



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

AUZIAS Laure
LE MENN Marie-Ange

L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL
DANS LA PRATIQUE CLINIQUE ORTHOPHONIQUE
AU QUEBEC ET EN FRANCE

Maître de Mémoire

BO Agnès

Membres du Jury

DI QUAL Myriam
GONZALEZ Sibylle
OLLAGNON Pascale

Date de Soutenance

Juin 2011

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. BONMARTIN Alain

Vice-président DEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Directeur Général des Services
M. GAY Gilles

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directeur **Pr. GILLY François
Noël**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. LOCHER François**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **Pr GIERES François**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **Pr. COLLIGNON Claude**

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr. AUGROS Jean-Claude**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeurs **M. COULET Christian et Pr.
LAMARTINE Roger**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION
ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
THEROND Béatrice
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement :

Agnès Bo, pour ces échanges si intenses qui aiguisaient toujours plus notre curiosité quant à cette modalité de soins et pour son suivi rigoureux.

Sylvie Martin, pour avoir partagé son expérience clinique en tant que formatrice en accompagnement familial.

Les orthophonistes et parents québécois et français, qui ont su se rendre disponibles pour nous recevoir et témoigner de leur propre expérience. Merci pour leur enthousiasme et leur intérêt porté à notre projet.

Basile Bailly et Emmanuel Sylvestre, pour leur aide technique et l'élaboration du questionnaire en ligne.

Marc Ricavy pour le partage de ses expériences professionnelles et le temps qu'il a accordé à la relecture de notre travail.

Nos familles et proches, qui ont suivi la maturation progressive de ce travail. Merci pour leur patience et leur soutien.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES.....	2
1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON1	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2. INSTITUT SCIENCES ET TECHNIQUES DE RÉADAPTATION FORMATION ORTHOPHONIE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE.....	9
2. EVOLUTION DES REPRÉSENTATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE	10
3. DES INFLUENCES THÉORIQUES CROISÉES.....	10
3.1. Le courant behavioriste	10
3.2. Le courant cognitiviste.....	10
3.3. La psycholinguistique.....	10
3.4. La psychologie du développement.....	11
3.5. L'approche socio-interactionniste.....	11
3.6. L'approche systémique dynamique.....	11
3.7. L'approche écologique	11
4. L'INTERVENTION PRÉCOCE.....	12
5. L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	14
6. LA RELATION ORTHOPHONISTE-PARENT.....	14
6.1. Les représentations de la situation d'aide dans le soin.....	14
6.2. L'alliance thérapeutique	14
6.3. L'« empowerment »	14
7. LES DIFFÉRENTS TYPES D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	15
7.1. Type I « information des parents ».....	15
7.2. Type II « collaboration des parents ».....	16
7.3. Type III « intervention des parents ».....	16
8. LES PROGRAMMES D'INTERVENTION	17
9. L'ORTHOPHONIE AU QUÉBEC ET EN FRANCE	17
1. AU QUÉBEC.....	17
1.1. Système de soins.....	18
1.2. Compétences des orthophonistes.....	19
1.3. Formation initiale.....	20
2. EN FRANCE.....	20
2.1. Système de soins.....	20
2.2. Compétences des orthophonistes.....	21
2.3. Formation initiale.....	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
I. PROBLÉMATIQUE.....	24
II. HYPOTHÈSES	24
PARTIE EXPERIMENTALE.....	25
I. QUESTIONNAIRES.....	26
1. MÉTHODE D'EXPÉRIMENTATION.....	26
1.1. Elaboration.....	26
1.2. Recueil et traitement des données.....	26
2. POPULATION ET ÉCHANTILLON.....	26
3. OUTILS UTILISÉS.....	27
4. PROCÉDURE D'ANALYSE.....	28
II. ENTRETIENS.....	29
1. MÉTHODE D'EXPÉRIMENTATION.....	29

2. POPULATION ET ÉCHANTILLON.....	29
3. OUTILS UTILISÉS.....	30
4. PROCÉDURE D'ANALYSE.....	30
PRESENTATION DES RESULTATS.....	31
I. ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL DANS LA PRATIQUE CLINIQUE ORTHOPHONIQUE AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	32
1. LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	32
1.1. <i>Selon l'âge des patients</i>	32
1.2. <i>Selon les pathologies</i>	33
1.3. <i>Selon leur fréquence d'utilisation</i>	34
1.4. <i>Selon l'utilisation d'un programme d'intervention</i>	36
2. LES RESSENTIS DES ORTHOPHONISTES ET DES PARENTS.....	37
2.1. <i>Les orthophonistes et l'accompagnement familial</i>	37
2.2. <i>Les parents et l'accompagnement familial</i>	39
II. FACTEURS INFLUENÇANT LA PRATIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	41
1. LE CURSUS DE FORMATION AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	41
1.1. <i>La formation initiale en accompagnement familial</i>	41
1.2. <i>La formation continue en accompagnement familial</i>	44
2. L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SOINS QUÉBÉCOIS ET FRANÇAIS.....	47
DISCUSSION DES RESULTATS.....	49
I. LIMITES DE L'EXPÉRIMENTATION.....	50
1. REMARQUES GÉNÉRALES.....	50
2. QUESTIONNAIRES.....	51
3. ENTRETIENS.....	52
II. ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL DANS LA PRATIQUE CLINIQUE AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	52
1. LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	52
1.1. <i>Selon l'âge des patients</i>	52
1.2. <i>Selon les pathologies des patients</i>	52
1.3. <i>Dans les pratiques professionnelles</i>	53
2. LES TYPES D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	53
2.1. <i>Type I « informations »</i>	53
2.2. <i>Type II « modeling »</i>	54
2.3. <i>Type III « partenariat »</i>	54
3. ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	55
4. RESSENTIS DES ORTHOPHONISTES ET DES PARENTS.....	56
4.1. <i>Les orthophonistes et l'accompagnement familial</i>	56
4.2. <i>Les parents et l'accompagnement familial</i>	57
III. FACTEURS INFLUENÇANT LA PRATIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	58
1. LES CURSUS DE FORMATION EN ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	58
1.1. <i>La formation initiale</i>	58
1.2. <i>La formation continue</i>	59
1.3. <i>Entretiens avec les orthophonistes</i>	60
2. L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SOINS.....	60
2.1. <i>Les orthophonistes et les systèmes de soins</i>	60
2.2. <i>Les parents et les systèmes de soins</i>	61
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	64
GLOSSAIRE.....	67
ANNEXES.....	68
1. ANNEXE I : QUESTIONNAIRES.....	69
2. ACTIVITÉ LIBÉRALE / PRIVÉE.....	69
3. ACTIVITÉ INSTITUTIONNELLE.....	73
ANNEXE II : PROTOCOLES D'ENTRETIENS.....	77
1. POUR LES ORTHOPHONISTES.....	77
2. POUR LES PARENTS.....	78

ANNEXE III : LETTRES EXPLICATIVES.....	79
1 AUX ORTHOPHONISTES POUR LE QUESTIONNAIRE.....	79
2 AUX ORTHOPHONISTES POUR L'ENTRETIEN.....	80
3 AUX PARENTS POUR L'ENTRETIEN.....	82
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	84
TABLE DES MATIÈRES.....	85

INTRODUCTION

L'accompagnement familial en pratique clinique orthophonique s'inscrit dans une approche écologique de la prise en charge des troubles de la communication et du langage. Cette approche novatrice de l'intervention orthophonique implique des modalités de soin indirectes et est le fruit de diverses influences théoriques, telles que les approches socio-interactionniste et systémique.

Une certaine confusion semble se dégager autour des termes qualifiant cette pratique clinique. On rencontre ainsi « guidance parentale » ou « accompagnement parental ». Le terme « parental » nous semblant restricteur quant aux aidants naturels potentiels du patient et le terme « guidance » suggérant une notion de supériorité hiérarchique, il nous semblait alors plus approprié de privilégier l'expression « accompagnement familial ».

Précisons que nous entendons par « accompagnement familial » toute action (discussions informelles, conseils, programmes standardisés, etc.) participant au soin et réalisée par l'orthophoniste auprès des aidants naturels du patient. Nous nous sommes centrées sur la prise en charge des troubles de la communication et/ou du langage oral chez des enfants de 0 à 6 ans.

L'accompagnement familial en orthophonie a beaucoup suscité notre intérêt lors de son enseignement en formation initiale, où l'efficacité des pratiques canadiennes était mise en avant. Lors des stages cliniques, nous avons eu la chance d'observer cette modalité de soins pourtant peu utilisée par les praticiens français : cela a donc continué à aiguïser notre curiosité.

Le départ de l'une de nous à Montréal au cours de l'année universitaire 2009-2010 a aiguïlé notre réflexion vers une étude comparative, au Québec et en France, de la pratique clinique orthophonique en accompagnement familial ainsi que l'étude des facteurs pouvant influencer ces pratiques, comme le cursus de formation et l'organisation des systèmes de soins.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

2. Evolution des représentations sur la prise en charge orthophonique des troubles de la communication et du langage

3. Des influences théoriques croisées

Jusque dans les années 1950-1960, l'environnement de l'enfant n'a été que très peu pris en compte dans l'intervention orthophonique (McNemer, 1940).

3.1. Le courant behavioriste

Le courant behavioriste soutient que l'enfant construit son langage par l'imitation de modèles et pratique l'observation directe des sujets. Dans le domaine orthophonique, S. Borel-Maisonny (1960) s'est inspirée de ce modèle en décrivant la rééducation orthophonique selon trois composantes distinctes : parole, articulation et langage.

3.2. Le courant cognitiviste

Pour Piaget (1952, 1970) la pensée est décomposable en processus mentaux distincts et organisés en modules relativement autonomes. L'acquisition des connaissances est décrite comme une construction par stades, précédée par le développement et observable à travers le comportement. Le langage est considéré comme une des composantes de la fonction symbolique globale se manifestant selon différents stades successifs.

Vygotsky (1896, 1934) s'est opposé aux théories de Piaget en affirmant que l'acquisition des connaissances est une appropriation plus qu'une construction et que le développement est induit par l'apprentissage. Il avançait également que le langage est primordial, influencé par les conventions sociales et qu'au centre de ce dernier se trouvent les interactions.

3.3. La psycholinguistique

Chomsky, un des tenants du courant psycholinguistique, a développé dans les années 1960 la théorie de la « grammaire générative », ensemble de règles qui permettrait de générer une langue.

Ces travaux ont permis une approche plus modulaire de la fonction linguistique et y ont introduit l'étude de la pragmatique, essentielle dans l'appréhension des troubles de la communication et du langage.

3.4. La psychologie du développement

La psychologie du développement analyse les différents changements développementaux, qualitatifs et quantitatifs ainsi que les facteurs les influençant. Elle met en avant les compétences précoces (sensorielles, cognitives et interactionnelles) et renouvelle les connaissances sur le nouveau-né et les premières relations (Brazelton, Trewarten, Bruner, Stern, 1997). Par là, les travaux liés à ce courant ont eu un rôle important dans le développement de l'accompagnement familial (AcF) en orthophonie (Cf. Glossaire, AcF).

Enfin, au niveau clinique, il faut noter l'apport de la psychopathologie développementale (Sameroff et Emde, 1993) qui a privilégié l'observation du contexte relationnel et l'étude des facteurs de risques et de protection (Robert-Tissot, 2003).

3.5. L'approche socio-interactionniste

Bruner (1975, 1977, 1983) a développé le modèle socio-interactionniste à partir de l'idée selon laquelle l'aspect communicatif du développement langagier prime sur la structure du langage. Il a évoqué l'importance du rôle des « partenaires de communication du très jeune enfant » en valorisant les interactions avec l'enfant. Le psychologue insiste sur l'importance de l'analyse fine des contextes relationnels quotidiens ainsi que sur la Zone Proximale de Développement (développée par Vygotsky, 1978) et l'évaluation du besoin d'étayage. Ces notions font l'objet d'un intérêt certain en pratique clinique de l'AcF.

Bloom et Lahey (1978) modélisent la compétence langagière : elle se situerait à l'intersection entre la forme (ou le « comment dire »), le contenu (le « quoi dire ») et l'utilisation (le « pourquoi dire », dépendant du contexte d'énonciation) du langage. Ces trois paramètres s'influencent mutuellement et le dysfonctionnement de l'un d'entre eux déséquilibre l'ensemble « compétence langagière ».

3.6. L'approche systémique dynamique

L'approche systémique dynamique avance que le développement de chacune des sphères d'acquisition de l'enfant (motrice, cognitive, sociale, langagière) s'appuie et dépend de celui des autres sphères (Emde, Biringen, Clyman & Oppenheim, 1991). Les interactions avec les aidants naturels, ou « *Parents* » (Cf. Glossaire, Parents) y ont aussi une place importante.

Les thérapies familiales ont beaucoup contribué au développement de cette approche (Cook-Darzens, 2005). L'objectif est d'amener un changement dans le groupe famille à l'intérieur duquel se situe le symptôme, afin que s'y opère une rééquilibration. La prise en charge est alors plus efficace (Girolametto, 2006).

3.7. L'approche écologique

L'approche écologique affirme que pour créer un terrain le plus favorable possible au développement de l'enfant, il est nécessaire de faire cas de l'interdépendance des

nombreux facteurs et systèmes impliqués dans son développement (Bronfenbrenner, 1994; Green et coll., 1999). La prise en compte du trouble langagier de l'enfant sera donc multifactorielle (environnement familial, psychoaffectif, social, linguistique) et les objectifs d'intervention y seront intrinsèquement liés. De fait, cela « évite de se centrer sur un élément isolé de l'équation individu-environnement » (Sylvestre, Cronk, St-Cyr Tribble & Payette, 2002, p. 191) et invite les intervenants à aller chercher au-delà de l'individu, en évaluant, entre autres, les facteurs de risque avérés (endogènes) et potentiels (exogènes) mais aussi les facteurs de protection (Rossetti, 1996).

Ainsi l'évaluation clinique et les axes d'intervention orthophonique seront adaptés au contexte environnemental de l'enfant, afin d'oeuvrer au plus près de ses besoins.

La famille se révèle être le milieu le plus propice au développement global de l'enfant : c'est le premier espace dans lequel il se construit (St Jacques, 2000). La prise en compte des facteurs environnementaux non langagiers, dans l'analyse des interactions Parents-enfant, a permis d'élargir l'approche des troubles de l'enfant. Cette démarche, qui met les Parents en avant, les considérant comme partenaires privilégiés du patient, a été largement reconnue comme efficace et ce à long terme (Bronfenbrenner, 1974).

Ces multiples approches théoriques, s'influençant et évoluant, ont progressivement induit une dissociation entre une modalité de soins directe, où les prises en charge sont individuelles et centrées sur les symptômes du sujet, et une modalité de soins indirecte, où l'intervention s'axe également sur les partenaires de communication de l'enfant.

4. L'intervention précoce

Rossetti (1990) a mis en lumière l'importance de l'intervention précoce dans la prise en charge des troubles du langage et de la communication : les compétences préverbaux de l'enfant seraient des éléments cruciaux à considérer comme précurseurs de la communication. De même, de nombreuses études prouvent l'efficacité d'une intervention précoce auprès d'enfants ayant un déficit langagier (Trivette, 2006).

Guidetti et Tourrette (1992) envisagent l'évaluation des compétences communicatives précoces par l'élaboration d'une *Echelle de Communication Sociale Précoce*. Elles insistent également sur l'importance de détecter les facteurs de risque avérés et potentiels, lesquels permettent, dans l'élaboration des axes d'intervention orthophonique, une prise en charge proche des besoins du patient.

La légitimité de l'intervention précoce a été démontrée quant à son rôle dans le passage de stades critiques de développement (Anderson et al. , 2003; Thompson, 2001). Les professionnels de santé ont donc commencé à se tourner vers les parents, interlocuteurs privilégiés pour l'enfant (Bronfenbrenner, 1974; Brazelton, Trewarten, Bruner, Stern, 1997; Dunst, Odom, Horner, Smell & Blacher, 2007).

Dunst (2007) met en avant trois principes clés de l'intervention précoce, dont le but est de renforcer la capacité de mise en action du Parent quant au développement de l'enfant, et ce de façon concrète et efficace :

-
- « les stimulations au quotidien renforceraient l'autonomie de développement de l'enfant et ses compétences comportementales. Il va apprendre à percevoir ses propres capacités et les utiliser adéquatement pour produire les effets attendus ».
 - « l'apprentissage de l'enfant par l'intermédiaire des sollicitations et renforcements du Parent est efficace, il renforce également la confiance en soi de ce dernier et ses compétences ».
 - « les praticiens en intervention précoce soutiennent et renforcent la capacité du Parent à apporter des stimulations dont les qualités et caractéristiques sont les plus adaptées. Ces stimulations développent les compétences communicatives à la fois de l'enfant et du parent. »

De même, Dunst (2007) distingue quatre objectifs d'intervention précoce :

- « response-contingent child learning » : C'est la reconnaissance par l'enfant du lien entre ce qu'il fait et ce que cela provoque en réponse. Ceci produit chez lui une réponse socio-émotionnelle car la performance cognitive est plaisante (Haith, 1972).
- « parent responsiveness » : C'est la réceptivité et la sensibilité des Parents au comportement de leur enfant pendant leurs interactions. Ce style réceptif dans l'interaction est reconnu comme un élément capital de l'intervention précoce depuis une trentaine d'années (Affleck, Mc Queeney et Allen, 1982).
- « natural learning opportunities » : Les situations de la vie quotidienne sont des stimulations naturelles bénéfiques aux apprentissages de l'enfant. Elles sont structurées, routinières, et cadrent naturellement les apprentissages.
- « capacity-building help-giving practices » : L'intervention sera réussie si les Parents, au même titre que leur enfant, ont développé un sentiment de compétence et de confiance en eux. Ceci se fait grâce au soutien et à l'étayage prodigués par le praticien. Ainsi, les Parents pourront accéder à l'objectif établi communément. Confiant, le Parent soutiendra à son tour l'enfant dans ses apprentissages.

Ainsi, les approches théoriques dominantes concernant la vision de la prise en charge des troubles de la communication et du langage se sont progressivement tournées vers le contexte de vie de l'enfant et donc vers son entourage proche. En outre, le courant de Promotion de la Santé, dans lequel s'inscrit l'orthophonie, a appuyé ce tournant en mettant en avant la nécessité d'une intervention de plus en plus précoce afin de prévenir l'aggravation des troubles.

En orthophonie, les interactions deviennent donc un objectif de prise en charge essentiel voire impératif. Il nécessite la mise en action des aidants afin qu'un changement s'opère dans la dynamique familiale (perçue au sens large) pour que l'enfant puisse développer harmonieusement ses compétences communicatives et langagières.

5. L'accompagnement familial

6. La relation orthophoniste-Parent

6.1. Les représentations de la situation d'aide dans le soin

L'évolution et l'enrichissement des approches théoriques amènent à reconsidérer la position de l'orthophoniste face aux Parents. En effet il semble important, pour le praticien, de se départir d'une position de savoir et de se montrer disponible et à l'écoute de la famille.

Parallèlement, les représentations des aidants vis-à-vis du rôle du professionnel vont a priori influencer la relation qui va s'établir entre eux.

Cette conception de l'aide professionnelle amène donc à remettre en question la pertinence des approches fondées sur le modèle médical, schéma de soins vertical (Le Bossé, 2003).

6.2. L'alliance thérapeutique

En fonction des représentations de chacun, une relation d'aide spécifique va s'établir entre les aidants et l'orthophoniste : l'alliance thérapeutique.

Houzel (2003, p. 80) définit l'attitude du professionnel vis-à-vis du Parent ainsi : « être en empathie avec eux, c'est la condition de base pour aborder leurs problèmes et ceux de leurs enfants, dans une approche de compréhension et d'élaboration et non de jugement et de normativité ». Et l'expérience prouve que chaque fois que professionnels et Parents réussissent à nouer une relation d'alliance et de compréhension, l'enfant en tire un immense bénéfice (Houzel, 2003).

Dans la pratique de l'accompagnement familial, l'orthophoniste cherche à valoriser les compétences des Parents, afin qu'ils puissent à nouveau les utiliser pour répondre aux besoins de l'enfant. Plus la relation de confiance sera forte, plus l'aidant, entendu et compris empathiquement par l'intervenant, sera en mesure de s'engager pleinement.

6.3. L'« empowerment »

Depuis 1986, la charte d'Ottawa a permis de percevoir la Promotion de la Santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer (Charte d'Ottawa, 1986).

C'est depuis cette première conférence internationale que s'est développée l'utilisation du terme « empowerment » (Cf. Glossaire), processus qui vise à augmenter la capacité d'un individu à agir par lui-même, dans un contexte de changement de son environnement (Wallerstein & Bernstein, 1988 ; Bronfenbrenner, 1994).

Les traductions de ce terme anglophone restent délicates : on parle d'« habilitation » ou encore d'« appropriation » (Le Bossé, 2003) ; c'est pourquoi nous avons choisi de garder le terme en anglais dans les propos suivants. Les notions de sentiment de compétence, de prise de conscience et de motivation à l'action sont réellement associées au concept d'empowerment (Le Bossé, 2003). En effet, pour qu'un changement ait lieu dans l'environnement de l'individu, ce dernier doit être capable de se prendre en charge et d'avoir conscience de ses conduites.

L'orthophoniste, en se centrant sur la valorisation des compétences de la famille, a pour but d'amener les Parents à mettre en place de façon autonome un échange satisfaisant avec l'enfant qui présente une difficulté importante de communication (Martin, 2000).

7. Les différents types d'accompagnement familial

Trois types d'AcF ont été théorisés, en fonction de la conception des systèmes d'aide, de l'alliance thérapeutique et de la modalité de soins établie (Bo, 2010, publication en cours) :

	Type I Informations argumentées et soutien	Type II Collaboration des parents	Type III Intervention des parents
Modalité de soins	Indirecte verticale	Indirecte verticale	Indirecte horizontale
Agent n°1	Orthophoniste	Orthophoniste	Parent
Alliance thérapeutique	+	++	+++
Description	Echanges formels ou informels Soutien Conseils	Directives élaborées par l'orthophoniste Soutien conseils	Travail par objectifs Stratégies discutées et choisies par le Parent Soutien

7.1. Type I « information des parents »

Dans ce type d'AcF l'orthophoniste va principalement informer et écouter les Parents. L'orthophoniste transmet des explications sur la pathologie, les difficultés de l'enfant et va aussi informer les aidants sur le travail entrepris et son évolution. Citons par exemple les modalités d'AcF (Cf. Glossaire) telles que les retours et discussions avec les Parents à la fin de la séance.

Ici, le professionnel a la place principale et détient le savoir. Une alliance thérapeutique est présente au niveau primaire, le praticien se préoccupe d'être disponible et à l'écoute des Parents afin de répondre à leurs interrogations. Il peut également les soutenir dans le processus de deuil de l'enfant idéal, ou bien renforcer leur compétence et leur estime de soi (Odom, Horner, Snell & Blacher, 2007).

Ce modèle se réfère au schéma médical traditionnel « médecin-patient », où les Parents assignent à l'orthophoniste un rôle d'expert. La relation est donc hiérarchique et

caractérisée par des décisions prises de manière unilatérale ainsi que par une communication de nature verticale (Bouchard, 2006).

7.2. Type II « collaboration des parents »

Dans ce modèle d'intervention, l'orthophoniste va proposer aux aidants de se mettre en action. Il donne des conseils et des principes à adapter, élargissant ainsi les ressources des Parents (Odom, Horner, Snell & Blacher, 2007). Ainsi les aidants sont amenés à investir et reproduire (selon le principe du « modeling ») ce qui leur est proposé. Par exemple, les Parents vont participer à la séance afin d'expérimenter les principes suggérés et d'être à même de les reproduire avec l'enfant, plus tard à la maison. Les aidants peuvent aussi être engagés dans l'apprentissage de techniques spécifiques et/ou de systèmes palliatifs ou augmentatifs.

Le Parent agit alors selon les recommandations de l'orthophoniste à qui il accorde sa confiance. L'alliance thérapeutique est plus forte que dans le type I « information des parents ».

La relation soignant-aidant est complémentaire mais asymétrique puisque toujours verticale. Ici, selon Bronfenbrenner (1994), nous serions dans un type de participation dite « paternaliste », qui considère l'individu comme récepteur du savoir.

7.3. Type III « intervention des parents »

La troisième modalité d'intervention suppose le décroisement et la complémentarité des compétences de chacun, à savoir la mise en place d'un réel partenariat entre l'intervenant et le Parent. Elle s'inscrit dans le développement actuel de la Promotion de la Santé, puisqu'elle suppose l'utilisation de l'empowerment comme base d'intervention : le Parent, outillé et compétent, va pouvoir agir directement auprès de l'enfant, en appliquant ses propres solutions. Selon Baland (2009, p 23) : « il faut pouvoir se décaler de ses propres valeurs afin que les recherches des solutions ne soient pas les nôtres mais celles de la famille ».

Ainsi, l'orthophoniste fait en sorte que le processus de l'intervention soit défini en partenariat avec l'aidant, lequel va être soutenu, formé et aidé pour identifier les ressources et besoins de l'enfant et pour chercher des solutions (Odom, Horner, Snell & Blacher, 2007). Les programmes d'intervention, qui seront développés dans le paragraphe suivant, sont l'exemple principal des modalités de ce type III d'AcF. L'utilisation de la vidéo peut aussi être un outil concret permettant d'aider le Parent à développer ses compétences communicatives par l'auto-analyse.

Dans une perspective de cogestion du pouvoir, soignant et aidant négocient ensemble les objectifs de la prise en charge, laquelle sera d'autant plus concrète et rapide.

Cette modalité d'intervention implique une alliance thérapeutique forte, puisqu'il y a une mise en commun des ressources et des savoir-faire des deux parties (Bouchard, 2006). Cela suppose également de s'éloigner des pratiques bilatérales et du schéma de soins actuel puisque la relation entre les acteurs est bien ici de nature horizontale.

8. Les programmes d'intervention

Les programmes d'intervention consistent à apprendre aux Parents les principes facilitateurs de la communication et du développement du langage en milieu familial (Girolametto, 2000). Cette approche bouleverse la place respective des Parents et de l'orthophoniste : ils deviennent partenaires (Cf. type III d'AcF). La spécificité du programme d'intervention est le travail par objectifs, lesquels sont planifiés par le praticien mais établis conjointement avec les aidants.

De nombreux programmes pour les enfants d'âge préscolaire ont été créés, essentiellement dans des pays nord-américains (Klein et Briggs, 1987; Girolametto, Greenberg et Manolson, 1986; Dunst et al. 1991; Berney, 2003; Monfort et Juarez Sanchez, 1996). Par exemple, les objectifs généraux du programme canadien Hanen sont : la formation des parents, l'intervention langagière précoce et le soutien social (Manolson, 1992). L'efficacité de ce programme a largement été objectivée (Girolametto, 2000; Rossetti, 2001; McCauley & Fey, 2006).

L'école genevoise s'est aussi penchée sur les programmes d'intervention dans la pratique clinique de l'AcF. Elle avance des objectifs tels que : renforcer la compétence et l'estime de soi des Parents, amener les Parents à identifier et élargir leurs propres ressources, amener les Parents à identifier les ressources et besoins de l'enfant, aider les Parents à avoir du plaisir avec l'enfant et enfin, aider les Parents à aider l'enfant (Rusconi Serpa, Berney, 1992, 1999).

Ainsi, chaque praticien choisit d'utiliser tel ou tel programme d'intervention, ou bien d'en construire un selon sa pratique clinique personnelle, en fonction de plusieurs facteurs, notamment celui de la conscience du trouble de l'enfant par les Parents (Bo, 2010).

9. L'orthophonie au Québec et en France

La pratique orthophonique et ses représentations étant directement influencées par le système de soins du pays et la formation des orthophonistes, nous évoquerons chacun d'eux, à la fois au Québec et en France.

1. Au Québec

Au Québec, un organisme régi par le Code des Professions a pour mission d'assurer la protection du public quant aux troubles de la communication. Ainsi l'Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec (OOAQ) surveille l'exercice professionnel des orthophonistes et soutient le développement de leurs compétences (OOAQ, 2011).

1.1. Système de soins

9.1.1. Une organisation complexe des services de santé

Contrairement à la pratique française, les orthophonistes québécois exercent très minoritairement en pratique libérale. Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux cela concernerait environ 10% des orthophonistes (MSSS, 2002). Ces services privés ne sont pas remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec ; les patients doivent alors recourir à un régime privé d'assurance (OOAQ, 2011).

S'ils désirent bénéficier de services orthophoniques dits « gratuits » (OOAQ, 2011) les patients peuvent donc s'adresser aux orthophonistes travaillant dans les institutions publiques, c'est-à-dire mises à disposition des patients par le gouvernement. Cependant, ces services sont hiérarchisés selon trois niveaux et les patients doivent suivre une « procédure de triage » complexe avant d'y accéder (ASSSM, 2009 ; Leduc, 2000).

Il existe des services dits de « première ligne » : les orthophonistes exercent ainsi dans les écoles ou en Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) ; les soins sont accessibles directement, sans prescription médicale. Le professionnel a ici pour rôle principal de procéder à une évaluation. Il peut intervenir uniquement s'il s'agit d'un trouble fonctionnel du langage. A ces activités s'ajoutent également des mesures d'éducation et d'informations au public, mesures s'inscrivant dans le mandat de promotion et de prévention (Code de déontologie, OOAQ, 2011).

En « deuxième ligne » les orthophonistes exercent en Centres de Réadaptation, où les soins sont accessibles uniquement sur prescription médicale. L'activité principale des praticiens est de prendre en charge les enfants ayant une difficulté langagière significative et persistante. Ici, l'objectif de l'intervention est la réduction des situations de handicap (ASSSM, 2009).

Enfin, en « troisième ligne », les orthophonistes exercent dans des Centres Hospitaliers au sein d'une équipe multidisciplinaire spécialisée. Leur rôle est de procéder à une évaluation auprès d'enfants présentant des problématiques spécifiques de 3^{ème} ligne. Ces très jeunes patients seront ensuite référés en Centres de Réadaptation (ASSSM, 2009).

9.1.2. Vers l'amélioration de la performance des services

Le métier d'orthophoniste fait partie, au Québec, des emplois en pénurie (ASSSM, 2009). La densité de la répartition des praticiens sur le territoire québécois, en 2004-2005, est de 17/100 000 habitants (MSSS, 2002). Actuellement, c'est à la fois le manque de ressources et le manque de praticiens qui ne permettent pas la création de nouveaux postes.

Comme conséquence première de cette pénurie, les listes d'attente pour les services augmentent considérablement. Selon la direction de la gestion des réseaux de l'ASSSM : « à Montréal, en août 2007, 2443 enfants étaient en attente pour un premier service en orthophonie. L'attente moyenne est légèrement inférieure à seize mois ».

Suite à ce constat alarmiste, le conseil d'administration de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal a décidé de voter un mandat, en Novembre 2007, visant l'amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire (ASSSM, 2009, phase 1). Le concept de partenariat se développe donc : la collaboration d'un orthophoniste avec un « agent multiplicateur » (c'est-à-dire une autre personne capable d'intervenir par rapport à des problématiques de langage et de communication) est vivement favorisée (ASSSM, 2006). Des modifications concernant le contenu des services en orthophonie sont également prévues : « les prises en charge individuelles vont être abandonnées au profit des prises en charge en groupes (...), le nombre des séances sera fixe » (ASSSM, 2009).

Ce plan d'action montréalais tente donc de mettre en place des adaptations visant une meilleure accessibilité des services, une trajectoire de soins plus simple et une détection précoce des difficultés de langage. Il est véritablement à considérer puisqu'il s'inscrit au cœur des problématiques de santé actuelles au Québec.

Cette hiérarchisation des services orthophoniques, ainsi que la pénurie importante de professionnels au Québec et la non prise en charge des frais de services privés ont donc des répercussions sur l'accès aux soins de la patientèle.

1.2. Compétences des orthophonistes

Avec l'extension du champ d'exercice des orthophonistes, leurs compétences se sont multipliées et complexifiées. En effet, dans les années 1995, les porte-parole de l'Ordre ont fait valoir à quel point les aptitudes des praticiens ont débordé le cadre des problématiques classiques pour investir des thèmes comme la pragmatique et la métalinguistique (ASSSM, 2009).

Selon l'Association Canadienne des Orthophonistes et Audiologistes (ACOA, 2008) : « les orthophonistes peuvent travailler directement auprès des patients ou avec les autres personnes qui interagissent régulièrement avec ceux-ci, afin de créer un contexte favorable optimal pour la communication et la déglutition ». Ainsi nous percevons, au Québec, la reconnaissance du travail de l'orthophoniste avec des membres de la famille du patient, notamment en ce qui concerne la prise en charge des troubles de la communication.

De plus, il est intéressant de relever la définition du rôle même des professionnels, selon l'Ordre (OOAQ, 2006) : « l'orthophoniste explique à la personne concernée et à ses proches les résultats de ses examens. Avec eux, il discute des solutions et des moyens pour rendre la communication la plus efficace possible ».

Cette pratique requise suggère une certaine modalité d'intervention, relevant de l'ordre d'une négociation du processus d'intervention et d'un partenariat entre ses différents acteurs. Cela ferait donc référence au type III d'AcF.

1.3. Formation initiale

La formation des orthophonistes au Québec s'inscrit dans la lignée des systèmes pédagogiques nord-américains. Les méthodes d'enseignement reposent sur une dynamique des interactions entre les instructeurs et les apprenants. En effet, les principes éducatifs visent à développer, chez les étudiants, leur « habileté à engager des démarches de concertation, leur aptitude à travailler en équipe [...] et la connaissance de leurs forces et faiblesses en dynamique de concertation » (Carbonneau, 1993, p 50). Les apprentissages sont concrétisés ainsi par des exposés, des discussions, des jeux de rôle, des lectures, des observations de vidéos et des exercices pragmatiques.

Nous pouvons illustrer cela par l'intitulé d'un cours, donné en troisième année de formation à l'Ecole d'Orthophonie de Montréal (EOM, 2011). Ce module est défini ainsi « activités d'échanges et de résolution de problèmes dans le but d'intégrer les connaissances théoriques et les expériences pratiques et cliniques ». La relation « enseignant-apprenant » apparaît alors d'égal à égal. Cette préparation concrète à l'exercice professionnel, expérimentant ainsi le concept même de partenariat, reflèterait-elle la pratique du futur orthophoniste québécois ?

La formation à l'AcF est abordée de façon transversale dans le cursus scolaire des étudiants. Le principe de collaboration entre l'orthophoniste et l'entourage du patient est donc largement véhiculé dans le contenu des cours enseignés. Relevons, à titre d'exemples, deux modules proposés en dernière année de formation en orthophonie (EOM, 2011). L'un envisage « la connaissance du processus de planification d'un programme, ses concepts, ses méthodes, ses stratégies » et l'autre propose « l'apprentissage des principes du counseling et de leurs applications aux divers stades de la relation entre spécialistes de la réadaptation et clients ». L'enseignement de cette modalité de soins est donc inhérente aux cours donnés, et ce durant les quatre années de formation.

2. En France

En France, les orthophonistes sont représentés à travers la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Ce syndicat informe les professionnels et les soutient auprès du ministère de la Santé.

2.1. Système de soins

2.1.1. Le remboursement des frais liés aux prises en charge

En France, les orthophonistes font partie du régime des auxiliaires médicaux. Les actes se font sur la base d'une prescription médicale et les patients ont droit à un remboursement de leur prise en charge orthophonique, effectué à 40% par les assurances médicales complémentaires (adhésion à la charge du patient) et à 60% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui est une branche du régime général de la Sécurité Sociale (parmi celles des Allocations Familiales et de l'Assurance Vieillesse).

La Sécurité Sociale a été créée en France en 1945. Ses objectifs généraux sont d'assurer les citoyens français contre les conséquences financières de certains risques et de mettre en place une politique sanitaire et sociale. Ce système de protection sociale est sous-tendu par le principe de solidarité qui induit des cotisations mensuelles versées à l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF). La Couverture Maladie Universelle (CMU) a été créée dans les années 1990. Elle permet aux personnes en situation précaire d'obtenir une couverture des soins à 100% et ce par la Sécurité Sociale (CPAM).

Ainsi, la plupart des citoyens français sont entièrement remboursés des frais engagés dans les prises en charge orthophoniques (sous couvert d'une adhésion à une assurance médicale complémentaire), ce qui facilite leur accès aux soins.

2.1.2. Démographie des orthophonistes

La répartition des orthophonistes praticiens en France (18 979 au total) est la suivante (chiffres approximatifs) : 14 744 exercent en libéral et 3762 en salariat (Siciak-Tartaruga, 2009).

La majeure partie des orthophonistes travaille donc en libéral, mais il faut noter des listes d'attente très importantes au niveau des deux types d'exercice professionnel, dans diverses régions françaises. La densité moyenne est en outre de 30 orthophonistes pour 100 000 habitants.

2.2. Compétences des orthophonistes

En France, selon le décret de compétences des orthophonistes (mai 2002, article 4) : « la rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient ». L'AcF est ainsi mentionné implicitement dans les textes officiels français, le terme « conseils » semblant placer l'entourage du patient en position passive et définir la relation thérapeutique comme verticale (le soignant est détenteur du savoir, reçu par le soigné).

On peut aussi évoquer la commission de travail sur le référentiel des activités de l'orthophoniste (FNO, FNEO, UNADREO, FO, FEHAP, 2010) où, dans les documents de travail, la description de la prise en charge (individuelle ou en groupe) du patient comprend un paragraphe sur la « réalisation de l'intervention orthophonique auprès des aidants et/ou de l'entourage ».

2.3. Formation initiale

Dans l'arrêté du 16 mai 1986, modifié par l'arrêté du 25 avril 1997, concernant la formation initiale (F.I.) des orthophonistes en France, l'AcF est évoqué dans les enseignements de matières spécifiques et dans les « *modules spécifiques non substituables* » à la formation en orthophonie, aux côtés de domaines comme la prévention et le dépistage, les bilans et les conduites d'entretiens cliniques.

Cependant, cette formation spécifique reste peu dispensée en France. Ici, la formation continue (F.C.) pourrait venir compenser ce manque manifesté au cours de l'exercice professionnel des orthophonistes.

L'AcF tend donc à être évoqué dans les textes officiels français, que ce soit à propos de la pratique orthophonique en elle-même ou bien de la FI. Notons que l'application de l'AcF dans les pratiques orthophoniques est encore peu courante : le rôle de l'entourage semble se restreindre à l'application de conseils ou d'outils donnés par le professionnel.

Ainsi, on constate des différences entre le Québec et la France, en ce qui concerne principalement les systèmes de soins, les décrets de compétences des orthophonistes et leurs cursus de formation. Ces disparités pourraient avoir un impact sur les représentations des orthophonistes québécois et français, ainsi que sur leurs pratiques cliniques.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

L'accompagnement familial en pratique orthophonique permet une prise en charge de l'enfant dans sa globalité et ce de façon adaptée à son environnement.

Cette pratique a déjà montré son efficacité, notamment à travers des programmes canadiens d'intervention comme Hanen (Girolametto, 2000; Rossetti, 2001; McCauley & Fey, 2006) qui semblent a priori relativement différents des pratiques françaises.

C'est lors de stages cliniques et au cours de la formation initiale, où les approches canadiennes ont été mises en valeur, que nous avons découvert cette modalité de soins.

I. Problématique

Les recherches bibliographiques sont venues étayer notre réflexion et ont permis de l'affiner petit à petit, pour aboutir à la problématique suivante :

« Quelles sont les différences dans la pratique orthophonique en AcF au Québec et en France et quelles peuvent en être les causes ? »

II. Hypothèses

Nous tenterons de répondre à cette question à travers l'hypothèse générale formulée ainsi :

« En AcF, la relation orthophoniste – Parent ne serait pas la même au Québec et en France ; ces différences dans la pratique seraient induites par des facteurs cliniques et politiques ».

Nous développerons à partir de là, et à travers les différentes données de notre expérimentation les hypothèses opérationnelles suivantes :

- « La relation orthophoniste – Parent en AcF se caractériserait par le type « partenariat » au Québec et par le type « informations » en France ».
- « Les cursus de formation en AcF et l'organisation des systèmes de soins auraient un impact sur les types d'AcF pratiqués au sein des deux populations ».

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

L'AcF faisant partie, comme nous l'avons vu précédemment, des décrets de compétences des orthophonistes québécois et français, nous avons choisi de répondre à notre questionnement en réalisant des questionnaires ainsi que des entretiens. Les données obtenues nous ont permis de vérifier nos hypothèses de recherche. Celles des entretiens, même si elles ne sont pas généralisables, nous ont toutefois permis d'illustrer et de conforter nos résultats.

I. Questionnaires

1. Méthode d'expérimentation

1.1. Elaboration

N'ayant pas trouvé, dans la littérature, de questionnaire préexistant se rapprochant de notre sujet, nous en avons créé un destiné aux orthophonistes. Cet outil de recueil de données correspond au mieux à la vérification de nos hypothèses de recherche, car il a l'avantage d'étudier des populations larges. De plus, il permet de chiffrer les éléments qui étaient auparavant de l'ordre de l'intuition, en quantifiant des réponses précises aux questions fermées. Enfin, nous pourrions comparer les données obtenues entre les deux populations.

1.2. Recueil et traitement des données

Pour la mise en œuvre du questionnaire, l'une de nous a assuré la diffusion au Québec, l'autre en France. Le questionnaire ainsi qu'une lettre explicative ont été adressés par voie postale et par voie électronique, aux orthophonistes québécois et français exerçant en libéral (privé) ou en institution (salarial). Dans le courrier électronique, nous transférons le lien vers le questionnaire mis en ligne sur Spiral, plateforme interactive de l'Université Claude Bernard (UCBL), avec l'aide d'E. Sylvestre et de l'iCAP. Le recours à ce moyen électronique a favorisé une rapidité de distribution, de réception des réponses et de traitement des données en conservant l'anonymat.

Nous avons proposé deux façons de traiter ce questionnaire, selon la préférence des répondants : sous format papier ou sous format électronique, dans un délai d'un mois (Avril - Mai 2010).

2. Population et échantillon

Les critères d'inclusion des répondants étaient les suivants : orthophonistes québécois et français, ayant une pratique orthophonique en libéral (privé) ou institution (centres spécifiques, de réadaptation, milieux hospitaliers) et prenant en charge de jeunes enfants de 0 à 6 ans.

Le recensement des orthophonistes s'est effectué selon une randomisation, grâce aux adresses postales et de messagerie, facilement disponibles. Nous leur suggérions dans

notre courrier de faire part de ce questionnaire à leurs confrères intéressés, afin de diffuser celui-ci à un plus grand nombre d'orthophonistes et optimiser ainsi le nombre de retours. Concernant les secteurs hospitaliers, au Québec, nous nous sommes adressées aux chefs de services afin de faire circuler notre questionnaire.

Au total, nous avons envoyé 308 questionnaires et avons obtenu 89 retours. Voici la répartition détaillée des envois et retours, au Québec et en France :

	Québec	France	TOTAL
Questionnaires envoyés :	120	188	308
en public	80	85	165
en privé	40	103	143
Nombre de retours :	24	65	89

Ainsi nous comptabilisons des taux de retours de 20% au Québec et 34,6% en France. La différence entre les taux de retour de ces deux populations peut être due au fait que les questionnaires adressés aux orthophonistes québécois en milieu hospitalier leur ont été transmis par l'intermédiaire d'un chef de service et non directement. La moyenne des taux de retours est de 27,3%.

3. Outils utilisés

Le questionnaire (Cf. Annexe I) se compose de 26 questions, avec une dominante de questions fermées visant à répondre à nos hypothèses opérationnelles. Les thèmes explorés sont détaillés dans le tableau ci-dessous. Les abréviations utilisées correspondent à : l'accompagnement familial (AcF), la formation initiale (FI), la formation continue (FC) et au cursus de formation (CdF). Le nombre entre parenthèses fait référence au numéro de la question correspondante.

Thèmes explorés dans les questionnaires et regroupés par domaines :

L'AcF	La FI	La FC
La pratique de l'AcF et ses partenaires (1)	Le pays où a été réalisé le CdF (13)	La participation à une FC (19)
La pratique de l'AcF et son lieu d'utilisation (2)	L'année d'obtention du diplôme (12)	Le pays où a été effectuée la FC (20)
La pratique de l'AcF et les pathologies associées (3)	La satisfaction des orthophonistes quant à leur CdF en AcF (17)	La satisfaction des orthophonistes quant à leur FC (21)
Les programmes d'intervention en AcF (4)	Les ressentis des orthophonistes quant à leur CdF en AcF (18)	Les ressentis des orthophonistes quant à leur FC (22 et 23)
Les modalités d'AcF et leurs fréquences d'utilisation (5)		
La pratique de l'AcF et le fait d'être à l'aise ou pas dès le début de l'exercice professionnel (9)		
La pratique de l'AcF et ses bénéfices (11)		
La pratique de l'AcF et ses difficultés (10)		

Le questionnaire contient :

- 20 questions et sous-questions fermées, permettant d'obtenir des données objectives. Parmi elles, des questions menant à une réponse « oui/non » ou bien encore à une échelle de fréquence ou de satisfaction. En voici une illustration : « Etes-vous satisfait de cette formation continue ? Tout à fait / Plutôt oui / Plutôt non / Pas du tout ».
- 1 question impliquant un classement par ordre de choix et favorisant des données plus précises, telle que la question 3 : « Avec quels types de pathologies utilisez-vous l'accompagnement familial ? Classer de la plus fréquente à la moins fréquente de 1 à 9 ».
- 7 questions et sous-questions ouvertes afin d'induire des réponses libres, dans leur forme et leur longueur, comme l'exemple suivant (question 22) : « Qu'auriez-vous souhaité de plus ou de différent (suite à la formation initiale reçue) ? ».
- 1 tribune libre à la fin du formulaire, pour recueillir les remarques et propositions spontanées des répondants.

4. Procédure d'analyse

Le recensement des répondants par ce double envoi (à la fois postal et électronique pour chaque orthophoniste) nous a permis d'obtenir davantage de retours. Néanmoins, ces deux modes de traitement différents ont compliqué la réception des informations. Afin

d'homogénéiser leur traitement, nous avons dû entrer les données des retours papier dans le logiciel informatique.

Les questionnaires favorisent un traitement quantitatif et facilité d'un grand nombre de données. C'est pourquoi, grâce à nos questions fermées permettant l'obtention de données objectives et précises, nous avons réalisé des pourcentages compte tenu des taux de retours de chaque pays. Nous avons, par cette analyse descriptive, pu mettre en comparaison les statistiques obtenues au Québec et en France.

Ensuite, concernant les questions ouvertes qui favorisent l'obtention de réponses libres et non induites, nous avons procédé à une analyse de contenu. L'intérêt de cette analyse a été de recueillir les termes bruts des répondants, traduisant leurs ressentis. Cependant, devant un nombre trop important de données, nous avons dû n'en sélectionner que les plus récurrentes.

II. Entretiens

1. Méthode d'expérimentation

Afin de compléter les informations de notre questionnaire, nous avons souhaité recueillir des données subjectives. Nous avons donc procédé à des entretiens semi-dirigés d'une trentaine de minutes, enregistrés auprès d'orthophonistes et de Parents.

Il est important de considérer que ces entretiens réalisés ne concernent qu'une partie minime de notre expérimentation, le questionnaire restant l'outil d'observation principal de notre recherche. Néanmoins, ces données subjectives ont permis d'étoffer et de confirmer les réponses obtenues indirectement.

2. Population et échantillon

Pour les populations québécoises et françaises, nous avons effectué trois entretiens auprès d'orthophonistes et trois entretiens auprès de parents. Ils se sont déroulés dans une période de trois mois, de Juin à Septembre 2010.

Les critères d'inclusion pour les orthophonistes étaient des praticiens québécois et français ayant accepté de participer à l'entretien à propos de l'AcF. Les critères d'inclusion pour ceux adressés aux parents étaient des parents québécois et français d'un jeune enfant (âgé de 0 à 6 ans) ayant bénéficié ou bénéficiant actuellement d'une prise en charge orthophonique, et ayant accepté de participer à l'entretien.

Le recensement des professionnels a été effectué grâce aux réponses positives de volontaires, sollicités par courrier électronique comportant un courrier explicatif de notre projet. Le recensement des parents français a pu être réalisé par les contacts de notre maître de mémoire et celui des parents québécois par l'intermédiaire de S. Martin, orthophoniste, formatrice et enseignante à l'Université de Montréal. Nous avons sollicité les parents par téléphone en leur expliquant notre projet et avons recueilli de leur part un accord signé.

3. Outils utilisés

Nous avons établi deux protocoles (un pour les entretiens auprès des orthophonistes, un autre pour ceux réalisés avec les parents) structurant nos entretiens et optimisant leurs passations afin qu'elles soient les plus semblables possible entre les deux populations. Le protocole d'entretien avec les orthophonistes contenait 12 questions. Nous invitons les professionnels à exposer leur pratique de l'AcF, l'objectif recherché, la situation vécue et leurs ressentis quant à leur relation avec les parents. Le protocole de l'entretien réalisé auprès des parents comportait 15 questions. Nous avons cherché à cerner leurs représentations du rôle de l'orthophoniste dans l'AcF, leur vision de cette modalité de soins et leur degré d'implication. Les autres thèmes abordaient les bénéfices et difficultés liés à cette pratique clinique.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes concernées.

Ce type d'expérimentation a ainsi permis d'aborder des questions plus délicates, que nous n'aurions pas posées aux orthophonistes dans notre questionnaire, comme : « Quel comportement des parents peut faire obstacle à un travail avec vous ? ». Les entretiens nous ont également été utiles pour s'assurer de la compréhension et de l'interprétation des questions par le répondant. De même ils ont permis d'approfondir les réponses, enrichissant ainsi le recueil des données.

4. Procédure d'analyse

Nous avons d'abord retranscrit les entretiens puis avons procédé à une analyse de contenu. Les informations pertinentes et récurrentes ont été sélectionnées et répertoriées par thème dans des tableaux. Nous avons mis en comparaison les données de chaque population.

L'analyse a dégagé les éléments suivants : les bénéfices que les orthophonistes tiraient de l'AcF, les difficultés rencontrées, mais aussi leurs ressentis quant à leur cursus de formation et à l'organisation du système de soins. L'analyse des entretiens des parents a permis de développer les thèmes suivants : leurs représentations de l'AcF et leurs ressentis quant à l'organisation du système de soins.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats que nous présentons sont une synthèse des réponses obtenues au questionnaire présenté aux orthophonistes québécois et français. L'analyse des questions fermées est présentée sous forme de graphiques. L'analyse des questions ouvertes est présentée sous forme de tableaux. Nous présenterons également, dans une deuxième partie, des tableaux regroupant les observations récoltées lors des entretiens.

I. Etat des lieux de l'accompagnement familial dans la pratique clinique orthophonique au Québec et en France

1. Les modalités d'accompagnement familial

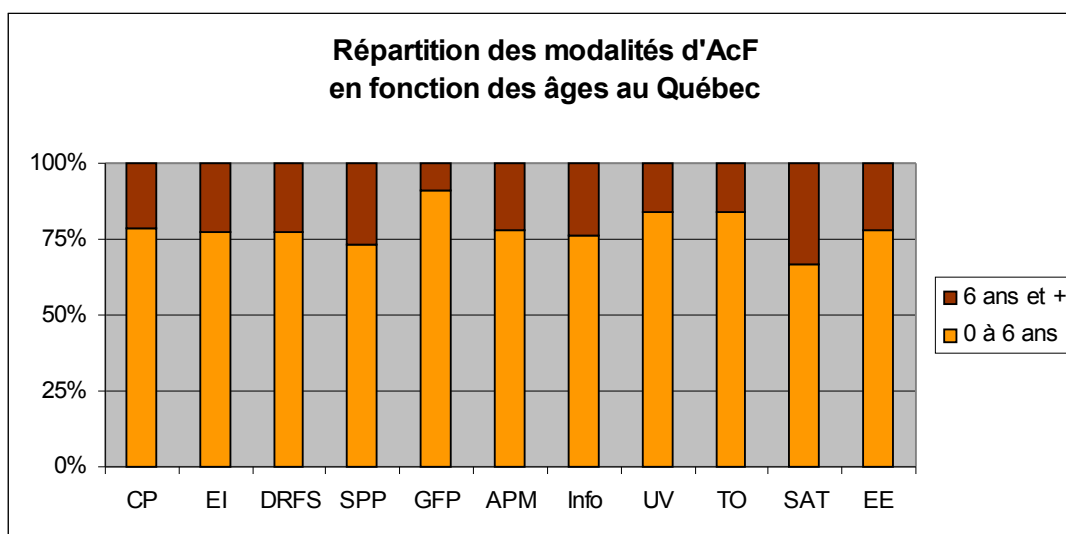
Voici présentées les modalités utilisées par les orthophonistes québécois et français dans leur pratique professionnelle de l'AcF. Elles ont été abrégées de la sorte dans les graphiques et tableaux :

Conseils aux Parents	CP
Echange Informel	EI
Informations	Info
Discussion et Retour à la Fin de la Séance	DRFS
Séance avec la Participation des Parents	SPP
Activités effectuées par les Parents à la Maison	APM
Groupe de Formation des Parents	GFP
Soutien pour une Aide Technique	SAT
Travail par Objectifs	TO
Utilisation de la Vidéo	UV
Echange et Ecoute	EE

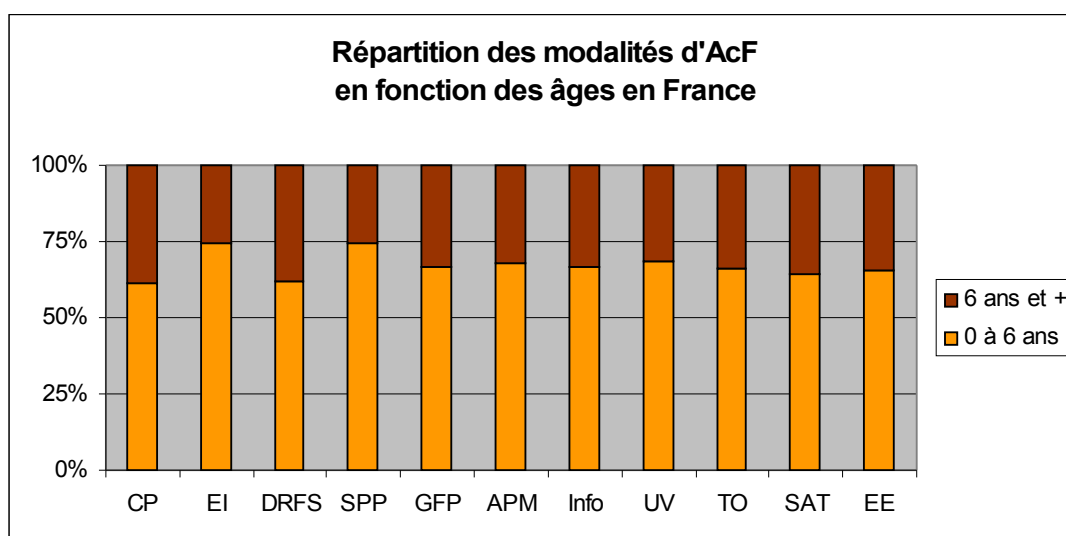
1.1. Selon l'âge des patients

Nous avons cherché à savoir si des différences étaient présentes quant à l'utilisation de l'AcF en fonction de l'âge du patient.

Aussi, les graphiques ci-dessous représentent les modalités détaillées d'AcF selon l'âge du patient : une première tranche d'âge (orange) correspond aux 0-6 ans et la deuxième tranche d'âge (marron) correspond aux enfants de plus de 6 ans. Les résultats du Québec (graph 1.a) et ceux de la France (graph 1.b) ont été dissociés.



Graph.1.a.



Graph 1.b.

En moyenne l'AcF est utilisé à 73% quand il s'agit de la prise en charge orthophonique d'enfants de 0 à 6 ans (soit 79% au Québec et 67% en France). Pour des enfants âgés de plus de 6 ans et adultes, l'AcF est utilisé en moyenne à 27% (soit 21% au Québec et 33% en France).

1.2. Selon les pathologies

Nous avons ensuite cherché à savoir s'il y avait des différences d'utilisation de l'AcF en fonction des pathologies.

Le tableau ci-dessous synthétise les pourcentages moyens des orthophonistes utilisant l'AcF dans la prise en charge des troubles de la communication et du langage, au Québec et en France.

Tableau 1. Pourcentage des orthophonistes utilisant l'AcF selon les pathologies

	Québec	France
Troubles de la communication et du langage	98,6%	85,9%
Autres troubles (oralité, logico-mathématiques)	1,4%	14,1%

Que ce soit au Québec ou en France, l'AcF est très majoritairement utilisé dans la prise en charge des troubles de la communication et du langage (en moyenne à 92%). Cela peut être lié au fait que l'AcF soit majoritairement utilisé auprès d'enfants âgés de 0 à 6 ans.

1.3. Selon leur fréquence d'utilisation

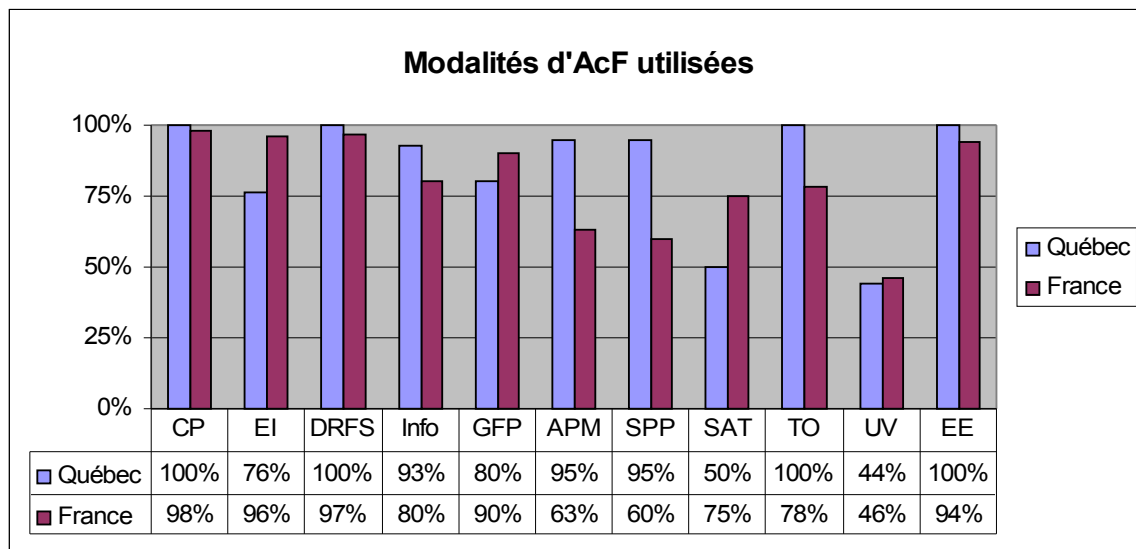
Les répondants ont pu exprimer un certain degré de fréquence d'utilisation pour chaque modalité cochée. Ainsi, les questions proposaient les choix suivants : « systématiquement 90 à 100% », « très souvent 90 à 70% », « souvent 70 à 50% » et « parfois moins de 50% ».

Nous présenterons ici les réponses des orthophonistes utilisant l'AcF souvent, très souvent ou systématiquement. Celles-ci correspondent à une utilisation conséquente de ces modalités. Cela paraît être le plus pertinent pour notre recherche car le plus près des pratiques réelles des orthophonistes.

Les pourcentages ont donc été effectués, au Québec et en France, selon le rapport : somme des réponses « systématiquement », « très souvent » et « souvent » cochées / nombre total de réponses « oui » à l'utilisation de la modalité choisie. Le pourcentage maximum (100%) correspond donc au nombre total d'orthophonistes qui utilisent cette modalité. Un pourcentage égal à 0% ne signifie donc pas que la modalité n'est pas utilisée, mais bien qu'elle n'est pas appliquée de façon régulière.

Nous avons mis en comparaison les réponses des professionnels du Québec (bleu) et de la France (pourpre) pour chaque modalité d'AcF (réparties selon leur ordre d'apparition dans le questionnaire).

Le graphique ci-dessous présente les pourcentages des orthophonistes utilisant chaque modalité d'AcF selon leur fréquence :



Graph 2.

Nous constatons que les modalités dites les plus utilisées sont, au Québec, les conseils aux parents, les discussions en fin de séance et le travail par objectifs (par 100% des professionnels). En France, ce sont les conseils aux parents (par 98% des professionnels). La modalité la moins utilisée, que ce soit au Québec ou en France, est la vidéo : elle concerne 44% des orthophonistes québécois et 46% des orthophonistes français.

Lorsque nous regardons les fréquences d'utilisation de ces modalités, nous observons des faits saillants. Tout d'abord, nous constatons que les pourcentages sont plus élevés au Québec qu'en France. En effet, aucune modalité n'est utilisée par 100% des orthophonistes français, alors que trois modalités d'AcF sont appliquées par 100% des orthophonistes québécois. Cela signifierait de façon générale que les orthophonistes québécois pratiquent de manière plus régulière l'AcF. Autrement dit, quelle que soit la modalité choisie, en moyenne 85% des orthophonistes québécois pratiquent l'AcF ; cela concerne une moyenne de 80% pour les orthophonistes français.

Pour la population québécoise, nous relèverons particulièrement les modalités « conseils aux Parents », « discussion en fin de séance » et « travail par objectifs » utilisées par tous les orthophonistes (soit à 100%). Les modalités « séances avec les Parents », « activités à la maison » et « informations » sont toutes appliquées par environ 95% des orthophonistes. Les modalités « groupes de formation de Parents » et « échange informel » sont appliquées de façon moindre mais significative, à 80% et 78%. Les modalités « aide technique » et « vidéo » sont les moins appliquées, respectivement à 50% et 44%. De plus, les modalités « travail par objectifs », « activités à la maison » et « séance avec les Parents » sont significativement plus appliquées qu'en France (respectivement écarts de 22%, 32% et 35%).

Pour la France, aucune modalité n'atteint les 100%. Cependant, les modalités « conseils aux Parents », « discussion en fin de séance » et « échange informel » sont appliquées très majoritairement (respectivement par 98%, 97% et 96% des orthophonistes). Les

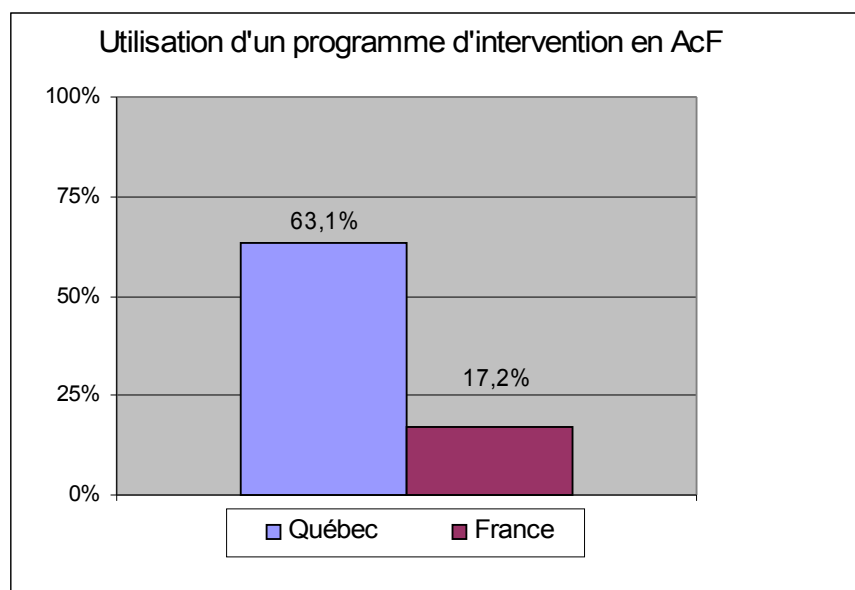
modalités « groupes de formation de Parents » et « informations » sont appliquées respectivement à 90% et 80%. Les modalités « travail par objectifs », « aide technique », « activités à la maison » et « séance avec les Parents » sont appliquées de façon moindre, respectivement à 78%, 75%, 63% et 60%. La modalité « vidéo » est la moins appliquée, (47%). Les modalités « échange informel » et « aide technique » sont significativement plus appliquées qu'au Québec (respectivement écarts de 18% et 25%).

En résumé, les orthophonistes québécois pratiquent remarquablement plus l'AcF que les professionnels français, quelles que soient les modalités utilisées (aucune modalité n'est utilisée par 100% des orthophonistes français, alors que trois modalités d'AcF sont appliquées par 100% des orthophonistes québécois).

1.4. Selon l'utilisation d'un programme d'intervention

Nous avons également cherché à savoir combien de professionnels utilisaient un programme d'intervention en AcF.

Les pourcentages ont été obtenus, par pays, en divisant le nombre de réponses « oui » par le total de réponses à la question. Nous avons ôté les absences de réponse : les parts restantes des pourcentages correspondent donc implicitement au total des réponses « non » à la question (soit 36,9% de « non » au Québec et 82,8% de « non » en France). Regardons ainsi les pourcentages obtenus, représentant l'utilisation d'un programme d'intervention en AcF, par les orthophonistes au Québec et en France :



Graph 3.

Nous constatons que les programmes d'intervention sont trois à quatre fois plus utilisés au Québec qu'en France.

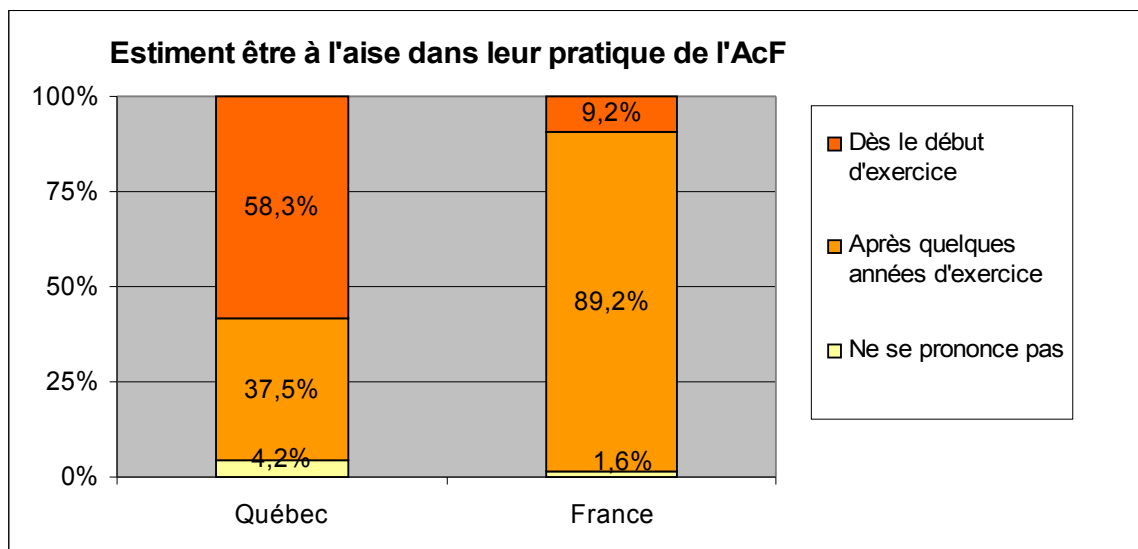
2. Les ressentis des orthophonistes et des parents

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats issus de l'analyse des questions ouvertes de notre questionnaire. Ces données sont significatives et représentatives des ressentis des professionnels. Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats issus des six entretiens réalisés auprès des parents québécois et français.

2.1. Les orthophonistes et l'accompagnement familial

Dans le questionnaire, nous avons souhaité interroger les orthophonistes québécois et français à propos de leur vision de l'AcF dans leur pratique clinique.

Ainsi la question « Vous êtes-vous senti à l'aise en accompagnement familial : dès le début de votre exercice ? / Après plusieurs années d'exercice ? » nous a permis de recueillir les données suivantes :



Graph 4.

Il apparaît nettement que les orthophonistes québécois sont à l'aise en AcF dès le début de leur pratique, contrairement aux Français (58,3% vs 9,2%). Ces données complètent celles suggérant que les Québécois pratiqueraient plus l'AcF que les Français.

2.1.1. Les bénéfices

Nous avons souhaité ici faire émerger la perception globale qu'ont les orthophonistes vis-à-vis de l'accompagnement familial dans leur pratique clinique. Nous les avons donc questionnés sur les bénéfices et les difficultés de l'AcF. Ces données qualitatives étayent et enrichissent les réponses aux questions fermées.

Le tableau suivant présente les remarques libres des professionnels quant aux bénéfices de l'AcF. Certaines données se recoupaient entre les réponses québécoises et françaises.

Nous avons fait le choix de mettre essentiellement en avant les différences entre les deux groupes interrogés.

Tableau 2. Bénéfices de l'AcF selon les orthophonistes

	Québec	France
Pour l'enfant :	<i>« progrès plus rapides chez l'enfant »</i> <i>« c'est incontournable pour l'actualisation des objectifs d'intervention orthophonique »</i> <i>« l'intervention au quotidien est significativement plus rentable »</i> <i>« possibilité de faire moins de suivi direct »</i>	<i>« efficacité plus importante de la prise en charge »</i> <i>« un enfant qui se sent entendu »</i> <i>« autonomie de l'enfant »</i>
Pour les Parents :	<i>« cheminement dans l'acceptation de la problématique vécue par leur enfant »</i> <i>« auto-analyse des parents »</i> <i>« augmente le sentiment de compétence et de responsabilisation pour les parents »</i> <i>« recevoir des outils précis »</i>	<i>« cela permet aux parents de reprendre une place d'interlocuteur stimulant auprès de leur enfant »</i>
Pour la relation Parents-enfant	<i>« ajustement graduel au quotidien des attitudes et habiletés parentales »</i> <i>« amélioration du climat familial »</i>	<i>« meilleure intercompréhension »</i> <i>« acquisition d'un projet de communication réfléchi et adaptable »</i> <i>« l'adaptation familiale et parentale au trouble »</i>
Pour la relation Parents-orthophoniste	<i>« construction d'une très grande complicité et d'un travail d'équipe »</i>	<i>« un meilleur investissement de la prise en charge de la part de l'enfant et des parents »</i> <i>« une relation de confiance plus importante »</i>

Après le dépouillement de ces questions ouvertes, différents axes se sont profilés : les bénéfices exprimés portent à la fois sur l'enfant, les Parents, la relation Parent-enfant et la relation Parent-orthophoniste.

Des différences flagrantes entre les orthophonistes québécois et français émanent à propos du travail par objectifs (qui rejoint l'analyse des données quantitatives concernant l'utilisation des différentes modalités), de l'autonomisation et de l'auto-analyse des Parents. De plus, les québécois évoquent l'importance du développement de leurs propres compétences au quotidien et un lien très fort entre les aidants naturels et l'orthophoniste. Ces différents éléments peuvent être mis en lien avec un AcF de type III, qui sous-tend un véritable partenariat.

2.1.2. Les difficultés

Quant à l'expression des difficultés rencontrées par les professionnels lors de leur pratique de l'AcF certaines étaient liées à l'orthophoniste lui-même, d'autres aux aidants. Voici présentées seulement les observations récurrentes :

Tableau 3. Difficultés de l'AcF selon les orthophonistes

	Québec	France
Liées à l'orthophoniste	<i>« adaptation culturelle » « manque de temps dû à la pression du système »</i>	<i>« peur d'infantiliser les parents » « savoir adapter nos conseils à leur niveau » « une prise en charge 'intuitive' qui me frustre par son manque de cadre et parfois d'efficacité » « pas armés surtout lorsque nous sommes plus jeunes que les parents » « je suis gênée par la notion de « programme » qui me paraît très lourde (...) pour moi il s'agit plutôt d'axes de rééducation » « peu de formations pertinentes, pratiques et de culture francophone »</i>
Liées aux Parents	<i>« multiculturalisme créant une barrière au niveau des perceptions » « ils ont un sentiment de manque de compétence »</i>	<i>« incompréhension en raison de leurs propres histoires personnelles et de leurs carences socio-éducatives » « ils ne voient pas forcément en quoi cela peut aider leur enfant » « cela est perçu comme trop intrusif »</i>

Ici, les professionnels québécois et français expriment chacun des problématiques différentes. Les Québécois évoquent les divergences culturelles de leurs patients, pouvant entraver l'optimalité des échanges sur lesquels se base la prise en charge. Les Français font part de doutes quant à la structure de leurs prises en charge en AcF, leur relation avec les Parents et enfin l'absence d'implication de certains parents.

Enfin des difficultés liées au système de soins et au cursus de formation sont évoquées ; nous les développerons plus bas.

2.2. Les parents et l'accompagnement familial

Les représentations des parents québécois et français concernant l'accompagnement familial ont permis d'affiner les hypothèses de travail.

Voici quelques extraits des entretiens, sélectionnés selon leur pertinence.

Tableau 4. Représentations de l'AcF selon les parents

Québec	France
<i>« je me devais de m'impliquer si je voulais avoir un changement »</i> <i>« C'est très important de nous mettre en « l'air », nous dire « ok t'es important toi aussi parce que c'est toi qui va avoir ton enfant toute ta vie donc on veut que tu aies des bagages pour pouvoir l'aider ». Je trouve ça merveilleux ».</i>	<i>« les enfants font quand même plus de choses quand les parents ne sont pas là »</i> <i>« la première orthophoniste ce qui m'allait pas c'est qu'elle donnait des photocopies ah ben j'en ai des photocopies avec le palais, le petit doigt faut aller là, là, là... mais moi elle me l'a jamais fait ni sur moi, ni sur elle, ni sur l'enfant »</i> <i>« j'ai demandé à être là aux séances je voulais comprendre... eux ils vont pas le proposer ! »</i> <i>« s'il [son enfant] n'initie pas quelque chose au départ avec l'orthophoniste moi je ne peux pas le développer, parce que nous en tant que parent bien sûr on n'arrive à rien avec nos enfants... »</i> <i>« c'est vrai que moi je les remercie ils m'en ont fait un ... p'tit génie ! »</i>

Deux points particuliers issus de ces observations viennent appuyer nos premières intuitions après dépouillement des questionnaires.

Tout d'abord, il s'agit de l'importance de l'« empowerment » dans les prises en charge québécoises. En outre, les Parents québécois semblent en être pleinement conscients.

Au niveau des ressentis des parents français, il est intéressant de relever que le parent semble attendre beaucoup du professionnel quant à l'efficacité de la prise en charge et s'en remet entièrement à lui.

II. Facteurs influençant la pratique de l'accompagnement familial au Québec et en France

Après avoir mis en avant les différences saillantes des pratiques québécoises et françaises en accompagnement familial, nous nous sommes intéressées aux facteurs pouvant y être associés. Après le dépouillement des questionnaires, deux axes se sont dégagés : l'un concernant le cursus de formation des orthophonistes (comprenant la formation initiale et la formation continue), l'autre concernant l'organisation du système de soins.

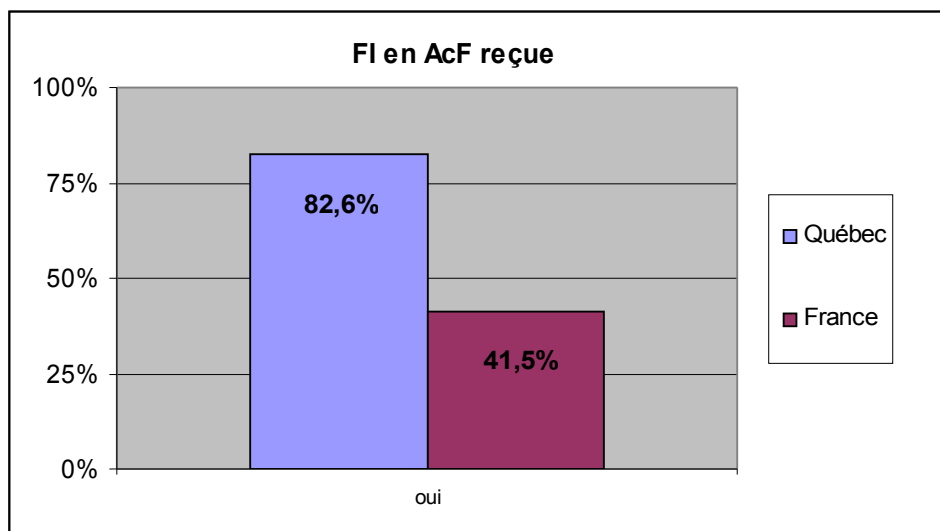
1. Le cursus de formation au Québec et en France

Les données concernent, tout d'abord, le fait (ou non) d'avoir réalisé une formation (initiale et/ou continue) en accompagnement familial. Nous avons également recherché le degré de satisfaction (« tout à fait / peu / non / ne se prononce pas ») quant à ces formations reçues, si tel est le cas. Enfin, grâce à des questions ouvertes, les praticiens ont été interrogés sur ce qu'ils souhaitaient de plus ou de différent par rapport à ces formations reçues.

1.1. La formation initiale en accompagnement familial

1.1.1. Réalisation d'une formation initiale

Le graphique suivant présente le pourcentage d'orthophonistes ayant réalisé, ou non, une formation initiale (FI) en accompagnement familial :

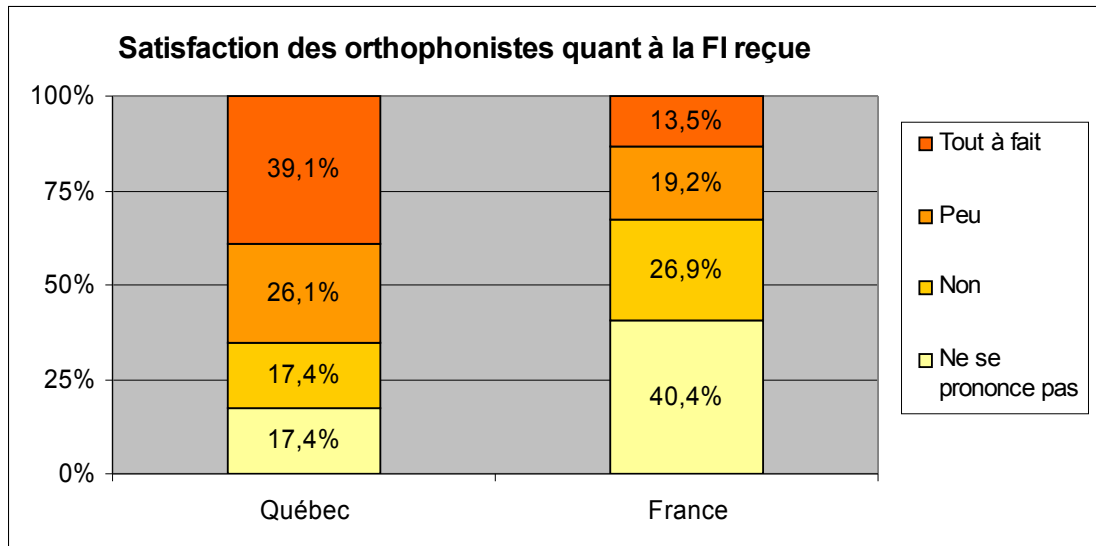


Graph 5.

On note ainsi que les Québécois sont deux fois plus formés à l'accompagnement familial, avant d'être diplômés, que les orthophonistes français. Cet écart révèle donc des disparités flagrantes, et ce dès la formation initiale et est évidemment à mettre en lien avec le fait

que les orthophonistes québécois sont à l'aise en majorité dès le début de leur pratique en accompagnement familial, comme nous l'avons évoqué précédemment.

1.1.2. Satisfaction quant à la formation initiale



Graph 6.

Les données concernant la satisfaction des orthophonistes quant à leur F.I. montrent que les Québécois en sont largement satisfaits, contrairement aux Français (les premiers en sont « tout à fait » satisfaits à environ 40%, contre environ 15% pour les seconds, soit quasiment trois fois plus de satisfaction au Québec qu'en France). De même 26,9% des Français ont répondu « non » à la question, c'est-à-dire ont déclaré clairement ne pas être satisfaits.

De plus, il faut noter qu'environ 40% des orthophonistes français ne se sont pas prononcés sur cette question : cela est à mettre en lien avec le fait qu'une majorité d'entre eux n'a pas reçu de F.I. en l'AcF (cf. graphique 6) : ils ne se sont donc peut-être pas sentis concernés par cette question.

1.1.3. Ressentis quant à la formation initiale

Le tableau ci-dessous présente seulement les remarques récurrentes des orthophonistes quant à leur FI, en réponse à la question suivante : Q.18 : « Concernant votre formation initiale en accompagnement familial, qu'auriez vous souhaité de plus ou de différent ? »

Tableau 5. Ressentis vis-à-vis de la FI selon les orthophonistes

Québec	France
<i>« formation spécifique concernant les contextes multiculturels »</i> <i>« formation spécifique concernant les populations vulnérables »</i> <i>« présentation des concepts, des programmes et de l'efficacité des pratiques en accompagnement familial »</i> <i>« rien »</i> <i>« formation à l'utilisation de la vidéo et du feed-back »</i>	<i>« je ne suis pas favorable à l'enseignement d'un ou deux programmes spécifiques »</i> <i>« formation à l'utilisation de la vidéo, de la stimulation renforcée et au soutien psychologique des parents »</i> <i>« plus de concret ! »</i> <i>« qu'il y en ait une ! »</i> <i>« formation à la relation d'aide »</i> <i>« des stages spécifiques auprès d'orthophonistes pratiquant l'accompagnement familial »</i>

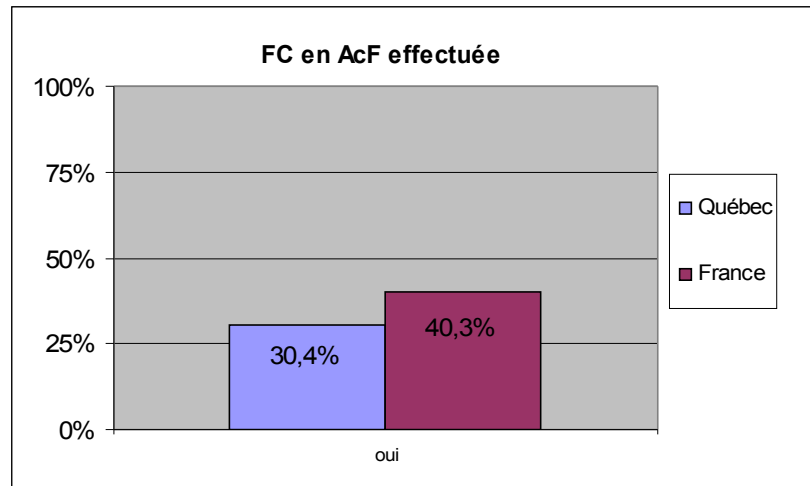
Ainsi, les orthophonistes français semblent évoquer un manque de concret dans leur F.I. sur l'accompagnement familial et vont même jusqu'à suggérer l'absence de formation à cette modalité de soins. Le fait que la plupart d'entre eux ne se sentent pas à l'aise en AcF dès le début de leur pratique serait donc à relier à ce manque de formation.

Les orthophonistes québécois ont peu répondu à cette question, ce qui peut supposer qu'ils sont satisfaits de leur F.I. Notons qu'ils semblent en demande par rapport à une formation spécifique sur la prise en charge de familles dans un contexte de plurilinguisme et face à des situations socio-économiques délicates. Cela rejoint ce que nous avons vu précédemment dans l'expression de leurs difficultés en pratique clinique de l'accompagnement familial.

Les Français et les Québécois souhaitent une formation plus approfondie sur la stimulation renforcée, la relation d'aide ainsi que sur l'utilisation de la vidéo et l'analyse que l'on peut en faire.

1.2. La formation continue en accompagnement familial

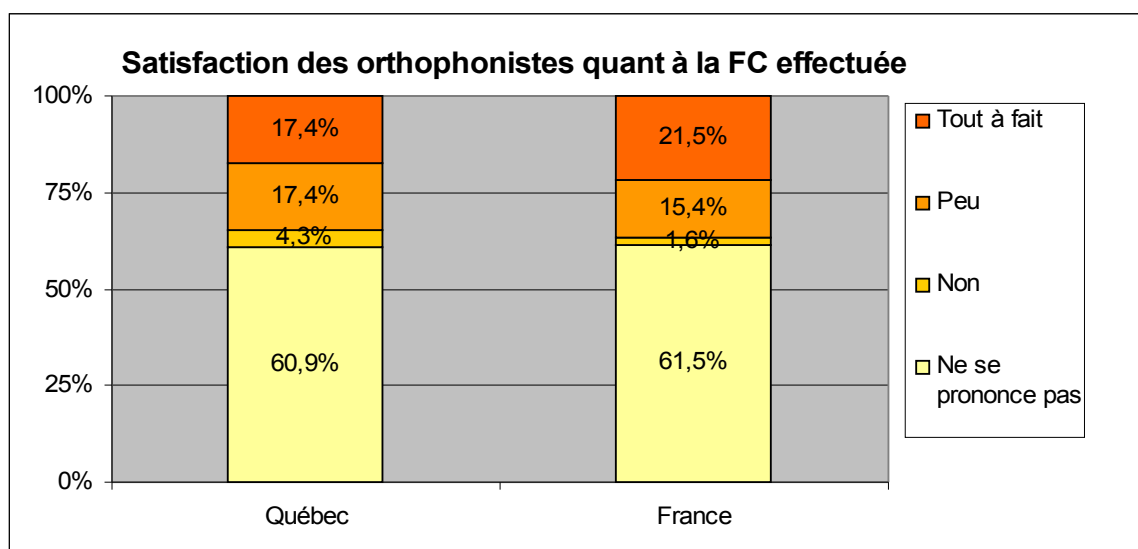
1.2.1. Réalisation d'une formation continue



Graph 7.

Ces résultats montrent que les Français semblent davantage se former que les Québécois après leur diplôme. Cependant l'écart entre les deux groupes n'est pas significatif et nous émettons en outre une réserve quant aux données québécoises : le terme « formation continue » semble ne pas leur paraître clair.

1.2.2. Satisfaction quant à la formation continue



Graph 8.

Ici, les résultats entre les deux groupes étudiés sont semblables et ne peuvent faire l'objet d'une analyse pertinente étant donné que les Québécois ont peu répondu à la question portant sur le fait d'avoir réalisé (ou non) une F.C. et qu'ici les deux groupes ne se sont, en

majorité, pas prononcés. Nous essaierons de comprendre cette abstention dans la discussion des résultats.

Les tableaux suivants présentent les remarques des orthophonistes concernant les points forts et améliorations souhaitées quant à leur formation continue.

Seront présentées ici les réponses récurrentes à la question ouverte suivante : « Concernant votre formation continue en accompagnement familial, quels en sont les points forts et qu'auriez-vous souhaité de plus ou de différent ? »

Tableau 6. Points forts de la FC selon les orthophonistes :

Québec	France
« <i>Utilisation des vidéos (x3)</i> » « <i>Donnent beaucoup de moyens concrets.</i> » « <i>Donnent la philosophie à intégrer.</i> » « <i>Très orientée sur l'acquisition de savoir-faire chez le clinicien.</i> » « <i>Exemples concrets.</i> » « <i>Elle présentait les diverses modalités d'intervention.</i> »	→ Concernant les FC réalisées auprès d'organismes québécois : « <i>Mise en confiance dans la relation</i> » « <i>Lien entre la théorie (principalement Montfort) et de nombreuses situations de mise en pratique, avec utilisation et analyse de vidéo.</i> » (x2) « <i>Interactivité.</i> » « <i>C'est une véritable philosophie de l'AF qui est enseignée avec des actions très concrètes proposées et beaucoup de rigueur.</i> » « <i>Ecologie, écoute, projet.</i> » → Concernant les F.C. réalisées auprès d'organismes français : « <i>Très précis sur le plan technique.</i> » « <i>Adaptée à de très jeunes enfants ou aux enfants avec des niveaux de développement très bas.</i> » « <i>Ce que nous devons relever, les objectifs.</i> »

Notons qu'un quart des orthophonistes français ayant réalisé une F.C. en AcF l'a fait auprès d'un organisme québécois : l'interactivité avec le formateur, les conseils concrets et la dimension écologique de la formation semblent particulièrement appréciés. Cependant, les professionnels expriment un besoin d'adaptation de ces formations à la population française.

Les Québécois semblent eux aussi apprécier la concrétude de leur formation continue.

Tableau 7. Améliorations souhaitées pour la FC souhaitées selon les orthophonistes :

Québec	France
<i>« Formation adaptée aux clientèles vulnérables » « Plus d'informations sur comment agir » »</i>	<i>« Aborder d'autres difficultés comme la déglutition. » « Un groupe de travail (x2) avec des cas concrets après quelques mois de pratique. » « Plus de vidéos (x2) de séquences d'exemples d'intervention. » « En savoir plus sur l'enseignement aux adultes. » « J'ai trouvé cela un peu rigide et devant être adapté à notre population. » « Davantage de points de repères tout au long de la prise en charge, travailler sur les petits projets. » « Plus ciblée pour chaque type de prise en charge. » « Identique à la formation initiale : davantage d'approfondissements souhaitables ! »</i>

Ces données révèlent une demande évidente des Français sur un aspect plus pratique et approfondi des formations dispensées (groupes de travail, vidéos, repères précis). Ceci est à relier aux éléments recueillis grâce à la question des difficultés rencontrées le plus souvent en AcF où les praticiens français évoquaient un manque d'outils et de cadre dans leur pratique clinique. Les Québécois évoquent pour la plupart un manque de formation quant à la prise en charge de populations vulnérables pour actualiser leur formation par rapport aux problématiques actuelles.

1.2.3. Ressentis quant à la formation continue

Nous concluerons cette partie concernant les formations par quelques données recueillies lors de nos entretiens avec les orthophonistes. Le tableau ci-dessous présente donc les remarques récoltées en réponse à la question : « Pensez-vous être à l'aise et assez formé(e) à cette modalité de soins (c'est-à-dire de « travailler » avec les parents) ? ».

Tableau 8. Ressentis vis-à-vis de la pratique de l'AcF selon les orthophonistes

Québec	France
<i>« Oui je pense être assez formée à cette modalité de soins » « L'habileté a surtout été développée par le biais de la pratique » « On n'est jamais assez formé pour faire face aux situations délicates » « Je n'étais pas à l'aise tout de suite là. C'est sûr que ça demande du temps et de l'apprentissage de gérer un adulte, d'être capable de dire les choses de façon appropriée »</i>	<i>« Je ne suis pas sûre d'être si bien formée que ça (...) c'est très empirique je trouve en France » « J'avais eu un peu l'eau à la bouche avec quelques notions à l'époque, mais sans pouvoir vraiment concrètement construire quelque chose » « Il y a vraiment peu de formations continues sur l'accompagnement familial en France et également un gros manque en formation initiale ». « Peu de formations pertinentes, pratiques et de culture francophone »</i>

On note que les deux groupes évoquent des doutes quand au fait de se sentir assez formé au niveau théorique, mais les orthophonistes français semblent néanmoins exprimer un manque plus profond. Ce doute serait à lier avec leurs difficultés en AcF évoquées précédemment. Ces deux éléments soulèveraient ainsi une remise en question, par les professionnels français, de leurs compétences en pratique clinique.

2. L'organisation des systèmes de soins québécois et français

Les résultats qui suivront sont issus de l'analyse des entretiens réalisés auprès d'orthophonistes et de parents, en France et au Québec.

Le tableau suivant ne présente que les différences significatives explicitées par les orthophonistes et à la fois par les parents. Ces éléments ne sont pas des réponses à une question précise mais bien des fragments de discours que nous avons jugés pertinents par rapport à notre hypothèse.

Tableau 9. Représentations liées aux systèmes de soins selon les orthophonistes et les parents

	Québec	France
Selon les orthophonistes	« Ça fait gagner du temps sur le plan de la longueur du traitement donc l'aspect financier devient un enjeu important » « C'est un enjeu important quand on travaille au privé parce que les gens paient cher »	« J'ai plein de collègues qui me disent : mais comment on fait parce qu'il n'y a pas vraiment de séance « accompagnement familial » ? »
Selon les parents	« J'étais déjà dans le processus, déjà inscrit mais le temps de l'avoir mis sur la liste pi le temps de s'y faire voir, ils m'ont donné un rendez-vous un an plus tard parce que c'est les délais » « Dès que t'es dans le système ça va bien parce que ça y est y'a une démarche mais sauf que y'a des listes d'attente... » « Tu peux avoir du service tout de suite si tu vas au privé. Mais le privé ça coûte très très cher voilà il faut avoir de l'argent. Alors c'est ça fait que là, c'est gratuit, alors c'est pour ça t'es sur une liste d'attente puis dépendant des cas aussi, si y'a des enfants qui sont plus en priorité, qui ont plus de misère »	« Donc si un lien ne se fait pas, au bout de quelques mois j pense qu'il ne faut pas hésiter en tant que parents à changer [d'orthophoniste] »

Les observations des professionnels montrent que l'aspect financier est un enjeu important à considérer dans les prises en charge au Québec. Cela est confirmé par les propos des parents québécois. L'AcF semblerait être un élément de réponse à cette problématique.

En France, la difficulté principale rencontrée par les orthophonistes apparaîtrait dans l'application même de l'AcF, modalité de soins encore mal reconnue dans les pratiques et dans la nomenclature.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Limites de l'expérimentation

Nous allons maintenant discuter des résultats tirés de l'analyse pour les confronter avec l'hypothèse générale qui, rappelons-le, est la suivante : « En accompagnement familial, la relation orthophoniste – Parent ne serait pas la même au Québec et en France ; ces différences de pratiques seraient induites par des facteurs cliniques et politiques ».

Nous exposerons dans un premier temps les limites et biais de notre expérimentation. Puis nous analyserons les données en suivant les trois hypothèses opérationnelles. Notre réflexion sera alimentée par les données de la littérature lorsque cela sera possible, et par notre expérience clinique débutante.

1. Remarques générales

Concernant la définition de cette modalité de soins qu'est « l'accompagnement familial », le choix des termes adéquats que nous emploierions tout au long de notre mémoire nous a menées à de nombreux débats, étant donné l'éventail de choix qui s'offraient à nous.

Ainsi nous avons choisi le terme « accompagnement familial » plutôt que celui de « guidance parentale » ou bien « accompagnement parental ». Il nous semblait plus général et plus objectif pour qualifier la collaboration entre le professionnel et les aidants naturels. Le terme de « guidance parentale » inspirait plutôt une relation verticale.

Nous souhaitons mettre en avant le fait qu'un « Parent » impliqué en accompagnement familial évoque pour nous un « aidant naturel » de l'enfant, c'est-à-dire une personne significative et référente. Nous avons donc choisi d'utiliser le terme Parent avec une majuscule pour définir l'aidant référent de l'enfant, qu'il soit son parent biologique ou non. Le terme « parent » (avec une minuscule) désigne ici exclusivement les parents biologiques de l'enfant.

Ensuite, le choix des différentes modalités regroupées dans chacun des types d'accompagnement familial (Cf. Glossaire) nous a demandé beaucoup de précisions dans le choix des termes afin qu'ils soient les plus explicites pour nos lecteurs et pour les orthophonistes répondant au questionnaire.

Enfin, nous nous sommes également longuement interrogées quant à l'appellation des différents types d'accompagnement familial afin que chacune induise au mieux les degrés d'implication des parents, du point de vue de l'orthophoniste, ainsi que les degrés d'alliance thérapeutique créée entre les différents acteurs.

Concernant les populations étudiées, les envois en France se sont effectués principalement dans la région Rhône Alpes afin de faciliter la potentielle rencontre des professionnels. De même les envois au Québec ont été effectués en grande partie dans la région montréalaise. Cela a pu biaiser la représentativité des données concernant les cursus de formation.

Au niveau de notre étude du cursus de FI, bien que nous ayons questionné les orthophonistes sur l'année d'obtention de leur diplôme, nous n'avons pu traiter cette donnée et son éventuel lien avec la FI en AcF reçue ou non. De plus, nous n'avons malheureusement pas pu accéder aux volumes horaires des enseignements spécifiques en accompagnement familial dans les différents centres de formation français. Au Québec, ce recensement a été également difficile, du fait que cet enseignement soit dispensé de façon transversale et qu'ainsi il n'y a pas de réelle appellation d'« accompagnement familial » pour qualifier un cours.

2. Questionnaires

L'étude bibliographique a permis d'approfondir les dimensions de notre recherche et de cerner les questions pertinentes à aborder dans le questionnaire. Plusieurs rencontres avec des personnes non directement et directement concernées par notre mémoire ont également favorisé l'émergence des interrogations. Néanmoins, nous n'avons pas assez pré-enquêté auprès des personnes directement visées par notre questionnaire, c'est-à-dire auprès des orthophonistes. Cela nous aurait certainement permis de cerner davantage les questions essentielles ou non à poser.

Ainsi, la question 2 : « Où pratiquez-vous l'accompagnement familial ? A votre cabinet- Dans votre institution / Au domicile du patient / Les deux » ne nous a pas apporté d'information pertinente car, dans le dépouillement des données, nous avons regroupé, pour chaque population, les répondants exerçant en libéral et ceux exerçant en salariat.

De plus, lors de l'élaboration de la question 5 « Quelles autres modalités utilisez-vous, pour quelle tranche d'âge et à quelle fréquence ? », nous nous sommes rendues compte que nous avons proposé plus de modalités de type I que de types II et III. Ceci est certainement lié, de façon implicite, à nos propres représentations de la pratique la plus courante de l'accompagnement familial en France.

La phase d'envoi du questionnaire a été biaisée suite à un défaut de gestion du temps. Les orthophonistes québécois ont été contactés deux fois, avant que le questionnaire ait été rendu disponible sur Internet et après sa mise en ligne. Certains orthophonistes ayant déjà répondu au questionnaire n'ont donc pas réitéré leur réponse via Internet. De même, nous avons certainement perdu des répondants québécois lors de la demande de distribution du questionnaire par les chefs de service. Sollicités ainsi de façon indirecte, les orthophonistes se sont sentis moins concernés. Cela pourrait expliquer le taux de retour moindre au Québec qu'en France.

Nous avons également omis de préciser dans la lettre explicative que seuls les orthophonistes ayant bénéficié d'une formation initiale en France ou au Québec étaient concernés. Il a donc fallu par la suite éliminer les cinq questionnaires remplis par des répondants belges.

Enfin, nous partons du principe que les orthophonistes ont répondu de façon honnête et nous nous sommes basées sur une grande population afin d'optimiser les réponses.

3. Entretiens

Les informations obtenues via ces douze entretiens structurés ne sont évidemment pas généralisables à l'ensemble des deux populations. Bien que le recueil de ces données subjectives nous aient permis d'affiner les réponses au questionnaire et d'enrichir les thèmes abordés, ces données ne représentent qu'un très faible échantillon de parents et d'orthophonistes québécois et français.

Nous savons aussi que tout entretien contient une grande part de subjectivité, dépendant du comportement verbal et non verbal de l'intervieweur ainsi que de celui de l'interviewé. C'est un biais à prendre en compte dans cette partie de notre expérimentation, d'autant plus que nous étions deux intervieweurs différents, un en France et un au Québec.

II. Etat des lieux de l'accompagnement familial dans la pratique clinique au Québec et en France

Rappelons notre première hypothèse opérationnelle, concernant la pratique clinique de l'accompagnement familial (AcF) : « la modalité « partenariat » semble prédominer alors qu'en France cela semble être la modalité « informations » ».

La confirmation ou l'infirmerie de cette première hypothèse repose sur deux moyens d'observation. Tout d'abord, nous procéderons à l'analyse des réponses obtenues par les questions fermées de notre questionnaire, concernant les pratiques professionnelles en AcF. Ensuite, nous analyserons les réponses aux questions ouvertes du questionnaire, traitant des représentations-mêmes des orthophonistes.

1. Les modalités d'accompagnement familial

1.1. Selon l'âge des patients

Que ce soit au Québec ou en France, les résultats permettent de constater que l'AcF est beaucoup plus utilisé (73% en moyenne) quand il s'agit de la prise en charge d'un très jeune patient (âgé de 0 à 6 ans).

Nous faisons donc le choix de centrer cette étude de l'AcF sur de jeunes enfants (de 0 à 6 ans). Les aidants naturels les plus significatifs pour l'enfant de cet âge sont principalement ses parents.

1.2. Selon les pathologies des patients

Que ce soit au Québec ou en France, les résultats du questionnaire permettent de constater que l'AcF est beaucoup plus utilisé (en moyenne à 92,2%) dans la prise en charge des troubles de la communication et/ou du langage oral. Il existe une corrélation entre l'âge du patient et la pathologie.

Nous faisons donc également le choix de centrer cette étude de l'AcF sur la prise en charge de troubles de la communication et/ou du langage oral.

1.3. Dans les pratiques professionnelles

Les résultats montrent qu'un orthophoniste sur deux au Québec pratique l'AcF, contre un orthophoniste sur trois (32%) en France. Il apparaît donc que, quels que soient les types d'AcF, cette pratique clinique est beaucoup plus présente au Québec qu'en France.

Les orthophonistes québécois développeraient donc une alliance thérapeutique plus forte avec les Parents.

2. Les types d'accompagnement familial

Nous avons adapté le tableau d'A. Bo (2010) (Cf. partie théorique) présentant les trois types d'AcF afin d'inclure les modalités d'AcF du questionnaire. Les intitulés des types II et III ont été adaptés à notre travail de recherche, qui se base sur le point de vue des orthophonistes. Nous utiliserons donc les termes « informations » pour le type I, « modeling » pour le type II et « partenariat » pour le type III tout au long de notre discussion sur l'AcF.

Types d'AcF et modalités utilisés en Orthophonie :

Types d'AcF	I	II	III
Intitulés	« Informations »	« Modeling »	« Partenariat »
Alliance thérapeutique	+	++	+++
Places respectives	O 1 / P2 (passif)	O1 / P2 (actif)	P1 / O2
Relation de soins	verticale	verticale	horizontale
Modalités d'AcF	- Conseils aux Parents - Echanges Informels - Informations - Discussion et retour à la fin de la séance	- Séance avec la Participation du Parent - Activités effectuées par les Parents à la Maison - Groupe de Formation des Parents - Soutien à une Aide Technique	- Travail par Objectifs - Utilisation de la Vidéo

2.1. Type I « informations »

En France, les résultats concernant l'utilisation des modalités de type I montrent que 98% des orthophonistes donnent des conseils aux parents, 97% d'entre eux ont une discussion avec le Parent à la fin de la séance, 96% pratiquent des échanges informels et 80%

donnent des informations. Le type I est donc le type d'AcF majoritairement utilisé par les orthophonistes français.

Dans les pratiques professionnelles québécoises, ces modalités d'AcF de type I sont aussi largement répandues (à 92% en moyenne). Toutefois, leur utilisation n'est pas exclusive : les orthophonistes québécois pratiquent également en parallèle les deux autres types d'AcF, comme nous l'expliquerons plus bas.

2.2. Type II « modeling »

Contrairement à ce qui se passe en France, les modalités « séance avec la participation du Parent » et « activités à faire à la maison » semblent prédominantes au Québec. On note respectivement des écarts significatifs de +35% et +32% par rapport à la France : trois fois plus de professionnels québécois utiliseraient ces modalités d'AcF.

Il apparaît donc beaucoup plus évident au Québec que les orthophonistes demandent aux aidants naturels d'effectuer des activités à la maison. Ayant été présents et actifs lors de la prise en charge de leur enfant, les Parents québécois seraient plus à même de reproduire certains principes au quotidien. L'utilisation moindre, en France, des modalités de type II cela serait due au fait que les aidants naturels sont tout simplement peu présents aux séances. La collaboration avec les Parents français prendrait alors davantage la forme d'échanges informels donnés par les orthophonistes à la fin de la séance.

La littérature nous permet d'avancer que le principe du « modeling » est très présent dans les pratiques nord-américaines et non en France (Carbonneau, 1993). Les Parents québécois seraient plus disposés à s'impliquer activement dans la prise en charge de leur enfant, afin de pouvoir ensuite reproduire dans le quotidien ce qu'ils ont « appris » durant la séance.

Que ce soit au Québec ou en France, les groupes de formation de Parents sont fréquemment utilisés en accompagnement familial (en moyenne 85%). Nous relevons cependant un léger écart (+10% en France) entre les pourcentages. Il peut être attribué au fait que les orthophonistes français ayant répondu à cette question exercent dans des structures, où il est probablement plus aisé d'organiser et d'appliquer cette modalité qu'en exercice libéral. L'AcF en France serait-il alors davantage utilisé dans les milieux institutionnels ?

Enfin, les orthophonistes français considèrent comme de l'AcF le soutien à une aide technique, ce qui ne semble pas être le cas au Québec. Nous supposons que les répondants québécois n'ont pas su fournir de réponse à cette question car celle-ci n'était pas formulée de façon suffisamment précise.

2.3. Type III « partenariat »

Au Québec, le travail par objectifs semble être une priorité dans les interventions orthophoniques : en effet, 100% des professionnels l'utilisent systématiquement. En France, cela concerne 78% des orthophonistes et cette modalité serait secondaire par

rapport aux modalités de type I. Cela amène donc à penser que les professionnels français n'établiraient pas systématiquement des objectifs de travail pour leurs interventions.

La prégnance du type III en AcF dans les pratiques québécoises se confirme par le fait que près de quatre fois plus d'orthophonistes québécois utilisent des programmes d'intervention (63,1% au Québec contre 17,2% en France).

La vidéo serait une modalité encore assez peu utilisée dans les pratiques en AcF des deux populations (en moyenne par 45% des professionnels) : les orthophonistes semblent préférer des moyens plus directs pour accompagner les familles. Néanmoins, la vidéo pourrait être un outil permettant de concrétiser les observations cliniques et un bon support d'échanges avec les Parents.

D'après nos connaissances des pratiques orthophoniques québécoises, ces constats ne nous étonnent que peu. En effet, il est dans les principes cliniques établis par l'Ordre d'effectuer un plan de traitement précis pour optimiser l'efficacité de l'intervention. Les lectures ont aussi permis de nous rendre compte que la notion d'empowerment est présente de façon implicite dans les pratiques québécoises (Charte d'Ottawa, 1986 ; Le Bossé, 2003). Cela ne semble pas encore être le cas en France puisque ces modalités de type III « partenariat » ne sont que peu utilisées dans les pratiques françaises.

3. Alliance thérapeutique et accompagnement familial

D'après la littérature, nous avons vu que l'AcF induisait une conception particulière du modèle de soins. Rappelons ici que Le Bossé (2003) met en avant l'importance d'une remise en question du rôle et du pouvoir du professionnel, afin de donner une place différente à la famille dans la prise en charge.

Nous constatons donc que les orthophonistes québécois semblent plus enclins à remettre en question leur position dominante par rapport au patient et à l'entourage et donc à sortir du traditionnel schéma de soins « vertical ».

Afin de synthétiser notre discussion sur les modalités utilisées, le tableau suivant montre l'utilisation moyenne, en pourcentages, des modalités regroupées par type d'AcF, au Québec et en France :

	Québec	France
Type I « informations »	92 %	92 %
Type II « modeling »	80 %	72 %
Type III « partenariat »	72 %	62 %

En résumé, en France, l'AcF est encore peu présent dans les pratiques professionnelles. Les orthophonistes privilégient les modalités d'AcF de type I, telles que des discussions, informations et conseils. Cela induit une alliance thérapeutique moins intense puisque les Parents sont impliqués de manière moins directe.

Au Québec, les orthophonistes établissent une alliance thérapeutique plus forte avec le Parent, en cherchant à les impliquer plus directement. Ainsi les modalités d'AcF utilisées par les praticiens québécois sont majoritairement de type II et III, telles que des séances avec les Parents, le travail par objectifs et la mise en place de programmes d'intervention. L'attitude du professionnel québécois est différente puisqu'il se considère d'égal à égal avec la famille.

4. Ressentis des orthophonistes et des parents

Nous analyserons chacune des questions ouvertes des questionnaires traitant des représentations et ressentis des orthophonistes quant à l'AcF.

4.1. Les orthophonistes et l'accompagnement familial

Tout d'abord à la première question : « Vous êtes-vous senti à l'aise en accompagnement familial : Dès le début de votre exercice / Après plusieurs années d'exercice », les données montrent clairement que les Québécois sont plus à l'aise dans la pratique de l'accompagnement familial que les Français, et ce dès le début de leur exercice professionnel. Ceci peut être attribué au fait qu'ils sont beaucoup plus confrontés à cette pratique lors de leur formation initiale (théorique et clinique). Cette approche leur semble donc plus accessible d'emblée, une fois diplômés. Cet élément se confirme dans les données des entretiens réalisés auprès des orthophonistes, comme nous le verrons dans l'analyse des données liées au cursus de formation.

4.1.1. Les bénéfices

La question était : « Quels bénéfices principaux l'accompagnement familial apporte-t-il à vos patients ? »

On note une homogénéité des perceptions des orthophonistes québécois et français, quant à l'efficacité plus grande de leur intervention lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en AcF. De même, les deux populations considèrent que l'AcF permet une meilleure compréhension enfant-aidant naturel, puisque ce dernier s'ajuste au trouble.

Les orthophonistes français évoquent essentiellement des bénéfices concernant l'enfant et ses Parents (« meilleur investissement de la prise en charge de la part de l'enfant et des parents ») mais évoquent peu les bénéfices concernant une alliance thérapeutique potentiellement renforcée, contrairement aux québécois qui évoquent une meilleure « complicité » et un « travail d'équipe ».

Les orthophonistes québécois mettent en avant d'autres avantages, tels que l'adaptation des objectifs de travail à leur patient puisque, grâce à l'accompagnement familial, la prise en charge est « transposée dans le quotidien ». De même, pour les Québécois l'AcF permet aux aidants une « auto-analyse » ainsi qu'une prise en compte de leurs propres compétences.

Toutes ces notions explicitées par les Québécois font ainsi référence à la modalité d'AcF de type III, où l'orthophoniste construit une alliance thérapeutique plus forte avec l'aidant en développant ses compétences. Le principe d'empowerment a une place importante dans les données québécoises, alors qu'il est absent des remarques françaises.

4.1.2. Les difficultés

La question était : « Quelles difficultés rencontrez-vous le plus souvent en accompagnement familial ? ». Les réponses des orthophonistes font référence à des aspects liés plus ou moins directement à leur pratique clinique.

Au Québec les orthophonistes évoquent majoritairement des difficultés dues à des facteurs extérieurs. Par exemple, le multiculturalisme induirait parfois des perceptions différentes de la part des familles vis-à-vis de l'intervention et susciterait des incompréhensions linguistiques. De plus, la pression temporelle due à l'organisation du système de soins entraverait parfois, selon les professionnels québécois, une connaissance optimale du contexte familial ainsi que l'alliance thérapeutique avec les aidants.

En France, les orthophonistes font référence à des obstacles rencontrés dans leur pratique. Ils évoquent en effet des difficultés liées aux parents et à leurs représentations de l'accompagnement familial : ces derniers se baseraient sur un schéma de soins traditionnel vertical et ne percevraient pas toujours l'utilité de s'impliquer dans la prise en charge de l'enfant. Les difficultés exprimées concernent aussi les représentations des professionnels français : le fait d'impliquer les Parents semble s'apparenter, pour eux, à une « intrusion » dans le groupe famille. Les orthophonistes expriment également une certaine crainte d'infantiliser les Parents à travers les conseils qu'ils leur donnent. Ainsi se dégagent en toile de fond des questionnements quant au rôle même de l'orthophoniste dans ses prises en charge en AcF.

De plus, les orthophonistes français ressentent à la fois un manque de « cadre » dans leurs prises en charge considérées comme « trop intuitives », un manque d'outils ainsi qu'une certaine réticence quant à l'utilisation de programmes d'intervention formalisés, qu'ils trouvent trop « rigides » par rapport aux pratiques françaises.

4.2. Les parents et l'accompagnement familial

Les six entretiens que nous avons réalisés avec des parents ont permis d'amorcer une réflexion par rapport à leur vision de l'AcF dans la pratique orthophonique. Ainsi, les parents québécois et français interrogés semblent satisfaits de leur prise en charge en AcF : ils évoquent un lien constructif avec l'orthophoniste et une intervention efficace, au plus près des besoins de leur enfant.

Les données de ces entretiens montrent cependant quelques différences. Les parents québécois ont véritablement conscience de l'impact de leur implication au quotidien, permettant une meilleure avancée de la prise en charge orthophonique (« c'est bien aussi d'impliquer les parents parce que c'est les parents qui s'occupent d'eux (leurs enfants), on les a tous les jours »). L'un d'entre eux dit en effet : « je me devais de m'impliquer si je voulais avoir un changement ». Ce propos vient là encore illustrer l'importance du

concept d'empowerment au Québec. De même les parents québécois interrogés mettent beaucoup en avant la relation horizontale avec l'orthophoniste, perçu comme un partenaire leur donnant les outils nécessaires pour développer leurs compétences parentales et, de ce fait, aider leur enfant.

Quant aux parents français, leurs propos nous montrent que même s'ils sont d'accord pour s'impliquer dans la prise en charge et en perçoivent l'intérêt, la manière dont ils l'évoquent leur impute une place relativement passive par rapport à l'orthophoniste (« nous en tant que parent bien sûr on n'arrive à rien avec nos enfants... »). En outre, certains considèrent même qu'il est préférable de ne participer qu'à une partie de la séance puisque leur présence entrave, selon eux, une concentration maximale de leur enfant (« les enfants font quand même plus de choses quand les parents ne sont pas là »). Les remarques des parents français interrogés confirment donc une certaine verticalité dans la relation thérapeutique, où les parents reconnaissent le rôle d'expertise de l'orthophoniste et s'y soumettent en s'en tenant à une transmission unilatérale d'informations et conseils.

Ainsi, au Québec, l'accompagnement familial de type « partenariat » semble prédominer alors qu'en France cela semble être le type « informations » : ceci confirme la première hypothèse opérationnelle.

III. Facteurs influençant la pratique de l'accompagnement familial

Nous avons tenté de comprendre ce qui pouvait induire les disparités franco-québécoises dans la pratique clinique orthophonique en accompagnement familial.

Au vu de l'étude des différentes données recueillies grâce à l'expérimentation, nous avons choisi de nous pencher sur deux facteurs semblant avoir un impact sur la pratique clinique des groupes étudiés : les cursus de formation en accompagnement familial et l'organisation des systèmes de soins.

1. Les cursus de formation en accompagnement familial

Rappelons la première hypothèse opérationnelle de l'étude : « Les cursus de formation auraient un impact sur les modalités d'AcF utilisées au Québec et en France ».

1.1. La formation initiale

Selon les résultats obtenus, les Québécois sont deux fois plus formés en AcF que les Français, mais aussi beaucoup plus satisfaits de cette formation initiale.

L'AcF a donc d'emblée, chez les orthophonistes québécois, une place bien plus importante dans la représentation qu'ils peuvent se faire de leur future pratique clinique.

Ils évoquent néanmoins une demande quant à une formation répondant aux problématiques actuelles, notamment sur l'intervention auprès de familles défavorisées.

Les orthophonistes français semblent quant à eux très en demande d'une formation en AcF plus approfondie et plus concrète. Certains évoquent même l'absence de toute formation à cette pratique clinique et auraient peut-être alors d'autant plus recours à des formations continues sur ce sujet.

Ces données nous invitent donc à confirmer une partie de notre hypothèse opérationnelle concernant les facteurs influençant la pratique de l'AcF au Québec et en France. Il semble y avoir un lien entre le fait que les orthophonistes français soient moins formés initialement en AcF et en soient donc moins satisfaits que les orthophonistes québécois, et le fait qu'ils pratiquent moins l'AcF, généralement pas en début d'exercice par manque de connaissances et d'outils aiguillant leurs interventions.

1.2. La formation continue

A propos de la réalisation et de la satisfaction quant à une F.C. sur l'AcF, les résultats concernant les orthophonistes québécois et français ne mettent pas en évidence de différence significative.

Les besoins de concrétude et d'interactivité ont néanmoins, encore une fois, été mis en lumière par les orthophonistes français. Ceci rejoint leurs remarques au sujet de la FI.

En outre, il est intéressant de relever le fait qu'un quart des Français ayant suivi une formation continue en AcF l'a effectuée auprès d'un organisme québécois. Les orthophonistes ayant bénéficié d'une F.C. apprécient les mises en situation, les propositions d'outils concrets ainsi que la transmission interactive des enseignements. Toutefois, les Français évoquent la nécessité d'une adaptation de ces formations québécoises, parfois considérées comme trop « rigides » pour notre population française. Cette remarque rejoint le fait que les professionnels français n'utilisent que très peu de programmes d'intervention (dont les sources sont essentiellement québécoises) et n'organisent généralement pas leurs interventions en fonction d'objectifs concrets.

Les Québécois ont peu répondu à ce thème de la F.C. Ce terme a sûrement été peu clair pour eux (ils utiliseraient davantage les termes de « développement professionnel », « colloques » ou bien « congrès »). De même, peut-être que les praticiens québécois effectuent moins de F.C. que les Français parce qu'ils estiment avoir été bien formés initialement à l'AcF, comme nous l'avons vu ci-dessus. Les orthophonistes québécois formulent à nouveau leur demande quant à une formation sur l'intervention auprès de familles défavorisées.

Ainsi, ces données sur la F.C. ne nous permettent pas de confirmer son influence sur la pratique orthophonique, comme nous l'avions avancé dans une partie de nos hypothèses.

1.3. Entretiens avec les orthophonistes

Nos six entretiens réalisés auprès d'orthophonistes québécois et français ont confirmé les conclusions tirées après l'analyse des données des questionnaires, concernant les cursus de formation.

En effet, les deux groupes expriment un doute quant au fait de se sentir « assez formé » au niveau théorique à la pratique de l'AcF (mais, comme le souligne une orthophoniste québécoise, « est-on jamais assez formé ? »). On note toutefois que certains Québécois ont affirmé explicitement être « assez formé » dans la pratique de l'AcF, c'est-à-dire l'ont expérimenté lors de leurs stages.

Les orthophonistes français évoquent un manque patent quant à leur formation en général. Ils expriment une forte demande de changement et attendent des « actions au niveau politique », traduisant ainsi leur envie de « faire avancer les choses » au niveau de l'AcF dans les pratiques orthophoniques françaises. Nous avons ressenti, à ce propos, une certaine frustration des professionnels français interrogés vis-à-vis de leur pratique de l'AcF, puisqu'ils ne peuvent l'expérimenter autant qu'ils le voudraient, étant donné le peu de reconnaissance institutionnelle de cette modalité de soins en France.

Ainsi, les résultats viennent confirmer une partie de notre hypothèse opérationnelle : la formation initiale en AcF influencerait la pratique clinique de l'AcF. Le fait d'être bien formé et d'avoir des outils concrets entraîne une pratique plus développée de cette modalité de soins. Les résultats concernant la F.C. sont moins significatifs, mais quelques éléments des questions ouvertes viennent appuyer les données de la F.I. : les Français ne se sentent pas assez formés, contrairement aux Québécois.

2. L'organisation des systèmes de soins

Rappelons l'hypothèse opérationnelle concernant l'organisation des systèmes de soins : « L'organisation des systèmes de soins aurait un impact sur les modalités d'AcF utilisées au Québec et en France ».

2.1. Les orthophonistes et les systèmes de soins

Selon les observations des professionnels quant à leur vision de l'AcF, nous relevons des difficultés bien spécifiques à chaque population. Ainsi, au Québec, l'AcF serait une réponse à l'enjeu financier des prises en charge libérales, alors qu'en France cette modalité de soins ne serait pas encore reconnue.

2.1.1. Au Québec

Les orthophonistes semblent indiquer que l'aspect financier est un enjeu majeur dans la prise en charge de leurs patients. Nous savons effectivement, d'après les données des ministères (MSSS, 2002), que les soins apportés par un orthophoniste exerçant en pratique privée ne sont pas remboursés par un système social et doivent donc être

totallement payés par le patient lui-même. De ce fait, les praticiens exerçant en privé ont le véritable souci de prouver à leurs patients l'efficacité de leurs soins dans le temps, afin de satisfaire leur demande. Même si les professionnels exerçant en privé ne concernent qu'un faible pourcentage au Québec (10% selon le MSSS) il faut néanmoins tenter de répondre à cette problématique.

L'AcF apparaît alors comme une modalité de soins permettant de répondre à cette recherche d'efficacité. L'orthophoniste va alors recourir à une tierce personne : il va établir une alliance thérapeutique avec l'entourage significatif du patient. Les soins effectués pendant la séance pourront donc être généralisés au quotidien, puisque le professionnel aura transmis ses « savoirs » en responsabilisant et valorisant les compétences de l'aidant.

2.1.2. En France

Le problème relevé par les professionnels français concerne l'absence de mention spécifique « accompagnement familial » dans leur nomenclature. Certes cette difficulté n'apparaît pas dans les pratiques des professionnels salariés mais elle est un obstacle considérable dans les pratiques libérales, puisque cela concerne approximativement 80% des orthophonistes. Les praticiens auraient alors des difficultés à coter leurs actes (pas de temps prévu incluant les Parents) et donc intégreraient peu l'AcF comme modalité de soins.

Cette absence de mention reflète donc que l'AcF n'est pas encore véritablement reconnu dans les pratiques orthophoniques françaises.

2.2. Les parents et les systèmes de soins

Au Québec, les remarques des parents nous permettent tout d'abord de confirmer qu'ils attendent une efficacité prouvée des soins dont leurs enfants bénéficient. Cela semble d'autant plus évident que les patients n'ont pas droit à des soins remboursés.

Ensuite, un nouvel élément est ici apporté : les délais nécessaires avant de bénéficier d'une intervention orthophonique semblent très longs, surtout au Québec. En France, les parents sembleraient plus à même de pouvoir changer d'orthophoniste si « un lien ne se fait pas » comme le suggère une mère, ou bien si le professionnel ne satisfait pas le patient. Ainsi, bien qu'une liste d'attente soit présente dans les deux cas, il apparaîtrait malgré tout moins difficile d'avoir accès à des soins orthophoniques en France qu'au Québec.

De plus, les parents québécois confirment ce que nous avons exposé dans notre partie théorique, à savoir les procédures complexes permettant d'accéder aux soins. Le système est effectivement organisé selon un engrenage particulier. Une mère décrit ainsi les démarches effectuées pour son fils : « le temps de l'avoir mis sur la liste pi le temps de s'faire voir, ils m'ont donné un rendez-vous un an plus tard parce que c'est les délais ». Une autre nous confie : « dès que t'es dans le système ça va bien parce que ça y est il y'a une démarche mais sauf que y'a des listes d'attente... ».

Les professionnels québécois auraient donc à prouver cette notion d'efficacité le plus rapidement possible. Cela est vrai quel que soit le mode d'exercice, car nous savons qu'au sein de la plupart des institutions, les patients n'ont droit qu'à un nombre limité de séances orthophoniques. Au Québec, ces difficultés s'inscrivent au cœur des problématiques de santé actuelles. Un plan d'action est d'ailleurs mis en place depuis peu (ASSSM, 2009) à Montréal. Il vise une meilleure accessibilité des services, une trajectoire de soins plus simple ainsi qu'une détection précoce des difficultés de langage (ASSSM, 2009).

Les principes de l'AcF s'inscriraient alors dans la lignée des adaptations entreprises par le plan d'action québécois. Cette modalité de soins serait donc largement favorisée dans les pratiques orthophoniques au Québec.

Ainsi, l'organisation des systèmes de soins aurait un impact sur les modalités d'AcF utilisées au Québec et en France, ce qui confirme la deuxième hypothèse opérationnelle.

CONCLUSION

Nous avons, tout au long de ce travail de deux ans, approfondi nos connaissances quant à cette approche nouvelle et complexe qu'est l'accompagnement familial dans la pratique orthophonique. Son étude au sein de deux populations différentes a permis d'enrichir d'autant plus notre recherche.

L'expérimentation a donc mis en lumière les caractéristiques de l'intervention orthophonique en accompagnement familial au Québec et en France. En France, elle semble surtout se manifester par des discussions informelles à la fin des séances ; l'implication des Parents n'apparaît pas d'emblée comme une priorité dans le processus de soins. Au Québec, les orthophonistes semblent plus enclins à remettre en question leur position d'expert et à interagir d'égal à égal avec le Parent, en misant sur la valorisation de ses capacités communicatives. Par là, les praticiens visent une intervention plus concrète et efficace.

De plus, nous nous sommes rendu compte que la prégnance de ce type d'approche clinique proviendrait en partie de la formation initiale reçue par les Québécois : le contenu et l'orientation de leur cursus de formation influenceraient leurs représentations du soin et de la place du thérapeute. Leurs interventions seraient alors à l'image de leurs méthodes d'enseignement, qui elles-mêmes sembleraient reposer, de façon implicite, sur le concept « d'empowerment ».

Enfin, l'accompagnement familial s'inscrit dans un courant de promotion de la Santé très ancré dans les problématiques actuelles. En effet, au Québec, il est inclus dans les politiques gouvernementales car il constitue un enjeu financier. En France, cette modalité de soins est quasi absente des politiques de santé et peu reconnue dans les textes officiels.

Ainsi, ce travail a permis de mettre en lumière les représentations des orthophonistes quant à leurs actes et rôles professionnels. Il apparaît maintenant important d'étudier de façon approfondie quelles sont les représentations des aidants naturels vis-à-vis de cette modalité de soins particulière, visant à les impliquer de manière active. Les observations recueillies lors de nos entretiens auprès des parents ont permis de rapporter quelques-uns de leurs ressentis, mais cela reste une ébauche qu'il serait intéressant d'approfondir dans une nouvelle étude. Nous souhaiterions que cette recherche soit l'esquisse d'une remise en question de la place de l'orthophoniste français dans sa relation avec l'aidant naturel de son patient. Il semble en effet important de tenter de modifier notre pratique en s'inspirant des programmes d'intervention utilisés particulièrement par nos confrères québécois. Bien évidemment, face aux différences culturelles, ces méthodes et principes demandent à être adaptés.

Nous espérons également que nos observations puissent ouvrir la voie à de nouvelles réflexions sur le contenu des formations initiales et post-universitaires, dans le but d'approfondir cet essor de l'accompagnement familial en France.

BIBLIOGRAPHIE

Affleck, G., McGrade, B.J., McQueeney, M., Allen, D. (1982). Promise of relationship-focused early intervention in developmental disabilities. *Journal of Special education*, 16, 413-430.

Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (2009). Plan d'action montréalais : Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes. Phase 1 : Préscolaire, les services d'orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans. Montréal : Service de la planification et du développement stratégique.

Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (2006). Portrait régional de main d'œuvre pour les orthophonistes, secteur planification et adaptation de la main d'œuvre. Montréal : ASSSM.

Arrêté ministériel (1986). Portail adress'RLR : Bibliothèque des textes, enseignement scolaire et enseignement supérieur : les formations de santé. *Modifié par l'arrêté du 25 avril 1997*.

Association Canadienne des Orthophonistes et Audiologistes, ACOA (2008). *Champ de pratique de l'orthophonie*. Page consultée le 10 Janvier 2011. http://www.caslpa.ca/PDF/French_Scope_of_Practice_for_%20S-LP.pdf

Baland, A. (2009). *La valorisation des compétences parentales pour une dynamique de changement*. Grenoble : Mémoire de travailleur social

Bardin, L. (2007). *L'Analyse de contenu*. Paris : PUF

Berney, C. (2003). Guidance interactive en logopédie. *Langage et pratiques*, 32, 2-11.

Bo, A. (2010). Formation Initiale Accompagnement Familial, ISTR Orthophonie.

Bo, A. (2010) Tableau Accompagnement familial en Orthophonie. [*Transmis à titre de communication personnelle, en cours de publication*].

Borel-Maisonny, S. (1960). *Langage oral et langage écrit*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.

Bouchard, J.M. (2006). Partenariat et recherche de transparence. Familles et professionnels, la résistible présence des parents. *Informations Sociales*, 133, 50-57

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (2nd ed., Vol. 3, pp. 1643-1647). Oxford, UK: Pergamon Press/Elsevier Science.

Carbonneau, M. (1993). Modèles de formation et professionnalisation de l'enseignement : analyse critique de tendances nord-américaines. *Revue des Sciences de l'éducation*, 19(1), 33-57.

Charte d'Ottawa (1986). [en ligne]. Page consultée le 10 Janvier 2011. http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/thematiques/Charte/ottawachart.pdf

Cook-Darzens, S. (2005). La thérapie familiale : De la multiplicité à l'intégration. *Pratiques psychologiques*, 11, 169-183.

Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (2002). *Journal Officiel*, 104,721, p.8339.

Denni-Krichel, N. (2003). Le partenariat parents-orthophonistes. *Enfances et Psy*, 21, 50-57.

Dunst, C. J. (2007). Early Intervention for Infants and Toddlers with Developmental Disabilities. In Odom, S. L., Horner, R. H., Snell, M. E., Blacher, J., *Handbook of developmental disabilities* (pp 161-181). New York : Guilford press.

Ecole d'Orthophonie et d'Audiologie de l'Université de Montréal, EOM (2011). Site officiel consultable à <http://www.eoa.umontreal.ca/index.htm>

Ecole d'Orthophonie de l'Université Claude-Bernard Lyon 1, EOL (2011). Site officiel consultable à <http://istr.univ-lyon1.fr/>

FNO, FNEO, UNADREO, FO, FEHAP (2010). Référentiel d'activités de l'orthophoniste : Commission de travail sur la ré-ingénierie des métiers avec le ministre de la santé [non publié]

Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health : The first year of life*. New York : Basic Books.

Girolametto, Luigi. (2006). Services et programmes soutenant le développement du langage chez les jeunes enfants. In *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (pp. 1-7). London, ON : Réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation. Page consultée le 12 novembre 2009. <http://www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=9&fr=true>

Houzel, D. (2003). Un autre regard sur la parentalité. *Enfances & Psy*, 21, 79-82.

Le Bossé, Y. (2003). De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 2(16), 30-51.

Leduc, M. (2000). *Description des services d'orthophonie et d'audiologie offerts par les CHSGS, CHR, CRDP, URFI et Hopitaux de jour de la région de Montréal-centre*. Services des études et de l'évaluation. Direction de la programmation et de la coordination. 19 Janvier 2000.

Levesque, G.Y (2003). Evaluation du programme Hanen en milieu communautaire 2001-2002. Sherbrooke : Direction de la santé publique et de l'évaluation.

Martin, S. (2000). L'accompagnement familial. *Rééducation Orthophonique*, 203,1-2.

Martin, S. (2000). L'accès au statut d'être parlant. *3^{èmes} journées scientifiques de l'Ecole d'orthophonie de Lyon*.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2002). Planification de la main d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique. Montréal : ASSSM..

Monfort, M., Juarez Sanchez, A. (1996). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales -une proposition de modèle interactif-*. Hazebrouck : L'Orthoédition.

Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec (2006). Rapport annuel 2006-2007. [en ligne]. Page consultée le 10 Janvier 2011. http://www.ooaq.qc.ca/Publications/Rapanu06-07_final.pdf

Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec (2011). Site internet de l'OOAQ, mise à jour en Janvier 2011. Page consultée le 11 Avril 2011. <http://www.ooaq.qc.ca/repRegions2/selecteur>

Prud'homme, J. (2005). *Histoire des orthophonistes et des audiologistes du Québec 1940-2005. Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec

Robert-Tissot, C. (2003). La guidance interactive : Une thérapie des interactions. *Langage et pratiques*, 32, 18-28.

Roméo (2002). L'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance. Extraits du rapport de Monsieur Roméo, Président de l'ANDASS et Directeur de l'Enfance et de la Famille de la Seine St Denis.

Rossetti, Y. (1990). The Rossetti infant and toddler language scale. Illinois USA : Linguisticsystems, East Moline.

Siciak-Tartaruga, A. Démographie professionnelle au 1er janvier 2009. *L'Orthophoniste*, 293, 3.

Sylvestre, A., Cronk, C., St-Cyr Tribble, D., Payette, H. (2002). Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology – Revue d'orthophonie et d'audiologie*, 26 (4), 180-196.

Wallerstein, N., & Bernstein, E., (1988). Empowerment Education : Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 379-394.

GLOSSAIRE

Parent/parent : « Parent » désigne tout aidant de l'enfant, qu'il soit son parent biologique, qu'il appartienne à sa famille (grands-parents, fratrie, etc.) ou bien à son entourage proche (nourrice, éducatrice, etc.) ; « parent » fait exclusivement référence aux personnes ayant l'autorité parentale de l'enfant.

Accompagnement familial (AcF) : désigne toute action de l'orthophoniste visant à établir une alliance avec un Parent, afin d'optimiser la prise en charge de l'enfant. Le terme « familial » permet une vision plus élargie des aidants potentiels.

Types d'accompagnement familial : nous mettons en avant trois types d'AcF pour lesquels l'alliance thérapeutique entre le Parent et l'orthophoniste est différente. On distingue :

- le type I : « informations », où l'orthophoniste transmet au Parent des informations sur le diagnostic, la pathologie de l'enfant et la prise en charge de celui-ci;

- le type II. : « modeling », où l'orthophoniste amène les Parents à se mettre en action et les incite à reproduire en séance ou à la maison des principes de stimulation renforcée qu'il a expérimenté.

- le type III. : « partenariat », où l'orthophoniste rend le Parent acteur de la prise en charge de l'enfant, en l'aidant à développer ses capacités communicatives dans ses interactions avec l'enfant.

Modalités d'accompagnement familial : elles désignent des « sous-catégories » de chacun des types d'AcF. On peut citer par exemple les informations, la discussion et le retour à la fin de la séance (type I), la participation des Parents aux séances, les activités effectuées par les parents à la maison (type II) et enfin l'utilisation de la vidéo ou le travail par objectifs (type III).

Empowerment : dans le domaine de l'orthophonie et en rapport avec l'AcF, c'est le fait de rendre le Parent acteur de la prise en charge de l'enfant en induisant le développement de ses compétences communicatives dans ses interactions avec lui. Son but ultime est que le Parent, de façon autonome, puisse prendre une place d'interlocuteur stimulant avec l'enfant, en s'adaptant à ses difficultés. L'empowerment suppose que le Parent ait une bonne conscience du trouble de l'enfant et des capacités d'auto-analyse.

ANNEXES

.1 Annexe I : Questionnaires

.2 Activité libérale / privée



Institut Sciences et Techniques de Réadaptation Formation orthophonie Lyon & Ecole Orthophonie et Audiologie Université Montréal

Mémoire de recherche :

Avril 2010

Les modalités de prise en charge en accompagnement familial en France et au Québec

Laure AUZIAS & Marie-Ange LE MENN

Questionnaire à l'intention des orthophonistes ayant une activité libérale/privée

Note : Dans ce document est considérée comme une action d'accompagnement familial toute action auprès des parents : discussion informelle, conseils, programme standardisé, séance avec le parent, soutien pour une aide technique, retour sur la séance, aide aux activités à faire à la maison, etc.

1. Avec qui pratiquez-vous l'accompagnement familial ?

Avec une famille ☐

Avec un groupe de parents ☐

Avec les deux ☐

2. Où pratiquez-vous l'accompagnement familial ?

A votre cabinet ☐

Au domicile du patient ☐

Les deux ☐

3. Avec quels types de pathologies ?

Classer de la plus fréquente à la moins fréquente de 1 à 9

Surdité ☐ Maladies génétiques et retard global ☐

Autisme et TED ☐ Troubles spécifiques du langage ☐

IMC ☐ Retard ou trouble simple du langage ☐

Troubles de l'oralité ☐ Troubles du langage écrit ☐

Autres ☐ lesquels

4. Utilisez-vous les programmes d'intervention ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquels ?

Pour quelle tranche d'âge ? 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

5. Quelles autres modalités utilisez-vous, pour quelle tranche d'âge et à quelle fréquence ?

Conseils aux parents OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Echange informel OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Discussion et retour à la fin de la séance OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Séance avec la participation des parents OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Groupe de formation des parents OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Activités effectuées par les parents à la maison OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Informations OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Utilisation de la vidéo OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Travail par objectifs OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Soutien pour une aide technique OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

Echange et écoute OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐
Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐
Jamais 0% ☐

6. Pour un temps d'accompagnement familial, recevez-vous le plus souvent :

Le ou les parents seuls ☐
Le ou les parents avec l'enfant ☐
Les deux ☐

7. Pour un temps d'accompagnement familial, recevez-vous rarement :

Le ou les parents seuls ☐
Le ou les parents avec l'enfant ☐
Les deux ☐

8. Utilisez-vous une autre modalité spécifique ?

9. Vous êtes-vous senti à l'aise en accompagnement familial :

Dès le début de votre exercice ☐

Après plusieurs années d'exercice ☐

10. Quelles difficultés rencontrez-vous le plus souvent en accompagnement familial ?

11. Quels bénéfices principaux apportent à vos patients l'accompagnement familial ?

12. En quelle année avez-vous été diplômé ?

13. Dans quel pays ?

14. Dans quelle université (ville) ?

15. Avez-vous reçu une formation initiale spécifique sur l'accompagnement familial ?

OUI ☐ NON ☐

16. Si oui de quel type ?

Formation à la relation d'aide ☐

Formation à l'entretien clinique ☐

Formation à l'anamnèse ☐

Programmes d'intervention pour les parents ☐

Programmes techniques (déglutition, Makaton, LSF, LPC...) ☐

Formation à l'utilisation de la vidéo et du feed-back ☐

Formation à la pratique de la stimulation renforcée ☐

Formation au soutien psychologique ☐

17. Etes-vous satisfait de cette formation à l'accompagnement familial ?

Tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout ☐

18. Qu'auriez vous souhaité de plus ou de différent ?

19. Avez-vous participé à une formation continue sur l'accompagnement familial ?

OUI ☐ NON ☐

20. Si oui, en quelle année et avec quel organisme ?

Année :

Titre de la Formation :

Organisme de formation et pays :

21. Etes-vous satisfait de cette formation continue ?

Tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout ☐

22. Quels sont les points forts de cette formation ?

23. Qu'auriez-vous souhaité de plus ou de différent ?

24. Quels programmes d'intervention en accompagnement familial connaissez-vous ?

25. Parmi ces programmes lesquels recommanderiez-vous à des collègues ?

26. Tribune libre pour vos remarques et propositions.

Nous vous remercions sincèrement pour le temps que vous nous avez accordé !

.3 Activité institutionnelle



Institut Sciences et Techniques de Réadaptation Formation orthophonie Lyon & Ecole Orthophonie et Audiologie Université Montréal

Mémoire de recherche :

Avril 2010

Les modalités de prise en charge en accompagnement familial en France et au Québec

Laure AUZIAS & Marie-Ange LE MENN

Questionnaire à l'intention des orthophonistes exerçant une activité institutionnelle

Note : Dans ce document est considérée comme une action d'accompagnement familial ou de guidance parentale, toute action auprès des Parents : discussion informelle, conseils, programme standardisé, séance avec le Parent, soutien pour une aide technique, retour sur la séance, aide aux activités à faire à la maison, etc.

1. Avec qui pratiquez-vous l'accompagnement familial :

Avec une famille ☐

Avec un groupe de parents ☐

Avec les deux ☐

1 Où pratiquez-vous l'accompagnement familial :

Dans votre institution ☐

Au domicile du patient ☐

Les deux ☐

2 Avec quels types de pathologies ?

Classer de la plus fréquente à la moins fréquente de 1 à 9 :

Surdité ☐ Maladies génétiques et retard global ☐

Autisme et TED ☐ Troubles spécifiques du langage ☐

IMC ☐ Retard ou trouble simple du langage ☐

Troubles de l'oralité ☐ Troubles du langage écrit ☐

Autres ☐ lesquels

3 Utilisez-vous les programmes d'intervention ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquels ?

Pour quelle tranche d'âge ? 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

4 Quelles autres modalités utilisez-vous, pour quelle tranche d'âge et à quelle fréquence ?

Conseils aux parents OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Echange informel OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Discussion et retour à la fin de la séance OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Séance avec la participation des parents OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Groupe de formation des parents OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Activités effectuées par les parents à la maison OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Informations OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Utilisation de la vidéo OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Travail par objectifs OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Soutien pour une aide technique OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

Echange et écoute OUI ☐ NON ☐ 0-3ans ☐ 3-6ans ☐ plus de 6 ans ☐

Systématiquement 90 à 100% ☐ Très souvent 90 à 70% ☐ Souvent 70 à 50% ☐ Parfois moins de 50% ☐

Jamais 0% ☐

5 Pour un temps d'accompagnement familial, recevez-vous le plus souvent :

Le ou les parents seuls ☐

Le ou les parents avec l'enfant ☐

Les deux ☐

6 Pour un temps d'accompagnement familial, recevez-vous rarement :

Le ou les parents seuls ☐

Le ou les parents avec l'enfant ☐

Les deux ☐

7 Utilisez-vous une autre modalité spécifique ?

8 Vous êtes-vous senti à l'aise en accompagnement familial :

Dès le début de votre exercice ☐

Après plusieurs années d'exercice ☐

9 Quelles difficultés rencontrez-vous le plus souvent en accompagnement familial ?

10 Quels bénéfices principaux apportent à vos patients l'accompagnement familial ?

11 En quelle année avez-vous été diplômé ?

12 Dans quel pays ?

13 Dans quelle université (ville) ?

14 Avez-vous reçu une formation initiale spécifique sur l'accompagnement familial ?

OUI ☐ NON ☐

15 Si oui de quel type ?

Formation à la relation d'aide ☐

Formation à l'entretien clinique ☐

Formation à l'anamnèse ☐

Programmes d'intervention pour les parents ☐

Programmes techniques (déglutition, Makaton, LSF, LPC...) ☐

Formation à l'utilisation de la vidéo et du feed-back ☐

Formation à la pratique de la stimulation renforcée ☐

Formation au soutien psychologique ☐

16 Etes-vous satisfait de cette formation à l'accompagnement familial ?

Tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout ☐

17 Qu'auriez vous souhaité de plus ou de différent ?

18 Avez-vous participé à une formation continue sur l'accompagnement familial ?

OUI ☐ NON ☐

19 Si oui, en quelle année et avec quel organisme ?

Année :

Titre de la Formation :

Organisme de formation et pays :

21. Etes-vous satisfait de cette formation continue ?

Tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout ☐

22 . Quels sont les points forts de cette formation ?

23. Qu'auriez-vous souhaité de plus ou de différent ?

24 . Quels programmes d'intervention en accompagnement familial connaissez-vous ?

25. Parmi ces programmes lesquels recommanderiez-vous à des collègues ?

26. Tribune libre pour vos remarques et propositions.

Annexe II : Protocoles d'entretiens

.1 Pour les orthophonistes

Mémoire de recherche Orthophonie : L'Accompagnement Familial au Québec et en France.

Laure Auzias et Marie-Ange Le Menn – ISTR Lyon, Formation Orthophonie, France

[Prise de contact, introduction du sujet de l'étude...]

- 1) Quel est l'élément primordial (*le plus utile*) que vous recherchez en impliquant les parents ?
- 2) Quel comportement/attitude des parents est facilitant pour qu'ils soient impliqués, qu'ils puissent travailler avec vous ? *Exemples précis.*
- 3) Quel comportement des parents peut y faire obstacle ? Dans quelle(s) situation(s) ? *Exemples précis.*
- 4) Pour quel « type » de parents pensez-vous qu'il soit préférable de ne pas les impliquer ?
- 5) Quel(s) support(s) technique(s) utilisez-vous pour faciliter l'implication des parents ?
- 6) Quel(s) comportement(s) adoptez-vous ?
- 7) A quel moment prenez-vous la décision de travailler avec les parents ?
- 8) Sur quels critères ?
- 9) Pensez-vous être à l'aise et assez formé(e) à cette modalité de soins (c'est-à-dire de « travailler » avec les parents) ?
- 10) Prenez-vous un « temps » particulier pour les parents ? (ex : une séance sans l'enfant, un rendez-vous spécial...) ?
→ Si oui : Comment cotez-vous ce temps ? (*Est-il considéré comme une séance de prise en charge ?*)
→ Si non : Comment cela se passe-t-il ?
- 11) Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- 12) Ressentis sur l'entretien en général.

.2 Pour les parents

Mémoire de recherche Orthophonie : L'Accompagnement Familial au Québec et en France.

Laure Auzias et Marie-Ange Le Menn – ISTR Lyon, Formation Orthophonie, France

[Prise de contact avec présentation du cas de l'enfant, introduction du sujet de l'étude...]

1) Valeurs, représentations (trouvent-ils ça surprenant?)

- Qu'avez-vous pensé quand l'ortho a proposé de vous inclure ds la PEC de votre enfant?
- Comment avez-vous réagi?

2) Expérience en AcF :

- Pouvez-vous me raconter? (nous : lui donner des exemples : utilisation de la vidéo? 1ère séance...)
- Qu'est-ce que cela vous a fait? Qu'avez-vous ressenti?
- En êtes-vous satisfait? Oui/ non
- Qu'est-ce qui vous a plu?
- Qu'est-ce qui vous a déplu?
- Qu'est-ce que cela a apporté à votre enfant?
- Qu'est-ce que cela vous a apporté?

3) Vision de l'AcF :

- Selon vous quel est le rôle de l'ortho?
- Qu'attendez-vous de l'ortho?
- Pour vous qu'est-ce que l'AcF? (« représente ») 2-3 mots
- Pour vous qu'est-ce qu'un parent « impliqué » dans la prise en charge orthophonique de son enfant ?

4) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

5) Ressentis sur l'entretien en général.

Annexe III : Lettres explicatives

.1 Aux orthophonistes pour le questionnaire



Laure AUZIAS laure.auzias@umontreal.ca
Université de Montréal – programme d'échange B Sc. III à
Ecole d'Orthophonie et d'Audiologie

Marie-Ange LE MENN marieangelemenn@hotmail.fr
Formation Orthophonie
ISTR- Université Claude Bernard Lyon 1

Aux orthophonistes praticiens,
Le 19 avril 2010

Objet : Demande de participation à l'expérimentation de notre mémoire de recherche en Orthophonie.

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux étudiantes en troisième année de la formation orthophonie à l'ISTR-UCBLyon1 (France) et réalisons notre travail de recherche qui validera notre diplôme d'exercice : le Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Ce travail de recherche sera présenté en soutenance publique début juillet 2011. Ce travail de recherche se fait en codirection France-Québec (Directeurs de mémoire : Université de Montréal : S.MARTIN, Université Claude Bernard : Agnès BO). Notre recherche porte sur le sujet suivant: « *Les modalités de prise en charge en accompagnement familial en France et au Québec* ». Actuellement, une de nous deux est en échange interuniversitaire et effectue sa troisième année d'études à l'Université de Montréal, au Québec.

Aussi nous souhaitons recueillir, directement auprès des orthophonistes en France et au Québec, les informations nécessaires vis-à-vis de cette problématique.

Pour cela, nous avons établi des questionnaires. Ils sont adressés aux professionnels qui interviennent dans le milieu institutionnel ainsi qu'à ceux intervenant en cabinet libéral (pratique privée). Notre expérimentation sera donc réalisée grâce à la récolte et à l'analyse des informations que vous nous transmettez.

Même si vous n'utilisez pas l'accompagnement familial de façon formelle dans votre pratique, le retour de ce questionnaire nous sera très précieux !

Vous pouvez remplir ce questionnaire en ligne à partir des liens suivants

<http://bit.ly/9B4vLT> pour l'exercice dans un centre ou à l'hôpital

<http://bit.ly/cgUDGt> pour l'exercice en privé, cabinet libéral

Pour des raisons de traitement des données, nous avons fixé une date limite de retour : le 15 mai 2010.

Les retombées attendues devraient permettre, outre une analyse des pratiques, une adaptation de la formation initiale et de la formation continue aux besoins des praticiens afin d'améliorer la qualité des soins. Vous aurez bien évidemment un accès prioritaire aux résultats.

En vous remerciant par avance pour votre collaboration à notre projet de recherche, nous restons disponibles si vous désirez davantage de renseignements.

Avec nos sincères et dévouées salutations,

Laure AUZIAS
Tél. : 438 – 883 – 5898

Marie-Ange LE MENN
Tél. : 06 32 07 03 05

.2 Aux orthophonistes pour l'entretien



Laure AUZIAS
Université de Montréal – programme d'échange B Sc. III à
Ecole d'Orthophonie et d'Audiologie

Marie-Ange LE MENN
Formation Orthophonie
ISTR- Université Claude Bernard Lyon 1

Aux orthophonistes praticiens,
Le 12 Mai 2010

Objet : Demande de participation à un entretien relatif aux modalités de prise en charge en accompagnement familial dans le cadre d'un travail de recherche.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de notre projet de recherche portant sur le sujet suivant: « *Les modalités de prise en charge en accompagnement familial en France et au Québec* », nous vous avons récemment envoyé un questionnaire. Afin de récolter des données cliniques sur le sujet, nous réalisons des entretiens à la fois avec des orthophonistes et avec des parents.

Pour cela nous avons effectué une répartition au hasard (randomisation), au terme de laquelle vous avez été sélectionné(e).

Cet entretien nous sera très précieux puisqu'il visera, dans la progression de notre travail de recherche, à affiner notre connaissance des modalités d'utilisation de l'accompagnement familial en intervention orthophonique. Sa durée sera d'environ 30 minutes.

Si vous acceptez de participer à cet entretien, veuillez nous retourner le coupon-réponse ci-dessous (par voie postale ou électronique aux adresses citées) avant le 27 Mai 2010 ainsi que vos disponibilités pour les semaines qui viennent, sachant que nous sommes dans l'obligation de clôturer les entretiens le 27 Juin 2010.

De plus, seriez-vous d'accord pour éventuellement solliciter des parents bénéficiant d'accompagnement familial (même si ce dernier n'est pas réellement formalisé) pour que nous les rencontrions également lors d'un entretien?

Toutes les personnes participant à ce travail de recherche seront informées prioritairement des résultats.

Les règles éthiques et déontologiques liées à la recherche en santé sont respectées.

Nous sommes conscientes du temps que cela représente pour vous et nous vous remercions pour l'attention que vous porterez à notre travail et dans l'espoir d'une réponse positive de votre part, nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Avec nos sincères et cordiales salutations.

Laure AUZIAS
Tel : 438 – 883 – 5898
laure.auzias@umontreal.ca

Marie-Ange Le MENN
Tel : 06 32 07 03 05
marieangelemenn@hotmail.fr

Adresse de retour des questionnaires :

Mémoire Accompagnement Familial
à l'attention de Mlle Laure Auzias
8467 Avenue Chateaubriand
H2P 2A4 Montréal (Qc) CANADA

ou

Formation orthophonie
Mémoire AcF, ISTR-UCBLyon1
MA LE MENN
69373 Lyon cedex 03 FRANCE

Je soussigné....., accepte de participer à l'entretien réalisé par Marie-Ange LE MENN (France) ou Laure AUZIAS (Québec).

Sollicitation de parents : oui ☐ non ☐

Mes dispositions d'ici le 27 Juin 2010 :

- Date : plage horaire : **ou** - date : plage horaire :
..... **ou**

- Date : plage horaire : **ou** - date : plage horaire :
..... **ou**

- Date plage horaire : **ou** - date : plage horaire
.....

.3 Aux parents pour l'entretien



Laure AUZIAS
Université de Montréal – programme d'échange B Sc. III à
Ecole d'Orthophonie et d'Audiologie

Marie-Ange LE MENN
Formation Orthophonie
ISTR- Université Claude Bernard Lyon 1

Aux parents ayant un enfant qui a bénéficié ou bénéficie actuellement d'une prise en charge orthophonique

Le 12 Mai 2010

Objet : demande de participation à un entretien relatif aux modalités de prise en charge et à l'aide aux parents en orthophonie

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de notre projet de recherche portant sur le sujet suivant: « *Les modalités de prise en charge en accompagnement familial en France et au Québec* », nous réalisons des entretiens, auprès de parents ayant un enfant qui a bénéficié ou bénéficie actuellement d'une prise en charge orthophonique.

Pour cela, nous avons questionné les orthophonistes qui vous ont sollicités.

Cet entretien nous sera très précieux puisqu'il permettra d'affiner les connaissances sur les modalités d'utilisation de l'aide aux parents en intervention orthophonique et d'améliorer la qualité des soins.

Sa durée sera de 20 minutes environ et consistera en un entretien. L'anonymat et les règles éthiques et déontologiques de la recherche en santé seront respectées. Si vous acceptez de participer à cet entretien, veuillez nous joindre aux coordonnées ci-dessous, afin de nous indiquer vos disponibilités jusqu'au 27 Juin prochain. Vous pouvez également retourner le coupon-réponse à l'une des adresses ci-dessous.

En vous remerciant d'avance pour l'attention que vous porterez à notre travail et pour votre aide dans l'amélioration des soins, dans l'espoir d'une réponse positive de votre part, nous restons à votre disposition pour tout renseignement.

Avec nos sincères et respectueuses salutations.

Laure Auzias
Tel : 438 – 883 – 5898

Marie-Ange Le Menn
Tel : 06 32 07 03 05

laure.auzias@umontreal.ca

Adresse de retour des coupons :

Mémoire Accompagnement Familial, entretien
à l'attention de Laure Auzias
8467 Avenue Chateaubriand
H2P 2A4 Montréal (Qc) CANADA

ou

marieangelemenn@hotmail.fr

Formation orthophonie
Mémoire Accompagnement Familial
ISTR-UCBLyon1
8 avenue Rockefeller
69373 Lyon cedex 03 France

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des graphiques :

- 1.a. Répartition des modalités d'AcF en fonction des âges au Québec
- 1.b. Répartition des modalités d'AcF en fonction des âges en France
2. Modalités d'AcF utilisées
3. Utilisation d'un programme d'intervention en AcF
4. Estiment être à l'aise dans leur pratique d'AcF
5. FI en AcF reçue
6. Satisfaction des orthophonistes quant à la FI reçue
7. FC en AcF effectuée
8. Satisfaction des orthophonistes quant à la FC effectuée

Liste des tableaux :

1. Pourcentage des orthophonistes utilisant l'AcF selon les pathologies
2. Bénéfices de l'AcF selon les orthophonistes
3. Difficultés de l'AcF selon les orthophonistes
4. Représentations de l'AcF selon les parents
5. Ressentis vis-à-vis de la FI selon les orthophonistes
6. Points forts de la FC selon les orthophonistes
7. Améliorations souhaitées pour la FC selon les orthophonistes
8. Ressentis vis-à-vis de la pratique de l'AcF selon les orthophonistes
9. Représentations des systèmes de soins selon les orthophonistes et les parents.

TABLE DES MATIÈRES

ORGANIGRAMMES.....	2
1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON1.....	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2. INSTITUT SCIENCES ET TECHNIQUES DE RÉADAPTATION FORMATION ORTHOPHONIE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	8
PARTIE THEORIQUE.....	9
2. EVOLUTION DES REPRÉSENTATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE	10
3. DES INFLUENCES THÉORIQUES CROISÉES.....	10
3.1. Le courant behavioriste	10
3.2. Le courant cognitiviste.....	10
3.3. La psycholinguistique.....	10
3.4. La psychologie du développement.....	11
3.5. L'approche socio-interactionniste.....	11
3.6. L'approche systémique dynamique.....	11
3.7. L'approche écologique	11
4. L'INTERVENTION PRÉCOCE.....	12
5. L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	14
6. LA RELATION ORTHOPHONISTE-PARENT.....	14
6.1. Les représentations de la situation d'aide dans le soin.....	14
6.2. L'alliance thérapeutique	14
6.3. L'« empowerment »	14
7. LES DIFFÉRENTS TYPES D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	15
7.1. Type I « information des parents ».....	15
7.2. Type II « collaboration des parents ».....	16
7.3. Type III « intervention des parents ».....	16
8. LES PROGRAMMES D'INTERVENTION	17
9. L'ORTHOPHONIE AU QUÉBEC ET EN FRANCE	17
1. AU QUÉBEC.....	17
1.1. Système de soins.....	18
9.1.1. Une organisation complexe des services de santé	18
9.1.2. Vers l'amélioration de la performance des services	18
1.2. Compétences des orthophonistes.....	19
1.3. Formation initiale.....	20
2. EN FRANCE.....	20
2.1. Système de soins.....	20
2.1.1. Le remboursement des frais liés aux prises en charge.....	20
2.1.2. Démographie des orthophonistes.....	21
2.2. Compétences des orthophonistes.....	21
2.3. Formation initiale.....	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
I. PROBLÉMATIQUE.....	24
II. HYPOTHÈSES	24
PARTIE EXPERIMENTALE.....	25
I. QUESTIONNAIRES.....	26
1. MÉTHODE D'EXPÉRIMENTATION.....	26
1.1. Elaboration.....	26
1.2. Recueil et traitement des données.....	26
2. POPULATION ET ÉCHANTILLON.....	26

3. OUTILS UTILISÉS.....	27
4. PROCÉDURE D'ANALYSE.....	28
II. ENTRETIENS.....	29
1. MÉTHODE D'EXPÉRIMENTATION.....	29
2. POPULATION ET ÉCHANTILLON.....	29
3. OUTILS UTILISÉS.....	30
4. PROCÉDURE D'ANALYSE.....	30
PRESENTATION DES RESULTATS.....	31
I. ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL DANS LA PRATIQUE CLINIQUE ORTHOPHONIQUE AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	32
1. LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	32
1.1. <i>Selon l'âge des patients</i>	32
1.2. <i>Selon les pathologies</i>	33
1.3. <i>Selon leur fréquence d'utilisation</i>	34
1.4. <i>Selon l'utilisation d'un programme d'intervention</i>	36
2. LES RESENTIS DES ORTHOPHONISTES ET DES PARENTS.....	37
2.1. <i>Les orthophonistes et l'accompagnement familial</i>	37
2.1.1. Les bénéfices.....	37
2.1.2. Les difficultés.....	39
2.2. <i>Les parents et l'accompagnement familial</i>	39
II. FACTEURS INFLUENÇANT LA PRATIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	41
1. LE CURSUS DE FORMATION AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	41
1.1. <i>La formation initiale en accompagnement familial</i>	41
1.1.1. Réalisation d'une formation initiale.....	41
1.1.2. Satisfaction quant à la formation initiale.....	42
1.1.3. Ressentis quant à la formation initiale.....	42
1.2. <i>La formation continue en accompagnement familial</i>	44
1.2.1. Réalisation d'une formation continue.....	44
1.2.2. Satisfaction quant à la formation continue.....	44
1.2.3. Ressentis quant à la formation continue.....	46
2. L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SOINS QUÉBÉCOIS ET FRANCAIS.....	47
DISCUSSION DES RESULTATS.....	49
I. LIMITES DE L'EXPÉRIMENTATION.....	50
1. REMARQUES GÉNÉRALES.....	50
2. QUESTIONNAIRES.....	51
3. ENTRETIENS.....	52
II. ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL DANS LA PRATIQUE CLINIQUE AU QUÉBEC ET EN FRANCE.....	52
1. LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	52
1.1. <i>Selon l'âge des patients</i>	52
1.2. <i>Selon les pathologies des patients</i>	52
1.3. <i>Dans les pratiques professionnelles</i>	53
2. LES TYPES D'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	53
2.1. <i>Type I « informations »</i>	53
2.2. <i>Type II « modeling »</i>	54
2.3. <i>Type III « partenariat »</i>	54
3. ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	55
4. RESENTIS DES ORTHOPHONISTES ET DES PARENTS.....	56
4.1. <i>Les orthophonistes et l'accompagnement familial</i>	56
4.1.1. Les bénéfices.....	56
4.1.2. Les difficultés.....	57
4.2. <i>Les parents et l'accompagnement familial</i>	57
III. FACTEURS INFLUENÇANT LA PRATIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	58
1. LES CURSUS DE FORMATION EN ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL.....	58
1.1. <i>La formation initiale</i>	58
1.2. <i>La formation continue</i>	59
1.3. <i>Entretiens avec les orthophonistes</i>	60
2. L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SOINS.....	60
2.1. <i>Les orthophonistes et les systèmes de soins</i>	60
2.1.1. Au Québec.....	60

2.1.2. En France.....	61
2.2. <i>Les parents et les systèmes de soins</i>	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	64
GLOSSAIRE	67
ANNEXES	68
.1 ANNEXE I : QUESTIONNAIRES.....	69
.2 ACTIVITÉ LIBÉRALE / PRIVÉE.....	69
.3 ACTIVITÉ INSTITUTIONNELLE.....	73
ANNEXE II : PROTOCOLES D'ENTRETIENS.....	77
.1 POUR LES ORTHOPHONISTES.....	77
.2 POUR LES PARENTS.....	78
ANNEXE III : LETTRES EXPLICATIVES.....	79
.1 AUX ORTHOPHONISTES POUR LE QUESTIONNAIRE.....	79
.2 AUX ORTHOPHONISTES POUR L'ENTRETIEN.....	80
.3 AUX PARENTS POUR L'ENTRETIEN.....	82
TABLE DES ILLUSTRATIONS	84
TABLE DES MATIÈRES	85

Laure Auzias
Marie-Ange Le Menn

L'ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL DANS LA PRATIQUE CLINIQUE ORTHOPHONIQUE AU QUÉBEC ET EN FRANCE

85 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2010

RESUME

L'accompagnement familial, pratique en plein essor en orthophonie, s'inscrit dans le courant écologique (Bronfenbrenner, 1994). Selon le contexte de l'intervention, trois types d'accompagnement familial se distinguent : le type I « information » où l'orthophoniste transmet au Parent des éléments du dossier de l'enfant ; le type II « collaboration » où le soignant donne des ressources et amène les Parents à agir ; le type III « intervention » où le Parent est acteur de la prise en charge de l'enfant, l'orthophoniste l'aidant à développer ses capacités communicatives. Ce travail vise l'étude des différentes pratiques en accompagnement familial et des facteurs influençant ces pratiques dans les interventions orthophoniques au Québec et en France. A partir de questionnaires adressés aux orthophonistes québécois et français, les données ont été comparées et affinées par des entretiens réalisés auprès de soignants et de parents québécois et français. Les résultats, obtenus par des statistiques descriptives, montrent que les orthophonistes québécois utilisent de manière prépondérante un accompagnement familial de type II « collaboration » et III « intervention ». Au Québec, la relation orthophoniste-Parent est donc horizontale, elle repose sur le principe d'« empowerment ». En France, les orthophonistes utilisent majoritairement le type I « informations », leur relation avec le Parent suit un schéma de soins vertical traditionnel. Les résultats ont aussi montré un impact de la formation initiale et de l'organisation des systèmes de soins sur les pratiques orthophoniques en accompagnement familial. Considérant les trois types d'accompagnement familial existants, il serait intéressant de se poser la question de la diversification de leur utilisation, en France, pour une meilleure adaptation au contexte de vie du patient et donc une meilleure efficacité des soins.

MOTS-CLES

Types d'accompagnement familial – Approche écologique - Alliance thérapeutique –
Cursus de formation – Systèmes de soins

MEMBRES DU JURY

Myriam Di Qual
Sibylle Gonzalez
Pascale Ollagnon

MAITRE DE MEMOIRE

Agnès Bo

DATE DE SOUTENANCE

JUIN 2011
