à sa progression

éviter que des parents considèrent qu'accompagner l'enfant auprès de praticiens suffit et que leur rôle s'arrête là.

je parle systématiquement de travail d'équipe au départ d'une PES, après cela s'orientera en fonction des possibilités des familles vers un accompagnement ou un partenariat

Le partenariat aide à la prise de conscience et à la responsabilité

Pour mettre en place un outil de CAA

Une relation parents/enfant peu soutenante pour le bon développement de l'enfant, une mauvaise appréciation des troubles et/ou des compétences de l'enfant par le parent

**Annexe XIII : Réponses “Autres” à la question 8 “Le partenariat parental est aujourd’hui un outil :” n=4**

Autre(s) :

Complémentaire à ma pratique, pour travailler des objectifs plus fonctionnels

Ponctuellement chez les ados.

qui ne porte pas ses fruits avec tous les parents, mais que je propose toujours si cela me semble nécessaire

Sentiments d'atteindre des objectifs clairs de la part des parents et de la mienne

**Annexe XIV : Réponses “Autres” à la question 9 : “Pour chacune des compétences/activités ci-dessous, précisez si vous observez des apports du partenariat parental dans votre pratique” n=73**

Autre(s) :

Quand les objectifs sont atteints, je stoppe ou propose une pause pour voir ce que la famille et le patient en font. Si besoin, on me rappelle et là seulement, on réajuste.

il me permet d'enrichir ma pratique. les parents développent souvent des idées d'accompagnement ingénieuses qui nourrissent mon savoir faire

Comme dit plus haut "soigner la relation parent/enfant" en offrant un espace médiatisé.

Faciliter une fin de prise en soins

**Annexe XV : Réponses “Autres” à la question 10 : “Concernant les apports du partenariat parental dans votre pratique, vous diriez que...” n=9**

Autre(s), précisez :

C'est plus vivant. Et c'est bcp plus intéressant !

l'enfant devient autonome dans ses besoins, il comprend en quoi l'orthophonie peut lui être utile et arrive en séance avec des demandes ciblées, tout comme les parents d'ailleurs

Je n'ai pas mis "toujours" dans certaines cases ci-dessus en raison du fonctionnement de certains parents qui ne sont pas ou peu en demande de partenariat parental.

toujours me paraît compliqué à sélectionner car il y a toujours des situations plus complexes, des limites aux partenariats

manque un peu de recul

Je parle d'un travail avec des enfants jeunes (0-5 ans) et souvent sans langage au départ.

La confiance établie est un moteur puissant

Je pratique surtout le PP en langage ORAL. C'est donc très éloigné des activités scolaires (d'où mon "JAMAIS" à la proposition 3)

J'ai peu de recul encore face à cet accompagnement que je réalise effectivement (séances dédiées hebdomadaire) depuis quelques mois seulement.

**Annexe XVI : Réponses “Autres” à la question 12.b. : “Précisez pourquoi votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental ?” n=10**

Car mes prises en charge sont plus efficaces.

Connaître véritablement les objectifs des patients permet de les atteindre plus facilement

J'ai beaucoup plus d'informations (mes savoirs mais AUCUN ceux du patient et de sa famille) me permettant de cibler la PES pour qu'elle corresponde aux possibilités du patient et de sa famille. Moins d'attentes irréalistes. Objectifs mieux définis et plus fonctionnels. Donc moins d'échecs au final.

Je ne porte pas toute la responsabilité de l'évolution sur mes épaules: Je sais que j'ai repositionné la prise en charge des difficultés du patient en lien avec ce que les autres peuvent (ou doivent) lui apporter à partir du moment où grâce à mes connaissances et mon partage avec les parents j'ai pu leur proposer d'effectuer eux-mêmes des choses adaptées à leur enfant et à leur situation particulière.

Je sens mieux le partage de responsabilité entre moi, les parents et l'enfant pour les progrès : un manque d'évolution ne signifie donc pas forcément un manque dans mes compétences.

Je trouve plus de sens à mon job

J'exerce depuis 30 ans, ce serait embêtant à ce stade de ma carrière d'avoir un mauvais sentiment d'auto-efficacité...

La sensation que l'efficacité dépasse les murs du bureau ou de la structure. Amélioration de la généralisation des performances, retours positifs quant à l'amélioration de la qualité de vie des familles.

parce qu'il permet d'assurer un transfert avec mon patient, selon moi nécessaire au bon déroulé d'une rééducation. La relation patient-thérapeute est le moteur de la rééducation dans ma pratique.

partage de responsabilités

**Annexe XVII : Réponses “Cela dépend des situations” à la question 12. : “Votre SAE est-il plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental ?” n=4**

Cela dépend des situations :

dépression parentale, maladie mentale des parents, différence culturelle, non implication volontaire, parents débordés, milieux sociaux défavorisés = partenariat difficile

En fonction de la réussite dans l'implication parentale et du comportement de l'enfant, en réponse à ce partenariat

parfois le parent ne veut pas être à cette place et ça prend du temps de créer le partenariat

TSA très sévères principalement = situations parfois bloquées qui remettent parfois en question mon intervention

**Annexe XVIII : Réponses “Autres” à la question 13 : “Pour chacune des compétences/activités ci-dessous, précisez si votre SAE est plus élevé depuis que vous pratiquez le partenariat parental” n=2**

Autre(s) :

pour le partenariat avec les autres professionnels, il faut être vigilant à ce qu'on communique car certaines familles ne souhaitent pas que les éléments travaillés soient communiqués. il s'agit de s'assurer d'avoir leur accord.

Cela m'a permis d'apporter plus de clarté aux compte-rendus et aux objectifs de la prise en soins

### Annexe XIX : Réponses "Autres" à la question 15 : "Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à la famille/au patient ?" n=9

Autre(s) :

ça demande + de réflexion d'être dans le partenariat vs guidance ou accompagnement. certains parents n'attendent pas du tout qu'on soit ds le partenariat ni la guidance ni l'accompagnement

contexte socio culturel

dépression parentale, maladie mentale des parents, parents débordés, familles monoparentales débordées, milieux socio culturels défavorisés, handicap lourd

des difficultés plus globales de compréhension du parent

Facteurs externes (ex. : fratrie qui ne peut être gardée, travail trop prenant pour le parent, etc.) + Facteurs internes (notamment DI ou signes de psychopathologie chez le parent, trouble de l'attachement, haut degré d'ambivalence avec déni, etc.).

Familles ASE , enfants ds des maisons d'enfants, ado,

l'âge, au dessus de 10 ans je vois l'enfant seul en séance, même si je fais rentrer le parent avant la fin de la séance pour faire le point

le type de pathologie

Les capacités intellectuelles des parents

### Annexe XX : Réponses "Autres" à la question 16 : "Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à votre pratique orthophonique ?" n=6

Autre(s) :

ça me demande bcp d'énergie et j'ai du mal à garder les parents en séance (même si désormais je le fais plus souvent)

ce n'est pas la posture du patient en général dans les soins, dans les a priori des patients et ils parfois du mal à se mettre dans cette posture

Depuis que je travaille comme ça, j'ai du mal à trouver efficaces les suivis où les parents ne s'investissent pas comme je le voudrais, moi, et à m'adapter à leur demande (explicite ou non) de non-partenariat.

difficile de fixer des obj élaborés avec les patients, qui ne savent pas trop

je ne comprends pas en quoi le partenariat devrait être un autre acte de la nomenclature alors que c'est juste une modalité d'intervention

Manque de formation, et des enjeux psychologiques chez le parent d'enfants en situation de handicap

### Annexe XXI : Réponses "Autres" à la question 17 : "Quelles sont les limites que vous observez et qui sont liées à votre pratique orthophonique ?" n=9

Autre(s) :

ça me demande bcp d'énergie et

contraintes logistiques du parent

La présence d'écrans, avec un parent qui consulte son téléphone en séance

Parents Ac QI bas,

patient accompagné par taxi, pas de contact ou peu avec les parents..

Patients qui viennent avec une ambulance et non avec leurs parents. Il est donc plus difficile de joindre et de rencontrer régulièrement les parents.

Temps des séances trop court

Tous ces facteurs externes peuvent constituer une "limite" en soi, mais les barrières peuvent aussi être levées avec la bonne approche et un cadre thérapeutique bien établi..

travail en institution parfois manque de contact avec les parents, difficulté à trouver un créneau

## Annexe XXII : Réponses à la question 23 : “Si vous souhaitez faire un commentaire, une remarque, sur un point précis, sur l’ensemble du questionnaire, ou bien parler de votre expérience” (n=15)

Si vous souhaitez faire un commentaire, une remarque, sur un point précis, sur l’ensemble du questionnaire, ou bien parler de votre expérience :

le partenariat parental me pousse à préciser des sous-objectifs aux objectifs, à conceptualiser les démarches rééducatives et cela augmente beaucoup mon sentiment d'auto efficacité

le partenariat parental n'est qu'une modalité d'intervention qui n'a pas encore fait les preuves de son efficacité. Cela fait partie des reco et c'est bien de s'en inspirer mais c'est aussi à nous de choisir a bonne modalité selon le parent. Si possible le partenariat mais certains parents sont plus à l'aise avec la guidance et c'est ok

pour moi l'orthophonie n'a aucun impact si pas de partenariat parental et si pas de reprise des entrainements à la maison. plus j'ai de l'expérience plus je retrouve ce postulat. si carence psycho aff, sans suivi psy il se passe généralement rien en orthophonie, si milieu socio culturel très bas, idem si pas de suivi éducatif...

Le travail Ac les parents a participé à la poursuite de mon exercice. Sans cela, j'aurais sûrement arrêté.

C'est un sujet très intéressant. :) Pour ma part, le partenariat parental m'a vraiment aidé à apprécier pleinement mon métier d'orthophoniste. Je n'ai plus le sentiment que je suis responsable à 100% de l'évolution de l'enfant, et je conçois beaucoup moins les suivis à long terme.

Je travaille surtout avec des patients qui ont un trouble de la fluence, domaine qui n'est pas répertorié

super sujet de mémoire. bon travail

articles et conférences seront dédiés au partenariat parental courant 2023. il est temps que les pratiques évoluent bon courage pour la suite.

Je suis ravie qu'un mémoire sur le sujet existe. Le biais pourrait être que les orthos donnent des "devoirs" à faire à la maison aux parents. C'est l'alliance qui est intéressante et féconde.

excellent sujet de mémoire. Bon courage pour la suite

Le partenariat est essentiel !

Je vous remercie pour ce questionnaire. Je ne pensais pas mettre en place le partenariat parental avec les familles vu que les conditions logistiques et sociales sont compliquées ; cependant, je l'ai mis en place avec certaines familles et les retours sont positifs. Je ne peux que recommander cette pratique et souhaite approfondir le sujet.

La distinction "guidance / partenariat / accompagnement" et les définitions associées sont discutées. Il serait risqué d'utiliser cela comme faisant référence et consensus en France, même si j'ai beaucoup de respect pour le travail de Jeremy et Sophie que je connais bien. Il s'agit d'une conception parmi d'autres. Bravo pour votre sujet de mémoire en tout cas ;)

Je précise que je travaille toujours avec les familles (présence lors des séances) hormis pour quelques cas quand cette présence peut s'avérer toxique , mais c'est rare..

j'aurais tant à dire ,...

# RÉSUMÉ

## **Titre : Le partenariat parental en orthophonie : état des lieux des pratiques professionnelles en France**

Les dernières décennies ont été marquées par un changement du paradigme de soin. L'approche paternaliste a évolué vers la démarche centrée sur le patient, et plus récemment vers le partenariat-patient. Aujourd'hui considéré comme un modèle relationnel idéal, ce dernier se caractérise par la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, la collaboration étroite entre soignant et soigné, la décision partagée et la co-construction des objectifs et du projet de soin. Ce modèle, compatible avec les exigences éthiques dans le domaine du soin, répond aux problématiques liées à la transition épidémiologique et à la modification du rapport des individus à leur santé. La littérature reconnaît que le partenariat améliore la qualité et l'efficacité des soins, mais également que certaines conditions peuvent rendre difficile sa mise en place.

Dans le domaine de l'orthophonie, des formations au partenariat parental ont récemment vu le jour. Face à ce constat, nous avons voulu faire un état des lieux de la pratique du partenariat parental par les orthophonistes en France.

Notre étude a pour objectif d'amorcer une réflexion sur les motivations des orthophonistes à pratiquer le partenariat parental, et sur les apports et les limites qu'ils en observent au quotidien. Il en ressort que 86% des orthophonistes interrogés ont choisi de pratiquer le partenariat parental dans un souci d'amélioration et d'efficacité de leurs prises en soin. 52% ont fait ce choix pour solutionner des situations d'inconfort dans leur pratique. À cela, on ajoute que plus de 70% indiquent observer des bénéfices du partenariat parental dans l'efficacité de leurs prises en soin. On retient néanmoins que 89% constatent des limites à la mise en oeuvre de cette démarche. Parmi eux, 100% évoquent des limites liées au patient/à sa famille, telles que le manque d'investissement des parents. Or, ces dernières pourraient être résolues grâce à une alliance thérapeutique de meilleure qualité. Nos recherches nous ont donc permis d'identifier l'alliance thérapeutique comme axe principal d'amélioration de la pratique du partenariat parental.

**Mots-clés** : partenariat de soin, partenariat parental, sentiment d'auto-efficacité, relation de soin, alliance thérapeutique, collaboration, décision partagée, éthique

## ABSTRACT

### **Title : Parental partnership in speech and language therapy: a review of professional practice in France**

Recent decades have seen a shift in the paradigm of care. The paternalistic approach has evolved into the patient-centred approach, and more recently into the patient-partnership approach. Now considered an ideal relational model, this last approach is characterised by recognition of the patient's experiential knowledge, close collaboration between care-givers and patient, co-decision and co-construction of objectives and the care plan. This model, which is compatible with ethical requirements in the healthcare field, responds to the problems related to the epidemiological transition and the changing relationship between individuals and their health. The literature recognises that partnership improves the quality and effectiveness of care, but also that certain conditions can make it difficult to establish.

In the field of speech therapy, parental partnership training courses have recently emerged. Given this situation, we wanted to take stock of the practice of parental partnership by speech and language therapists in France.

The aim of our study is to explore the motivations of speech and language therapists for practising parental partnership, and the benefits and limitations they observe in their day-to-day work. We found that 86% of the speech and language therapists surveyed had chosen to practise parental partnership in order to improve the effectiveness of their care. 52% had made this choice to resolve uncomfortable situations in their practice. In addition, 70% said that they had observed the benefits of parental partnership in the effectiveness of their care. Nevertheless, 89% noted limitations to the implementation of this approach. 100% of the cited limitations are linked to patient/family, such as a lack of parental investment. However, these could be resolved through a better-quality therapeutic alliance. Our research has therefore enabled us to identify the therapeutic alliance as the main area for improving the practice of parental partnership.

**Key words:** care partnership, parental partnership, feeling of self-efficacy, care relationship, therapeutic alliance, collaboration, shared decision, ethics.

**Key words :** care partnership, parental partnership, feeling of self-efficacy, care relationship, therapeutic alliance, collaboration, shared decision, ethics