

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Valentine BERA
Valentine COQUELLE

soutenu publiquement en juin 2015 :

ACCOMPAGNEMENT PARENTAL :
**Expériences et attentes de parents d'enfant bénéficiant
d'une intervention orthophonique en libéral**

MEMOIRE dirigé par :

**Loïc GAMOT, orthophoniste et enseignant, Institut d'orthophonie Gabriel Decroix,
Faculté de Médecine, Lille**

**Sophie RAVEZ, orthophoniste et enseignante, Institut d'orthophonie Gabriel
Decroix, Faculté de Médecine, Lille**

Remerciements

Nous tenons à remercier Monsieur GAMOT et Madame RAVEZ, directeurs de ce mémoire, pour avoir accepté de nous encadrer et pour le temps qu'ils nous ont consacré. Merci pour la confiance qu'ils nous ont accordée ainsi que pour nos échanges constructifs.

Nous remercions également Madame LEHEMBRE, membre du jury de prélecture, pour l'intérêt qu'elle a accordé à notre travail.

Sincères remerciements à l'ensemble des orthophonistes volontaires du Nord – Pas – De – Calais et de l'Isère pour leur intérêt, leur réactivité et l'accueil chaleureux qu'elles nous ont réservé. Ce fut une agréable collaboration.

Nos remerciements vont également aux parents qui ont accepté de participer à cette étude. Nous les remercions pour leur investissement et leur confiance ainsi que pour leur disponibilité. Leur volonté de s'impliquer dans ce projet laisse envisager un partenariat enrichissant.

Nous tenons tout particulièrement à remercier l'Université de Montréal pour nous avoir permis de vivre cette aventure inoubliable qui nous a enrichies tant sur le plan professionnel que sur le plan humain. Cette expérience n'aurait pas été possible sans l'initiative de l'Université de Lille 2.

Nous remercions Monsieur Muller et Madame Cabaret pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

Mes remerciements vont à ma famille pour leur implication et leur enthousiasme tout au long de mes études. Merci de m'avoir permis de vivre autant d'expériences enrichissantes. Je te remercie, mon incroyable binôme, pour ta rigueur, ta patience et ta joie de vivre que tu as gardées dans toutes les aventures vécues ensemble.

Je remercie ma famille et B. pour leur soutien incommensurable, leur confiance et surtout leur patience. Et bien sûr un grand merci à mon fantastique binôme. Je n'aurais pu espérer meilleure équipière !

Résumé :

L'accompagnement parental, modalité d'intervention orthophonique en expansion, s'inscrit dans le courant écosystémique en reconnaissant le parent comme acteur primordial de la prise en soin. Les controverses terminologiques témoignent de la variété des axes, des modalités et des outils d'accompagnement parental. Notre étude vise à établir un état des lieux de la pratique de l'accompagnement parental en libéral en France, à étudier les variables d'âge et de diagnostic orthophonique de l'enfant pouvant modifier son application et à recenser les rôles et les attentes des parents. Afin de mener à bien cette enquête, nous avons opté pour une méthodologie qualitative et quantitative combinant la passation de huit entretiens semi-directifs et la distribution de cent quatorze questionnaires auto-administrés, auprès de parents d'enfant bénéficiant d'une intervention orthophonique en libéral. Les résultats suggèrent la prédominance de l'axe d'information associée à l'émergence d'un accompagnement, davantage basé sur la formation, se traduisant dans les modalités mises en place ainsi que dans les rôles que s'attribuent les parents. Les parents semblent globalement satisfaits de l'accompagnement parental proposé actuellement, notamment au niveau relationnel. Toutefois, une part significative d'entre eux souhaiterait se voir impliquée de façon plus active.

Mots-clés :

Orthophonie – Parents - Accompagnement - Pratique libérale – Attentes

Abstract :

Parental accompaniment, an increasingly used method in speech and language interventions, fits in with the ecosystemic approach by recognising the parent as a vital player. The terminological controversies reveal the variety of axes, methods and tools for parental accompaniment. Our research aims to define the current situation of parental accompaniment with French private practitioners and both to examine the variables such as the age of a child or the orthophonic diagnosis which could change the way it is used and also to identify the parents' roles and expectations. In order to conduct an exhaustive enquiry, we opted for a qualitative and quantitative methodology combining the circulation of one hundred and fourteen semi-structured interviews and self-administered questionnaires with parents of children receiving speech and language treatment from a private practitioner. The results suggested that a focus on information was dominant combined with the development of a support program based mainly on training leading to the procedures put into place and also to the self-assigned roles of the parents. Parents seem to be generally satisfied with the parental accompaniment programs which are currently used, particularly from the relationship standpoint. Nonetheless, a significant number of them would like to be more actively involved.

Keywords :

Speech and language therapy - Parents - Accompaniment – Private practice - Expectations

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	4
1. Courants théoriques et recommandations.....	5
1.1. Des approches théoriques en interaction	5
1.2. Le modèle éco-systémique.....	6
2. Les parents : acteurs incontournables.....	7
2.1. Être parent.....	7
2.1.1. Rôle des parents dans le développement de leur enfant.....	7
2.1.1.1. Rôle des parents dans la construction identitaire de l'enfant.....	8
2.1.1.2. Rôle des parents dans les apprentissages de l'enfant.....	8
2.2. Être parent d'un enfant présentant des difficultés.....	9
2.2.1. Impacts psychoaffectifs des difficultés sur les parents.....	9
2.2.2. Impacts communicationnels des difficultés.....	9
2.3. Influence des parents sur l'évolution de l'enfant présentant des difficultés. 10	
2.3.1. Les croyances et les comportements familiaux.....	10
2.3.2. Influence de l'environnement familial.....	10
3. L'accompagnement parental.....	11
3.1. Terminologie.....	11
3.1.1. Guidance parentale.....	11
3.1.2. Accompagnement parental.....	11
3.1.3. Vers un consensus terminologique.....	12
3.2. Classifications.....	12
3.2.1. La classification francophone (Bo, en cours de publication).....	12
3.2.1.1. Type 1 : Information des parents.....	13
3.2.1.2. Type II : Collaboration des parents.....	13
3.2.1.3. Type III : Intervention des parents.....	13
3.2.2. Classification anglo-saxonne (Fey, 1986 cité par Monfort, 2010).....	14
3.3. Les missions de l'orthophoniste.....	14
3.3.1. Accompagner.....	14
3.3.1.1. Écouter.....	15
3.3.1.2. Soutenir et Rassurer.....	15
3.3.1.3. Valoriser et Responsabiliser.....	15
3.3.2. Informer.....	16
3.3.3. Former	17
3.3.4. S'adapter.....	17
4. Éléments pratiques : évaluation et prise en soin.....	18
4.1. La place du parent au cours de l'évaluation.....	19
4.1.1. Le parent présent pendant le bilan.....	19
4.1.1.1. L'établissement d'une relation de confiance	19
4.1.1.2. Un échange d'information(s).....	19
4.1.1.3. L'annonce des conclusions orthophoniques.....	20
4.1.2. Le parent co-évaluateur : Les compte-rendus parentaux.....	21
4.1.2.1. Trois types de questionnaires parentaux.....	21
4.1.2.1.1. Les répertoires.....	21
4.1.2.1.2. Les inventaires linguistiques.....	22
4.1.2.1.3. Les grilles développementales.....	22
4.1.2.2. Intérêts et limites.....	22
4.2. La place du parent au cours de la rééducation.....	23
4.2.1. Parent présent et participant aux séances.....	23
4.2.2. Family - allied program ou Type II : « Parent-relais».....	24

4.2.3.Family – centered program et Family – focused program.....	24
4.2.3.1.L'observation et l'analyse de séquences vidéo.....	24
4.2.3.2.Les programmes parentaux.....	25
5.Intérêts et limites de l'accompagnement parental	25
5.1.Les intérêts.....	25
5.1.1.Les intérêts thérapeutiques.....	26
5.1.1.1.Généralisation.....	26
5.1.1.2.Un bénéfice matériel	26
5.1.1.3.Une meilleure efficacité.....	26
5.1.2.Les intérêts pour l'enfant : la construction du soi handicapé.....	27
5.2.Les limites	27
5.2.1.Les limites liées aux parents et à l'enfant.....	28
5.2.1.1.Parent non-désirable en séance.....	28
5.2.1.1.1.Loi du secret professionnel.....	28
5.2.1.1.2.Relation parent-enfant toxique.....	28
5.2.1.2.Collaboration difficile à obtenir.....	28
5.2.2.Les limites liées à l'orthophoniste : une pratique difficile à ajuster.....	29
5.2.3.Une évaluation difficile.....	29
6.Problématique, buts et hypothèses.....	30
Sujets, matériels et méthodes.....	32
1.Population visée	33
2.Entretiens semi-directifs.....	34
2.1.Nos informateurs.....	34
2.2.Élaboration de notre guide d'entretien.....	35
2.3.Passation des entretiens.....	36
2.4.Formatage et analyse des données.....	36
2.4.1.Transcription des entretiens.....	36
2.4.2.Analyse des entretiens.....	37
3.Questionnaires	37
3.1.Élaboration du questionnaire.....	37
3.1.1.Aspects pratiques.....	37
3.1.2.Evolution.....	38
3.2.Présentation du questionnaire	38
3.2.1.La nature des questions.....	38
3.2.2.L'organisation du questionnaire.....	39
3.2.2.1.Informations personnelles.....	39
3.2.2.2.Rôle(s) du parent.....	39
3.2.2.3.Généralités.....	40
3.2.2.4.Bilan.....	40
3.2.2.5.Prise en soin : modalités d'intervention.....	40
3.2.2.6.Axes relationnels : accompagner et s'adapter.....	41
3.2.2.7.Satisfaction et attentes.....	41
3.3.Diffusion du Questionnaire.....	41
3.4.Formatage et analyse des données.....	42
3.4.1.Formatage des données.....	42
3.4.2.Analyse des données.....	43
Résultats.....	44
1.Notre échantillon.....	45
1.1.Informateurs.....	45
1.2.Les parents.....	45
1.3.L'échantillon d'enfants de nos informateurs.....	46
2.Nos résultats principaux.....	48

2.1. Les modalités d'accompagnement parental proposées.....	48
2.2. Le(s) rôle(s) des parents.....	51
2.2.1. Le(s) rôle(s) des parents.....	51
2.2.2. Acteurs à l'initiative des modalités d'accompagnement parental proposées.....	52
2.3. Les modalités d'accompagnement parental proposées en fonction des difficultés diagnostiquées.....	53
2.3.1. Retard(s) de parole et/ou de langage oral.....	53
2.3.2. Pathologies du langage écrit.....	54
2.3.3. Dysphasies.....	54
2.3.4. Comparaison des résultats en fonction des difficultés diagnostiquées de l'enfant bénéficiant d'une intervention orthophonique.....	55
2.4. Les modalités d'accompagnement parental proposées en fonction de l'âge	56
2.4.1. De 0 à 6 ans.....	57
2.4.2. Plus de 6 ans scolarisés jusqu'en C. M. 2.....	58
2.4.3. A partir de la sixième.....	58
2.4.4. Comparaison des résultats en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiant d'une intervention orthophonique.....	59
2.5. Les attentes et le niveau de satisfaction des parents.....	60
2.5.1. Niveau de satisfaction générale.....	60
2.5.2. Niveau de satisfaction quant aux modalités d'accompagnement parental proposées.....	60
2.5.3. Attentes concernant les modalités d'accompagnement parental n'étant pas proposées.....	62
2.5.4. Suggestions.....	62

Discussion..... 64

1. Limites de l'expérimentation.....	65
1.1. Remarques générales.....	65
1.2. Les outils : entretiens et questionnaires.....	66
1.3. Le recueil des données.....	67
1.3.1. Entretiens.....	67
1.3.2. Questionnaires.....	68
1.4. L'analyse des données.....	69
2. Discussion des résultats.....	71
2.1. Quelles sont les modalités d'accompagnement parental actuellement proposées en France dans la pratique libérale ?.....	71
2.1.1. Le bilan : une co-construction de sens peu exploitée.....	71
2.1.2. La rééducation.....	72
2.1.2.1. La prédominance d'un accompagnement de type I.....	72
2.1.2.2. L'émergence d'un accompagnement de type II.....	72
2.1.2.3. L'absence de l'accompagnement parental de type III.....	73
2.1.2.4. Des axes relationnels très présents.....	73
2.2. Quel(s) rôle(s) les parents considèrent - ils avoir dans l'intervention orthophonique auprès de leur enfant ?.....	74
2.2.1. Les parents.....	74
2.2.2. Leur(s) rôle(s).....	74
2.2.2.1. Récepteurs.....	74
2.2.2.2. ... mais aussi acteurs/collaborateurs.....	75
2.2.3. L'intervention du parent sous-représentée.....	76
2.3. Les variables du trouble diagnostiqué et de l'âge de l'enfant modifiant - elles la nature de l'accompagnement parental ?.....	76

2.3.1.Selon la pathologie.....	76
2.3.1.1.Le parent plus présent en cas de troubles/retards de langage oral	77
2.3.1.2.Le respect des axes relationnels pour chaque pathologie.....	78
2.3.2.Selon l'âge de l'enfant.....	78
2.3.2.1.Des parents présents de 0 à 6 ans.....	78
2.3.2.2.Des parents intervenants majoritairement de 0 à 6 ans.....	79
2.3.2.3.Les parents d'adolescents moins accompagnés.....	79
2.4.Quelles sont les attentes et le niveau de satisfaction des parents concernant l'accompagnement parental qui leur est proposé ?	80
2.4.1.Des parents majoritairement satisfaits, voire très satisfaits.....	80
2.4.2.... mais quelques pistes d'amélioration à explorer.....	81
2.4.2.1.Une collaboration pour plus d'efficacité.....	81
2.4.2.2.Des échanges parents-orthophoniste plus formalisés.....	82
3.Apports au champ de l'orthophonie.....	83
Conclusion.....	85
Bibliographie.....	87
Sitographie.....	97
Liste des annexes.....	99
Annexe n°1 : Tableau récapitulatif des modalités relatives aux différents types d'accompagnement parental.....	100
Annexe n°2 : Guide d'entretien à destination des parents.....	100
Annexe n°3 : Autorisation pour l'enregistrement audio/vidéo et l'exploitation des données enregistrées.....	100
Annexe n°4 : Consentement de participation à une étude clinique.....	100
Annexe n°5 : Codes principaux pour les transcriptions.....	100
Annexe n°6 : Version initiale du questionnaire	100
Annexe n°7 : Version finale du questionnaire : Orthophoniste.....	100
Annexe n°8 : Version finale du questionnaire : Parent.....	100
Annexe n°9 : Courriel de sollicitation à destination des orthophonistes.....	100
Annexe n°10 : Procédure à suivre par les orthophonistes pour la diffusion des questionnaires.....	100
Annexe n°11 : Formulaire de consentement pour l'utilisation des questionnaires	100
Annexe n°12 : Liste des catégories socio-professionnelles agrégées définies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE, 2003) .	100
Annexe n°13 : Représentations graphiques.....	100

Introduction

Depuis plusieurs années, le sens et les modalités d'exercice associés au métier d'orthophoniste évoluent. Les approches instrumentale et organiciste, auxquelles la pratique orthophonique faisait principalement référence, ont récemment été influencées par les approches socio-interactionniste et systémique. Ainsi, l'objet du travail d'orthophoniste ne se limite plus seulement au "langage" du patient. Il comprend désormais « l'ensemble des circonstances qui permettent à une personne de s'approprier ou de récupérer un instrument qui lui permet d'occuper sa place dans le milieu où il vit. La famille et l'entourage ont récupéré ainsi une place centrale dans l'intervention langagière. » (Monfort, 2010). L'intervention orthophonique actuelle aurait donc une visée écologique, se traduisant notamment par l'établissement d'un partenariat avec l'entourage proche du patient. Toutefois, si l'importance de mettre en place un accompagnement parental semble faire consensus au sein de la littérature, nous avons pu observer, au cours de nos stages cliniques en France, combien l'application de cette pratique pouvait être sporadique et disparate. L'accompagnement parental est donc une notion novatrice en plein essor, qui reste néanmoins polémique sur le plan clinique, comme nous avons pu le percevoir au cours de conversations informelles avec des professionnels.

Ayant eu l'opportunité d'effectuer une année d'échange à l'Université de Montréal, nous avons constaté que la place allouée à la relation orthophoniste - parents dans l'enseignement québécois s'avérait plus importante que celle lui étant accordée dans l'enseignement français. De plus, nos stages, au Québec et en France, nous ont également permis de noter combien les pratiques d'accompagnement parental semblaient différer entre ces deux zones géographiques. Ces divergences nous ont interpellées et ont particulièrement éveillé notre intérêt. Auzias et Le Menn (2011) les ont objectivées dans leur mémoire intitulé « *L'accompagnement familial dans la pratique clinique orthophonique au Québec et en France* », axé sur les représentations et les pratiques de l'accompagnement familial des orthophonistes exerçant en France et au Québec. La lecture de ce mémoire, le manque de travaux de recherche centrés sur les parents ainsi que nos interrogations personnelles ont confirmé notre envie de nous intéresser à cette modalité hétérogène d'intervention. De plus, nous avons choisi de diriger notre étude sur le point de vue des parents, acteurs fondamentaux de la prise en soin orthophonique selon nous. Ainsi, nous nous sommes orientées vers un mémoire

exploratoire de recherche fondamentale répondant à la problématique suivante : En France, quelles sont les expériences et les attentes de parents d'enfant bénéficiant d'une intervention orthophonique en libéral concernant l'accompagnement parental ?

Afin de répondre à cette problématique, nous avons élaboré un plan en quatre parties.

Dans une première partie, nous poserons le cadre théorique de cette recherche. Tout d'abord, nous nous intéresserons aux modèles théoriques ayant contribué à l'évolution de la pratique orthophonique. Puis, nous nous centrerons sur la place et le rôle des parents auprès de leur enfant. Ensuite, nous tenterons de définir l'accompagnement parental, retenu ici comme terme générique regroupant l'ensemble des pratiques mises en œuvre par l'orthophoniste pour intervenir auprès des parents d'enfant pris en soin. Nous exposerons également les différentes modalités de l'accompagnement parental, avant d'en présenter les intérêts et les limites. De cette partie découleront les différents buts et questions qui guident notre étude.

Dans une seconde partie, nous aborderons la dimension empirique de notre travail. Nous définirons alors notre population ainsi que les méthodes utilisées, soit l'entretien semi-directif et le questionnaire. Nous présenterons la méthodologie du recueil des données ainsi que les techniques d'analyse mises en œuvre.

Dans les parties suivantes, nous exposerons les résultats recueillis auprès de parents. Avant de les discuter, nous développerons les limites de notre enquête puis, nous déterminerons ses apports au champ de l'orthophonie.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Courants théoriques et recommandations

Différents modèles relatifs au développement du langage et de la communication éclairent les pratiques orthophoniques.

1.1. Des approches théoriques en interaction

Dans un premier temps, le modèle behavioriste de Skinner (1957), la perspective innéiste de Chomsky (1965) et le modèle cognitiviste de Piaget (1967) ont défendu une vision linéaire du développement, déterminée par des éléments biologiques innés, neuropsychologiques et des processus cognitifs universels (Sylvestre et al., 2002). Puis, le champ des sciences médicales s'est progressivement appuyé sur une vision plus interactionniste en considérant de multiples facteurs endogènes et exogènes (Sylvestre et Dionne, 1994).

Vygotsky (1985) est à l'origine du modèle socio-interactionniste dans lequel l'environnement, et plus particulièrement l'interaction réciproque et bidirectionnelle entre l'environnement et l'enfant, constitue le moteur du développement (Sylvestre et al., 2002). Il définit la notion de « zone proximale de développement » comme « la distance entre le niveau de développement actuel, tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont l'enfant résout des problèmes seul, et le niveau de développement potentiel, tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont l'enfant résout des problèmes lorsqu'il est assisté par l'adulte ou collabore avec d'autres enfants plus avancés » (Vygotsky, 1978 cité par Bruner, 1983). L'interlocuteur expert, aussi appelé « More Knowledgeable Other » (Absil et al., 2012) va agir dans cette zone et permettre le processus d'intériorisation à la base de l'apprentissage (Laval, 2011) grâce aux processus d'étayage qui « désignent les formes d'intervention de l'adulte ayant pour objectif de guider, soutenir, renforcer [...] l'activité de l'enfant » (Coulet, 1999 cité par Laval, 2011).

Selon Bruner (1983), ces processus se retrouvent dans deux types d'interactions spécifiques portées par les partenaires de communication de l'enfant : les formats d'interaction qui correspondent aux routines interactives du quotidien, et la relation de tutelle. Bloom et Lahey (1978), quant à eux, défendent l'idée que le langage s'acquiert en contexte et en interaction, avec une compétence langagière à

l'intersection de la forme, du contenu et de l'usage. Ils mettent l'emphase sur cette dernière dimension.

Le développement du langage et de la communication est donc aujourd'hui considéré comme un « processus fort complexe qui implique des facteurs biologiques, cognitifs, personnels, relationnels, familiaux et sociaux » (Sylvestre et al., 2002).

1.2. Le modèle éco-systémique

Afin de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs, Bronfenbrenner (1979 cité par Absil et al., 2012) a élaboré un modèle écologique, issu de l'approche socio-interactionniste. Selon lui, les parents sont influencés par leur propre système et influencent à leur tour le système de l'enfant (Sylvestre et al., 2002) et réciproquement. Ces différents systèmes sont donc en interaction les uns avec les autres.

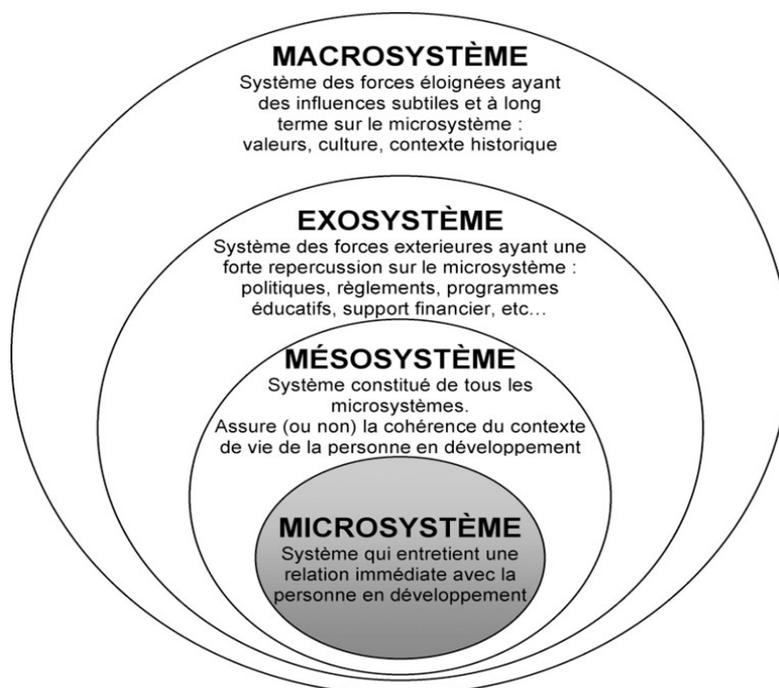


Figure 1 – Modèle éco-systémique établi par Bronfenbrenner (1979 cité par Absil et al., 2012)

En orthophonie, cette approche amène à reconnaître l'influence réciproque entre l'enfant et les différents systèmes dans lesquels il évolue et donc de privilégier des interventions écologiques en investissant les partenaires significatifs de son environnement. L'accompagnement parental prend place au niveau du mésosystème

puisqu'il permet de faire le lien entre les différents microsystèmes (scolaire, orthophonique et familial) par l'échange (Absil et al., 2012). Cette approche écosystémique vient compléter les approches orthophoniques plus « classiques » (instrumentale, organiciste et cognitive) en plaçant l'intervention à un niveau plus large (Rousseau, 2000).

Trop longtemps peu considéré, l'entourage semble désormais retrouver sa fonction et sa valeur (Hirsch, 2006). Les parents sont des acteurs primordiaux du développement de l'enfant.

2. Les parents : acteurs incontournables

Selon l'école de Palo Alto, courant de pensée du XXème siècle, la famille est un système qui se définit comme un « ensemble d'éléments tels qu'une modification de l'un entraîne une modification de tous les autres » (Marc et Picard, 2004). La famille doit donc être observée comme un tout, l'enfant ne pouvant être appréhendé sans prise en compte de sa cellule familiale.

2.1. Etre parent

Bien que la fratrie ait une place primordiale dans ce système, nous avons choisi de nous centrer uniquement sur l'élément "parent".

La parentalité se définit comme « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs permettant à des adultes de devenir parents et de répondre aux besoins corporels, psychiques et affectifs de leur enfant » (Belargent, 2000). Processus de maturation dynamique, elle se réajuste ensuite au fil des expériences positives ou négatives (Thibault, 2010). Une parentalité correctement accomplie et assumée s'avère indispensable à l'organisation psycho-affective harmonieuse de l'enfant (Rémy, 2008).

2.1.1. Rôle des parents dans le développement de leur enfant

Selon l'approche systémique dynamique, les différents domaines d'acquisition (cognitif, moteur, social et langagier) évoluent de manière interdépendante (Emde et al., 1991). Le développement de ces compétences est sous l'égide de deux facteurs

en perpétuelle interaction : les possibilités intrinsèques de l'enfant et l'apport environnemental qui dépendent principalement des parents, tant sur le plan affectif qu'informatif.

2.1.1.1. Rôle des parents dans la construction identitaire de l'enfant

Les parents agissent au niveau de la représentation que l'enfant a de lui-même en tant qu'individu. En effet, les microsystèmes individuels du père et de la mère ainsi que leurs modèles culturels et éducatifs déterminent leurs croyances et leurs comportements parentaux. L'interprétation de ces derniers par l'enfant va le conduire à se figurer des attentes parentales représentant une inspiration pour la construction de sa vie psychique (Flavigny, 2006). L'estime de soi, base de la construction identitaire, est sous l'égide du style éducatif des parents, notamment du degré de soutien qu'ils accordent à l'enfant (Kellerhals et al., 1992). Cette construction identitaire influence la façon dont l'enfant s'inscrit dans les apprentissages (Kellerhals et al., 1992).

2.1.1.2. Rôle des parents dans les apprentissages de l'enfant

Afin que l'enfant fasse de nouveaux apprentissages, il est nécessaire que ses parents lui proposent des stimulations s'inscrivant dans sa zone proximale de développement (Crunelle, 2014), au sein d'un environnement sécurisant et motivant. Ces stimulations du quotidien viennent renforcer l'autonomie du développement. Elles permettent à l'enfant de prendre conscience de ses propres capacités et de les utiliser pour obtenir l'effet désiré (Dunst, 2007). Le parent joue donc un rôle capital, autant dans le soutien de l'action de l'enfant que dans l'attribution d'une intentionnalité à cette action (Berney, 2003). Ces rôles parentaux ont principalement été étudiés dans le domaine du langage oral. Ainsi, les parents déterminent le « bain de langage » (Aimard, 1984 citée par Rémy, 2008) et mettent en place du « Langage Adressé à l'Enfant » (Denni-Krichel, 2003) et des formats d'interaction (Bruner, 1983) facilitant le développement langagier et communicationnel de l'enfant.

Lorsque l'enfant rencontre des difficultés au cours de son développement, le processus de parentalité ainsi que les comportements et stimulations proposées par les parents se trouvent altérés.

2.2. Être parent d'un enfant présentant des difficultés

Les difficultés de l'enfant pourront avoir des conséquences de nature psycho-affective ou communicationnelle sur les éléments constitutifs du système familial. Selon Denni-Krichel (2003), la relation et l'attachement entre le parent et l'enfant présentant des difficultés peuvent s'avérer particulièrement perturbés et ambivalents.

2.2.1. Impacts psychoaffectifs des difficultés sur les parents

Lors de l'annonce du diagnostic d'un trouble, le choc lié à la différence entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel est majeur. Cette annonce provoque une blessure narcissique importante chez les parents, atteints dans leur capacité à engendrer un enfant sain (Korff-Sausse, 2008). Elle peut alors provoquer un remaniement identitaire (Korff-Sausse, 2008) et bouleverser le processus de parentalité. L'anticipation est impossible car les parents ne se reconnaissent pas dans cet enfant "différent" (Ciccione et al., 2013) ce qui provoque une angoisse parfois extrême. En outre, les difficultés rencontrées au quotidien par l'enfant et par ses parents occasionnent un sentiment de colère et de culpabilité. De plus, Roskam (2005) affirme qu'elles engendrent une réorganisation des représentations s'observant particulièrement sur le plan éducatif.

2.2.2. Impacts communicationnels des difficultés

Le déficit d'un des domaines cognitifs entrant en jeu dans la communication peut amener l'enfant à fournir un feedback interactif perturbé à son entourage (Girolametto, 2000). Face à ces conduites langagières qu'ils ne peuvent décoder, les parents s'ajustent aux énoncés de l'enfant et produisent ainsi des comportements communicationnels et des modèles langagiers en dehors de la zone proximale de développement. En manque de repères, les parents ont un sentiment de diminution de leur savoir-faire et de leurs compétences.

Le manque d'adaptation peut altérer la spirale d'échanges au quotidien et aggraver les difficultés de départ de l'enfant fragile.

2.3. Influence des parents sur l'évolution de l'enfant présentant des difficultés

Les réactions des parents, en partie déterminées par les différents éléments de leur microsysteme, pourront à leur tour avoir un impact sur l'évolution des difficultés présentées par l'enfant.

2.3.1. Les croyances et les comportements familiaux

Roskam (2005) distingue deux types de réactions en fonction de la flexibilité des croyances et des comportements parentaux. Les parents ayant des croyances et des comportements flexibles pourront développer une réaction positive au trouble leur permettant de répondre au mieux aux besoins de l'enfant et d'optimiser son développement (Roksam, 2005). Le second type de réaction, majoritairement relevé au sein de la littérature, se révèle plutôt régressif en conséquence de croyances plus rigides conduisant à des comportements inadaptés. Le parent propose alors des activités qui ne correspondent pas à la zone proximale de développement de l'enfant et qui conduisent à une sur-stimulation, une sous-stimulation ou des stimulations paradoxales (Stern, 1977 cité par Coquet, 2013b). Ces issues auront un impact différent sur l'évolution des difficultés.

2.3.2. Influence de l'environnement familial

Selon Lautrey (1980, cité par Crunelle, 2014), le rapport entre les perturbations et les régularités véhiculées au sein de l'environnement familial constitue un facteur indissociable du développement harmonieux de l'enfant. Il discerne deux types de familles aux comportements défavorables : les familles faiblement structurées qui présentent beaucoup de perturbations et peu de régularités ainsi que les familles rigidement structurées qui proposent beaucoup de régularités et très peu de surprises. Ces deux types de familles ne permettraient pas à l'enfant de développer de bonnes capacités langagières.

L'influence des difficultés de l'enfant sur les parents et réciproquement justifie la mise en place d'un accompagnement parental au sein de la prise en soin orthophonique.

3. L'accompagnement parental

Modalité d'intervention novatrice en émergence, l'accompagnement parental n'est pas représenté au sein de la nomenclature orthophonique en tant que tel. Il fait néanmoins l'objet de recommandations émises par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé aujourd'hui HAS (Haute Autorité de Santé), 2002), notamment dans la prise en soin des troubles du langage oral entre 3 et 6 ans.

3.1. Terminologie

Tantôt rassemblés sous la même notion, tantôt opposés, les termes de « guidance parentale », « d'accompagnement parental » et de « partenariat » ne font pas consensus au sein de la littérature.

3.1.1. Guidance parentale

La guidance établit le professionnel de santé comme un « guide » (Crunelle, 2010) délivrant des savoirs et des savoir-faire au parent. Basée sur une transmission verticale, elle circonscrit le parent à une position limitée de récepteur dans l'intervention auprès de son enfant. Elle repose principalement sur des informations, des conseils et des techniques spécifiques dispensés au parent. La guidance parentale s'appuie donc sur un rapport unidirectionnel et asymétrique.

3.1.2. Accompagnement parental

L'accompagnement parental trouve, quant à lui, son essence dans une relation de soin horizontale triangulaire parents - patient - orthophoniste, « chacun ayant des représentations et des attentes qui lui sont propres » (Gantelme et Vanuxem, 2011). L'orthophoniste considère ainsi le parent comme « expert d'expérience » avec son enfant et lui accorde une place d'acteur central avec lequel il construit un projet (Molinié, 2006). L'« alliance thérapeutique », est alors primordiale. Elle correspond à un engagement affectif mutuel et un accord sur les tâches et les objectifs en lien avec le traitement (Gaston, 1990) ainsi qu'à une implication partagée quant à la prise en soin de l'enfant.

Aux modalités de guidance et d'accompagnement, Monfort (2010) ajoute la notion de « partenariat » qu'il définit comme un partage des tâches entre le parent et l'orthophoniste avec une reprise intensive d'exercices au domicile.

Ces notions recouvrent des pratiques différentes et se distinguent selon la place accordée aux parents mais aussi en fonction de la pathologie présentée par l'enfant selon Monfort (2010).

3.1.3. Vers un consensus terminologique

La frontière entre ces trois concepts apparaît floue en pratique. En effet, ils constituent des déclinaisons de la thérapie indirecte (Bronfenbrenner, 1979 cité par Absil et al., 2012) qui vise à se centrer sur l'entourage afin d'obtenir des modifications et des adaptations durables du milieu dans lequel le patient présentant des difficultés évolue (Carrasco et Matignon, 2013). Dans ce travail de recherche, nous avons donc choisi de regrouper ces trois notions sous le terme générique d'« accompagnement parental » que nous définissons comme toute intervention mise en place par l'orthophoniste, auprès des parents. Si cette pratique a principalement été étudiée dans le cadre du langage oral et des troubles de la communication, nous estimons, comme Coquet (2014), qu'elle peut être appliquée sous différentes formes quels que soient la pathologie et l'âge du patient.

L'ensemble de ces notions se retrouve sous forme de types d'accompagnement parental dans les classifications.

3.2. Classifications

Au sein de la littérature, nous recensons deux classifications : la classification proposée par Bo (en cours de publication citée par Auzias et Le Menn, 2011) et la classification anglo-saxonne.

3.2.1. La classification francophone (Bo, en cours de publication)

Bo (en cours de publication citée par Auzias et Le Menn, 2011) définit trois types d'accompagnement parental déterminés par une force d'alliance thérapeutique croissante.

3.2.1.1. Type 1 : Information des parents

L'accompagnement parental de type I se rapproche du modèle médical traditionnel imposant une relation hiérarchique dissymétrique. Le parent transmet alors uniquement des informations au professionnel et ce dernier, en position d'expert, lui transmet à son tour des informations et des conseils. L'alliance thérapeutique entrant en jeu dans ce type de modalité est alors assez faible car le parent a un rôle majoritairement passif de récepteur. Ce type d'accompagnement peut être rapproché de la notion de « guidance parentale ».

3.2.1.2. Type II : Collaboration des parents

L'accompagnement parental de type II permet de rendre le parent plus actif dans la prise en soin. L'établissement d'une collaboration dépend en grande partie de la présence du parent lors du bilan et des séances. Malgré une transmission qui reste asymétrique, l'alliance thérapeutique s'avère renforcée dans la mesure où la relation est bidirectionnelle et le parent davantage considéré comme un « parent - relais », capable de reproduire au domicile ce que l'orthophoniste met en place lors des séances.

3.2.1.3. Type III : Intervention des parents

L'accompagnement parental de type III inscrit le parent comme un véritable partenaire en l'impliquant dans la prise de décision et en le reconnaissant comme détenteur d'un large éventail de compétences propices à l'établissement d'un changement (Rappaport, 1981, 1984, cité par Dempsey et Dunst, 2004). Cette modalité d'intervention est basée sur l'empowerment qui correspond à un processus par lequel les compétences et les ressources des familles et des patients leur permettent d'avoir une emprise sur la nature des changements qui les concernent (Rappaport, 1987 cité par Le Bossé, 2003). Dans ce type d'accompagnement, l'orthophoniste forme le parent à construire ses propres solutions (Auzias et Le Menn, 2011) et à les appliquer consciemment auprès de l'enfant. Ce partenariat implique une alliance thérapeutique forte, autour d'un partage bidirectionnel et symétrique de ressources et d'outils, le professionnel s'affranchissant alors de sa position haute d'expert.

La classification anglo-saxonne, plus largement représentée au sein de la littérature, reprend ces définitions en excluant l'accompagnement de type I et en y ajoutant un aspect davantage axé sur l'interaction familiale.

3.2.2. Classification anglo-saxonne (Fey, 1986 cité par Monfort, 2010)

Dans cette classification, trois types d'intervention sont distingués selon la cible de l'intervention et le rôle accordé aux parents.

- Le « family-centered program » s'appuie sur le décryptage de vidéos menant à l'apprentissage de modèles d'échanges, permettant une intervention centrée sur l'interaction familiale.
- Le « family-allied program » fait appel à la collaboration de la famille mais reste toutefois essentiellement mené par le thérapeute. Selon nous, il correspond à l'accompagnement parental de type II.
- Le « family-focused program » est fondamentalement appliqué par la famille, le thérapeute ne faisant que contrôler son bon déroulement. Nous estimons que cette intervention est le pendant de l'accompagnement parental de type III.

Néanmoins, Sylvestre et Dionne (1994) critiquent ces types d'intervention car ils ne prennent pas en compte l'ensemble des éléments influençant la relation parents – enfant. En outre, les axes d'accompagnement et d'adaptation y sont peu représentés.

Quelle que soit la forme d'accompagnement parental proposée, l'orthophoniste est pourvu de plusieurs missions.

3.3. Les missions de l'orthophoniste

A travers les définitions et la littérature, quatre axes principaux de l'accompagnement parental émergent : accompagner, informer, former et s'adapter.

3.3.1. Accompagner

Le premier axe de l'accompagnement parental est centré sur les parents et constitue une intervention directe de l'orthophoniste auprès d'eux.

3.3.1.1. Écouter

Pour mener à bien l'accompagnement parental, l'orthophoniste accompagne les parents dans « l'expression de leur souffrance, dans l'élaboration psychique de leur vécu, de leur ressenti » (Belargent, 2000). Sans jugement, il est à l'écoute de leurs représentations, de leurs interrogations, de leurs craintes, de leurs projets, de leurs attentes, de leurs besoins, de leurs difficultés. Le parent qui est capable d'exprimer ses difficultés « ne sera que meilleur aidant, plus disponible tant physiquement que psychiquement pour le patient » (Hily et Sénéchal, 2012). De plus, d'après Auzias et Le Menn (2011), plus le parent se sent entendu et compris, plus la relation de confiance réciproque est forte et plus il sera en mesure de s'engager dans la prise en soin de son enfant.

3.3.1.2. Soutenir et Rassurer

Grâce à son écoute et sa compréhension empathique, l'orthophoniste tentera de déterminer où se situent les parents dans le processus dynamique via lequel ils « vont pouvoir investir les progrès et les compétences de leur enfant et [...] intégrer ses déficiences et ses incapacités » (Bardeau-Garneret, 2008). Ainsi, l'orthophoniste soutient la parentalité en accompagnant les parents dans ce cheminement et les rassure en permettant à l'enfant de révéler ses potentialités. Il amène les parents à renoncer à leur désir de réparation (Denni-Krichel, 2003) et à projeter l'enfant dans un avenir positif. Il veillera à conseiller les parents pour qu'ils puissent être orientés par le médecin traitant vers des professionnels spécialisés si nécessaire. De plus, il peut soutenir les parents en faisant du lien avec les autres intervenants gravitant autour de l'enfant et en encadrant des groupes parentaux qui leur permettraient d'échanger au sujet de leurs difficultés communicationnelles quotidiennes et de co-construire des réponses à leurs questionnements. Il peut également les conseiller dans les démarches administratives et les informer sur les différentes associations existantes.

3.3.1.3. Valoriser et Responsabiliser

L'orthophoniste a également pour mission de convaincre les parents de leurs compétences en les sollicitant et en les valorisant. En effet, Dunst (2007) avance que

l'efficacité des actions des parents renforce leur confiance en eux. Ils prennent ainsi conscience du rôle primordial qu'ils jouent dans le développement de leur enfant, et s'en trouvent responsabilisés. Des études ont suggéré que les mères qui s'attribuaient une part de contrôle et de responsabilité investissaient mieux la relation à l'enfant que les mères qui portaient le contrôle et la responsabilité sur autrui (Affleck et al., 1982, cités par Roskam, 2005).

3.3.2. Informer

Les échanges avec les parents permettent de recueillir leurs représentations des forces et des faiblesses de l'enfant. En réponse, l'orthophoniste peut apporter des informations spécifiques concernant les étapes du développement normal du langage et les facteurs facilitant et entravant ce développement. Ainsi, les parents acquièrent des repères pour appréhender les progrès de leur enfant et adapter efficacement leurs échanges (Denni-Krichel, 2003). L'orthophoniste fournit également des informations sur la nature des difficultés et les conséquences à court, moyen et long terme qu'elles pourront avoir sur le développement, la vie familiale, scolaire et sociale afin de permettre une certaine anticipation.

Ainsi, il y a construction d'un savoir partagé qui se définit comme « une connaissance commune à plusieurs individus » (Coquet, 2014) permettant d'accompagner les parents vers des représentations plus objectives et positives. Lambert et al. (2006) suggèrent qu'il est essentiel de s'intéresser aux représentations des parents car « l'effet de la rééducation orthophonique ne se réduit pas au type de technique utilisée mais serait le produit d'une interaction avec les représentations familiales ». Par ailleurs, ces informations mènent à une meilleure compréhension des besoins de l'enfant et des interventions orthophoniques et à un meilleur ajustement des attentes des parents (Kremer, 1994).

Ensuite, l'orthophoniste présente les différentes possibilités qui s'offrent à l'enfant en termes d'évaluation, de prise en soin mais aussi d'adaptations et d'orientation. Il renseigne également sur les aides humaines et matérielles dont il pourrait bénéficier.

3.3.3. Former

L'orthophoniste peut former les parents à percevoir les potentialités de l'enfant et ses progrès mais aussi leurs propres compétences. « Il met en place avec eux un véritable projet qui ne se limite pas aux simples conseils et qui passe par l'apprentissage [ou le renforcement] de savoir-faire » (Antheunis et al., 2007a).

Le professionnel peut également former les parents afin qu'ils mettent en place des activités adaptées à la zone proximale de développement de l'enfant et qu'ils utilisent différentes stratégies d'étayage permettant de transformer les émergences en compétences. Cette formation passe parfois par un apprentissage concret de techniques spécifiques adaptées au patient.

Quel que soit le trouble, les actions menées par l'orthophoniste dans cet axe ont pour objectifs principaux de :

- « Développer les aptitudes d'observation ;
- Réduire les tendances dirigistes ;
- Éliminer ou réduire les comportements clairement négatifs ;
- Apprendre des techniques spécifiques. » (Monfort et Juarez, 2001)

Néanmoins, « le principe de plaisir prime sur tous les autres » (Dupré-Savoy, 2007) et reste l'objectif premier de l'accompagnement parental.

Pour optimiser l'accomplissement de ces premières missions et amener les parents à s'inscrire dans l'intervention auprès de leur enfant, l'orthophoniste use de ses capacités d'adaptation.

3.3.4. S'adapter

La forme d'accompagnement parental proposée s'adapte au contexte familial et social en prenant en considération les systèmes organisationnels et culturels (valeurs, croyances,...) des parents. Les différences interculturelles peuvent véhiculer des représentations des enfants, de la pathologie et du rôle des parents différentes (Antheunis, 2010). Plus les représentations et les systèmes de valeurs sont éloignés, plus le dialogue serait difficile (Antheunis et al., 2007b). Orthophoniste et parents

sont donc amenés à échanger autour de leurs représentations pour recadrer les systèmes de chacun (Antheunis et al., 2007b) et créer un projet commun.

L'orthophoniste s'adapte également aux stratégies d'apprentissage de l'adulte afin de le former au mieux. Coquet (2014), en s'appuyant sur la formation Hanen, définit quatre styles d'apprentissage.

- Les parents au style « imagitatif » aiment pouvoir préparer ce qui va leur être appris en se basant sur un partage d'expériences personnelles.
- Les parents au « sens pratique » sont à la recherche d'activités qui leur permettent d'expérimenter et d'être acteur dans l'intervention.
- Les parents au style « analytique » ont besoin qu'on leur présente et leur transmette des informations théoriques.
- Les parents au style « dynamique » recherchent la personnalisation des informations transmises, l'apprentissage par essai-erreur en se basant sur des fiches techniques applicables aux activités de leur quotidien.

L'inscription dans ces différents styles d'apprentissage est dynamique, les parents pouvant osciller entre plusieurs stratégies en fonction du moment de la prise en soin, de leur culture et de l'âge de l'enfant. En fonction du style d'apprentissage des parents, les supports d'intervention varieront car les attentes et les besoins sont différents.

Alors que les axes d'accompagnement et d'adaptation sont à la base de tout accompagnement parental, l'équilibre entre l'information et la formation diffère en fonction du type d'accompagnement mis en place. En effet, la forme d'accompagnement parental est déterminée par l'importance que donnera l'orthophoniste à ces missions et aux éléments pratiques qu'il mettra par conséquent en place. Ces éléments pratiques constituent les modalités d'accompagnement parental (Cf. Annexe 1 : A4).

4. Éléments pratiques : évaluation et prise en soin

En fonction du statut du parent par rapport à la demande (Coquet, 2013a) et de la conception que l'orthophoniste a de son exercice professionnel, le parent pourra se voir attribuer une place différente au cours de l'évaluation et de la prise en soin.

4.1. La place du parent au cours de l'évaluation

Au cours de l'évaluation, le parent pourra être présent au bilan et/ou co-évaluateur.

4.1.1. Le parent présent pendant le bilan

La première rencontre met en jeu cinq objectifs principaux : établir une relation de confiance, « recueillir les données, informer, motiver et rendre les parents acteurs/actifs » (Thibault, 2010).

4.1.1.1. L'établissement d'une relation de confiance

Pour une prise en soin efficace, l'enfant « a un besoin vital de sentir entre [son orthophoniste et ses parents] une base suffisante de confiance et de respect réciproque » (Zucman, 2008). Dès le premier échange, l'orthophoniste veillera donc à créer un climat agréable en usant de ses qualités d'écoute, d'empathie et d'authenticité, car si les compétences professionnelles et techniques sont importantes pour les parents, « elles doivent nécessairement être doublées de qualités humaines. » (Bouchard et al., 1997). La relation entre parents et professionnels peut être ambivalente, notamment si les parents sont mis en difficulté dans leur relation avec l'enfant. Ils redoutent alors de percevoir des signes d'attachement fort entre ce dernier et l'orthophoniste qui les placeraient dans une position insupportable de rivalité affective (Zucman, 2008). La présence des parents lors de l'évaluation permet de diminuer cette ambivalence car l'orthophoniste, en les considérant d'emblée comme partenaires, permet une meilleure compréhension des rôles de chacun.

4.1.1.2. Un échange d'information(s)

Estienne (2002) définit l'anamnèse comme un « entretien d'accompagnement et d'élucidation. » Afin de limiter l'anxiété liée à cette situation, Thibault (2010) recommande de recueillir au préalable une brève anamnèse accompagnée des compte-rendus médicaux et paramédicaux et Coquet (2014) conseille la mise en place d'une anamnèse filée, qui consiste en un entretien mené au fur et à mesure des épreuves de bilan. Ce type d'anamnèse paraît moins intrusive, car les questions

trouvent leur justification dans les éléments observés lors de l'évaluation, et favorise ainsi un échange (Coquet, 2014) d'information symétrique progressif et donc une co-construction de sens autour des compétences du patient et de la demande. En effet, les informations recueillies auprès des parents pourront nuancer, expliquer, compléter ou contredire les résultats obtenus lors du bilan. De son côté, l'orthophoniste expliquera l'objectif des épreuves, les résultats obtenus par l'enfant et fera ressortir ses difficultés mais surtout ses forces et ses compétences.

Ces informations ont vocation à accompagner les parents vers une dynamique positive, tant au niveau des représentations que des comportements et des attitudes.

4.1.1.3. L'annonce des conclusions orthophoniques

L'annonce des conclusions orthophoniques est un moment clé de la prise en soin et doit être adaptée au niveau et aux représentations des parents, afin de ne pas créer de traumatisme. En effet, selon Bardeau-Gardenet (2008), plus le souvenir du diagnostic est traumatique, plus les relations avec les professionnels sont conflictuelles. La construction d'un savoir partagé, autour de représentations qui leur sont propres (Coquet, 2014), permet aux parents d'appréhender les conclusions diagnostiques dans les meilleures conditions et de pouvoir éventuellement participer à l'élaboration du projet thérapeutique (élaboration des objectifs thérapeutiques et choix des outils rééducatifs). « Les décisions prises le seront toujours avec leur accord, leur soutien, leur adhésion, leur aide » (Antheunis et al., 2007b). La présence des parents lors de l'évaluation va donc permettre de les responsabiliser dans la démarche.

Si cette situation offre de nombreux avantages, elle présente également des limites (Antheunis et al., 2007b). En effet, certains parents sont encore dans le déni et la révélation même progressive des difficultés de leur enfant pourrait les heurter. D'autres parents trop dirigistes, anxieux ou exigeants risquent d'avoir des comportements inadaptés qui pourraient invalider l'évaluation. De plus, les parents peuvent parfois accaparer l'attention de l'orthophoniste au détriment du patient. D'autre part, pour l'orthophoniste et pour l'enfant, le sentiment d'être observé peut être difficile à gérer.

La présence du parent lors de l'évaluation peut donc parfois être remise en question. Dans ce cas, le parent pourra tout de même être partenaire de l'évaluation grâce à la complétion d'un compte-rendu parental.

4.1.2. Le parent co-évaluateur : Les compte-rendus parentaux

Les compte-rendus parentaux constituent une méthode indirecte de recueil de données (Bassano et al., 2005). Il s'agit de questionnaires standardisés destinés aux parents qui peuvent être remis avant ou lors de la première rencontre (Coquet, 2013a). Ces questionnaires sont des outils simples et rapides d'utilisation (Duyme et al., 2010). Ils sont principalement utilisés dans le cadre de l'évaluation d'enfants d'âge pré-scolaire présentant un trouble de la communication et/ou du langage oral et placent le parent dans le rôle de co-évaluateur (Coquet, 2014).

4.1.2.1. Trois types de questionnaires parentaux

Coquet (2013a) propose une classification des compte-rendus parentaux en trois types : les répertoires, les inventaires linguistiques et les grilles développementales.

4.1.2.1.1. Les répertoires

L'orthophoniste peut proposer aux parents de relever dans un tableau récapitulatif l'ensemble des comportements et des productions de l'enfant au quotidien, de façon non dirigée. Ainsi, « les parents peuvent rendre compte des occurrences même rares de leur enfant » (Dale et al., 1989 cités par Coquet, 2013a ; Camaioni et al., 1991). Ce type de compte-rendu parental est notamment proposé dans le programme Hanen (Manolson, 1997) et dans les batteries EVALO 2-6 (Evaluation du développement du langage oral chez l'enfant de 2 ans 3 mois à 6 ans 3 mois, Coquet et al., 2009) et EVALO BB (Evaluation de développement du langage oral du jeune enfant à partir de 20 mois jusque 36 mois, Coquet et al., 2010). Ce type de compte-rendu est particulièrement pertinent pour les enfants présentant peu de productions.

4.1.2.1.2. Les inventaires linguistiques

Les inventaires linguistiques sont constitués de listes d'items à cocher, concernant les habiletés pragmatiques, les gestes, le lexique et/ou la morphosyntaxe. Ils peuvent s'intéresser aux versants de la production et de la compréhension comme l'IFDC (Inventaire Français du Développement de la Communication, Kern, 2004), ou se centrer sur les capacités de production comme le DLPF (Développement du Langage de Production en Français, Bassano et al., 2005) et la « Children's Communication Checklist » de Bishop (1998) adaptée par Maillart et al. en 2002. Ils constituent une ligne de base pertinente pour la rééducation.

4.1.2.1.3. Les grilles développementales

Les grilles dites de « profil de développement » (Coquet, 2013a) s'inscrivent dans une perspective développementale en listant les items dans leur ordre d'apparition au cours du développement normal de l'enfant. Les parents cochent les items produits par l'enfant selon leur finalité, comme dans les grilles Hanen (Manolson, 1997), ou selon une échelle de fréquence à quatre degrés, comme dans le compte-rendu parental de l'EVALO (Coquet et al., 2009, 2010), ou par rubriques, comme dans l'IDE (Inventaire de Développement de l'Enfant, Duyme et al. 2010). Ces grilles permettent d'établir un profil de développement communicationnel et langagier, voire de développement global.

4.1.2.2. Intérêts et limites

Les données recueillies par le biais des questionnaires « possèdent une grande validité écologique » (Kern, 2004) et sont plus représentatives et exhaustives car elles sont recueillies en milieu de vie naturel par les interlocuteurs principaux de l'enfant. En ce qui concerne les parents, cette technique inverse le processus en les amenant à porter leur attention sur l'observation et la compréhension des forces de leur enfant (Ireton et al., 2010). Ces compte-rendus procurent aux parents un statut de partenaire de l'évaluation et les valorisent en leur reconnaissant un savoir-faire.

Toutefois, Kail et Bassano (2000) rapportent que tous les parents ne sont pas à même de remplir ce type de questionnaires. De plus, la question de l'objectivité de

l'évaluation par les parents reste souvent posée mais, plusieurs études ont suggéré la fiabilité de cette méthode (Fenson et al., 1993 ; Dale, 1991 cités par Kern, 2004 ; Camaioni et al., 1991).

Les parents peuvent donc avoir une place de partenaire privilégié lors de l'évaluation, place qui peut également leur être attribuée tout au long de la prise en soin.

4.2. La place du parent au cours de la rééducation

Comme au moment du bilan, l'orthophoniste pourra proposer au parent d'être présent lors des séances afin de faciliter son implication et son intervention.

4.2.1. Parent présent et participant aux séances

L'orthophoniste, en invitant le parent à assister aux séances de son enfant, crée un moment de partage entre trois acteurs, à un temps précis, dans un lieu unique. Cette situation constitue un format d'interaction (Bruner, 1983) et devient un contexte d'apprentissage pour l'enfant et pour le parent. L'orthophoniste pourra alors présenter au parent une démonstration des exercices à reprendre au domicile, des modèles d'interaction à reproduire ou encore le former à des techniques spécifiques. Le parent pourra être observateur mais aura également l'occasion d'être actif et de diriger l'activité en collaboration avec l'orthophoniste. Lors de cette première expérience, il est valorisé et mis en confiance.

De plus, la présence du parent en séance permet à l'orthophoniste d'effectuer un travail de conseil implicite, notamment en faisant appel à la fonction d'écho (Antheunis et al., 2003) et d'entraîner de façon indirecte, via un dialogue avec l'enfant, une modification de certains comportements parentaux. L'orthophoniste pourra également profiter de ce temps d'échange pour diffuser des documents d'informations théoriques et pratiques (Syndicat des orthophonistes de Meurthe et Moselle ; Coquet et al., 2010 ; Denni-Krichel, 1999 ; Barbier, 2012) et des aide-mémoire en fonction des besoins du parent. Il pourra expliquer la progression de la prise en soin et amener les parents à réajuster progressivement leurs demandes et leurs attentes.

La présence du parent en séance fait partie intégrante des trois types de programmes définis par la classification anglo-saxonne (Cf. Annexe 1 : A4).

4.2.2. Family - allied program ou Type II : « Parent-relais»

Ce type d'accompagnement parental, dans lequel le parent assume le rôle de « parent-relais », est le plus adapté à la pratique française puisqu'il reste centré sur l'enfant. L'orthophoniste propose alors au parent de compléter ou de renforcer le programme d'intervention qu'il a défini. Le parent peut reprendre des tâches réalisées en séance pour permettre un effet de répétition et de renforcement indispensable ou être responsable de nouvelles tâches entre deux séances afin d'élargir les objectifs thérapeutiques. Dans ce cadre, l'orthophoniste peut également proposer des situations de réemploi d'une compétence travaillée en se basant sur des activités de la vie quotidienne, des jeux utilisés à la maison ou des supports formels spécifiques publiés ou créés. Il existe notamment plusieurs guides parentaux orthophoniques (Beauchemin et al., 1999 ; Bowen et Fortin, 2007 ; Des Chênes, 2008 ; Manolson, 1997 et Barbier, 2004) regroupant des éléments pratiques et théoriques. L'orthophoniste reconnaît le parent dans ses compétences de parent apprenant et acteur. Toutefois, nous notons que Crunelle (2010) critique cette modalité d'intervention qui place selon elle, le parent dans le rôle de thérapeute.

4.2.3. Family – centered program et Family – focused program

Dans les domaines de la communication et du langage oral, deux autres types de programmes peuvent être mis en place : les programmes centrés sur l'interaction familiale et les programmes parentaux.

4.2.3.1. L'observation et l'analyse de séquences vidéo

Certains programmes (Galli Cornali et Schwab, 2003 ; Méthode Marte Meo) proposent des séances décomposées en trois temps : un temps d'échange avec le parent, un temps d'interaction parent-enfant filmé et pour finir, un temps de retour avec l'analyse des extraits vidéo durant lequel l'accent est mis sur les comportements et les modèles d'échanges à renforcer. Ces méthodes consolident les compétences et l'estime parentales et visent à modifier « les patterns

dysfonctionnels en relation avec les symptômes de l'enfant » (Galli Cornali et Schwab, 2003). Elles ont également pour but de renforcer la notion de plaisir dans l'échange. De plus, ce type d'approche « atténuée [...] l'aspect parfois intrusif et simplificateur du conseil » (Schwab, 2002). Il y a une inversion des rôles puisque l'orthophoniste se met en position d'observateur et le parent d'intervenant.

4.2.3.2. Les programmes parentaux

Les programmes parentaux visent à entraîner les parents en s'appuyant sur divers moyens (discussion, analyse de vidéos, supervisions individualisées, manuels), pour qu'ils acquièrent des schémas d'intervention et qu'ils puissent appliquer eux-mêmes un programme thérapeutique à leur enfant. L'enfant n'est pas obligatoirement présent lors des séances. Le programme Hanen est le plus réputé et a été adapté par Bo (2000). Plus récemment, des programmes plus spécifiques telle que l'approche « Parent And Children Together » (PACT, Bowen, 2000) ont été développés.

La place accordée aux parents dans l'évaluation comme dans la prise en soin tend à être de plus en plus importante afin de répondre aux enjeux économiques et sociaux actuels.

5. Intérêts et limites de l'accompagnement parental

Malgré les nombreux avantages que confère l'accompagnement parental à la thérapie orthophonique, sa mise en place reste complexe et dépend de facteurs divers.

5.1. Les intérêts

L'accompagnement parental s'inscrit dans la Politique de Santé actuelle et notamment dans la « prévention globale » définie comme la « gestion active et responsabilisée par la personne (et/ou son entourage) de son patrimoine santé » (Flajolet, 2008). Il engendre des bénéfices tant qualitatifs que quantitatifs (Monfort, 2010).

5.1.1. Les intérêts thérapeutiques

5.1.1.1. Généralisation

Malgré les apports d'une prise en soin orthophonique « classique », il reste difficile pour l'orthophoniste, en quelques séances hebdomadaires, de permettre à l'enfant en difficulté d'optimiser les apprentissages que les enfants normo-typiques réalisent spontanément en tirant profit de toutes les stimulations qui leur sont offertes au quotidien (Monfort, 2010). Les parents peuvent intervenir plus durablement et fréquemment lors de situations écologiques variées, qui ne peuvent aisément être reproduites lors des séances (Girolametto, 2000).

5.1.1.2. Un bénéfice matériel

Dans cette optique de généralisation, l'évolution de notre société amène à une réorganisation des soins, « nos modèles et nos façons de penser doivent donc s'enrichir d'une approche plus intégrative des différents acteurs » (Joublin, 2006). Former les parents au réemploi des activités, techniques et comportements acquis en séance constituerait une alternative moins coûteuse en temps et en argent qu'un travail uniquement duel entre l'enfant et l'orthophoniste (Girolametto, 2000). Barnett (1988 cité par ANAES, 2002) illustre cette conclusion lors d'une étude en rapportant qu'un traitement au domicile par des parents formés est plus efficace et moins dispendieux qu'un traitement proposé à la fois à la maison et dans un centre de rééducation.

En plus de répondre aux enjeux de la Politique de Santé actuelle, l'accompagnement parental présente également une efficacité retrouvée pour différents troubles au sein de la littérature.

5.1.1.3. Une meilleure efficacité

Les programmes parentaux (Girolametto, 1996 et 1997, cité par ANAES, 2002) ou les programmes basés sur l'observation de vidéos (Mc Dade et Mc Cartan, 1998 cités par ANAES, 2002) auraient des bénéfices importants sur le développement du langage oral. Des effets significativement positifs des programmes d'accompagnement parental ont également été indiqués dans la prise en soin d'enfant bègues (Kelly et Conture, 1991 cités par Fortier-Blanc et Beauchemin, 2000)

et d'enfants sourds implantés cochléaires (Nikolopoulos et Harrigan, 2002 cités par Lina-Granade et Tresse, 2013). Les études de Schwartz et al. (1985, cité par ANAES, 2002) et Zwitman (1979, cité par ANAES, 2002) concluent à une efficacité significativement plus importante d'une thérapie basée sur les interactions verbales entre l'enfant et l'adulte. Quant à Lambert, Colé et Rey (2006), qui se sont intéressés au langage écrit, ils affirment que « l'efficacité de l'intervention orthophonique dépendrait de l'implication des parents et de la collaboration établie entre partenaires et non pas des techniques de rééducation strictement employées ».

5.1.2. Les intérêts pour l'enfant : la construction du soi handicapé

Dans un contexte où l'inclusion des enfants présentant des difficultés est de mise, la notion de « performance constante » exigée par la société actuelle altère l'estime que l'enfant a de lui-même. En effet, ce dernier construit son identité autour de son handicap et peut alors avoir une représentation négative de lui-même (Audoyer et Monniot, 2010). Témoin du dialogue entre l'orthophoniste et son parent, l'enfant comprend davantage ses difficultés et ses forces ainsi que l'intérêt du suivi orthophonique. En confiance et reconnu dans sa famille, il pourra développer une image de soi plus positive.

L'accompagnement parental se révèle au cœur de multiples leviers de changement bénéfiques pour la dynamique familiale mais s'avère être une pratique difficile, voire impossible à installer dans certains cas.

5.2. Les limites

Les acteurs de la triade enfant-parent-orthophoniste peuvent, par leurs comportements, leurs valeurs ou leur constitution psycho-affective, faire obstacle à une mise en place optimale de l'accompagnement parental.

5.2.1. Les limites liées aux parents et à l'enfant

5.2.1.1. Parent non-désirable en séance

5.2.1.1.1. Loi du secret professionnel

Dans le cadre médico-légal du Code de la Santé Publique, « la personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention [...] peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constitués à ce sujet (Article R1111-6, 2006). » Cette loi empêche donc tous professionnels de santé, dont l'orthophoniste, de proposer un accompagnement parental si l'enfant s'y oppose.

5.2.1.1.2. Relation parent-enfant toxique

La modalité d'accompagnement parental peut parfois être difficile à mettre en place dans le cadre d'une relation parent-enfant organisée autour d'éléments psychologiques marquants (Moggio, 2001). Dans ce cas, la présence du parent en séance n'est pas toujours souhaitable et peut être différée. Il convient alors au thérapeute d'en expliquer les raisons afin que personne ne se sente exclu (Kremer, 1994).

5.2.1.2. Collaboration difficile à obtenir

Le manque d'investissement, dû notamment au manque de temps ou au sentiment d'incompétence des parents, est une des raisons principales pouvant entraver la construction d'une relation thérapeutique (Auzias et Le Menn, 2011). D'autres comportements parentaux peuvent s'avérer contraignants pour le thérapeute, tels que :

- Des perturbations affectives parentales trop importantes pour être mobilisables (Dubois, 2001)
- Des capacités de compréhension parentales trop limitées
- Des parents qui vont « faire travailler » leur enfant en abolissant tout le côté ludique (Vergé, 2010)

La famille peut donc , par ses comportements conscients ou non, faire obstacle à la pratique de l'accompagnement parental.

5.2.2. Les limites liées à l'orthophoniste : une pratique difficile à ajuster

L'accompagnement parental correspond à un partage de pouvoir qui peut s'avérer complexe à installer. Dans le cadre des missions qui lui sont allouées, l'orthophoniste doit prendre garde à ne pas tomber dans certains écueils. En impliquant le parent dans la prise en soin, le professionnel s'abstient de le considérer comme un "rééducateur" et doit par exemple éviter la sur-stimulation, la proposition de modèles inadaptés et l'envoi d'un message inconscient de culpabilisation (Vergé, 2010).

5.2.3. Une évaluation difficile

A notre connaissance, toutes les études concernant l'évaluation de l'efficacité de l'accompagnement parental ont été menées avec des enfants d'âge préscolaire, suggérant ainsi que ce dernier est principalement développé pour cette patientèle. Modalité de pratique non-standardisée, il est difficile d'en isoler les bénéfices d'autres facteurs entrant en jeu (Monfort et Juarez, 2000).

Diverses études ont néanmoins mis l'emphase sur l'inefficacité de cette modalité. Ainsi, l'étude de Ruscello (1993 cité par ANAES, 2002) comme celle de Gibbard (1994) suggèrent qu'il n'y aurait pas de différence significative entre un groupe ayant bénéficié uniquement de l'intervention d'un clinicien et un groupe ayant bénéficié de l'intervention du clinicien et d'instructions délivrées au parent. Concernant les programmes parentaux, Fey (1997, cité par ANAES, 2002) a indiqué qu'un traitement délivré par un orthophoniste était significativement plus avantageux qu'une thérapie uniquement dispensée par les parents. De plus, l'accompagnement parental présenterait des effets bénéfiques mais non persistants. En effet, l'étude de Whitehurst (1991, cité par ANAES, 2002) a révélé qu'un traitement dispensé par les parents d'enfant présentant un retard du langage a un effet significativement positif à court terme mais qui ne se retrouve pas à long terme.

Il n'y a donc que très peu d'études récentes concernant l'accompagnement parental et aucun consensus quant à son efficacité.

S'il reste critiqué, l'accompagnement parental est une pratique en voie d'expansion qui donne toute son importance au parent puisqu'elle le considère comme l'interlocuteur privilégié de l'enfant.

6. Problématique, buts et hypothèses

D'après les partisans de l'accompagnement parental, le parent est expert dans la connaissance de son enfant et l'orthophoniste dans le développement langagier. Ainsi, une relation complémentaire où le parent devient un partenaire actif est visée (Dupré Savoy, 2007). Pourtant, peu d'études sont axées sur les parents et les échantillons de parents interrogés restent souvent très limités (Vergé, 2010). En effet, la plupart des études récentes sont davantage centrées

- sur l'efficacité d'une modalité précise tels que les questionnaires parentaux (Kern, 2004 ; Galli Cornali et Schwab, 2003 ; Carrasco et Matignon, 2013),
- sur le point de vue et les pratiques des orthophonistes (Auzias et Le Menn, 2011 ; Gantelme et Vanuxem, 2010) ou
- sur une pathologie précise (Lambert et al., 2006 ; Arnaud, 2013 ; Ghacir, 2011 ; Wagner, 2013).

La pratique de l'accompagnement parental ne faisant pas l'unanimité en France (Gantelme et Vanuxem, 2010), la mise en œuvre de celle-ci peut être très variable en fonction des orthophonistes mais aussi en fonction des parents et des patients car l'adaptation fait partie intégrante de la pratique orthophonique.

Ce double constat ainsi que notre expérience au Québec nous ont conduites à la problématique suivante : En France, quelles sont les expériences et les attentes de parents d'enfant bénéficiant d'une intervention orthophonique en libéral concernant l'accompagnement parental ?

Notre étude est à la fois exploratoire et descriptive. Effectivement, elle s'intéresse à un phénomène vaste peu connu (Walter, 2012) et vise à établir un état des lieux précis des modalités de pratique d'accompagnement parental mises en œuvre par les orthophonistes exerçant en libéral en France. De plus, elle a pour but

de recenser les rôles, le niveau de satisfaction et les attentes des parents concernant ce qui leur est proposé actuellement.

Le manque de résultats expérimentaux et de conceptualisation ne nous permet pas de formuler d'hypothèses théoriques valides. Néanmoins, nous avons établi plusieurs questions de recherche dont les réponses constituent notre base de réflexion :

- Quelles sont les modalités d'accompagnement parental actuellement proposées en France dans la pratique libérale ?
- Les variables du trouble diagnostiqué et de l'âge de l'enfant modifient-elles la nature de l'accompagnement parental ?
- Quel(s) rôle(s) les parents considèrent-ils avoir dans l'intervention orthophonique auprès de leur enfant ?
- Quelles sont les attentes et le niveau de satisfaction des parents concernant l'accompagnement parental qui leur est proposé ?

Nous pouvons espérer que cette enquête apporte des éléments d'informations concernant les modalités fonctionnelles en France et celles qui restent à développer et à améliorer selon les parents. D'un point de vue pratique, elle pourrait donc fournir des pistes de changements pour l'amélioration des échanges et de la collaboration entre parents et orthophonistes et la formation des orthophonistes en accompagnement parental.

Sujets, matériels et méthodes

Afin de répondre à nos questions de recherche, nous avons fait le choix d'une approche qualitative combinée à une approche quantitative. La méthode de l'entretien semi-directif « qui fait construire du discours » (Blanchet et Gotman, 2007) associée à celle du questionnaire « qui provoque une réponse » (Blanchet et Gotman, 2007) nous paraissent particulièrement adaptées à ce type de recherche. Avant de mettre en place notre recueil des données, il nous a fallu définir plus précisément la population visée.

1. Population visée

L'unique critère d'inclusion de notre population correspond aux parents dont un enfant est suivi par un orthophoniste exerçant en libéral. Nous nous sommes centrées sur le mode d'exercice libéral car d'une part, il représente la majorité des modes d'exercice orthophonique puisque la DREES (Direction de Recherche, Etudes, Evaluation et Statistiques, 2008) recensait 79% des orthophonistes diplômés ayant une activité libérale. D'autre part, contrairement au milieu institutionnel, les orthophonistes exerçant en libéral, tout en s'inspirant des recommandations de la Haute Autorité de Santé et en respectant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, gèrent leur pratique sans recevoir de directives.

Selon Coquet (2014), l'accompagnement parental peut être proposé quel que soit l'âge de l'enfant et quelle que soit sa pathologie. Ainsi, dans cette étude, le terme d'« enfant » fait référence aux individus ayant un âge compris entre zéro et dix-huit ans, soit de la naissance à la majorité légale, qui marque la fin des devoirs d'autorité parentale (Article 371-1 Code Civil, 2013), d'éducation et d'entretien de leur enfant (Article 371-2 Code Civil, 2002). De plus, nous nous sommes intéressées à toutes les pathologies prises en soin en orthophonie afin de recueillir le panel le plus représentatif des différentes modalités d'accompagnement pouvant être établies.

Une fois la population ciblée, nous avons élaboré nos outils de recueil de données. Nous exposerons, dans un premier temps, les entretiens semi-directifs qui constituent un préambule et un complément à notre questionnaire, qui sera présenté dans un second temps.

2. Entretiens semi-directifs

« L'entretien est un mode de communication particulier [...] : c'est une situation d'interaction entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé » (Moliner et al., 2002). Notre objectif étant de recueillir du discours spontané mais également des informations sur des thèmes précis pour connaître et comprendre l'informateur (Borri-Anadon, 2012), nous avons décidé de mettre en place des entretiens semi-directifs.

2.1. Nos informateurs

Nous avons procédé à huit entretiens de parents d'enfants pris en soin par un orthophoniste exerçant en libéral. Quatre entretiens ont été effectués aux alentours de Lille et quatre autres aux alentours de Grenoble. Afin de définir notre échantillon, nous nous sommes basées sur la répartition de la nature des actes effectués par les orthophonistes exerçant en libéral en France (DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2011). Nous avons alors sélectionné uniquement les actes de rééducation pour lesquels l'âge moyen des patients est inférieur à dix-huit ans puis, nous avons pris en compte leur répartition.

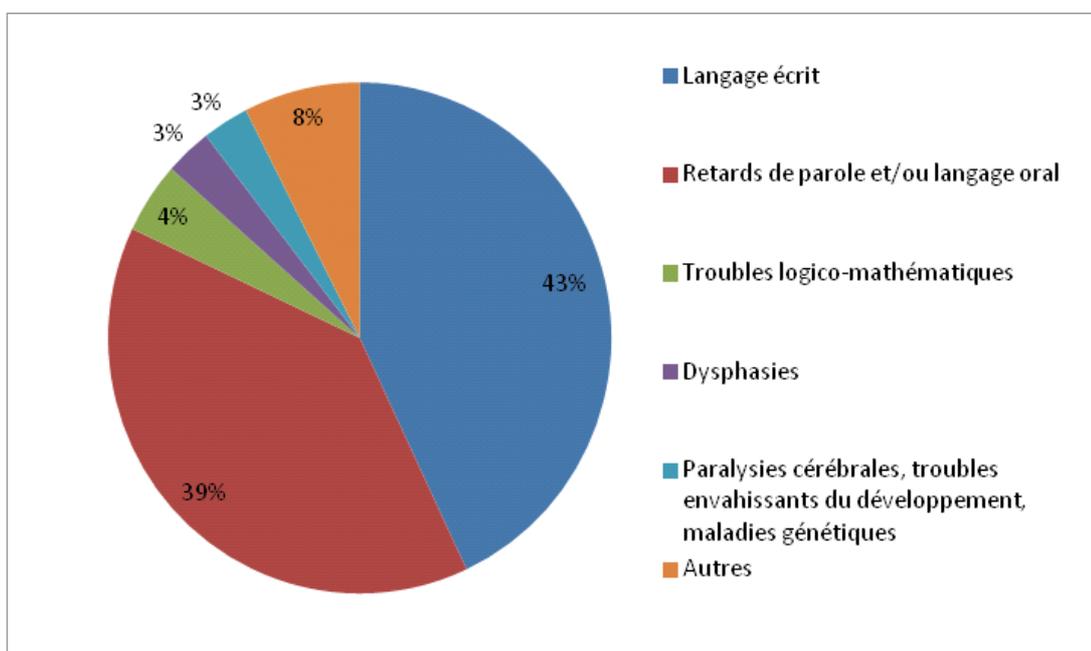


Figure 2 - Répartition des actes réalisés auprès d'enfants par des orthophonistes exerçant en libéral en France

A partir de ce graphique, nous avons tenté de constituer un échantillon empirique par quotas composé de :

- un parent d'enfant dysphasique (P1)
- un parent d'enfant présentant des troubles envahissant du développement (P2)
- un parent d'enfant présentant des troubles du calcul ou du raisonnement logico-mathématiques (P3)
- deux parents d'enfants présentant un retard de parole ou de langage oral (P4 – P7)
- deux parents d'enfants présentant un trouble de langage écrit (P5 - P8)
- un parent d'enfant présentant un bégaiement (P6)

Le recensement de parents volontaires a été effectué grâce à la participation d'orthophonistes de notre entourage qui ont accepté de contacter des parents d'enfants de leur patientèle présentant un trouble défini et de leur expliquer notre projet.

2.2. Élaboration de notre guide d'entretien

Les entretiens semi-directifs sont caractérisés par la conception d'un guide d'entretien qui « définit la consigne de départ et recense les thèmes qui doivent être évoqués au cours de l'entretien » (Fenneteau, 2007).

Notre guide d'entretien (Cf. Annexe 2 : A5 - A6) a été élaboré à partir de la revue de littérature ainsi que de guides d'entretiens utilisés dans d'autres études (Auzias et Le Menn, 2011 ; Vergé, 2010 ; Lambert et al., 2006). Il débute par une consigne large centrée sur le thème de l'accompagnement parental, qui permet à l'informateur de construire et d'orienter son discours librement. Il liste ensuite quatre thématiques divisées en dix-neuf sous-thèmes sous forme de questions ouvertes devant être amenés par le chercheur si l'informateur ne les évoque pas spontanément. Ces thématiques correspondaient aux axes de notre problématique initiale : le trouble présenté par l'enfant, les représentations, les expériences et les attentes des parents concernant l'accompagnement parental. Nos questions s'intéressaient donc à la fois aux représentations et aux pratiques (Blanchet et Gotman, 1992).

Ce guide doit être considéré comme un aide-mémoire et non comme un écrit à oraliser. Les questions bien que rédigées n'ont pas été lues, ni posées dans l'ordre indiqué lors des entretiens.

2.3. Passation des entretiens

Afin de faciliter l'organisation des informateurs, nous leur avons permis de définir le lieu et le moment de l'entretien. A la demande des parents, les entretiens ont donc eu lieu durant la séance de leur enfant, dans une pièce annexe au bureau de l'orthophoniste (salle de détente, salle d'attente, bureau libre). Ils se sont répartis sur les mois de septembre et octobre 2014 à Grenoble et entre décembre et février 2015 à Lille.

Lors de la rencontre, le thème de notre mémoire a tout d'abord été présenté au parent afin qu'il puisse poser des questions sur le projet si nécessaire et confirmer son accord pour participer à l'étude. Puis, nous lui demandions de remplir et parapher une autorisation pour l'enregistrement audio (Cf. Annexe 3 : A7) et l'exploitation des données enregistrées ainsi qu'un formulaire de consentement de participation à une étude clinique (Cf. Annexe 4 : A8). L'enregistrement débutait lorsque la question de départ était posée. Afin de faciliter les échanges et l'expression des informateurs, malgré un cadre qui manquait de neutralité, nous avons veillé à les mettre en confiance en insistant sur la confidentialité et en accueillant très positivement tout ce qu'ils nous disaient (Kaufmann, 1996).

2.4. Formatage et analyse des données

2.4.1. Transcription des entretiens

Une fois la passation terminée et pour faciliter l'analyse, nous avons transcrit chacun des entretiens de manière littérale afin de constituer notre corpus. Nous avons tenté de rester au plus près des propos de nos informateurs en respectant plusieurs règles de transcription (Cf. Annexe 5 : A9). Un code a été attribué à chaque parent, ainsi qu'à chaque personne et lieu cité lors de l'entretien afin de respecter l'anonymat. L'ensemble des entretiens transcrits a été répertorié sur un cd-rom joint aux annexes.

2.4.2. Analyse des entretiens

Ce corpus n'a pas fait l'objet d'une analyse systématique. Toutefois, l'étude de son contenu nous a permis de dégager des indicateurs pour la réalisation de notre questionnaire (Moliner et al., 2002) mais également de compléter et d'interpréter les résultats de ce dernier (Blanchet et Gotman, 1992).

Il est donc important de noter que dans notre étude, les entretiens sont des outils secondaires, notre méthode principale restant les questionnaires auto-administrés.

3. Questionnaires

Le questionnaire est « une série de questions que l'on pose à un informateur et qui peuvent concerner des opinions, représentations, croyances, ou divers renseignements factuels sur lui-même et son environnement » (De Singly, 2005). Il est le seul outil standardisé utilisé en sciences sociales permettant le recueil des données quantitatives (Le Roy et Pierrette, 2012), objectives (Mucchielli, 1993) et précises. Ainsi, il permet d'étendre la connaissance des phénomènes qui ont déjà fait l'objet d'une recherche exploratoire (Le Roy et Pierrette, 2012). Dans notre étude, le questionnaire est traité tel un sondage suivant une démarche exploratoire bien que certaines variables précises soient interrogées (Le Roy et Pierrette, 2012).

3.1. Élaboration du questionnaire

Après avoir délimité notre objet d'étude et cerné l'échantillon (De Ketele et Roegiers, 2009), nous avons constitué notre questionnaire.

3.1.1. Aspects pratiques

Nous nous sommes basées sur des informations issues de notre revue de littérature ainsi que sur des questionnaires précédemment élaborés (Auzias et Le Menn, 2011 ; Vergé, 2010 ; Lambert et al., 2006). Nous avons tenté de formuler des questions claires et neutres en utilisant un vocabulaire simple et accessible aux parents (Le Roy et Pierrette, 2012). Les questions suivent une progression logique organisée en thèmes et sous thèmes afin de donner une « impression de cohérence

et de continuité » (Berthier, 2006). Nous avons également veillé à ce que la complétion du questionnaire se fasse sur une durée inférieure à trente minutes, correspondant à la durée minimale d'une séance d'orthophonie, afin d'alléger la contrainte pour les parents et d'optimiser le taux de retour.

3.1.2. Evolution

Notre questionnaire s'est vu modifié à maintes reprises dans sa forme et dans son contenu. Sa première version (Cf. Annexe 6 : A10 - A15) dénombrait trois axes, soient les expériences, les représentations et les attentes des parents concernant l'accompagnement parental, qui constituaient notre problématique initiale. Ce premier questionnaire a été proposé en pré-test à quatre parents. Cette phase de pré-test, « phase fondamentale [...] qui consiste à mettre à l'épreuve le questionnaire par rapport à quelques individus » (Vilatte, 2007), nous a permis de juger des lacunes, de l'accessibilité et de la durée de complétion de notre questionnaire. Ces pré-tests, ainsi qu'une réflexion autour de nos objectifs et de notre analyse, nous ont conduites à remanier en partie le questionnaire. Les questions ouvertes relatives aux représentations des parents concernant l'accompagnement parental étaient difficilement comprises et les réponses difficilement analysables. Nous avons donc choisi de les supprimer. Ensuite, l'ajout de questions sur la personne à l'initiative de la mise en place des modalités nous a permis de mettre en avant l'implication réciproque des deux acteurs. Nous avons également défini globalement le terme d'« accompagnement parental » dans notre texte introductif afin que les réponses des parents soient centrées uniquement sur cet aspect précis de la prise en soin. Au début du mois de janvier, cette dernière version du questionnaire a été soumise à quatre autres pré-tests qui nous ont permis de valider la version finale en effectuant quelques modifications supplémentaires.

3.2. Présentation du questionnaire

3.2.1. La nature des questions

Le questionnaire final comporte quatre-vingt dix-neuf questions fermées, de type binaire ou à choix multiples, privilégiées afin de faciliter le remplissage, de réduire les ambiguïtés et de favoriser le dépouillement et l'analyse (Le Roy et Pierrette, 2012). Les trois échelles d'attitude permettent le recueil d'un jugement plus

nuancé du sujet (Villatte, 2007). Les onze questions ouvertes, dont huit avec nombre fini de possibilités, moins restrictives (Vilatte, 2007), autorisent les parents à s'exprimer plus librement. Nous avons fait le choix de limiter le nombre de questions ouvertes car ces questions peuvent être source de stress et leur réponses, qui dépendent du niveau de maîtrise de la langue, peuvent être superficielles et difficilement analysables (Le Roy et Pierrette, 2012).

3.2.2. L'organisation du questionnaire

La première partie de notre questionnaire se compose d'un feuillet à remplir par l'orthophoniste (Cf. Annexe 7 : A16) nous permettant de recueillir deux informations objectives : le diagnostic orthophonique selon les Actes Médicaux Orthophoniques de rééducation individuelle, définis par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (2005) et la durée de la prise en soin en mois.

La seconde partie (Cf. Annexe 8 : A17 - A22), uniquement destinée au parent, comporte en premier lieu un texte introductif présentant notre étude puis s'organise en six axes présentés ci-dessous.

3.2.2.1. Informations personnelles

Bien que Le Roy et Pierrette (2012) conseillent de placer les questions signalétiques à la fin du questionnaire, nous avons choisi de débiter notre questionnaire avec celles-ci en les considérant comme des questions « brise glace ». Les informations retenues sont la profession, l'âge et le niveau d'études car ces variables socio-économiques peuvent avoir un impact sur le développement langagier de l'enfant (Doumont et al., 2010; Sylvestre et al., 2002). La question relative au suivi orthophonique antérieur du parent permet de savoir si ce dernier a déjà eu une expérience personnelle avec un orthophoniste qui pourrait influencer ses représentations.

3.2.2.2. Rôle(s) du parent

Cette partie est centrée sur les fonctions que s'attribue le parent et qui lui sont accordées par l'orthophoniste. Nous nous sommes basées sur la classification de Bo (en cours de publication citée par Auzias et Le Menn, 2011) ainsi que sur les

informations fournies lors des entretiens, comme l'illustre ce propos : « *je fais les va-et-vient pour la ramener* » (P3 : 4).

3.2.2.3. Généralités

Les informations obtenues dans cette partie nous permettent de définir les moments d'échange entre l'orthophoniste et le parent et si le temps qui lui est accordé satisfait le parent. Les questions sont basées sur la modalité d'« échanges informels » définie par Auzias et Le Menn (2011).

3.2.2.4. Bilan

Cet axe nous permet d'obtenir des informations sur les expériences des parents concernant leur éventuelle participation au bilan orthophonique et leur satisfaction quant à ce qui leur a été proposé par l'orthophoniste. Cette partie est principalement basée sur les outils recensés dans la littérature, la formation dispensée par Madame Coquet en novembre 2014, le mémoire de recherche d'Auzias et Le Menn (2011) ainsi que sur notre propre expérience au Québec.

3.2.2.5. Prise en soin : modalités d'intervention

Cet axe a pour objectif la description du contexte de prise en soin. Il nous permet de cibler les expériences des parents quant aux modalités d'accompagnement parental qui leur sont proposées, l'initiateur de la mise en place de ces modalités et leur satisfaction en ce qui concerne ces interventions. Cette partie se base sur les outils recensés dans la littérature, notamment concernant les missions de l'orthophoniste, sur le travail de recherche d'Auzias et Le Menn (2011) et sur les informations recueillies lors des entretiens. Par exemple, les questions sur le déroulement et le résultat des séances ont été ajoutées suite à ces propos : « *A chaque fin de séance on sait de quoi ils ont travaillé, sur quoi* » (P8 : 24) et « *quand l'enfant a fini avant qu'elle prenne l'enfant suivant elle me dit « ben aujourd'hui j'ai trouvé que ça c'était mieux »* » (P2 : 26). Les différentes conséquences à court et long termes du trouble sont issues du travail de Gueye (2010).

3.2.2.6. Axes relationnels : accompagner et s'adapter

Cette catégorie se veut davantage axée sur les missions d'accompagnement et d'adaptation. Elle permet le recueil des expériences et de la satisfaction des parents sur ces points.

3.2.2.7. Satisfaction et attentes

Ce dernier chapitre a pour objectif d'appréhender la satisfaction plus globale des parents quant à leur relation avec l'orthophoniste et à l'accompagnement parental dont ils bénéficient. La dernière question nous permet de recenser les suggestions des parents pour améliorer cette pratique qui les concerne pleinement.

Le questionnaire se termine par des remerciements et une indication quant à la procédure à suivre suite à sa complétion.

3.3. Diffusion du Questionnaire

Les orthophonistes participants ont été recrutés par le biais de contacts personnels, des réseaux sociaux, de nos maîtres de mémoire et d'une formation sur l'accompagnement parental dispensée par Madame Coquet en novembre 2014. Suite à un premier courriel de sollicitation (Cf. Annexe 9 : A23), ils ont été contactés par téléphone ou rencontrés afin que la procédure de diffusion leur soit explicitée oralement. Cette dernière leur a également été envoyée sous forme écrite (Cf. Annexe 10 : A24) avec l'ensemble des documents nécessaires au recueil des données.

Chaque orthophoniste devait alors tirer au sort cinq parents de patients afin de constituer un échantillon aléatoire simple. L'orthophoniste devait ensuite remplir la première partie du questionnaire et la glisser dans une enveloppe cachetée. La seconde partie du questionnaire était alors distribuée au(x) parent(s) et récupérée dans une seconde enveloppe fermée. Notre questionnaire a donc été auto-administré afin de garantir la confidentialité des informations et de limiter les réponses normatives liées à la désirabilité. Un formulaire de consentement (Cf. Annexe 11 : A25) a également été paraphé.

Nous avons distribué cent trente questionnaires, à raison de cinq par orthophoniste en espérant recevoir les quatre-vingt quinze questionnaires nécessaires à une étude descriptive selon le Dr Ficheur, responsable de l'aide méthodologique à l'Université de Lille 2. La diffusion du questionnaire dans sa version papier a ensuite été assurée par vingt-six orthophonistes exerçant dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes, entre le 26 janvier et le 18 février 2015. L'échantillon que nous avons obtenu sera décrit dans la partie « résultats ».

Nous avons également élaboré une version informatique de notre questionnaire mais, suite aux pré-tests, les parents nous ont signifié préférer avoir accès à une version papier. Nous avons donc renoncé à diffuser la version informatique afin d'obtenir un maximum de retours dans de brefs délais.

3.4. Formatage et analyse des données

3.4.1. Formatage des données

Une fois recueillies, les données brutes doivent être codées et formatées pour être traitées. Ainsi, en suivant les directives transmises par le Dr Chazard, Maître de conférence à l'Université de Lille 2, nous avons établi une table des données, une table des variables et une table de description des modalités dans un fichier tableur unique sous format XLS.

L'élaboration de la table des variables nous a amenées à nous interroger sur le traitement des données qualitatives issues des questions ouvertes. Les réponses aux questions 4 et 7 recueillant la profession des parents ont été classées selon la liste des huit catégories socio-professionnelles agrégées définies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE, 2003) (Cf. Annexe 12 : A26). Les questions ouvertes 15 et 16 ont, quant à elles, été traitées comme des variables binaires. En effet, nous avons jugé de façon subjective l'adéquation de la définition du trouble donnée par le parent avec le diagnostic orthophonique établi ainsi que la précision de ses connaissances concernant les objectifs de rééducation.

Afin de répondre à nos questions de recherche, nous devons également ajouter une variable « classe d'âge ». Pour établir nos catégories d'âge, nous nous

sommes basées sur les résultats d'Auzias et Le Menn (2011) suggérant que « l'accompagnement familial est beaucoup plus utilisé (67% en moyenne) quand il s'agit de la prise en charge d'un très jeune patient (âgé de zéro à six ans) » ainsi que sur les dires d'un des parents interrogés lors des entretiens rapportant : « *J'ai une adolescente qui a treize ans, qui est suivie en ortho, [...] Il y a une sacrée différence.* » (P2 : 174 - 178). Ainsi, nous avons décidé de différencier trois groupes d'enfants :

- les enfants ayant entre zéro et six ans
- les enfants ayant plus de six ans scolarisés jusqu'en C. M. 2 (Cours Moyen deuxième année)
- les enfants scolarisés en collège et plus.

Certaines réponses obtenues lors du recueil des questionnaires nous ont conduites à modifier notre table de variables et par conséquent, notre table de données. Par exemple, nous avons dû transformer la variable qualitative simple « diagnostic orthophonique » en une variable qualitative multivaluée car certains patients étaient pris en soin pour plusieurs troubles.

3.4.2. Analyse des données

A partir de cette table de données complétée, nous avons procédé à une analyse descriptive de « tri à plat » des réponses obtenues à chaque question isolément (Le Roy et Pierrette, 2012). Ensuite, nous avons réalisé une analyse de « tris croisés » (Le Roy et Pierrette, 2012) en constituant des représentations graphiques croisant certaines données telles que le trouble diagnostiqué et l'âge de l'enfant avec les différentes modalités d'accompagnement parental. Les représentations graphiques ainsi que l'analyse descriptive ont été effectuées grâce au logiciel tableur Microsoft Excel, avec l'aide de statisticiens.

Les réponses aux trois questions ouvertes ainsi que les réponses aux modalités « autre », induisant du texte libre, ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Vilatte, 2007). L'intérêt de cette analyse est d'illustrer et de compléter les données quantitatives fournies par les autres questions, grâce au recueil de termes personnels non induits.

Les résultats de cette analyse ainsi que les caractéristiques de notre échantillon sont présentés dans la partie suivante.

Résultats

1. Notre échantillon

1.1. Informateurs

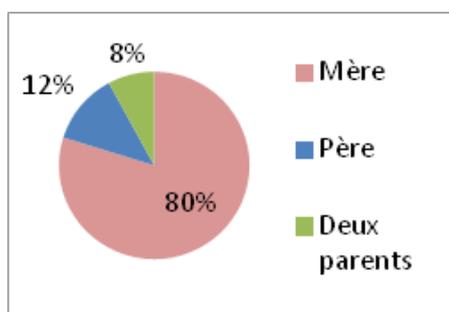


Figure 3. Lien de parenté avec l'enfant

Nous observons que les mères correspondent à 80% de nos informateurs, soit une large majorité.

62% de nos informateurs sont mariés, 20% sont en couple et 4% sont PACsés (Cf. Annexe 13 - Figure 1 : A27). L'addition de ces proportions rejoint les 78,4% de familles françaises vivant en couple et ayant au moins un enfant de moins de dix-huit ans (INSEE, 2011).

Nos informateurs ont en moyenne 2,49 enfants +/- 1,07 enfant (Cf. Annexe 13 - Figure 2 : A27), ce qui n'est pas représentatif de la population de familles françaises qui ont en majorité un seul enfant selon les statistiques de l'INSEE (2011).

Seuls 7% des parents nous ayant répondu ont eux-mêmes bénéficié d'une prise en soin orthophonique, principalement pour du langage écrit (3%) et/ou du langage oral (3%) (Cf. Annexe 13 - Figure 3 : A27).

1.2. Les parents

	Mère	Père
Moyenne	37,8 ans	40,31 ans
Écart - Type	5,9 ans	6,97 ans
Minimum	23 ans	32 ans
Maximum	51 ans	48 ans

Tableau I. Âge des parents

Les pères sont en moyenne plus âgés que les mères et la variance est moins importante.

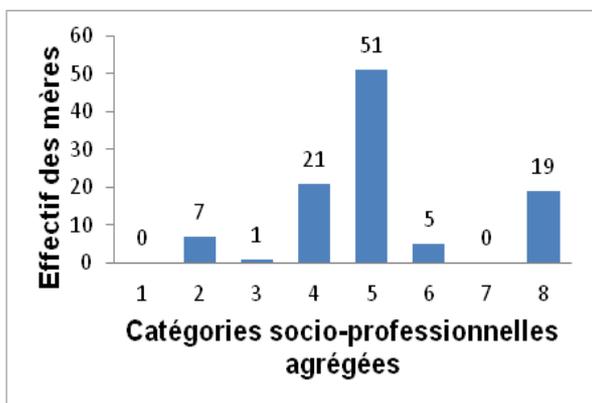


Figure 4. Catégories socio-professionnelles des mères

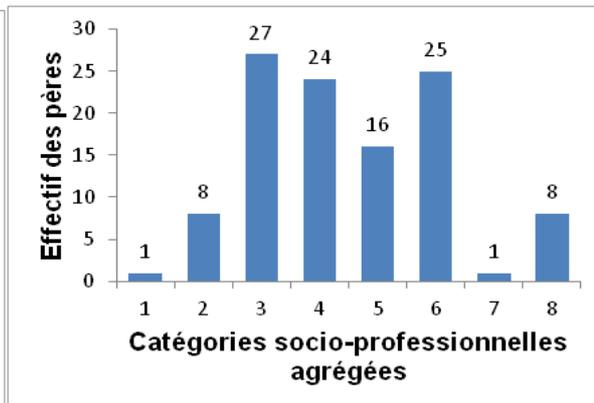


Figure 5. Catégories socio-professionnelles des pères

Les catégories socioprofessionnelles (Cf. Annexe 12 : A26) auxquelles appartiennent les mères sont moins variées. 49,03% d’entre elles exercent la profession d’ « employé », 20,4% exercent une profession dite « intermédiaire » et 18,3% n’ont pas d’activité professionnelle. Les agricultrices et les retraitées ne sont pas représentées. La répartition des catégories socioprofessionnelles des pères est nettement plus hétérogène. Les cadres et professions intellectuelles supérieures (24,54%), les professions intermédiaires (21,8%), les employés (14,5%) et les ouvriers (22,72%) sont majoritairement représentés au sein de notre échantillon.

Les représentations relatives au niveau d’études de la mère et du père sont placées en annexes (Cf. Annexe 13 - Figures 4 et 5 : A28).

1.3. L'échantillon d'enfants de nos informateurs

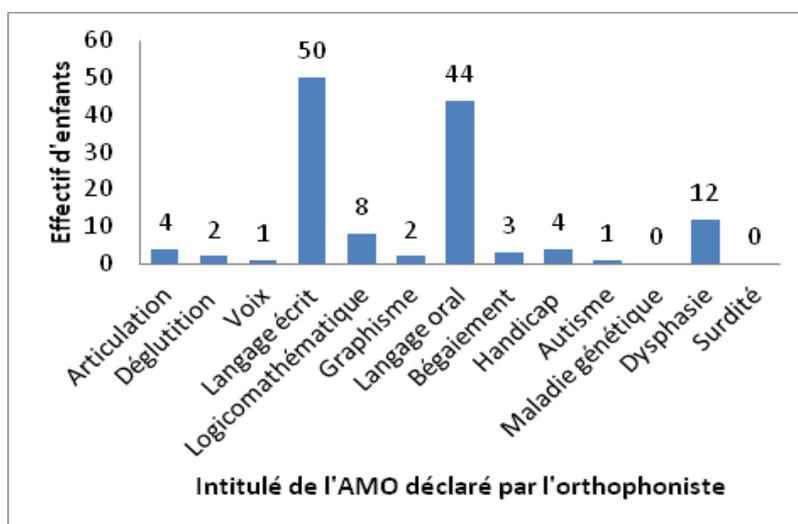


Figure 6. Intitulé des AMO déclarés par les orthophonistes pour l'intervention effectuée auprès des enfants de nos informateurs (n = 114)

Les intitulés de pathologies du langage écrit, de retard(s) de langage oral et/ou de parole et de dysphasie sont les plus fréquents au sein de notre échantillon. Les maladies génétiques et la surdité ne figurent pas dans notre échantillon. Nous notons que la répartition des intitulés correspond à celle de la nature des actes effectués par les orthophonistes exerçant en libéral en France selon la DREES (2011).

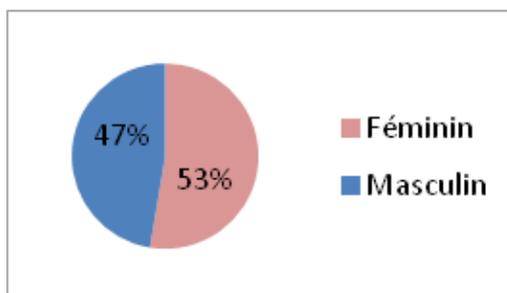


Figure 7. Sexe des enfants de nos informateurs

Le sexe des enfants de nos informateurs est majoritairement féminin (53%).

	Enfants
Moyenne	7,38 (88,5 mois)
Ecart-Type	2,78 (33,3 mois)
Minimum	3,17
Maximum	14,83

Tableau II. Âge des enfants

La répartition des âges s'étend de 3,17 ans (soit 3 ans 2 mois) à 14,83 ans (soit 14 ans 10 mois) (Cf. Annexe 13 - Figure 6 : A28).

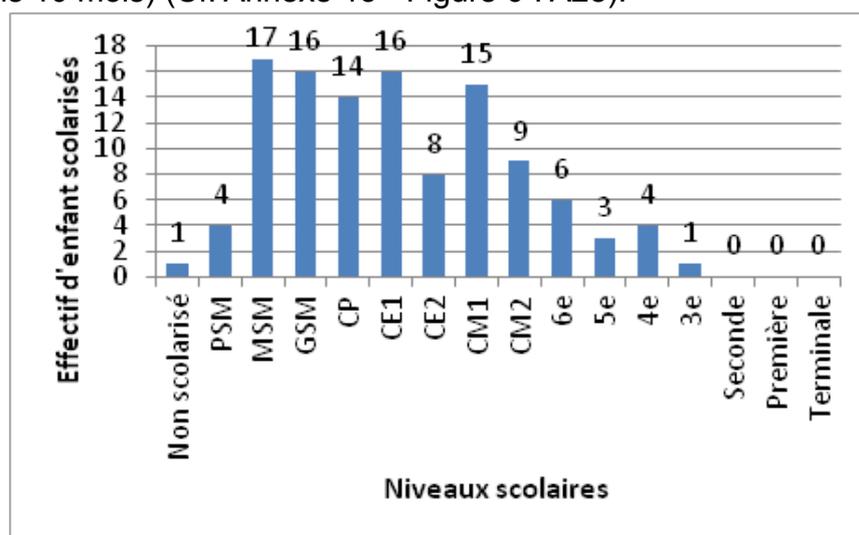


Figure 8. Niveaux scolaires des enfants de nos informateurs

Les niveaux scolaires majoritairement représentés correspondent aux classes du cursus élémentaire, soit du début de la maternelle à la fin du primaire. Nous observons que notre échantillon comporte seulement un enfant non scolarisé et quatorze collégiens. Les lycéens ne sont pas représentés.

Selon nos informateurs, aucun enfant n'est pris en soin depuis moins d'un mois. Au-delà d'un mois, la durée de l'intervention se distribue de façon homogène. Nous relevons des différences entre les données apportées par les orthophonistes et celles fournies par les parents qui pourraient s'expliquer par la considération des prises en soin antérieures par les parents (Cf. Annexe 13 - Figure 7 : A29).

65% des enfants de nos informateurs bénéficient d'une seule séance orthophonique hebdomadaire alors que 32% sont suivis à raison de deux séances par semaine (Cf. Annexe 13 - Figure 8 : A29).

2. Nos résultats principaux

2.1. Les modalités d'accompagnement parental proposées

Les moments d'échange entre le parent et l'orthophoniste se définissent majoritairement au début et/ou à la fin du bilan (71%) et au début et/ou à la fin de chaque séance (49%) (Cf. Annexe 13 - Figure 9 : A29).

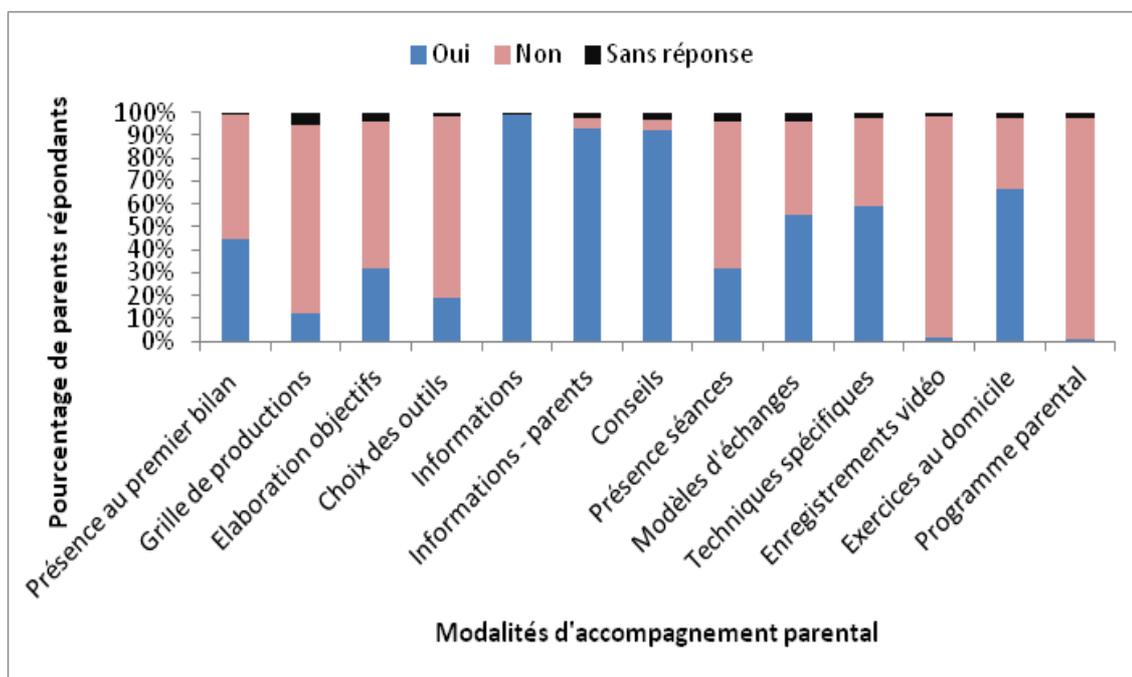


Figure 9. État des lieux des modalités d'accompagnement parental proposées selon nos informateurs (n = 114)

Les modalités d'informations (99,1%) et de conseils (92,1%) délivrés par l'orthophoniste, ainsi que celle d'informations fournies par les parents (93%) sont les plus prégnantes.

Au sujet de leur contenu, les parents stipulent que les informations fournies portent principalement sur les points forts de l'enfant (97%), ses difficultés (96%), le déroulement (90%) et le résultat (94%) des séances (Cf. Annexe 13 - Figure 10 : A30). 78% des parents reçoivent des informations sur les conséquences des difficultés de l'enfant, principalement axées sur sa scolarité (Cf. Annexe 13 - Figure 11 : A30). Quant à eux, les conseils portent majoritairement sur les activités à proposer à l'enfant (85%), la facilitation des échanges (65%) et la facilitation du quotidien (59%) (Cf. Annexe 13 - Figure 12 : A31). De leur côté, les parents informent l'orthophoniste essentiellement sur les progrès (95%) et les difficultés (96%) de l'enfant ainsi que sur son parcours scolaire (86%) (Cf. Annexe 13 - Figure 13 : A31).

Les modalités relatives au rôle de « parent-relais » s'avèrent également fortement représentées. En effet, 58,8% apprennent des techniques spécifiques adaptées à leur enfant, 55,3% reçoivent des modèles d'échanges à reproduire et 66,7% des parents ont des exercices à reprendre au domicile. 41% des parents concernés par les exercices à domicile fournissent un retour à l'orthophoniste (Cf. Annexe 13 - Figure 14 : A31).

Concernant l'implication des parents lors du bilan, nous notons que 45,1% des parents sont présents lors du bilan, 31,5% participent à l'élaboration des objectifs thérapeutiques, 19,2% au choix des outils rééducatifs et 12,2% affirment avoir rempli une grille sur les productions de leur enfant. La participation aux séances reste plus limitée puisque 31,5% des parents répondent être présents lors des séances dont 11,1% rarement, 47,2% parfois et 22% souvent et 13,9% toujours (Cf. Annexe 13 - figure 15 : A32).

Deux modalités d'accompagnement parental sont significativement moins représentées. Ainsi, 1,7% des parents travaillent à partir d'enregistrements vidéo, un seul parent a rapporté participer à un programme parental spécifique intitulé « Orthophonie pour les enfants autistes ».

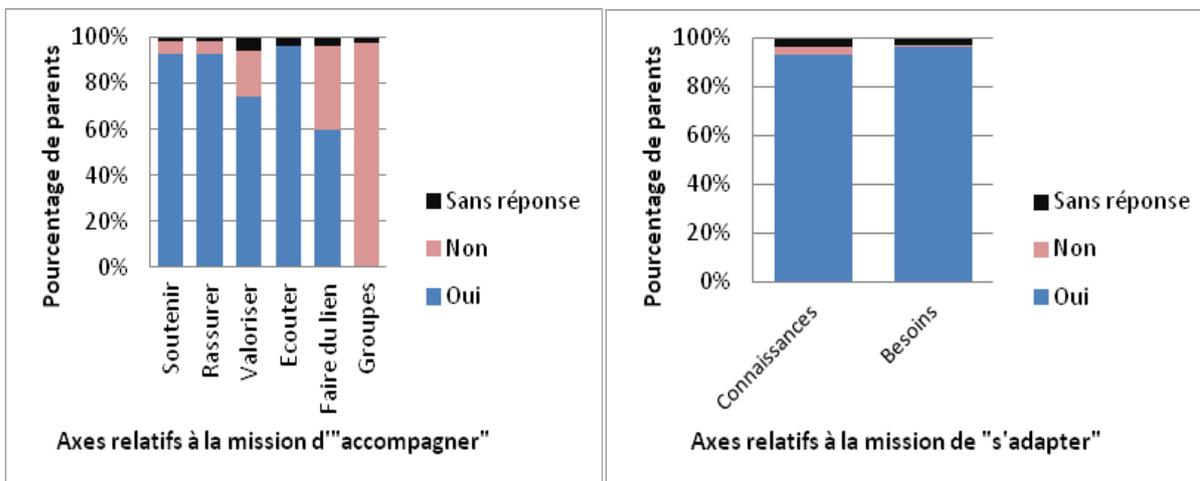


Figure 10. Mission « Accompagner » (n = 114) Figure 11. Mission « S'adapter » (n = 114)

Une large majorité, voire la totalité, de nos informateurs se sent écoutée (100%), soutenue (96,4%) et rassurée (94,6%) par l'orthophoniste. Trois axes restent moins prégnants, voire absents : les groupes de parents (0%), la valorisation des compétences parentales (70,4%) et les contacts avec d'autres professionnels (62%). Concernant cette dernière modalité, les principaux interlocuteurs de l'orthophoniste sont l'enseignant (82%) et les autres professionnels paramédicaux (25%) (Cf Annexe 13 - Figure 16 : A32).

Les axes relatifs à la mission d'adaptation sont également majoritairement représentés. En effet, 96,4% des parents affirment que l'orthophoniste s'adapte à leurs connaissances et 99,1% stipulent qu'il s'adapte à leurs besoins.

2.2. Le(s) rôle(s) des parents

2.2.1. Le(s) rôle(s) des parents

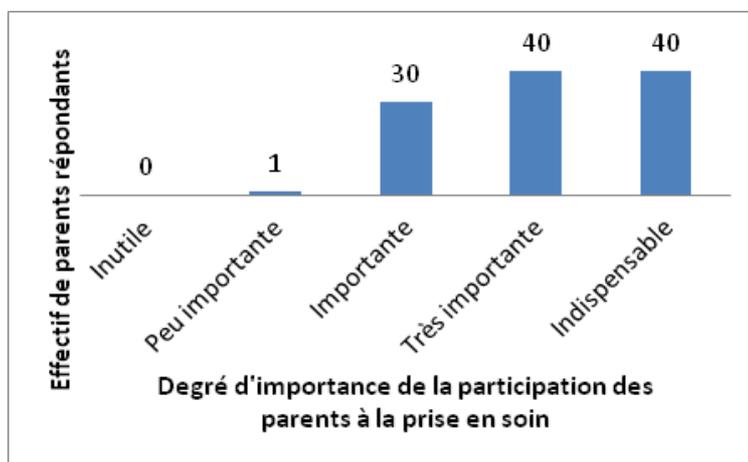


Figure 12. Importance de la participation des parents à la prise en soin (n = 111)

La quasi-totalité des parents estime que leur participation à la prise en soin orthophonique est au moins importante (99,1%). Parmi ces informateurs, 36% pensent qu'elle est très importante et 36% la jugent même indispensable. Seul, un parent estime qu'elle est peu importante.

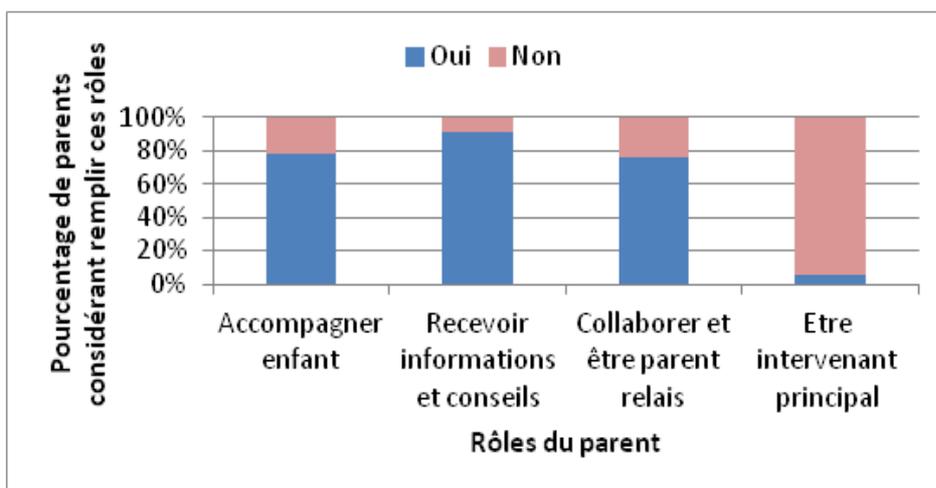


Figure 13. Rôle(s) des parents dans la prise en soin orthophonique (n= 114)

La grande majorité des parents pense avoir le rôle d'accompagnateur (77,7%), de récepteur d'informations (91,1%) et de collaborateur/parent relais (75,9%). Nous observons une dissociation importante avec les résultats au quatrième item puisque seulement 5,4% des parents pensent être l'intervenant principal auprès de leur enfant.

Les parents, principalement la mère (61,4%), accompagnent l'enfant à ses séances dans 97,4% des cas. Trois parents indiquent que leur enfant s'y rend parfois

seul. Quant au bilan, 100% de nos informateurs rapportent que l'enfant était accompagné de ses parents (Cf. Annexe 13 - Figure 17 : A32).

Lors de leur participation aux séances, les parents sont majoritairement observateurs et acteurs (64%) (Cf. Annexe 13 - Figure 18 : A33).

2.2.2. Acteurs à l'initiative des modalités d'accompagnement parental proposées

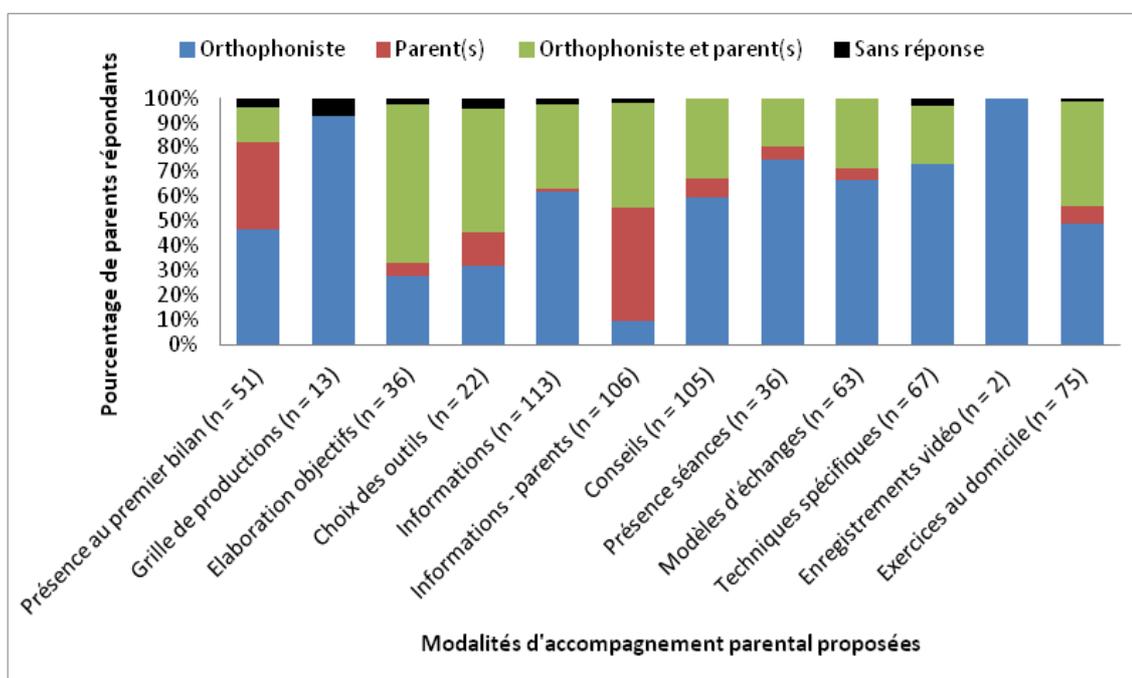


Figure 14. Acteurs à l'initiative de différentes modalités d'accompagnement parental

Les résultats suggèrent que, le plus souvent, parent et orthophoniste sont à l'origine d'une demande conjointe quant aux modalités ayant trait au projet thérapeutique (63,9% et 50%).

La prise d'initiative des parents seuls ressort particulièrement dans les modalités de participation au bilan (35,3%) et de transmission d'informations à l'orthophoniste (46,2%).

Les orthophonistes sont principalement les seuls à l'initiative des modalités de grille de productions (100%), d'informations (62,8%) et de conseils (60%) qu'ils donnent, de présence en séance (75%), de modèles d'échanges à reproduire (66,7%), de transmission de techniques (73,1%) et de travail à partir d'enregistrements vidéo (100%). Nous relevons que les exercices à effectuer à

domicile sont le plus souvent proposés spontanément par les orthophonistes (49,3%), mais dans 42,7% des cas, les deux acteurs sont à l'initiative de la demande.

2.3. Les modalités d'accompagnement parental proposées en fonction des difficultés diagnostiquées

Seuls les sous-groupes correspondant aux catégories « pathologies du langage écrit », « retard(s) de parole et/ou de langage oral » et « dysphasies » de la variable diagnostic orthophonique présentaient un effectif suffisant (n supérieur à 10) pour faire l'objet d'un traitement.

2.3.1. Retard(s) de parole et/ou de langage oral

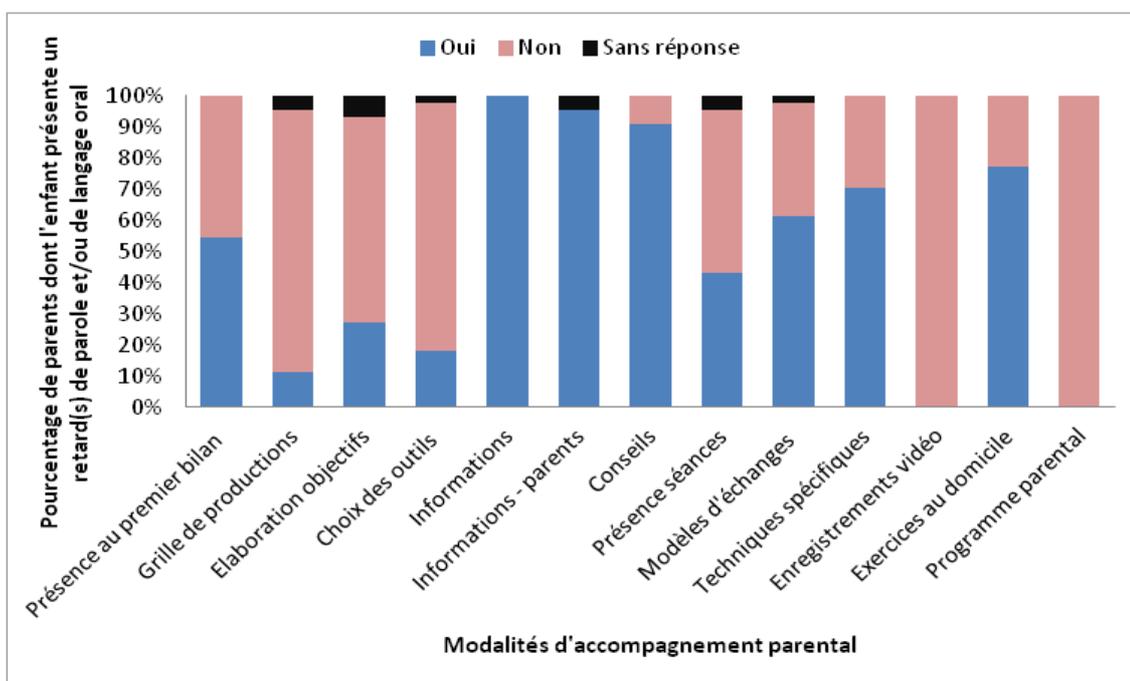


Figure 15. Modalités d'accompagnement parental proposées en cas de retard de parole et/ou de langage oral (n = 44)

2.3.2. Pathologies du langage écrit

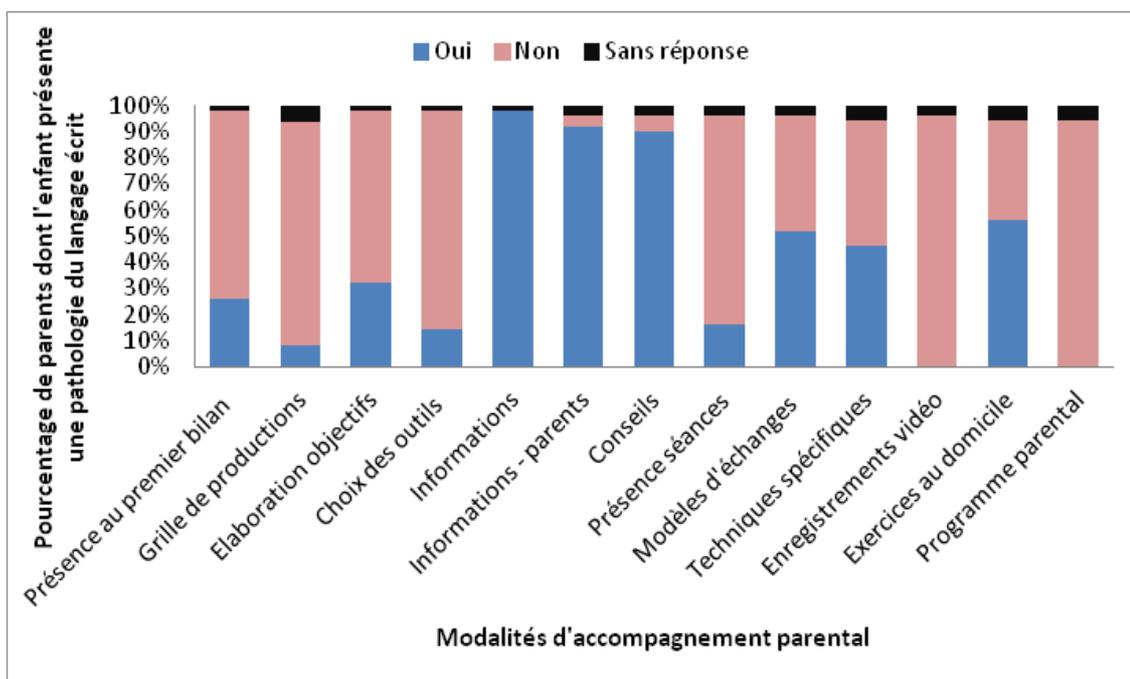


Figure 16. Modalités d'accompagnement parental proposées en cas de pathologies du langage écrit (n = 50)

2.3.3. Dysphasies

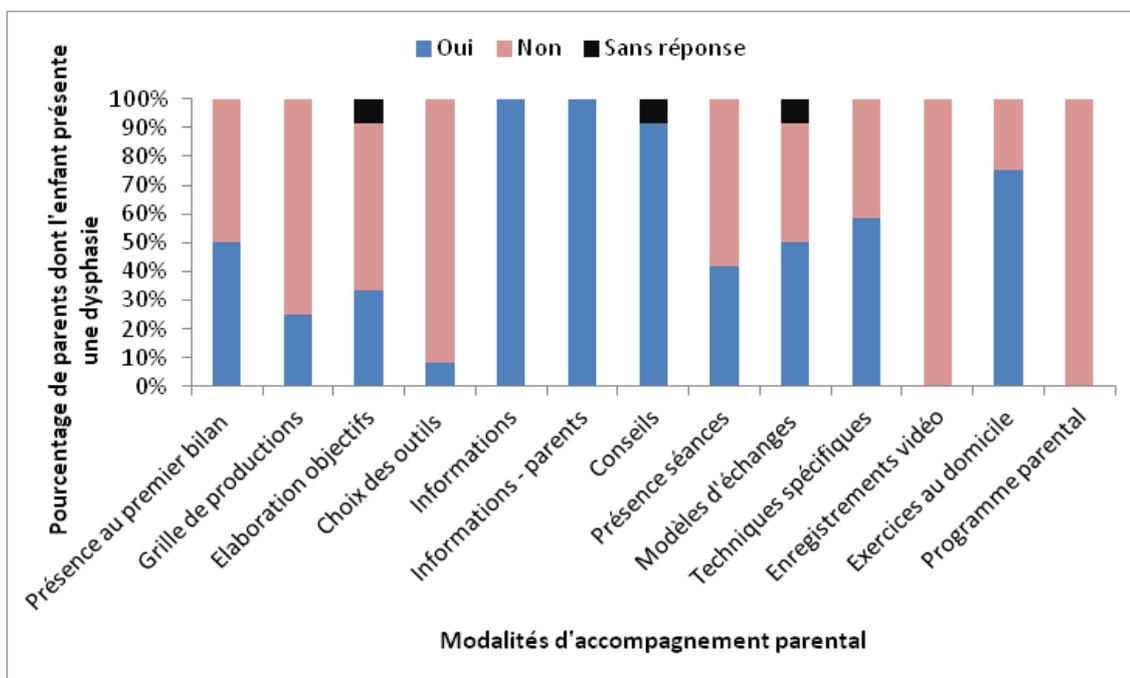


Figure 17. Modalités d'accompagnement parental proposées en cas de dysphasies (n = 12)

2.3.4. Comparaison des résultats en fonction des difficultés diagnostiquées de l'enfant bénéficiant d'une intervention orthophonique

Quel que soit le diagnostic orthophonique, nous retrouvons certaines caractéristiques de l'accompagnement parental. Ainsi, les modalités les plus proposées restent les informations (de 98% à 100%) et les conseils (90 à 100%) fournis par l'orthophoniste ainsi que les informations délivrées par le parent (de 92% à 100%). Le taux de parents participant au choix des objectifs thérapeutiques correspond à approximativement 30%. Quant aux modalités d'enregistrement vidéo et de programme parental, elles ne sont pas représentées.

Nous relevons davantage de similitudes concernant la forme d'accompagnement parental proposée en cas de difficultés de la parole et du langage oral (retard ou dysphasie). La présence au premier bilan (respectivement 54,4% et 50%) et lors des séances (respectivement 43,1% et 41,6%) est significativement plus représentée dans le cadre de ces pathologies que dans celui des pathologies du langage écrit (soit 26% pour la présence au premier bilan et 16% pour la présence lors des séances).

Nous observons également qu'une importante proportion de parents bénéficie de modèles d'échanges à reproduire (61,3% pour les retards de parole et/ou de langage oral et 50% pour les dysphasies), d'un apprentissage de techniques spécifiques adaptées à l'enfant (70,4% pour les retards de parole et/ou de langage oral et 58,3% pour les dysphasies) ainsi que des exercices à reproduire au domicile (environ 75%). Ces taux sont légèrement abaissés dans le cas de pathologies du langage écrit (respectivement 54%, 62% et 68%).

Dans le cadre de la dysphasie, davantage de grilles de production sont proposées aux parents (25%). Néanmoins, les parents dont l'enfant présente une pathologie du langage écrit sont moins concernés par ce type d'outil (10%).

Quant aux missions de l'orthophoniste liées à l'axe d'accompagnement, quelle que soit la pathologie, les parents se sentent soutenus (de 92% à 100%), rassurés (de 88,6% à 100%) et écoutés (de 95,4% à 100%) (Cf. Annexe 13 - Figures 19, 20 et 21 : A33 - A34). L'aspect de valorisation des compétences est significativement plus marqué dans le cadre de l'intervention en langage oral (75%) que dans celle en

langage écrit (60%). L'établissement de lien entre professionnels est également plus important en cas de dysphasie (83,3%). Dans les trois sous-groupes, les parents rapportent une adaptation optimale des orthophonistes tant sur le plan de leurs besoins (de 94% à 100%) que de leurs connaissances (de 94% à 100%) (Cf. Annexe 13 - Figures 22, 23 et 24 : A34 - A35).

2.4. Les modalités d'accompagnement parental proposées en fonction de l'âge

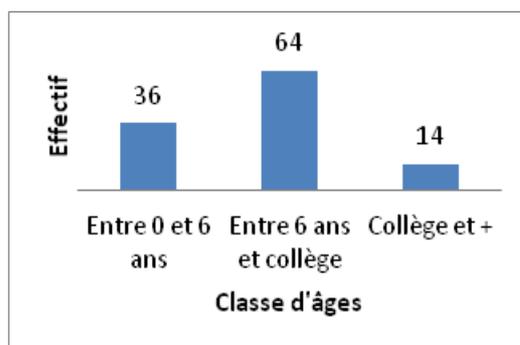


Figure 18. Classes d'âges déterminées par l'âge et le niveau scolaire des enfants de nos informateurs (n = 114)

Les variables d'âge et de niveau scolaire nous ont permis de déterminer trois sous-groupes. Les enfants ayant au moins six ans et scolarisés jusqu'en C.M.2 sont les plus représentés au sein de notre échantillon (56%).

2.4.1. De 0 à 6 ans

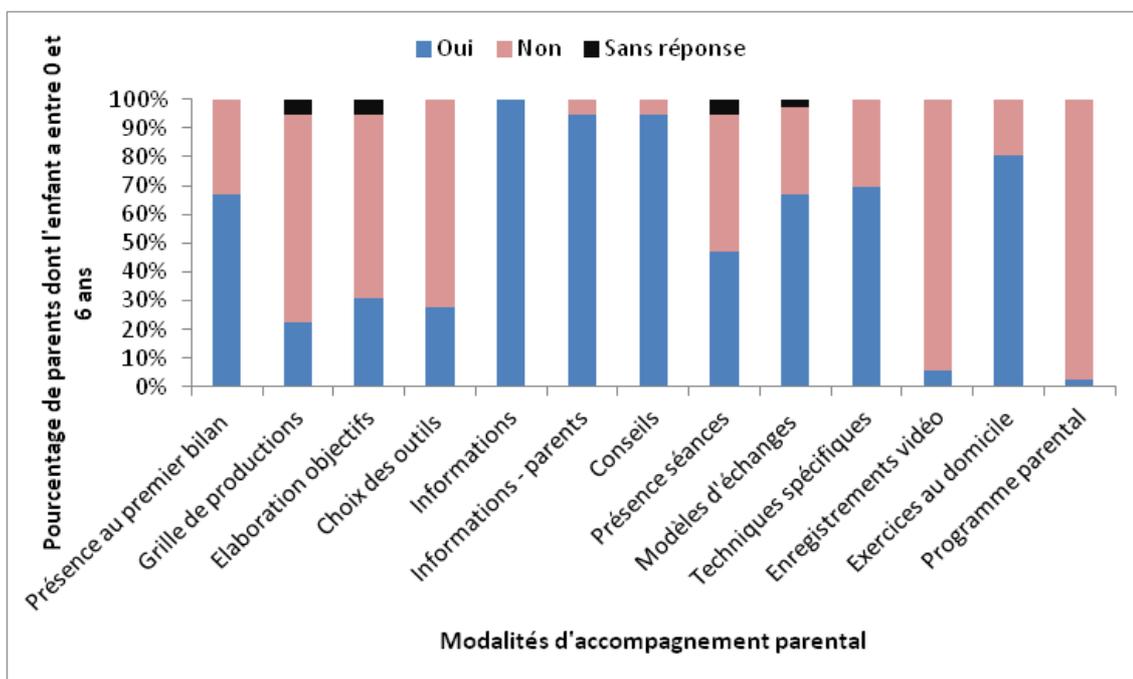


Figure 19. Modalités d'accompagnement parental proposées aux parents d'enfant ayant entre 0 et 6 ans (n = 36)

2.4.2. Plus de 6 ans scolarisés jusqu'en C. M. 2

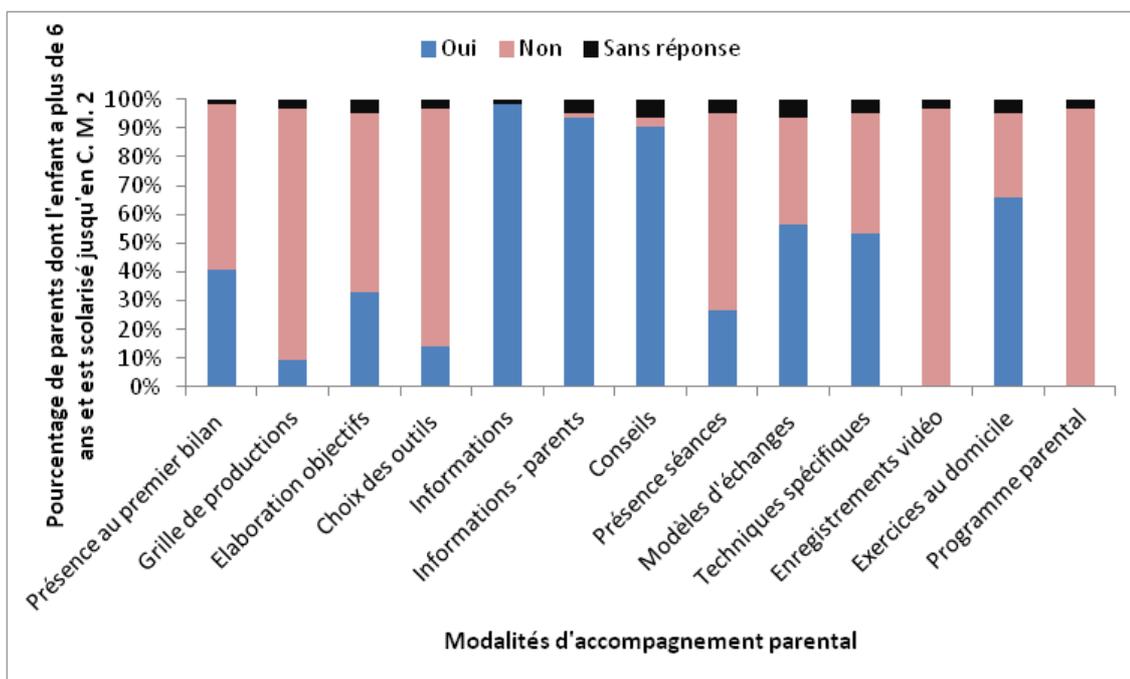


Figure 20. Modalités d'accompagnement parental proposées aux parents d'enfant ayant plus de 6 ans et scolarisé jusqu'au CM2 (n=64)

2.4.3. A partir de la sixième

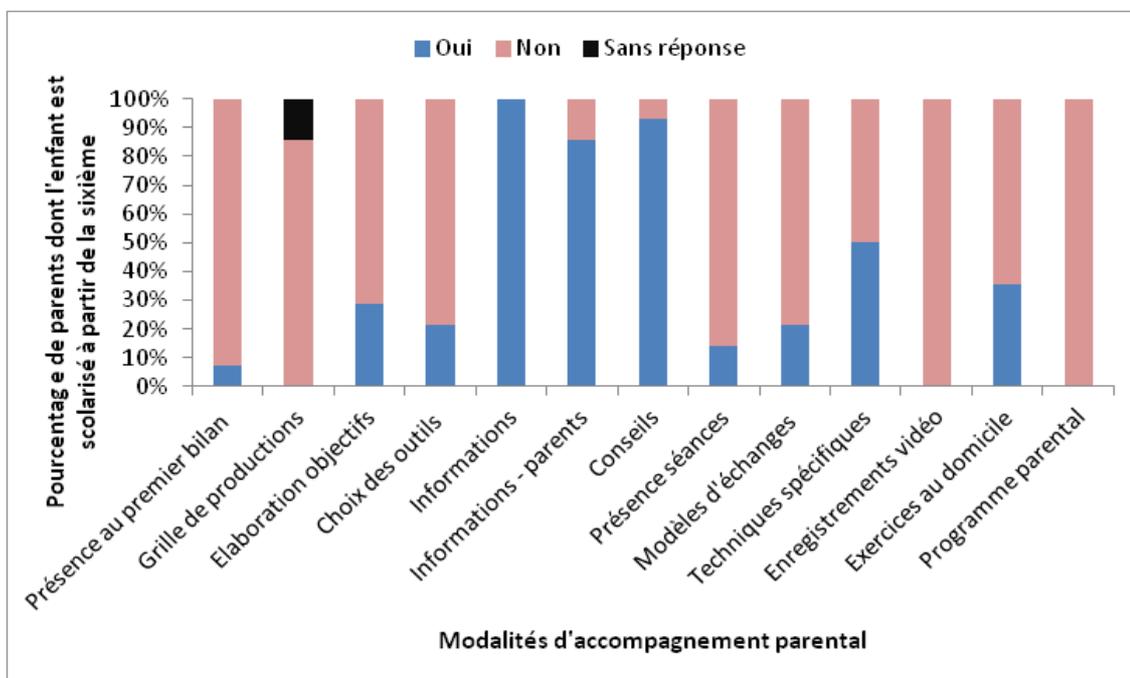


Figure 21. Modalités d'accompagnement parental proposées aux parents d'enfant à partir de la sixième (n = 14)

2.4.4. Comparaison des résultats en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiant d'une intervention orthophonique

Nous observons que plus l'enfant est âgé, moins les parents participent au bilan (66,7% puis 40,6% puis 7,1%) et aux séances (47,2% puis 26,6% puis 14,2%). La même tendance s'observe pour la modalité « grilles de production » (22,2 % puis 9,4% puis 0%).

Au sujet des modalités relatives au projet thérapeutique, la proportion de parents participant à « l'élaboration des objectifs » (de 28,6% à 32,8%) est approximativement équivalente dans l'ensemble des sous-groupes. La « participation au choix des outils thérapeutiques » est, quant à elle, plus fréquente dans l'échantillon de parents d'enfants correspondant à notre premier sous-groupe (27,8%) que dans les deux autres (21,4% et 14,1%).

Quel que soit l'âge de l'enfant, les modalités d' « informations » (de 98,4% à 100%) et de « conseils » (de 90,6% à 94,4%) données par l'orthophoniste ainsi que celle « d'informations données par les parents » (de 85,7% à 94,4%) sont mises en place selon la quasi-totalité des parents. Nous notons tout de même que la proportion de parents de collégiens donnant des informations aux orthophonistes (85,7 %) est légèrement plus faible.

Les modalités de « modèles d'échanges à reproduire », de « techniques spécifiques » et d' « exercices à effectuer au domicile » sont significativement plus présentes dans les interventions concernant le groupe des enfants les plus jeunes (respectivement 66,7%, 69,4% et 80, 6%) que pour le deuxième groupe (respectivement 56,3%, 53,1% et 65,6%) et les collégiens (respectivement 21,4%, 50% et 35,7%).

Les modalités de « travail à partir d'enregistrements vidéo » (5,6%) et de « programme parental » (2,8%) sont uniquement représentées dans le groupe de parents d'enfants ayant entre zéro et six ans dans des proportions minimales.

Concernant la mission d'accompagner (Cf. Annexe 13 - Figures 25, 26 et 27 : A35 - A36), quel que soit l'âge de l'enfant, les parents se sentent soutenus (92,2% à 100%), rassurés (91,6% à 100%), écoutés (94,4% à 100%), alors que les axes « valoriser les compétences parentales » (57,1% à 72,2%) et « faire du lien » (52,7%

à 64,3%) sont moins représentés. Nous notons que la totalité des parents d'enfants scolarisés à partir de la sixième estiment que l'orthophoniste s'adapte à leurs besoins et à leurs connaissances. Les résultats concernant cette mission sont également très élevés dans les deux autres sous-groupes (de 91,6% à 100%) (Cf. Annexe 13 - Figures 28, 29 et 30 : A36 - A37).

2.5. Les attentes et le niveau de satisfaction des parents

2.5.1. Niveau de satisfaction générale

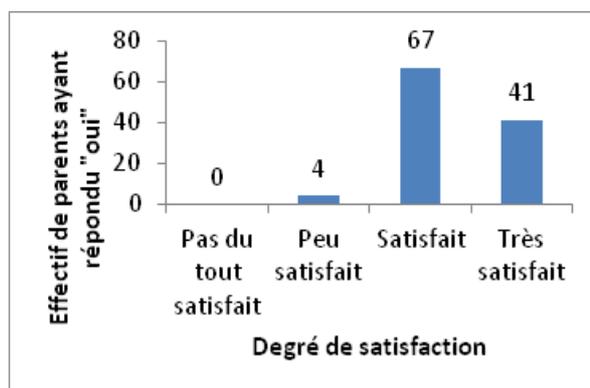
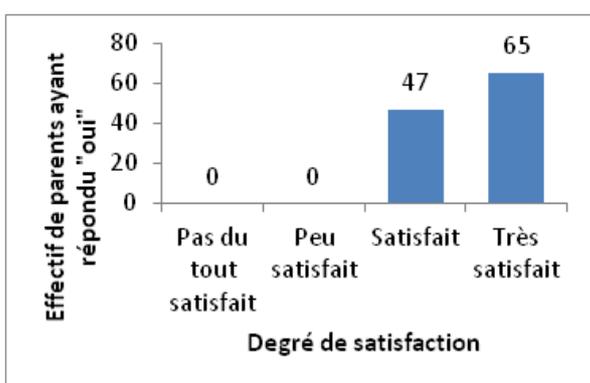


Figure 22. Satisfaction concernant la relation avec l'orthophoniste (n = 112)

Figure 23. Satisfaction générale concernant l'accompagnement parental proposé (n = 112)

De manière générale, l'ensemble des parents interrogés sont satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec l'orthophoniste. 58% disent même être très satisfaits. Concernant l'accompagnement parental qui est mis en place, leur satisfaction est plus nuancée. La grande majorité de nos informateurs restent satisfaits (59,8%) voire très satisfaits (36,6%) mais nous notons que 3,6% des parents sont peu satisfaits.

2.5.2. Niveau de satisfaction quant aux modalités d'accompagnement parental proposées

La quasi-totalité de nos informateurs est satisfaite de la forme d'accompagnement parental qui lui est proposée, tant au niveau de la quantité que de la qualité.

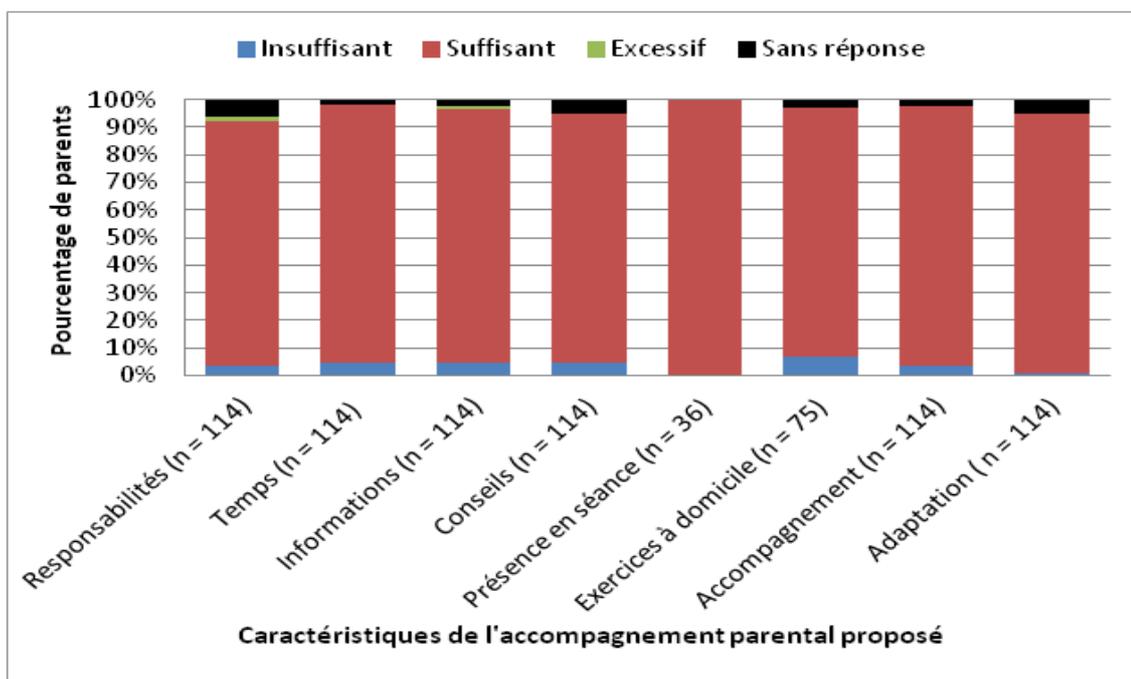


Figure 24. Niveau de satisfaction quant aux caractéristiques de l'accompagnement parental proposé

Concernant la quantité, nous notons que la totalité des parents participant aux séances sont satisfaits de la proposition qui leur est faite, quelle que soit la fréquence de leur participation. Toutefois, pour les autres modalités, nous observons qu'environ 4,5% des parents estiment l'accompagnement mis en place insuffisant. Cette proportion s'élève même à 6,8% en ce qui concerne les exercices à effectuer au domicile. A l'inverse, deux parents rapportent que leurs responsabilités dans la prise en soin sont excessives, et un parent note que l'orthophoniste lui fournit un surplus d'informations.

Concernant la pertinence, un seul parent juge que les conseils que l'orthophoniste lui donne ne sont pas adaptés, alors qu'il considère que l'orthophoniste s'adapte suffisamment à ses besoins et à ses connaissances (Cf. Annexe 13 - Figure 31 : A37).

2.5.3. Attentes concernant les modalités d'accompagnement parental n'étant pas proposées

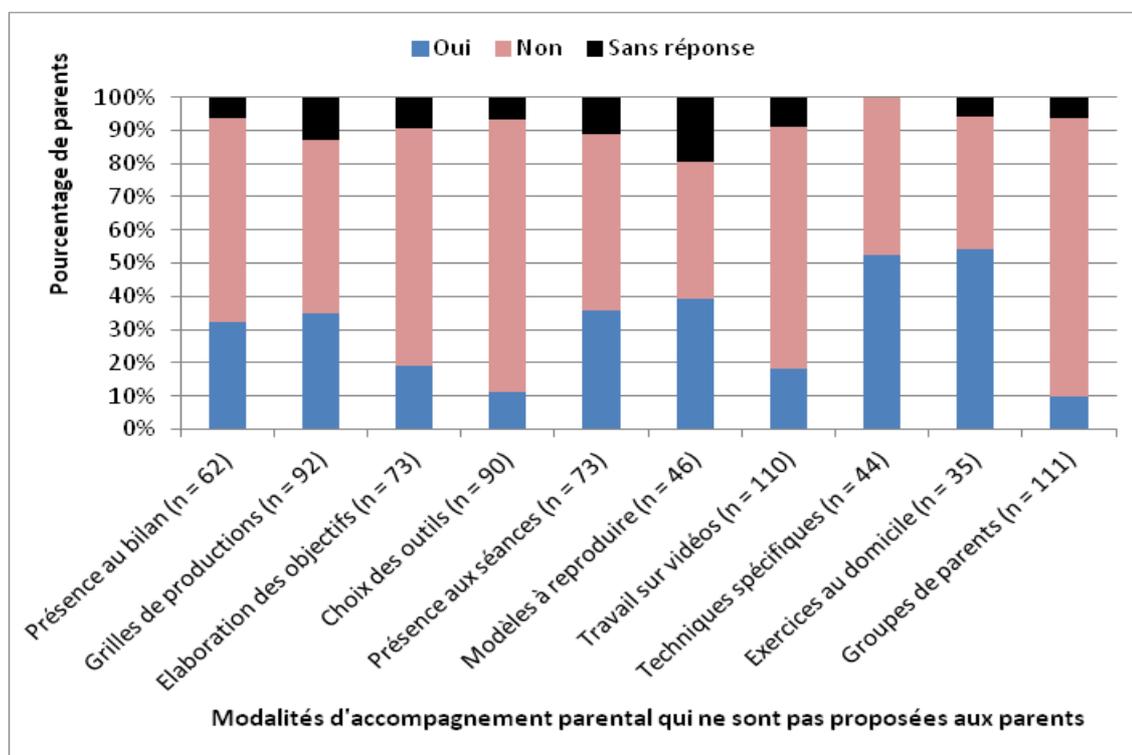


Figure 25. Attentes concernant les modalités d'accompagnement parental n'étant pas proposées

Globalement, nous observons que la majorité de nos informateurs ne souhaitent pas se voir proposer un accompagnement parental plus riche.

Plus précisément, la plupart des parents ne seraient pas intéressés par la mise en place des modalités de participation à l'élaboration des objectifs thérapeutiques (71,2%), au choix des outils rééducatifs (82,2%) ou à des groupes de parents (83,8%) ainsi que par le travail à partir d'enregistrements vidéo (72,7%).

A contrario, la majorité des parents répondants aimeraient avoir accès à des techniques spécifiques (52,3%) et à des exercices à effectuer au domicile (54,3%) quand cela n'est pas instauré.

2.5.4. Suggestions

Lors de l'analyse des réponses à la question ouverte 87 « *Pour vous, comment cet accompagnement parental pourrait-il être amélioré ?* », les parents suggèrent à plusieurs reprises :

- la mise en place d'échanges plus fréquents et plus riches avec les orthophonistes par exemple, lors de rencontres parent(s)-orthophoniste à

intervalles réguliers, en l'absence de l'enfant, afin de communiquer sur le travail effectué lors des séances, l'évolution de l'enfant et les outils à mettre en place pour l'aider ;

- la transmission de conseils au sujet des activités, des livres, des jeux qui pourraient être bénéfiques pour l'enfant, des conseils et techniques à mettre en place lors de la réalisation des devoirs, et plus d'activités à reproduire entre chaque séance « de façon à faciliter les progrès durant la semaine » (AP29) :
- l'augmentation de la participation aux séances.

D'autres suggestions ont été faites par un seul parent, telles que :

- la mise en relation de l'orthophoniste avec l'enseignant
- des séances plus longues
- plus d'empathie
- des groupes d'échanges avec d'autres parents
- plus de pauses thérapeutiques
- des explications et démonstrations de logiciels pour les dyslexiques.

Vingt parents ont profité de cette question ouverte pour insister sur leur satisfaction quant à la forme d'accompagnement établie. Deux parents précisent qu'ils ne souhaitent pas être plus impliqués dans la prise en soin, car ils ont confiance en ce que leur propose l'orthophoniste comme le confirment ces propos « J'ai confiance en l'orthophoniste qui est très compétente » (AP25).

Discussion

Les résultats issus de nos questionnaires nous ont permis d'établir un état des lieux des modalités d'accompagnement parental. Ces derniers évoquent la prépondérance des modalités d'informations et de conseils relatives à l'accompagnement parental de type I, et l'émergence d'un accompagnement parental de type II, marqué par une importance des modalités relatives au rôle de « parent-relais ». De plus, notre étude suggère que les parents s'attribuent majoritairement un rôle passif de « récepteur » qui reste toutefois, essentiellement combiné à un rôle actif de « collaborateur ». Ces conclusions se retrouvent quel que soit l'âge ou les difficultés présentées par l'enfant. Quant à la question des attentes, les parents semblent globalement satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec l'orthophoniste et, dans une moindre mesure, de l'accompagnement parental qui est mis en place. Nous notons tout de même qu'environ 30% des parents souhaiteraient se voir proposer d'autres modalités d'accompagnement parental en complément. Cependant, ces résultats sont discutables en raison de limites méthodologiques non négligeables.

1. Limites de l'expérimentation

1.1. Remarques générales

Comme nous l'avons souligné dans notre partie théorique, un manque de consensus terminologique persiste. Le choix de la notion d'« accompagnement parental » a donc fait l'objet de débats entre nous. Dans un premier temps, nous avons éliminé le concept de « guidance parentale » car, selon nous, il ne constitue qu'un axe de l'« accompagnement parental » induisant une dimension verticale trop dirigiste, n'adhérant pas à notre façon de concevoir l'orthophonie. Puis, contrairement à Auzias et Le Menn (2011), nous avons finalement choisi le terme d'« accompagnement parental » plutôt que celui d'« accompagnement familial » car nous désirions centrer notre travail sur les parents, qui sont les premiers interlocuteurs de l'enfant et demeurent des partenaires de communication incontournables. Cependant, nous sommes conscientes que ce choix peut paraître réducteur étant donné que les parents ne sont pas nécessairement les partenaires privilégiés de l'enfant jusqu'à sa majorité.

Le nombre de mémoires sur le thème de l'accompagnement parental a fortement augmenté ces dernières années. Néanmoins, le manque d'ouvrages théoriques et d'études avec un niveau de preuve scientifique élevé a complexifié la sélection des informations et l'organisation de notre partie théorique. En effet, la notion d'accompagnement parental recouvrant de nombreuses modalités différentes, nous nous sommes longuement interrogées sur le choix des termes à employer pour chacune d'entre elles afin qu'ils soient les plus explicites pour nos lecteurs ainsi que pour nos informateurs. Dans un second temps, la classification de ces modalités nous a demandé une réflexion approfondie.

Nous avons finalement choisi de nous appuyer à la fois sur la classification francophone et la classification anglo-saxonne qui se recoupent en plusieurs points mais ajoutent chacune un axe (l'axe d'information pour la classification francophone et l'axe des programmes centrés sur les interactions familiales dans la classification anglo-saxonne). Puis pour présenter les modalités pratiques davantage associées à la formation du parent, nous nous sommes basées sur la structure d'une intervention orthophonique, en séparant les modalités liées au bilan de celles liées à la rééducation, comme Coquet (2014).

Les recherches qualitatives étant souvent décriées en raison de leur faible niveau de représentativité, nous avons veillé à définir une problématique détaillée découlant sur des questions de recherche ouvertes. Nous avons dû revoir à plusieurs reprises nos questions de départ afin de les rendre claires et réalisables. Ces éléments constituent des critères de qualité d'une recherche qualitative selon Borri-Anadon (2012).

1.2. Les outils : entretiens et questionnaires

Lors de l'élaboration du guide d'entretien et du questionnaire, nous avons tenté de rester neutres et objectives. Toutefois, même si le choix de nos items d'entretiens et de questionnaires est majoritairement justifié par la littérature, il a également été influencé par nos interrogations personnelles issues de notre expérience.

La première phase de l'élaboration de l'outil est le cadrage méthodologique permettant de recueillir des indicateurs précis pour baliser le questionnaire (Le Roy

et Pierrette, 2012). Cette phase exploratoire, durant laquelle nous avons réalisé la revue de littérature, cinq entretiens ainsi que huit pré-tests, est primordiale. Pour la mener à bien, nous avons décidé de retarder à plusieurs reprises la diffusion du questionnaire.

Malgré le temps considérable que nous lui avons consacré, cette étape s'est révélée lacunaire. Ainsi, certaines de nos questions fermées se sont avérées incomplètes comme en témoigne le nombre de réponses « autres » à la question 80 concernant les interlocuteurs des orthophonistes par exemple. En outre, le manque de références communes avec nos informateurs, mis en évidence lors des entretiens et de la phase de pré-test et ayant conduit à la reformulation et à la suppression de certaines questions, est resté problématique. Bien que nous ayons tenté de rendre le vocabulaire utilisé accessible, il n'était pas toujours usuel pour les parents. Certains parents ont noté leur incompréhension de quelques questions par un point d'interrogation (questions 56 et 77, par exemple). Ceci s'est également manifesté lors de l'analyse des données. Par exemple, plusieurs parents répondaient avoir participé à l'élaboration des objectifs thérapeutiques sans être capable de les définir précisément. Nous nous sommes donc demandées s'ils partageaient nos référents concernant cette notion.

D'un point de vue technique, les choix de réponses aux questions sous forme d'échelles n'ont pas été modalisés ce qui entraîne un risque de réponse de convenance qui ne reflète pas totalement l'opinion de l'informateur (Le Roy et Pierrette, 2012). Pour finir, la longueur excessive de notre questionnaire ainsi que le nombre important de questions conditionnelles ont pu être à l'origine de plusieurs non réponses en raison de la lassitude et de la fatigue des informateurs (Le Roy et Pierrette, 2012).

1.3. Le recueil des données

1.3.1. Entretiens

La définition du cadre de l'entretien est décisive pour éviter les biais et permettre à l'informateur de s'exprimer le plus librement possible (Fenneteau, 2007). Les entretiens se sont déroulés dans des lieux non neutres, ce qui a pu engendrer

des pressions indirectes sur les informateurs puisqu'ils étaient à proximité de l'orthophoniste travaillant avec leur enfant. De plus, le fait que nous connaissions certaines des orthophonistes dont les pratiques étaient au cœur de l'entretien constitue également un biais. Le parent pouvait « se sentir exposé et chercher à se protéger en dissimulant certaines pensées ou en enjolivant la situation » (Fenneteau, 2007).

Si le chercheur se doit d'être neutre, la subjectivité est inhérente à la méthode de l'entretien puisqu'il s'agit d'une « situation de partage d'informations avec co-construction des données » (Fenneteau, 2007). Notre présence et nos interventions constituent donc un biais important à prendre en compte. De surcroît, lorsque les parents semblaient éprouver de la difficulté pour développer leurs idées et leurs pensées, nos interventions sont devenues plus directives, écueil que nous souhaitons éviter. Le fait que nous soyons deux chercheuses différentes constituent également une limite de notre étude.

Enfin, l'échantillon des informateurs de nos entretiens a été établi de manière empirique et a donc une représentativité moindre.

1.3.2. Questionnaires

La représentativité de notre échantillon peut également être remise en cause pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les questionnaires ont essentiellement été diffusés dans le département de l'Isère et la région Nord - Pas - de - Calais. Nos résultats ne peuvent donc pas être jugés comme représentatifs des pratiques en France.

Ensuite, les orthophonistes qui ont accepté de diffuser notre questionnaire se sont portés volontaires à la suite d'un premier contact qui présentait le thème de notre recherche. Ainsi, notre échantillon d'orthophonistes n'a été défini ni de façon aléatoire, ni de façon empirique ce qui biaise sa représentativité. De plus, nous pouvons supposer que les orthophonistes ayant accepté de participer ont un attrait particulier pour l'accompagnement parental et que leurs pratiques diffèrent peut-être de celles de l'ensemble des orthophonistes en France.

Enfin, nous avons demandé aux orthophonistes de définir l'échantillon de parents aléatoirement. Cependant, certains orthophonistes nous ont avoué avoir eu des difficultés pour respecter strictement le tirage au sort en raison du temps limité qui leur était imparti.

Si notre méthode de sélection est critiquable, faire appel à des intermédiaires pour accéder à notre population d'étude nous a semblé inéluctable car il n'existe pas de liste exhaustive de l'ensemble des parents d'enfant pris en soin en libéral.

L'auto-administration du questionnaire conduit souvent à un faible taux de réponses. Pourtant, nous avons récupéré cent dix-sept questionnaires sur les cent trente distribués, soit un taux de réponse s'élevant à 90 %. Le nombre de quatre-vingt quinze questionnaires conseillés pour l'analyse statistique a donc été dépassé. Cependant, selon Le Roy et Pierrette (2012), notre population dépassant les cent mille sujets, il nous aurait fallu réunir trois cents quatre-vingt quatre questionnaires. Ce critère n'a pu être respecté en raison d'un manque de moyens pour la diffusion mais également d'un manque de temps lié à une longue phase de cadrage méthodologique.

1.4. L'analyse des données

Sur l'ensemble des cent dix-sept questionnaires obtenus, trois questionnaires n'ont pas été pris en compte dans l'analyse. Deux d'entre eux ont été éliminés car ils avaient été remplis par des accompagnateurs autres que les parents du patient (grand-mère et assistant familial). Or, comme nous l'avons rappelé antérieurement, nous avons choisi de centrer cette étude sur les parents. Un troisième n'a pas pu être retenu car l'âge de l'enfant dépassait la limite fixée.

Le codage des réponses de certaines questions fermées, dans notre grille de données, a parfois soulevé des interrogations en raison du manque de précision dans la formulation de ces questions. Par exemple, la durée de prise en charge orthophonique donnée par l'orthophoniste ne prenait pas toujours en compte les prises en soin antérieures contrairement à celle inscrite par les parents.

Une fois l'étape de codage achevée, l'élaboration des représentations graphiques a également généré quelques questionnements. En effet, pour étudier les variables influençant les modalités d'accompagnement parental proposées, nous avons dû diviser notre échantillon en plusieurs sous-groupes. Nous nous sommes uniquement centrées sur deux variables : la pathologie diagnostiquée par l'orthophoniste et l'âge de l'enfant, particulièrement mises en avant dans la formation de Coquet (2014). Les groupes dont l'effectif était inférieur à dix n'ont pas pu être pris en compte dans notre analyse. En outre, les données manquantes et l'absence de réponse, justifiée par le fait que la personne interrogée ne soit pas concernée par la question conditionnelle, répondent au même codage (« NA »). Ainsi, lorsque nous désirions faire apparaître les données manquantes dans nos représentations, il nous a fallu distinguer ces deux conditions.

Si l'analyse quantitative des questions fermées permet une interprétation moins subjective (Le Roy et Pierrette, 2012), elle nous a paru réductrice. En effet, nous aurions parfois aimé pouvoir interroger les parents pour obtenir des informations complémentaires par rapport aux réponses données et éclaircir certains points.

Quant aux questions ouvertes, elles nous ont permis d'obtenir des informations plus qualitatives avec un enjeu exploratoire. Toutefois, les réponses à ces questions étaient parfois superficielles et inutilisables et dépendaient en partie du niveau de maîtrise de la langue (Le Roy et Pierrette, 2012). De plus, le codage et l'analyse de ces données ont été plus difficiles car ils ont nécessité une interprétation plus subjective. Nous insistons sur le fait qu'« une interprétation ne peut avoir valeur de certitude » (Moliner et al., 2002). Nous rappelons que cette étude se base essentiellement sur les représentations et les affirmations des parents. Ainsi, nos données ne peuvent être considérées comme étant le reflet exact des pratiques orthophoniques en France.

Après avoir présenté les limites de notre expérimentation, nous allons désormais mettre en lien nos résultats et tenter de répondre à nos questions de recherche.

2. Discussion des résultats

Seuls les aspects prégnants apportant des éléments de réponse à nos questions de recherche seront discutés dans cette partie.

2.1. Quelles sont les modalités d'accompagnement parental actuellement proposées en France dans la pratique libérale ?

La littérature recense peu d'écrits établissant un état des lieux de l'accompagnement parental, notamment concernant les modalités établies lors du bilan.

2.1.1. Le bilan : une co-construction de sens peu exploitée

La modalité de participation du parent au bilan, mise en place dans environ 50% des cas, serait à la base de l'établissement d'un savoir partagé (Coquet, 2014). En effet, nous notons que 72%, soit une large majorité des parents participant au bilan, proposent une définition en adéquation avec les termes diagnostiques. Toutefois, nous relevons que cette proportion est inférieure à celle de l'ensemble des parents qu'ils participent au bilan ou non (80%). Ainsi, la participation au bilan n'est pas une condition obligatoire pour une bonne appréhension du diagnostic, les informations fournies par l'orthophoniste pouvant être suffisantes.

Si les parents sont le plus souvent présents lors du bilan, nous notons qu'ils sont rarement acteurs. En effet, les grilles de productions sont des outils peu utilisés, peut-être en raison de la restriction de la patientèle à laquelle elles sont destinées. En outre, peu d'entre-eux se disent impliqués au niveau du projet thérapeutique.

D'une part, la modalité de participation au choix des objectifs thérapeutiques n'est pas souvent proposée spontanément par l'orthophoniste et les parents ne se sentent pas légitimes pour y prendre part, peut-être parce qu'ils estiment manquer de connaissances ou de compétences. Ce manque d'implication a notamment pour conséquence une représentation très imprécise des objectifs thérapeutiques. Ainsi beaucoup de parents n'ont pas répondu à cette question ou présentent des objectifs très généraux tels que « faire progresser mon enfant » (AP24) ou « l'aider au maximum pour l'acquisition du langage et de la lecture » (AP39). Afin de favoriser une représentation solide de ces objectifs, Monfort (2010) préconise d' « être très

précis et ne fixer que des objectifs très limités et très concrets que l'on puisse atteindre et évaluer au bout de quelques jours ou quelques semaines. »

D'autre part, les parents sont également très peu sollicités au moment de la sélection des outils thérapeutiques. Ceci peut s'expliquer par une volonté des parents de ne pas intervenir dans ce choix comme le souligne AP35 : « nos rôles sont différents [...] il est important d'avoir confiance dans les compétences du praticien ».

2.1.2. La rééducation

2.1.2.1. La prédominance d'un accompagnement de type I

Comme dans l'étude d'Auzias et Le Menn (2011), les réponses de nos informateurs révèlent la prépondérance de la mise en place d'un accompagnement parental de type I (« informations »). En effet, les modalités d'échange d'informations, provenant de l'orthophoniste comme des parents, ainsi que les conseils prodigués par le thérapeute sont présents dans quasiment 100% des cas. Ce partage d'informations évoque une implication notable tant des orthophonistes que des parents. De plus, les parents se montrent sensibles et rassurés suite à ces échanges, comme l'illustrent ces propos « je vois la différence entre quelqu'un voilà il travaille comme ça et quelqu'un vraiment qui veut donner le mieux pour eux » (P4 : 206). De leur côté, les parents prennent une place plus active dans la prise en soin de leur enfant en délivrant des informations et amènent, de ce fait, une modalité d'échange bidirectionnel, aboutissant à une alliance thérapeutique plus forte.

2.1.2.2. L'émergence d'un accompagnement de type II

En accord avec Vergé (2010), notre étude reflète un taux de parents participant aux séances assez restreint et plus faible que celui de l'étude d'Auzias et Le Menn (2011) qui s'étaient néanmoins basées sur une patientèle plus réduite. Lorsque cette modalité est proposée au parent, elle ne l'est jamais de manière systématique, comme le souligne également Mathieu (2011). Toutefois, malgré une présence limitée en séance, un accompagnement parental de type II (ou family-allied program) apparaît via l'instauration de modalités propres au rôle de « parent-relais » telles que les exercices à reprendre au domicile et l'apprentissage de techniques spécifiques.

2.1.2.3. L'absence de l'accompagnement parental de type III

Nous notons, comme Auzias et Le Menn (2011), que les interventions centrées sur les interactions via l'utilisation de la vidéo et la mise en place de programmes parentaux qui demandent une implication plus importante des parents, sont des modalités significativement moins représentées. Comme nous l'avons indiqué dans la partie théorique, elles semblent moins s'accorder à la pratique clinique libérale française, car l'accompagnement parental de type III (ou family-focused program) correspond au modèle d'intervention le plus éloigné du modèle médical traditionnel, fortement ancré culturellement.

2.1.2.4. Des axes relationnels très présents

La forte représentation des axes d'accompagnement et d'adaptation, marque une volonté de l'orthophoniste d'agir au plus près des besoins des parents. La valorisation des compétences parentales reste cependant moins représentée. Nous avons d'ailleurs pu relever plusieurs points d'interrogation sur les questionnaires à l'endroit de cette question. Nous les interprétons comme un signe d'incompréhension de la part des parents qui ne voient pas en quoi leurs compétences devraient être valorisées par l'orthophoniste, comme l'a indiqué un parent lors d'un pré-test.

L'établissement d'un lien entre l'orthophoniste et les autres professionnels gravitant autour de l'enfant s'avère également une modalité moins représentée. Nous notons que le lien entre l'orthophoniste et le médecin traitant, pourtant obligatoire, est très peu répertorié. Cette constatation nous rappelle que notre étude se base sur les dires de parents, qui ne rapportent pas toujours les faits tels qu'ils se produisent. L'absence de la modalité relative aux groupes de parents peut s'expliquer par la difficulté pour les orthophonistes à la mettre en place. En effet, celle-ci n'est pas représentée au sein de la nomenclature, bien que la possibilité de travail par groupe de patients existe. Cette lacune pourrait être compensée par la proposition d'intégrer des associations de parents, mais les informations à ce sujet restent relativement rares.

La prédominance de l'accompagnement de type I alliée à l'émergence de l'accompagnement de type II semblent avoir une influence sur les différents rôles que s'attribuent les parents.

2.2. Quel(s) rôle(s) les parents considèrent - ils avoir dans l'intervention orthophonique auprès de leur enfant ?

Nous supposons que les rôles que s'attribuent les parents dans la prise en soin orthophonique de leur enfant dépendent de deux facteurs : leurs représentations mais également les modalités d'accompagnement parental proposées par l'orthophoniste.

2.2.1. Les parents

Dans un premier temps, nous relevons un manque de parité dans l'implication des parents quels que soient l'âge de l'enfant ou les difficultés qu'il présente. Comme dans l'étude de Vergé (2010), la mère reste l'interlocuteur privilégié de l'orthophoniste. Toutefois, père et mère assument tous deux le rôle d'accompagnateur dans un tiers des cas et 8% des parents ont également choisi de compléter le questionnaire à deux, montrant ainsi l'importance pour eux d'une implication conjointe. Ces résultats suggèrent une évolution dans la répartition des responsabilités, régies par les conventions sociales (Lamb, 1997). L'implication du père a fait l'objet de plusieurs travaux récents et elle semble primordiale car ce dernier « joue un rôle actif de stimulant dans les jeux et le développement de la sociabilité de l'enfant » (Lamb, 1997).

2.2.2. Leur(s) rôle(s)

2.2.2.1. Récepteurs...

Si les parents ont conscience de l'importance de leur implication au cours de l'intervention auprès de leur enfant, le rôle qu'ils s'attribuent reste majoritairement celui de « récepteur d'informations et de conseils » leur conférant une place plutôt passive. Cependant, cette réponse suggère que les parents sont tout de même dans l'attente d'échanges avec l'orthophoniste puisqu'ils ne s'estiment pas seulement « accompagnateur de l'enfant ». En effet, alors que dans nos entretiens, le rôle d'accompagnateur a souvent été mis en avant, seul un de nos informateurs a limité son implication à celui-ci. Toutefois, il nous semble important de noter que s'ils ne l'indiquent pas obligatoirement dans les rôles qu'ils pensent avoir à remplir, la quasi-

totalité des parents accompagne pourtant l'enfant lors du bilan initial et des séances puisque seuls certains adolescents sont amenés à y aller seuls. Nous faisons l'hypothèse que les parents ne considèrent pas que ce rôle d'accompagnant définisse leur place dans la prise en soin orthophonique de leur enfant car il est extrêmement passif.

La passivité des parents se révèle également dans leur manque de prise d'initiative. En effet, les orthophonistes restent le plus souvent spontanément à l'initiative des modalités d'accompagnement parental mises en place, plus particulièrement de celles relatives à la formation. Ce manque d'initiative pourrait s'expliquer par une lacune dans la connaissance de certaines modalités qui ne font pas partie de leurs représentations comme en témoignent les points d'interrogation inscrits à la suite de certaines questions. En outre, il pourrait également s'expliquer par le fait que les parents placent l'orthophoniste en position d'expert et ne se sentent pas légitimes pour demander la mise en place d'autres modalités, comme AP12 le rapporte : « c'est son métier, elle sait mieux que moi. Je ne pense pas avoir besoin de plus. » Enfin, ce phénomène pourrait également découler d'un manque d'investissement des parents.

Cette place relativement passive des parents, qui avait également été suggérée par Auzias et Le Menn (2011), pourrait être associée à la prépondérance d'un accompagnement parental de type I, impliquant une relation verticale entre parents et orthophoniste.

2.2.2.2. ... mais aussi acteurs/collaborateurs.

Cependant, nous observons qu'une importante proportion de nos informateurs a également indiqué remplir le rôle de « collaborateur/parent-relais » qui leur confère une place plus active dans l'intervention. Leur action se traduit notamment dans leur prise d'initiative pour un échange d'informations bidirectionnel et une participation à l'élaboration des objectifs et au choix des outils. De plus, la majorité des parents qui participent aux séances estiment être à la fois acteur et observateur contrairement aux parents interrogés par Vergé (2010) et Mathieu (2011) qui se cantonnaient à la position d'observateur. Ainsi, les parents se sentent acteurs de la prise en soin. Cette constatation pourrait être associée d'une part à la mise en place fréquente (environ

50%) de modalités de formation relatives à un accompagnement parental de type II et d'autre part à l'application des conseils donnés de façon informelle par l'orthophoniste.

2.2.3. L'intervention du parent sous-représentée

Les 5,4% des parents pensant être « intervenant principal auprès de leur enfant » estiment également remplir l'ensemble des autres rôles. Lors de la confection de notre questionnaire, nous voulions faire correspondre cet intitulé à un accompagnement parental de type III. Or aucun des parents s'attribuant ce rôle ne participe à un programme parental ou à un groupe de formation de parents qui constituent, selon nous, les modalités relatives à ce type d'accompagnement. Ainsi, il aurait été intéressant d'interroger ces parents afin d'identifier les facteurs sur lesquels se base cette représentation inversant la hiérarchie traditionnelle du modèle médical.

Les rôles que s'attribuent les parents restent majoritairement passifs mais nous pouvons noter la forte représentation de celui de « collaborateur/ parent-relais » relatif à l'accompagnement parental de type II.

2.3. Les variables du trouble diagnostiqué et de l'âge de l'enfant modifient - elles la nature de l'accompagnement parental ?

Coquet (2014) insiste sur la possibilité d'impliquer les parents à « tous les âges et pour toutes les pathologies ». Toutefois, les écrits semblent s'accorder sur le fait que cette modalité de soin soit principalement appliquée lors de l'intervention auprès d'enfants d'âge préscolaire présentant des troubles de la communication et du langage oral (Rousseau, 2010 ; Auzias et Le Menn, 2011 ; Mathieu, 2011) comme souligné par les recommandations de l'ANAES. Il nous a donc paru intéressant d'étudier ces deux variables.

2.3.1. Selon la pathologie

Au sein des trois sous-groupes étudiés, soient les retards de langage oral et/ou de parole, les dysphasies et les pathologies du langage écrit, les modalités

proposées suivent une tendance similaire à celle répertoriée dans l'état des lieux général. Toutefois, nos résultats suggèrent un écart entre l'accompagnement proposé dans le cadre du langage oral et celui proposé dans celui du langage écrit.

2.3.1.1. Le parent plus présent en cas de troubles/retards de langage oral

Bien qu'elles restent pour la plupart représentées, contrairement à ce que suggéraient les résultats de Vergé (2010), les modalités d'accompagnement sont légèrement diminuées dans le cadre de la prise en soin du langage écrit.

Notre étude met notamment en relief un accompagnement parental basé sur une alliance thérapeutique plus forte pour les pathologies de la communication et du langage oral que pour les pathologies du langage écrit, comme souligné par Auzias et Le Menn (2011) et Mathieu (2011). En effet, le parent est davantage présent lors du bilan et des séances lorsque l'enfant présente une pathologie du langage oral.

La prédominance de l'accompagnement de type II pour les pathologies du langage oral se traduit également par un rôle plus marqué de co-évaluateur (Coquet, 2014) et de « parent-relais ». Ainsi, l'orthophoniste propose davantage de grilles de production à compléter aux parents d'enfant atteint de trouble/retard du langage oral. Néanmoins, nous nous interrogeons quant à la présence de grilles de production et de modèles d'échanges à reproduire dans le cas de pathologies du langage écrit puisque ces modalités réfèrent, selon nous, spécifiquement aux troubles du langage oral et de la communication. Il aurait été intéressant d'interroger les parents sur les supports utilisés afin de préciser leurs représentations de cette modalité. En outre, les modalités propres au rôle de « parent-relais » sont plus représentées dans le cas des pathologies/retards de langage oral. Ceci pourrait s'expliquer par une reprise au domicile plus aisée et spontanée des exercices/techniques dans le cas du langage oral, vecteur des activités quotidiennes, que dans celui du langage écrit.

Nous supposons que cet écart peut s'expliquer par le fait que le langage oral est une activité « transmise » par les parents touchant des enfants plus jeunes. Concernant le langage écrit, les difficultés se traduisent davantage dans le milieu

scolaire. Ainsi nous pouvons faire l'hypothèse que l'enseignant en resterait le référent principal dans les représentations parentales.

2.3.1.2. Le respect des axes relationnels pour chaque pathologie

Concernant les axes relationnels, les trois pathologies étudiées font l'objet d'un accompagnement et d'une adaptation notables de l'orthophoniste. Toutefois, nous relevons que la modalité de valorisation des compétences des parents est significativement plus représentée pour les trouble/retard de langage oral, notamment la dysphasie. Nous émettons l'hypothèse que ce phénomène est en lien avec une présence plus importante des parents en séance dans ce dernier cadre. La modalité d'établissement de lien avec les autres professionnels est également nettement plus représentée dans le cadre des dysphasies mais ce contraste est difficilement interprétable en raison d'un échantillon des parents plus faible pour cette variable (n = 12).

En conclusion, la variable du diagnostic orthophonique est en lien avec les modalités d'accompagnement parental établies mais les variations restent faibles.

2.3.2. Selon l'âge de l'enfant

La mise en place des modalités d'accompagnement parental de type I n'est pas associée à l'âge puisqu'elles sont très majoritairement ancrées dans les pratiques quel que soit l'âge du patient. Toutefois, pour les autres modalités, des différences peuvent être observées en fonction de cette variable.

2.3.2.1. Des parents présents de 0 à 6 ans

Auzias et Le Menn (2011) avaient suggéré que « l'accompagnement parental est davantage utilisé pour de très jeunes patients ayant entre zéro et six ans ». En outre, l'observation d'Auzias et Le Menn (2011) se confirme pour les modalités de « présence au bilan » et de « présence aux séances ». P2 rapporte : « je fais les séances avec elle parce qu'elle est petite » (226).

Selon notre échantillon, les modalités d'accompagnement parental de type II, relatives à la formation des parents, sont également significativement plus représentées dans ce premier groupe d'âge. Nous pouvons faire l'hypothèse que la

présence au bilan et aux séances serait un facteur favorisant et déterminant pour inscrire les parents dans leur rôle de « parent - relais ».

2.3.2.2. Des parents intervenants majoritairement de 0 à 6 ans

Nos résultats sont également en accord avec l'affirmation d'Auzias et Le Menn (2011) en ce qui concerne les modalités conférant au parent un rôle de co-évaluateur et de co-intervenant, même si leur application reste moins fréquente que ne le suggèrent ces auteurs. En effet, selon nos informateurs, les grilles de productions sont majoritairement proposées aux parents d'enfant ayant entre zéro et six ans. Le fait que les outils correspondant à cette modalité visent uniquement cette tranche d'âge pourrait expliquer cette variation. Toutefois, nous retrouvons cette modalité pour des enfants plus âgés. Il aurait été intéressant d'interroger les parents sur les outils utilisés pour ce groupe

Les parents de ce groupe d'âge rapportent également participer plus fréquemment aux choix des outils thérapeutiques. Lors des entretiens, un parent nous a notamment révélé avoir échangé avec l'orthophoniste au sujet d'outils conseillés par le centre de référence pour le diagnostic des troubles du langage et des apprentissages ou par d'autres professionnels (P2), qu'ils jugent experts également.

Ensuite, le seul programme parental et le travail à partir d'enregistrements vidéo, que nous avons également associé à un accompagnement parental de type III, sont uniquement représentés dans le plus petit niveau d'âge.

2.3.2.3. Les parents d'adolescents moins accompagnés

Exceptées les modalités d'informations et de conseils donnés par l'orthophoniste ainsi que la participation aux objectifs, l'ensemble des autres modalités d'accompagnement parental sont significativement moins représentées au sein de l'échantillon de parents d'adolescents. Les différences concernant la présence des parents aux séances et au bilan sont particulièrement importantes. Les remaniements psychiques et relationnels se jouant à cet âge pourrait être à l'origine de cet écart. Ainsi Claes (2004) suggère que « la plupart des études (Larson et al, 1996) observent l'apparition d'une distance affective entre adolescents et parents au moment de la puberté, alors que les amis prennent une place grandissante dans la

vie sociale et émotionnelle. » Les parents ne seraient plus les interlocuteurs privilégiés des adolescents en construction d'indépendance, et l'orthophoniste s'adapterait à ces changements.

En conclusion, l'ensemble de ces éléments suggère que l'âge de l'enfant serait une variable déterminante pour l'implication des parents qui s'amenuise quand l'enfant grandit. Toutefois, ces variations pourraient également s'expliquer en partie par la nature du diagnostic orthophonique puisque les enfants ayant de zéro à six ans bénéficiant d'une intervention orthophonique présentent majoritairement une pathologie du langage oral et nos résultats suggèrent un accompagnement parental plus important dans le cadre de ces difficultés.

2.4. Quelles sont les attentes et le niveau de satisfaction des parents concernant l'accompagnement parental qui leur est proposé ?

2.4.1. Des parents majoritairement satisfaits, voire très satisfaits...

Globalement, les parents sont satisfaits, voire très satisfaits de la prise en soin orthophonique de leur enfant, et plus particulièrement de la relation qu'ils entretiennent avec l'orthophoniste. Une relation de confiance entre le parent et l'orthophoniste est essentielle puisque Granat (2012) suggère qu'elle est à l'origine du désir d'implication des parents dans le suivi de leur enfant. Cette relation parent - orthophoniste se construit en partie sur la base de la relation que le professionnel construit avec l'enfant. Ainsi, comme dans l'étude de Granat (2012), plusieurs parents abordent la relation orthophoniste - enfant comme un facteur de leur satisfaction, à l'exemple de P1 : « Ce qui me plaît dans cette prise en charge, c'est que mon fils, il aime ses séances. [...] Il aime bien la personne avec qui il est » (128). Certains parents (P3, AP110) insistent sur l'idée que ce suivi est avant tout pour l'enfant. Lors de nos entretiens, cette représentation a été très prégnante puisque les parents ont eu beaucoup de difficultés à centrer leur discours sur leur place dans la prise en charge plutôt que sur leur enfant. Un autre facteur important de la satisfaction des parents concerne les progrès de l'enfant à l'instar de AP91 qui témoigne « on est satisfaits parce qu'elle avance bien. »

Concernant l'accompagnement parental, les parents se disent majoritairement satisfaits également. Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait que certains parents n'ont pas hésité à changer d'orthophoniste en cas d'insatisfaction comme l'indique AP51. Cette constatation montre leur exigence vis-à-vis de ce qui peut leur être proposé. Leur satisfaction se traduit par une majorité des parents ne souhaitant pas se voir davantage impliqués dans la prise en soin de leur enfant, comme dans l'étude d'Auzias et Le Menn (2011). En effet, les résultats suggèrent que pour chaque modalité non proposée, exceptée la transmission de techniques spécifiques et d'exercices à effectuer au domicile, plus de la moitié des parents ne désirent pas qu'elle soit mise en place.

Ces résultats semblent indiquer que les orthophonistes parviennent à s'adapter adéquatement à leurs interlocuteurs en prenant en considération la demande, les besoins et les différents facteurs influençant la prise en soin. Toutefois, quatre parents s'estiment peu satisfaits de l'accompagnement parental établi et environ 5% des parents estiment que la forme d'accompagnement parental proposée est insuffisante dans au moins une des modalités mise en place. Plusieurs parents se joignent à eux pour proposer quelques pistes d'amélioration.

2.4.2. ... mais quelques pistes d'amélioration à explorer

2.4.2.1. Une collaboration pour plus d'efficacité

Plus d'un tiers des parents interrogés souhaiterait participer au bilan et aux séances de leur enfant, remplir des grilles de productions lors de l'évaluation et avoir plus de modèles à reproduire, lorsque cela ne leur est pas proposé. Notre intérêt s'est donc plus particulièrement dirigé vers les modalités de présence au bilan et aux séances puisqu'elles peuvent s'appliquer quelles que soient les difficultés de l'enfant. Selon nous, elles sont à la base d'une relation et d'une collaboration plus fortes entre parents et orthophoniste. Tous les parents ayant l'occasion de participer à certaines séances sont satisfaits de cette proposition, ce qui pourrait indiquer que la pratique de cette modalité serait à étendre. Cependant, elle reste controversée et nous pouvons supposer que les parents ne voudraient pas y participer par peur d'entraver les capacités de concentration de leur enfant (Auzias et Le Menn, 2011) ou pour maintenir ce moment dédié à leur enfant (AP57).

Le désir d'une implication plus forte se traduit également par une proportion de parents supérieure à 50% souhaitant se voir proposer un apprentissage de techniques spécifiques adaptées à leur enfant et des exercices à effectuer au domicile. Nous retrouvons fréquemment ces deux axes dans les suggestions faites à la question 87. Les parents demandent à être outillés afin d'agir au quotidien auprès de leur enfant lors des devoirs mais aussi d'être conseillés pour des activités plaisir. Si la plupart des parents semblent motivés pour travailler avec leur enfant au domicile, il semble important de veiller à intégrer les activités proposées dans les activités quotidiennes pour qu'enfant et parent y prennent du plaisir et conservent leur motivation (Caouette, 1995). Ces résultats suggèrent que la majorité des parents désirerait assumer un rôle plus actif de « parent-relais » pour optimiser les progrès de l'enfant (AP29) et compenser « des séances beaucoup trop courtes » (AP67).

2.4.2.2. Des échanges parents-orthophoniste plus formalisés

Le souhait de créer un réel échange constructif avec l'orthophoniste se reflète dans les suggestions ouvertes de certains parents qui conseillent la mise en place de réunions spécifiques, entre parents et orthophoniste, à intervalles réguliers, pour pouvoir discuter des progrès de l'enfant, de leurs besoins et ainsi réactualiser le projet thérapeutique. Cette suggestion, notée à plusieurs reprises, met en évidence l'insuffisance de simples échanges informels en début ou fin de séance. Dans nos entretiens, P6 et P8 rapportent également que des supports écrits concrets peuvent être facilitateurs mais, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, les supports pourront être adaptés en fonction des stratégies d'apprentissage du parent.

Si nos résultats suggèrent que la plupart des parents souhaiterait se diriger vers un accompagnement parental de type II leur conférant le rôle de "parent - relais", il faudrait toutefois veiller à ne pas les sur-responsabiliser (Monfort, 2010), comme deux parents d'enfant en bas âge le déplorent. Nous pouvons noter que les modalités relatives à l'accompagnement parental de type III ne sont que très peu sollicitées par les parents, suggérant qu'ils ne désirent pas être acteur principal de l'intervention et endosser de trop importantes responsabilités.

3. Apports au champ de l'orthophonie

Cette étude exploratoire et descriptive n'a pas vocation à obtenir des résultats généralisables à l'ensemble de la population mais plutôt à s'intéresser à une modalité thérapeutique en plein essor, dont les modalités d'application ne font pas consensus. En effet, chaque professionnel définit l'accompagnement parental selon ses représentations, ses pratiques et ses objectifs (Gantelme et Vanuxem, 2001). Ainsi nous pouvons remarquer qu'un orthophoniste peut proposer des modalités d'accompagnement parental différentes pour deux enfants présentant le même diagnostic, ayant le même âge et une même durée de suivi (AP 84 - 85). L'adaptation au patient et à ses parents semble déterminer en partie les axes d'information et de formation.

Malgré des variations intra-individuelles et inter-individuelles dans les pratiques, cette modalité de soin semble aujourd'hui connue et appliquée par la plupart des orthophonistes exerçant en France, puisque tous les parents se voient proposer au moins une modalité d'accompagnement parental. Toutefois, cette approche reste principalement centrée sur l'information des parents en accord avec le système médical vertical et non sur leur formation, comme cela est davantage le cas dans les pays anglo-saxons ou au Québec (Auzias et Le Menn, 2011) et commence à émerger dans les axes de Promotion de Santé actuels. Nos résultats suggèrent pourtant que la plupart des parents sont en demande d'un rôle plus actif. Plusieurs modalités requérant une participation plus élevée des parents demeurent peu explorées voire inexplorées, peut-être en raison d'une formation initiale trop pauvre et peu pratique déplorée par les orthophonistes (Auzias et Le Menn, 2011). Cette attente des orthophonistes a mené au développement de formations continues centrées sur ce sujet qui pourraient à terme influencer la formation initiale.

L'essor de cette modalité semble également reposer sur une prise de conscience des parents quant à l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer dans la prise en soin. Si notre étude n'a touché qu'un faible échantillon de parents, certains d'entre eux nous ont tout de même révélé avoir pris conscience du fait qu'ils puissent prendre des initiatives et formuler des demandes à l'orthophoniste, même s'ils ne sont pas experts. Cette prise de conscience paraît essentielle dans un système médical en cours de transformation, cherchant à maximiser l'autonomisation du

patient, notamment par le biais de l'éducation thérapeutique. Le parent devient un acteur fondamental et incontournable.

Conclusion

Afin d'optimiser l'efficacité de la prise en soin orthophonique, tous les facteurs environnementaux, et plus particulièrement l'influence réciproque du patient et du système dans lequel il évolue (Sylvestre et Cronk, 2002) devraient être considérés. Dans cette optique éco-systémique, l'accompagnement parental place le parent comme acteur central de la thérapie orthophonique et permet ainsi aux orthophonistes de s'ouvrir à de nouvelles perspectives (Rousseau, 2000). Il répond à des problématiques actuelles de Promotion de Santé visant l'autonomisation du patient, comme en témoigne le développement des formations continues à ce sujet telles que les formations Hanen, Dialogoris ou Coquet (2014).

Notre étude a permis de mettre en lumière les différentes caractéristiques de l'accompagnement parental dans les pratiques orthophoniques libérales françaises. L'information et le conseil sont des modalités ancrées quels que soient l'âge et la pathologie de l'enfant. En outre, les rôles associés à la fonction de « parent-relais » et de « co-évaluateur » sont en émergence, notamment pour les pathologies du langage oral et de la communication. Nos résultats suggèrent également que la plupart des parents ont une place passive au sein de la prise en soin qui les satisfait globalement. Néanmoins, plus d'un tiers d'entre eux est dans l'attente d'une implication plus active, qui selon Bo (2000) serait rendue possible par leur formation par des orthophonistes. Si des tendances fortes ressortent des résultats de cette étude, il nous semble primordial de rappeler que cette modalité d'intervention repose avant tout sur des axes relationnels qui amènent l'orthophoniste à adapter sa pratique à chacun.

Les représentations des parents concernant l'accompagnement parental en orthophonie n'ont pu être traitées de façon approfondie dans notre étude. Ainsi, elles pourraient être le sujet principal d'une recherche qualitative venant éclairer et compléter nos résultats. De plus, afin de parfaire leur adaptation, plusieurs orthophonistes ayant participé à notre enquête nous ont avoué être en demande d'un outil formel permettant de recueillir les attentes des parents mais aussi la perception qu'ils ont de l'accompagnement proposé. La confection de cet outil pourra également faire l'objet d'un travail ultérieur.

Bibliographie

- ABSIL, G., VANDOORNE, C., et DEMARTEAU, M. (2012). *Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé*. Université de Liège.
- AFFLECK, G., MC GRADE, J., ALLEN, D. A. et MCQUEENEY, M. (1982). Mothers' beliefs about behavioural causes for their developmentally disabled infant's condition: What do they signify? *Journal of Pediatric Psychology*, 10 (3), 293-303.
- ALLENET, D. et DE LAMOTTE, C. (2006). *Accompagnement familial et attitudes de communication chez le jeune enfant sourd implanté cochléaire*, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Claude Bernard Lyon1.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé (2002). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant de 0 à 6 ans. *Rééducation orthophonique*, 209.
- AIMARD, P. (1984). *Les troubles du langage chez l'enfant* (Vol. 2158). Presses universitaires de France.
- ANTHEUNIS, P., ERCOLANI-BERTRAND, F., et ROY, S. (2003). *Dialogoris 0-4 ans: orthophoniste*. Société Com-Medic.
- ANTHEUNIS, P., ERCOLANI-BERTRAND, F., et ROY, S. (2007a). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. *Contraste*, 26, 303-320.
- ANTHEUNIS, P., ERCOLANI-BERTRAND, F., et ROY, S. (2007b). Le bilan orthophonique: quelle place donner aux parents?. *Rééducation orthophonique*, 231, 35-53
- ANTHEUNIS, P., ERCOLANI-BERTRAND, F., et ROY, S. (2010). Un nouvel outil de soutien à la parentalité pour le développement de la communication et du langage. *Rééducation orthophonique*, 244, 249-257.
- ARNAUD, E. (2013). *Intérêt de l'accompagnement parental dans la prise en charge orthophonique des enfants dysphasiques : rôle de l'étayage syntaxique*. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nantes.
- AUDOYER, A. M., et MONNIOT, G. (2010). Le jeu des miroirs entre les parents, l'enfant et les professionnels. *Rééducation orthophonique*, 242, 47-58.
- AUZIAS, L. et LE MENN, M.A. (2011). *L'accompagnement familial dans la pratique clinique orthophonique au Québec et en France*, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Claude Bernard Lyon 1.
- BARBIER, I. (2004). *Accompagnement parental à la carte*. Isbergues : Ortho Édition.
- BARDEAU-GARNERET, J. M. (2008). Les relations entre parents et professionnels de la réadaptation: quelle évolution?. *Reliance*, (4), 59-62
- BARNETT, WS., ESCOBAR, CM., et RAVSTEN, MT. (1988) Parent and clinic early intervention for children with language handicaps: a cost effectiveness analysis. *J Div Early Child*, 12 , 290-298.

- BASSANO, D., LABRELL, F., CHAMPAUD, C., LEMETAYER, F., et BONNET, P. (2005). Le DLPF: un nouvel outil pour l'évaluation du développement du langage de production en français, *Enfance*, 57, 171-208.
- BEUCHEMIN M., MARTIN S. et MÉNARD S. (1999). *L'apprentissage des sons et des phrases : un trésor à découvrir, guide à l'intention des parents*. Cité de la Santé de Laval, œuvre pour enfants Ronald McDonald du Canada.
- BELARGENT, C. (2000). Accompagnement familial en prise en charge précoce de l'enfant porteur de handicap. *Rééducation orthophonique*, 202, 25-44.
- BERTHIER, N. (2006). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Armand Colin.
- BLANCHET, A. et GOTMAN, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.
- BLANCHET, A. et GOTMAN, A.. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- BLOOM, L., et LAHEY, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York : Wiley.
- BERNEY, C. (2003). Guidance interactive en logopédie. *Langages et Pratiques*, 32, 2-17.
- BO, A. (2000). Essai d'adaptation d'un programme familial à la pratique en libéral. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 139-144.
- BORRI-ANADON, C. (2012). ORA2716 - La recherche dite qualitative. Université de Montréal.
- BOUCHARD, J-M., KALUBI, J-C., CHATELANAT, G., PANCHAUD, I., BECKMAN, P., et MORVAN, J-S. (1997). Partenariat familles-intervenants : Les situations d'aise et de malaise des intervenants à travailler avec les familles et des familles à travailler avec les intervenants. Communication présentée au 6e congrès de l'AIRHM, Sion-Valais, Suisse.
- BOWEN, C. (2000). PACT: Collaboration avec les familles et les enseignants rééducation phonologique. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 11-17.
- BOWEN, C., et FORTIN, R. (2007). *Les difficultés phonologiques chez l'enfant*. Montréal : Les Éditions de la Chenelières inc.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts, and London : Harvard University Press.
- BRUNER, J. S. (1983). *Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CAMAIONI, L., CASTELLI, M. C., LONGOBARDI, E., et VOLTERRA, V. (1991). A parent report instrument for early language assessment. *First language*, 11(33), 345-358.

- CAOQUETTE, M.-P. (1995). *Perception des parents relativement aux activités réalisées à domicile à la demande des orthophonistes*. Université de Montréal.
- CARRASCO, L. et MATIGNON, C. (2013). *Précurseurs de la communication chez le jeune enfant porteur de polyhandicap: Programme d'Intervention en Orthophonie centré sur les parents*, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Claude Bernard Lyon1.
- CHOMSKY, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*, Cambridge, MA: MIT Press.
- CICCONE, A., KORFF-SAUSSE, S., et MISSONNIER, S. (2013). *Cliniques du sujet handicapé*. Toulouse : Erès.
- CLAES, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33/2, 205-226.
- COQUET, F., FERRAND, P., et ROUSTIT, J. (2009). *EVALO 2-6. Ouvrage de l'utilisateur, aspects méthodologiques et cliniques*. Isbergues: Ortho Édition.
- COQUET, F., FERRAND, P., et ROUSTIT, J. (2010). *Batterie EVALO BB - Évaluation du développement du Langage Oral chez l'enfant de moins de 36 mois*. Isbergues : Ortho Édition.
- COQUET, F., DUSSART, S. et LOBRY, V. (2010). *Papa, maman,... le langage c'est important*. Isbergues : Ortho Édition.
- COQUET, F. (2013a). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent: pistes pour l'évaluation*. Isbergues : Ortho Édition.
- COQUET, F. (2013b). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent: matériels, méthodes et techniques de rééducation. Nouvelle édition complétée*. Isbergues : Ortho Édition.
- COQUET, F. (2014, novembre). *Accompagnement Parental - Formation continue*, Syndicat Régional des Orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais, Lille.
- COULET, J.-C. (1999). *Éduquer l'intelligence*, Dunod : Paris.
- CRUNELLE, D. (2010). La guidance parentale autour de l'enfant handicapé ou L'accompagnement orthophonique des parents du jeune enfant déficitaire. *Rééducation orthophonique*, 48 (242), 7-15
- CRUNELLE, D. (2014) : *EDUCATION PRECOCE - Prise en charge orthophonique précoce*. Département d'orthophonie Gabriel Decroix, Université Lille2.
- DALE, P. S., BATES, E., REZNICK, J. S. et MORISSET, C. E. (1989). The validity of a parent report instrument of child language at twenty months. *Journal of Child Language*, 16(2). 239-249.
- DALE, P. S. (1991). The validity of a parent report instrument of child language at 20 months. *Journal of child language*. 16. 239-250.

- DE KETELE, J. M., et ROEGIERS, X. (2009). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- DEMPSEY, I., et DUNST, C. J. (2004). Help-giving styles as a function of parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 50–61.
- DENNI-KRICHEL, N. (2003). Le partenariat parents-orthophonistes. *Enfances & Psy*, (1), 50-57.
- DES CHÊNES, R. (2008). *Moi, j'apprends en parlant*. Montréal : Chenelière Education.
- DE SINGLY, F. (2005). *Le questionnaire*. Paris : Armand Colin.
- DOUMONT, D., LIBION, F., et VERSTRAETEN, K. (2010). Quelle prise en charge des troubles du langage auprès des jeunes enfants ? Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain.
- DUBOIS, G. (2001). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Paris : Masson.
- DUNST, C. J. (2007). "Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities" In : ODOM, S., HORNER, R., SNELL, M. et BLACHER, J. *Handbook of developmental disabilities*. New York : The Guilford Press, 161-180.
- DUPRE SAVOY, J. (2007). Dysphasie et accompagnement familial précoce. *Rééducation orthophonique*, 45(230), 109-125.
- DUYME, M., et CAPRON, C. (2010). L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE). Normes et validation françaises du Child Development Inventory (CDI). *Devenir*, 22(1), 13-26.
- EMDE, R. N., BIRINGEN, Z., CLYMAN, R. B., et OPPENHEIM, D. (1991). The moral self of infancy: Affective core and procedural knowledge. *Developmental Review*, 11(3), 251-270.
- ESTIENNE, F. (2002). Discours de la méthode: La demande en orthophonie. *Ortho magazine*, (41), 18-23.
- FENNETEAU, H. (2007). *Enquête: entretien et questionnaire (éd. 2e édition)*. Paris : Dunod.
- FENSON, L., DALE, P.S., REZNICK J.S., THAL, D., BATES, E., HAR-TUNG, J.P., PETHICK, S., et REILLY, J.S. (1993). *The MacArthur Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- FEY M. (1986) : *Language Intervention with Young Children*. San Diego : College Hill Press.
- FEY M., CLEAVE P. et LONG, S. (1997). Two models of grammar facilitation in children with language impairments: phase 2. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 40, 5-19.

- FLAJOLET, A. (2008). Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. *Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.*
- FLAVIGNY, C. (2006). *Parents d'aujourd'hui, enfants de toujours.* Paris : Armand Colin.
- FORTIER-BLANC, J. et BEAUCHEMIN, M. (2000). Le rôle des parents dans le traitement du bégaiement. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 19-30
- GALLI CORNALI, S. et SCHWAB, C. (2003). La guidance interactive, un outil pour la thérapie logopédique. *Revue Tranel (Travaux Neuchâtelois de linguistique)*, 38/39. 217-233.
- GANTELME, M. et VANUXEM, L. (2011). *Pratique de l'accompagnement parental des orthophonistes libéraux de la région Rhône-Alpes: quels enjeux pour la profession?* Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Claude Bernard Lyon1.
- GASTON, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143.
- GHACIR, M. (2011). Etude des facteurs d'efficience de l'accompagnement parental dans un trouble de bégaiement réalisée auprès de 7 familles. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Henri Poincaré, Nancy1.
- GIBBARD, D. (1994). Parental-based intervention with pre-school language-delayed children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 29(2), 131-150.
- GIROLAMETTO, L., PEARCE, PS. et WEITZMAN E. (1996) Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 39, 1274-1283.
- GIROLAMETTO, L., PEARCE, PS. et WEITZMAN E. (1997) Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers. *Journal of Speech Language ing Research*, 40, 338-348.
- GIROLAMETTO, L. (2000). Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage: Efficacité du Programme Parental de Hanen. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 31-62.
- GRANAT, G. (2012). *L'implication des parents dans la prise en charge orthophonique du retard de langage oral de leur enfant.* Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Strasbourg
- GUEYE, C. B. D. (2010). *Facteurs associés à la satisfaction des parents au regard du programme de première ligne en orthophonie de la région de Québec.* Mémoire présenté dans le cadre du programme de maîtrise en épidémiologie, Université de Laval, Québec.

- HARRIGAN, S. et NIKOLOPOULOS, T. P. (2002). Parent interaction course in order to enhance communication skills between parents and children following pediatric cochlear implantation. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 66(2), 161-166.
- HILY, C. et SENECHAL, E. (2012). *L'orthophoniste, le patient et sa famille: une information adaptée pour un partenariat optimisé: création d'un site internet: www.orthofamilles.fr*. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Département d'orthophonie Gabriel Decroix, Université Lille2.
- HIRSCH, E. (2006). « Un autre rapport avec l'éthique du soin », dans JOUBLIN, H., BUNGENER, M. *Proximologie: regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (2003), Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise, PCS - ESE.
- IRETON, H., DUyme, M., CAPRON, C., et ZORMAN, M. (2010). L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE): manuel d'utilisation. *Devenir*, 22(1), 27-50.
- JOUBLIN, H., BUNGENER, M. *Proximologie: regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- KAIL, M. et BASSANO, D. (2000). "Méthodes d'investigation et démarches heuristiques". In KAIL, M. et FAYOL, M., *L'acquisition du langage*, 29-60, Paris : PUF
- KAUFMANN, J. C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan.
- KELLERHALS, J., MONTANDON, C., RITSCHARD, G., et SARDI, M. (1992). Le style éducatif des parents et l'estime de soi des adolescents. *Revue française de sociologie*, 313-333.
- KELLY, E.M., et CONTURE, E.G. (1991). Intervention with school-age stutterers : a parent-child fluency approach. *Seminars in Speech and Language*, 12, 309-321
- KERN, S. (2004). Développement du langage chez le jeune enfant: le compte rendu parental comme outil d'évaluation. *Les cahiers de la SBLU*, 17, 5-12.
- KORFF-SAUSSE, S. (2008). L'impact du handicap sur les processus de parentalité. *Reliance*, (4), 22-29.
- KREMER, J. M. (1994). *Les 500 conseils de l'orthophoniste, troubles du langage*. J. Lyon.
- LAMB, M. E. (1997). *L'influence du père sur le développement de l'enfant*. *Enfance*, 50(3), 337-349.
- LAMBERT, V., COLE, P., et REY, Y. (2006). Prise en charge orthophonique des dyslexiques : influence des représentations familiales. *Pratiques psychologiques*, 12(3), 365-377.

- LAUTREY J. (1980). *Classe sociale, milieu familial, intelligence*, Paris : Presses Universitaires de France.
- LAVAL, V. (2011). *Psychologie du développement: Modèles et méthodes*. Paris : Armand Colin.
- LARSON, R. W., RICHARDS, M. H., MONETA, G., HOLMBECK, G., et KUCKETT, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18 : Disengagement and transformation. *Developmental Psychology* 32, 744-754.
- LE BOSSE, Y. (2003). De l'«habilitation» au «pouvoir d'agir»: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- LE ROY, J. et PIERRETTE, M. (2012). *Petit manuel méthodologique du questionnaire de recherche : De la conception à l'analyse*. Paris : Enrick B Éditions
- LINA-GRANADE, G., TRESSE, N., et TRUY, E. (2013). Facteurs influençant l'implication parentale dans la réhabilitation précoce des enfants sourds implantés cochléaires. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 130(4).
- MC DADE, A. et MC CARTAN, P. (1998). 'Partnership with parents' a pilot project. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33 ,556-561.
- MAILLART, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist (Bishop, 1998). *Les Cahiers de la SBLU*, 13, 13-32.
- MANOLSON, A. (1997). *Parler un jeu à deux*. Toronto : Centre Hanen.
- MATHIEU, N. (2011). *Orthophonistes et troubles dyslexiques : quelles places pour les parents ?* Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Henri Poincaré Nancy1.
- MARC, E., PICARD, D., (2004). L'école de Palo Alto. *Un nouveau regard sur les relations humaines*. Retz, Paris.
- MOGGIO, F. (2001). Démentalisation du parent : incidence dans la thérapie conjointe parent-bébé et dans le traitement individuel de l'enfant, *Revue française de psychosomatique*, 20, 137-150.
- MOLINER, P., RATEAU, P., et COHEN SCALI, V. (2002). *Les représentations sociales: pratique des études de terrain*. Rennes : Presses universitaire de Rennes.
- MOLINIE, M. (2006).” Vers un nouveau paradigme” dans JOUBLIN, H., BUNGENER, M. *Proximologie: regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

- MONFORT, M., et JUAREZ, A. (2000). L'intervention centrée sur l'interaction familiale dans les cas de troubles graves du développement du langage. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 125-138.
- MONFORT, M. et JUAREZ, A. (2001) : *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales*. Isbergues : Ortho Édition.
- MONFORT, M. (2010). Guidance, accompagnement, partenariat: les alentours de l'intervention orthophonique. *Les entretiens de Bichat*, 53 – 57.
- MUCCHIELLI, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale: connaissance du problème, applications pratiques*. Thiron : ESF éditeur.
- PIAGET, I. (1967). *La construction du réel chez l'enfant* (4th ed.). Neuchatel: Delachaux et Niestle.
- RAPPAPORT, J. (1981). In praise of paradox : a social policy of empowerment over preception. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-144.
- RAPPAPORT, J., (1984). Studies in empowerment : intriduction to the issue. *Prevention in Human Service*, 3, 1-2.
- RAPPAPORT, J., (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention : toward a theory for community psychology, *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-144.
- REMY, C. (2008). L'accompagnement parental dans la prise en charge d'enfants présentant un retard de langage, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Sophia Antipolis, Nice.
- ROSKAM, I. (2005). Troubles du développement chez l'enfant et cognition parentale. *Tranel*, 42, 7-32.
- ROUSSEAU, T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.
- RUSCELLO DM., CARTWRIGHT, LR., HAINES, KB. et SHUSTER, LI. (1993).The use of different service delivery models for children with phonological disorders. *Journal of Communication Disorders*, 26, 193-203.
- SCHWAB, C. (2002). Une intervention en guidance interactive. *Langage et Pratiques*, 29, 30-13.
- SCHWARTZ RG., CHAPMAN K., TERRELL BY., PRELOCK P. et ROWAN L. (1985) Facilitating word combination in languageimpaired children through discourse structure. *Journal of Speech Hearing Disorders*, 50, 31-39
- SKINNER B. F. (1957). *Verbal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- STERN, D. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge. MA: Harvard University Press.

- SYLVESTRE, A., CRONK, C., ST-CYR TRIBBLE, D., et PAYETTE, H. (2002). Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 26(4), 180-96.
- SYLVESTRE, A., et DIONNE, C. (1994). Modèle interactionniste d'intervention en orthophonie. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 5(2), 155-166.
- THIBAUT, C. (2010). L'importance du premier entretien. *Rééducation orthophonique*, 48(241), 103-110.
- VERGE, M. (2010). Accompagnement parental et dyslexie: enquête auprès d'orthophonistes et de parents, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Sophia Antipolis, Nice.
- VILATTE, J. C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. Laboratoire Culture et communication, Formation « Evaluation », Université d'Avignon.
- VYGOTSKY, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- VYGOTSKY, L. S. (1985). *Pensée et langage*. Paris: Éditions Sociales de France.
- WAGNER, N. (2013) Impliquer les parents, dans les séances d'orthophonie, de leur enfant ayant des troubles dyslexiques : Quel(s) intérêt(s)? Pour qui? Pour quoi faire?, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lorraine.
- WALTER, N. (2012). *ORA2716 - Méthode d'acquisition des connaissances*. Université de Montréal.
- WHITEHURST, GJ., FISCHER, JE., LONIGAN, CJ., VALDEZ-MENCHAC, MC., ARNOLD, DS. Et SMITH, H. (1991). Treatment of early expressive language delay: if, when, and how. *Topics in Language Disorders*, 11, 55-68.
- ZUCMAN, E. (2008). Autour de la personne (poly) handicapée. *Reliance*, (4), 68-74.
- ZWITMAN, DH., SONDERMAN, JC. (1979). A syntax program designed to present base linguistic structures to language-disordered children. *Journal of Communication Disorders*, 12, 323-335.

Sitographie

- BARBIER, I. (2012). Parle-moi. Sur www.prader-willy.fr [consulté le 05/02/2015]
- Code Civil, Article 371-1, (2013) sur www.legifrance.gouv.fr [consulté le 01/03/2015]
- Code Civil, Article 371-2, (2002) sur www.legifrance.gouv.fr [consulté le 01/03/2015]
- Code de la santé publique, Article R1111-6, (2006) sur www.legifrance.gouv.fr [consulté le 01/03/2015]
- Décret n°2002-721 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (2002) sur www.legifrance.gouv.fr [consulté le 01/03/2015]
- DENNI-KRICHEL, N. (1999). Parents, votre enfant apprend à parler consulté sur www.info-langage.org [consulté le 12/03/2015]
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (2011). Études sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions sur <http://www.sante.gouv.fr/> [consulté le 05/09/2014]
- Formation HANEN, sur www.hanen.org/ [consulté le 12/03/2015]
- Formation DIALOGORIS, sur www.dialogoris.com/formations/ [consulté le 12/03/2015]
- Haute Autorité de Santé, sur www.has-sante.fr [consulté le 04/02/2015]
- MARTE MEO INTERNATIONAL (2013) sur www.marteméo.com [consulté le 20/02/2015]
- Nomenclature Générale des Actes Professionnels sur www.ameli.fr [consulté le 04/02/2015]
- Syndicat des orthophonistes de Meurthe et Moselle. (1992). Objectif langage. Sur www.info-langage.org [consulté le 12/03/2015]

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Tableau récapitulatif des modalités relatives aux différents types d'accompagnement parental

Annexe n°2 : Guide d'entretien à destination des parents

Annexe n°3 : Autorisation pour l'enregistrement audio/vidéo et l'exploitation des données enregistrées

Annexe n°4 : Consentement de participation à une étude clinique

Annexe n°5 : Codes principaux pour les transcriptions

Annexe n°6 : Version initiale du questionnaire

Annexe n°7 : Version finale du questionnaire : Orthophoniste

Annexe n°8 : Version finale du questionnaire : Parent

Annexe n°9 : Courriel de sollicitation à destination des orthophonistes

Annexe n°10 : Procédure à suivre par les orthophonistes pour la diffusion des questionnaires

Annexe n°11 : Formulaire de consentement pour l'utilisation des questionnaires

Annexe n°12 : Liste des catégories socio-professionnelles agrégées définies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE, 2003)

Annexe n°13 : Représentations graphiques