

MEMOIRE

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

**Sandrine DETREILLE
Gaëlle TEYTON**

soutenu publiquement en juin 2016 :

**Place de la motivation dans le traitement
orthophonique du retard de langage oral :
Quelle(s) influence(s) a l'orthophoniste dans
l'accompagnement parental ?**

MEMOIRE dirigé par :

Ingrid GIBARU, Orthophoniste, CMPP, Lens

Sophie MARTIN, Orthophoniste, CMPP, Lens

Lille – 2016

Remerciements

Nous tenons à remercier nos maîtres de mémoire, Ingrid Gibaru et Sophie Martin, pour leur disponibilité, leur patience, leur bienveillance et leurs encouragements.

Nous remercions aussi chaque professionnel ayant contribué à l'élaboration de notre travail. Nous pensons particulièrement aux orthophonistes ayant collaboré à la conception du questionnaire en ligne via son pré-test, à toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire et bien sûr à toutes les orthophonistes qui ont accepté les entretiens. Sans eux, ce mémoire n'aurait pu aboutir.

Merci également à Mme Prévost, notre pré-lectrice, pour l'intérêt porté à notre travail.

Nous sommes aussi reconnaissantes envers M. Genin, pour l'aide statistique qu'il nous a apportée.

Merci à tous ceux qui nous ont accompagnées et soutenues à leur manière, que ce soit à travers des prêts de documents, des échanges ou des encouragements, dans notre entourage universitaire, familial, amical ou professionnel.

Résumé :

Le rôle de l'orthophoniste auprès de l'entourage est mentionné par le décret du 8 août 2004, qui rappelle que le thérapeute peut accompagner l'entourage du patient par des conseils. Or, cet accompagnement familial ne se limite pas à l'échange de conseils, mais peut prendre diverses formes décrites dans la littérature. L'intégration de la famille peut se heurter à de nombreuses difficultés. Qu'en est-il dans le cadre du retard de langage oral ? Nous nous interrogeons ici sur la motivation des parents d'enfants avec un retard de langage oral et plus particulièrement sur le rôle que peut avoir l'orthophoniste sur celle-ci dans le cadre de l'accompagnement parental. Trois interrogations ont guidé cette étude. Nous nous sommes demandé si la motivation est un préalable au suivi orthophonique, quelle lecture peut-on faire de l'approche des praticiens à travers le modèle de l'éducation thérapeutique et quelles sont leurs stratégies et difficultés. Pour cela, nous avons bâti un questionnaire sur les pratiques des orthophonistes comportant 35 questions. Les données recueillies via les 241 réponses à ce questionnaire ont été complétées par la passation de 14 entretiens. Les résultats de ce travail montrent que la motivation des parents ne semble pas être un préalable pour débuter un suivi. Le canal du modèle en cinq dimensions de l'éducation thérapeutique le plus stimulé est le canal cognitif. Enfin, les orthophonistes pratiquent assez peu les séances à l'essai et le contrat thérapeutique. Ils ne se sentent pas assez formés initialement mais développent des stratégies au cours de leur pratique.

Mots-clés :

Orthophonie, Retard de langage, Parents, Accompagnement, Motivation, Éducation thérapeutique

Abstract :

The 2004's speech therapists' skills decree of the French government emphasizes the therapist's role towards families and relatives. However, this role is not limited to giving advice, but can take many forms, as literature shows.

The integration of families in the therapy process is not always easy.

In this essay, we will focus on the integration of families in the therapy of children with speech disorder ; how are parents motivated to help their children through the process and what can the therapist do to influence this motivation.

Our work revolves around three questions : Is parents' motivation necessary to start a speech therapy ? How to analyse practioners' work using the therapeutic patient education model ? What are the difficulties met by speech therapists and what kind of strategy do they develop ?

To support our analysis, we created a survey with 35 questions which gathered 241 answers and completed it with 14 interviews.

We found out that parents' motivation is not a prerequisite to start a speech therapy, that the cognitive channel is the most stimulated of the five dimensions of the therapeutic patient education model, and that speech therapists rarely offer trial sessions and a therapeutic agreement. They have the feeling of lacking initial training but develop new strategies as experience comes.

Keywords :

Speech therapy, Language disorder, Parents, Support, Motivation, Therapeutic patient education

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	3
1. Le retard de langage oral : un manque de consensus.....	4
1.1. Nosographie du retard de langage oral.....	4
1.1.1. Classification américaine.....	4
1.1.2. Classification adoptée par les européens.....	5
1.1.3. Classification française.....	6
1.2. Historique de l'évolution des termes.....	6
1.2.1. Du retard isolé à un continuum de troubles.....	6
1.2.2. La question de la pose du diagnostic.....	7
1.3. Sémiologie des troubles.....	8
1.3.1. Le retard de parole.....	8
1.3.2. Le retard de langage.....	8
1.3.2.1. Signes de sévérité et de persistance.....	8
1.3.2.2. Les signes positifs prédictifs de changement et les facteurs de risque.....	9
2. Accompagnements parentaux.....	9
2.1 La parentalité.....	9
2.1.1. Les enjeux de la parentalité.....	9
2.1.1.1. Une parentalité en mutation fragilisée.....	9
2.1.1.2. Les trois axes de la parentalité.....	10
2.1.2. Les outils de la parentalité pour les interactions langagières.....	10
2.2. La triangulation parents-enfant-orthophoniste.....	10
2.2.1. La nécessité d'une délégation de responsabilité.....	10
2.2.2 Le bilan, un moment clé pour la motivation.....	11
2.2.2.1 Le moment de la demande.....	11
2.2.2.1.1. <i>Influence des représentations parentales</i>	11
2.2.2.1.2. <i>L'orthophoniste face à cette demande</i>	12
2.2.2.2. La collaboration parents-orthophoniste tout au long du bilan.....	12
2.2.2.3. Les stratégies mises en place par l'orthophoniste pendant le bilan	13
2.2.2.4. Contrat et alliance thérapeutique.....	14
2.2.2.4.1. <i>Le contrat thérapeutique et les séances à l'essai</i>	14
2.2.2.4.2. <i>L'alliance thérapeutique</i>	15
2.3. Les différentes modalités de l'AP.....	16
2.3.1 Une compétence reconnue légalement et légitimement.....	16
2.3.1.1. Le cadre législatif et les recommandations.....	16
2.3.1.2. Les avantages de la participation des parents à la thérapie.....	16
2.3.2. Une terminologie complexe recouvrant des pratiques variées.....	17
2.3.3. Information.....	18
2.3.3.1. Définition.....	18
2.3.3.2. Exemples.....	18
2.3.4. Collaboration.....	19
2.3.4.1. Définition.....	19
2.3.4.1. Exemple.....	19
2.3.5. Intervention.....	19
2.3.5.1. Définition.....	19
2.3.5.2. Exemples.....	19
2.3.5.2.1. <i>Le Programme Hanen</i>	19
2.3.5.2.2. <i>Guidance interactive</i>	20

2.4. Les conditions d'un AP réussi.....	21
2.4.1 Facteurs liés au thérapeute et aux familles.....	21
2.4.2. Les attitudes à stimuler chez les parents pour une intervention efficace.....	21
2.4.3. Le critère de la satisfaction des parents.....	21
2.4.4. L'écueil du jugement.....	22
3. Favoriser la motivation en contexte orthophonique.....	22
3.1. La motivation en contexte de soin.....	23
3.2. Les principaux besoins à satisfaire.....	24
3.2.1. Les besoins psychologiques.....	24
3.2.1.1. Le besoin d'autonomie.....	24
3.2.1.2. Le besoin de compétence.....	24
3.2.1.3. Le besoin d'appareillement.....	25
3.2.2. Les besoins sociaux.....	25
3.2.2.1. Le besoin d'accomplissement.....	25
3.2.2.2. Le besoin de pouvoir.....	26
3.3. Le modèle de l'autodétermination de Deci et Ryan.....	26
3.4. Une approche multidimensionnelle issue de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).....	27
3.4.1. La démarche de l'ETP.....	27
3.4.2. Le modèle de changement allostérique en 5 dimensions.....	28
3.5. Les problématiques potentiellement rencontrées.....	29
3.5.1 Dans le cadre de l'AP.....	29
3.5.1.2. Les mécanismes de défense du Moi.....	29
3.5.1.3. L'agressivité.....	30
3.5.1.4. L'anxiété d'accomplissement.....	30
3.5.2. Dans le cadre du questionnement des orthophonistes sur leurs pratiques.....	31
3.5.2.1. L'impuissance acquise ou paradoxe de l'aide.....	31
3.5.2.2. Favoriser l'estime de soi ?.....	32
3.5.2.3. La valeur positive du symptôme.....	32
3.5.2.4. Le thérapeute face à ces difficultés.....	32
4. Problématique, buts et hypothèses.....	33
Sujets, matériel et méthode.....	34
1. Population visée.....	35
2. L'enquête par questionnaire.....	35
2.1. L'élaboration d'une première version du questionnaire.....	35
2.1.1 La définition de l'univers de l'enquête.....	35
2.1.2 La détermination du type d'informations à recueillir.....	35
2.1.3. Le choix du type de questions à poser.....	36
2.1.4. La définition d'une organisation interne.....	36
2.2. La diffusion de la première version du questionnaire.....	37
2.2.1. Les retours des orthophonistes.....	37
2.2.2. Remaniements à l'issue de la première version.....	37
2.2.3. Diffusion du questionnaire final et recueil des réponses.....	38
2.3. Méthodologie d'analyse.....	38
2.3.1. L'analyse des questions ouvertes.....	38
2.3.2. Le formatage des données.....	39
2.3.1.1. L'appel au traitement statistique.....	39
3. L'enquête par entretien.....	39
3.1. L'élaboration de la trame d'entretien.....	39
3.1.1. L'objectif de ces entretiens.....	39

3.1.2. L'élaboration du guide d'entretien.....	39
3.2. Le recrutement des orthophonistes.....	40
3.3. Le mode de passation	40
3.4. Méthodologie d'analyse des entretiens.....	40
Résultats.....	41
1. Résultats issus du questionnaire.....	42
1.1. Présentation de notre échantillon.....	42
1.2. Réponses des orthophonistes au questionnaire en ligne.....	42
1.2.1. Résultats des questions portant sur l'importance de la motivation pour les orthophonistes dans le cadre de l'AP du retard de langage oral	42
1.2.2. Résultats des questions portant sur les représentations la motivation des parents avant de débuter un suivi et la façon dont les orthophonistes se positionnent.....	43
1.2.3. Résultats des questions portant sur le bilan et les outils.....	44
1.2.3.1. Le bilan.....	44
1.2.3.2. Le contrat thérapeutique et les séances à l'essai.....	45
1.2.4. Résultats des questions portant sur le suivi.....	46
1.2.5. Résultats de la question de clôture portant sur l'environnement motivationnel et sur le sentiment d'être assez formée.....	47
1.3. Croisements de variables	47
2. Résultats issus des entretiens.....	48
2.1. Présentation des orthophonistes ayant participé aux entretiens.....	48
2.2. Les orthophonistes et l'AP	48
2.3. Les orthophonistes et la motivation parentale	49
2.4. Réponses aux questions concernant la gestion d'un manque de motivation tout au long du soin orthophonique.....	51
2.4.1. Réaction des orthophonistes devant des parents affirmant ne pas voir l'intérêt de l'orthophonie lors du bilan.....	51
2.4.2. Expériences des orthophonistes ayant rencontré des parents réticents qui ont finalement adhéré au suivi.....	52
2.4.3. Les orthophonistes face à un étiolement de la motivation.....	52
2.4.4. L'interruption du suivi pour des raisons autres que l'évolution positive du retard de langage oral de l'enfant	53
2.5. Questions sur l'écoute des conseils, la reprise des conseils et des stratégies par les parents	54
2.5.1. Activités proposées par les orthophonistes et activités particulièrement appréciées des parents	54
2.5.2. Le retour sur les conseils.....	54
2.5.3. Situations où les conseils sont repris de façon trop rigide.....	55
2.5.4. Situations où les conseils ne sont pas repris.....	55
2.5.5. Moment spécifique où les orthophonistes font participer les parents aux séances.....	55
2.6. Questions sur les représentations et émotions des parents tout au long du suivi.....	56
2.6.1. Les idées fausses rencontrées dans les discussions avec les parents, et les tentatives de les faire changer.....	56
2.6.2. Le projet de soin des parents.....	56
2.6.3. L'indifférence des parents quant au suivi.....	56
2.6.4. Les difficultés de compréhension réciproques	57
2.6.5. Les facteurs compliquant ou entravant l'application de stratégies ou de conseils.....	57
2.6.6. Les émotions des parents et les attitudes des orthophonistes.....	58

2.6.6.1. L'angoisse quant au devenir langagier de leurs enfants	58
2.6.6.2. Le désinvestissement de la sphère langagière.....	58
2.6.6.3. Le fait de se sentir démuni, dévalorisé dans sa fonction de parent	59
2.6.6.4. Les réactions d'agressivité.....	59
2.6.6.7. Le cas des réactions de culpabilité.....	60
2.7. Réponses aux questions en rapport avec les particularités de chaque orthophoniste	60
2.7.1. La pratique du contrat	60
2.7.2. La pratique des séances à l'essai.....	61
2.7.3. La complication des relations avec les parents à cause d'un doute autour du diagnostic.....	61
2.7.4. D'autres stratégies utilisées par les orthophonistes.....	61
2.7.5. L'influence du pays de formation	61
2.7.6. L'influence d'une zone d'exercice rurale	61
2.7.7. L'influence du mode d'exercice salarié.....	62
2.7.8. Les formations.....	62
Discussion.....	63
1. Limites de l'étude.....	64
1.1. Orientation particulière de notre étude.....	64
1.2. Biais de la représentativité de notre échantillon.....	64
1.2.1. Pour le questionnaire.....	64
1.2.2. Pour les entretiens.....	65
1.3. Biais dans la formulation de notre questionnaire.....	65
1.3.1. Pré-supposés non informatifs.....	65
1.3.2. Réactions de défense non évitées.....	65
1.4. Biais dans l'analyse des données issues du questionnaire.....	65
1.4.1. Biais dans le codage statistique de nos données	65
1.4.2. Biais en rapport avec la taille de l'échantillon.....	66
1.4.3. Biais pour l'interprétation de nos données.....	66
1.5. Limites quant aux données obtenues via le questionnaire.....	66
1.5.1. Limites liées à la formulation de certaines questions.....	66
1.5.2. Limites liées à l'orientation de nos questions.....	67
1.6. Limites du questionnaire abordées par les orthophonistes.....	67
1.6.1. Typologie des remarques.....	67
1.6.2. Limites pointées.....	68
1.6.2.1. Méthodologiques.....	68
1.6.2.2. Thématiques	68
1.6.3. Ajouts souhaités.....	68
1.7. Limites de la conduite des entretiens.....	68
2. Réponses aux hypothèses.....	69
2.1. Hypothèse 1 : les orthophonistes considèrent la motivation parentale comme un préalable au suivi orthophonique dans le cadre d'un retard de langage oral	69
2.1.1. Jugée importante, elle ne constitue pas un préalable au suivi	69
2.1.2. Influence des représentations de l'AP sur la motivation des parents ..	70
2.2. Hypothèse 2 : les orthophonistes privilégient le canal cognitif dans leur AP du retard de langage oral.....	71
2.3. Hypothèse 3 : les orthophonistes sont en demande d'outils face à cette problématique mais développent déjà des stratégies.....	72
3. La question du temps.....	75
4. Apports de ce travail.....	75

4.1. Un travail qui s'inscrit dans la continuité des études antérieures.....	75
4.2. Apports sur le plan personnel	76
4.2.1. Rigueur dans l'interprétation des données.....	76
4.2.2. Souplesse dans la conduite d'entretiens d'anamnèse.....	76
4.2.3. Réflexion sur les problématiques rencontrées	76
4.2.4. Réflexion sur le concept de motivation.....	76
4.2.5. Travail en équipe.....	77
4.2.6. Projection dans notre future pratique	77
4.3. Apports concernant le champ de l'orthophonie	77
4.3.1. Pistes de réflexion sur le rôle des parents dans le cadre de l'AP	77
4.3.2. Pistes de réflexions autour de la motivation parentale	77
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	80
Liste des annexes.....	88
Liste des annexes :	89
Annexe n°1 : Liste des signes prédictifs et des facteurs de risque en rapport avec le retard de langage oral (Olswang et al., 1998).....	89
Annexe n°2 : Critères d'observation exposés lors de la guidance interactive (Berney, 2003).....	89
Annexe n°3 : L'exploration des 5 dimensions du modèle de l'ETP (Golay et al., 2009) adapté au domaine de l'orthophonie.....	89
Annexe n°4 : Schéma des facteurs internes et externes influençant la motivation du patient (Golay et al., 2009).....	89
Annexe n°5 : Tableau récapitulatif des différents mécanismes de défense du Moi (Reeve, 2012) adaptés au contexte de parents d'enfant avec un retard de langage	89
Annexe n°6 : Tableau présentant quelques défenses sociales involontaires induites par la formulation des questions (Mucchielli, 1984).....	89
Annexe n°7 : Copie de notre questionnaire en ligne.....	89
Annexe n°8 : Exemple de nuage de mot réalisé avec le logiciel iRaMuTeQ à la question : « Pourriez-vous préciser les sujets sur lesquels portent le plus souvent vos discussions ? ».....	89
Annexe n°9 : Tableau présentant les villes de provenance des orthophonistes de notre échantillon.....	89
Annexe n°10 : Tableau comparatif présentant le pourcentage d'orthophonistes en fonction du mode d'exercice sur le territoire français et dans notre échantillon	89
Annexe n°11 : Tableau comparatif présentant le pourcentage d'orthophonistes en fonction du département d'exercice sur le territoire français et dans notre échantillon	90
Annexe n°12 : Résultats détaillés concernant les croisements de variables.....	90
Annexe n°13 : Formulaire de consentement	90
Annexe n°14 : Trame d'entretien envoyée aux orthophonistes.....	90
Annexe n°15 : Questions posées seulement le jour de l'entretien.....	90
Annexe n°16 : Tableau présentant les principales caractéristiques des orthophonistes ayant accepté un entretien	90

Introduction

Lors de nos stages et de nos lectures personnelles, nous avons été sensibilisées à l'importance de l'implication du patient et de son autonomie dans le cadre du soin. Or, cet idéal est parfois difficile à atteindre. Lors de nos échanges avec les orthophonistes, nous avons évoqué des enfants avec retard de langage oral qui semblaient passifs dans leur suivi orthophonique. De plus, le lien entre l'orthophoniste et les parents n'est pas toujours évident à tisser et peut poser problème, ce que peuvent révéler des détails concrets tels qu'une absence non excusée, des conseils difficiles à mettre en application, etc.

Nous avons alors choisi de nous interroger, dans le cadre de ce mémoire, sur la motivation des parents dans le suivi orthophonique. Ce concept paraissait nous faciliter l'abord du problème posé.

Nous avons décidé de nous concentrer sur le retard de langage oral de l'enfant, entité nosographique avec un fort retentissement sur les interactions entre les parents et leur enfant. Le cadre de l'accompagnement parental (AP) nous a paru opportun à utiliser, dans le but d'approfondir ses modalités de mise en œuvre. La vision systémique déployée par celui-ci ainsi que par l'éducation thérapeutique (ETP) a permis de modéliser notre pensée pour mieux remplir nos objectifs.

Dans cette étude, nous souhaitons établir un état des lieux des pratiques des orthophonistes pour cette problématique : selon eux, existe-t-il des facteurs influençant la motivation des parents ? Leur semble-t-il possible d'induire une envie de changement dans les interactions quotidiennes entre les parents et leur enfant ?

Dans un premier temps, nous présenterons la démarche théorique qui a soutenu notre travail. Nous nous attacherons à décrire ce que recouvre le terme de retard de langage oral. Nous décrirons les différentes formes que peut prendre l'accompagnement parental en orthophonie dans le cadre de cette pathologie. Enfin, nous définirons quelques concepts liés à la motivation en contexte de soin.

Dans un second temps, nous exposerons la méthodologie qui nous a guidées dans la réalisation de notre enquête et les outils utilisés : le questionnaire et les entretiens semi-directifs.

Dans un troisième temps, nous présenterons les résultats qui en ont découlé.

Enfin, nous les discuterons puis nous envisagerons les apports de notre travail sur le champ orthophonique.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Le retard de langage oral : un manque de consensus

Après avoir exposé la nosographie du retard de langage oral, nous explorerons ses manifestations cliniques.

1.1. Nosographie du retard de langage oral

1.1.1. Classification américaine

Actuellement, l'appellation courante en français « retard de langage » est englobée dans la catégorie « trouble de la communication » du DSM-5 sous le terme de « langage disorder », c'est-à-dire « trouble du langage » (DSM 5, 2013). Ce terme englobe les anciennes terminologies « expressive language disorders », c'est-à-dire « trouble du langage de type expressif » (DSM-IV-TR, 2003, p. 67) et « mixed receptive-expressive language disorders », à savoir « trouble du langage de type mixte réceptif-expressif » (DSM-IV-TR, 2003, p. 71). Le « trouble du langage » (DSM 5, 2013) consiste en des « difficultés persistantes dans l'acquisition et l'utilisation du langage à travers ses modalités (c.-à-d. langage parlé, écrit, langage des signes ou autre forme) » (DSM 5, 2013, p. 45). Le diagnostic inclut un déficit en compréhension ou en production aux niveaux lexical, morphosyntaxique et discursif. Les habiletés langagières sont inférieures à celles attendues pour une personne d'âge similaire, ce qui peut être une entrave à une communication efficace, à la sociabilisation, à la scolarité ou à la vie professionnelle. En outre, le début des symptômes s'inscrit dans la période du développement précoce de l'enfant. Enfin, des critères d'exclusion sont mentionnés : déficiences sensorielles, paralysie cérébrale ou autre « affection neurologique ou médicale » (*idem*, p.46), retard global du développement ou handicap intellectuel. Si le diagnostic demeure posé à 4 ans et au-delà, le « trouble du langage » (*ibid.*) est considéré comme davantage stable et persistant. Le profil langagier est malgré cela susceptible de changer durant le développement (*ibid.*). Des comorbidités sont aussi mises en avant : troubles spécifiques de l'apprentissage, déficit de l'attention/hyperactivité, trouble du spectre de l'autisme et troubles développementaux de la coordination, ou encore troubles de la communication sociale (*ibid.*).

Il est à noter que des recommandations produites par l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) ont été acceptées par le DSM 5. Elles

concernaient la comorbidité du trouble phonologique avec le trouble du langage, ainsi que la prise en compte de l'environnement culturel et langagier de la personne en situation de bilinguisme, les mesures étalonnées devant être pertinentes pour le milieu culturel ou linguistique d'appartenance.

En revanche, l'ASHA considérait que le trouble de la communication sociale faisait partie du critère du trouble du langage, pour la raison qu'il s'agissait d'un trouble du discours. Le DSM 5 a préféré définir le trouble du langage essentiellement autour du vocabulaire et de la grammaire, tandis que le trouble de la communication sociale ou de la pragmatique inclut la communication verbale et non-verbale dans un contexte social (ASHA, 2013).

1.1.2. Classification adoptée par les européens

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10), actuellement en révision, inclut ce qui est couramment appelé « retard de langage » dans les « troubles spécifiques du développement de la parole et du langage ». Ces troubles ne sont pas directement imputables à une perturbation neurologique ou du mécanisme de la parole, ni à des troubles sensoriels, ni à un retard mental, ni à des facteurs de l'environnement. Ils sont souvent associés à des difficultés pour lire et écrire, des perturbations dans les relations interpersonnelles, ou encore des troubles émotionnels et comportementaux (ICD-10, version 2016).

Ce qui est appelé « retard de langage » correspond au « trouble du langage de type expressif » : la compréhension orale est normale, et il ne devrait pas y avoir d'anomalies dans l'articulation, mais peut aussi être inclus dans le « trouble du langage de type réceptif » puisque : « Pour la quasi-totalité des cas, le langage expressif sera aussi nettement affecté et des perturbations dans la production des sons de la parole sont communs » (ICD-10, version 2016, nous traduisons). Autrement dit, le trouble de la compréhension orale premier retentit sur l'expression orale de l'enfant, aussi les 2 troubles ici distingués peuvent donner un tableau clinique en apparence similaire. Leurs critères d'exclusion sont par ailleurs en grande partie communs : une aphasie de Landau-Kleffner, une dysphasie, une aphasie, un mutisme sélectif, un retard mental. Pour le trouble de type expressif est ajouté un autisme ; pour le trouble de type réceptif, est ajouté le retard de langage dû à une surdité.

1.1.3. Classification française

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA R-2012) décrit, sans proposer d'étiologie, des « troubles de la parole et du langage », classés dans les « troubles du développement et des fonctions instrumentales ». Ceux-ci ont comme critères d'exclusion les anomalies neurologiques, anomalies anatomiques du système phonatoire, déficiences sensorielles et retards mentaux. C'est l'acquisition du langage qui est précocement « perturbée ou retardée » (*idem*, p. 47). Les « problèmes associés » (*ibid.*) sont similaires à ceux présentés dans la CIM-10 (interpersonnels, émotionnels et comportementaux). Le fait qu'aucune cause précise ne peut être retrouvée amène à qualifier ces troubles de « spécifiques » (*idem*, p. 46). Il est ici question de « retard simple de langage » (*idem*, p. 48). Sa description est similaire à celle de la CFTMEA-R-2000, à savoir une absence de premiers mots à 2 ans et une apparition des premières phrases après 3 ans, avec une compréhension peu ou non impactée. Le pronostic est bon, mais l'évolution peut être lente. La catégorie qui la suit est la « dysphasie », décrite comme une atteinte structurale, le langage demeurant « sommaire », avec notamment une hypospontanéité, un agrammatisme, des troubles de la compréhension et/ou de discrimination auditive.

1.2. Historique de l'évolution des termes

1.2.1. Du retard isolé à un continuum de troubles

Le retard de langage a pu être qualifié d'« isolé » dans le but de signaler une absence d'« autre altération majeure » (Campolini et al., 1997, p.74-75). Ce qualificatif a été critiqué, comme n'étant qu'une apparence. En effet, il est fréquent de retrouver chez ces enfants des « difficultés précoces de comportement » (Livet, 1999, p.381) : difficultés de séparation, troubles du sommeil ou en rapport avec la nourriture ainsi qu'une tendance à persister dans un relationnel « régressif et immature » (*ibid.*)

Le terme « retard simple de langage » apparaît aussi dans la CFTMEA-R-2012. Il désigne alors un « retard du développement du langage » (CFTMEA R-2012, p. 48). En 2007, Chevrie-Muller et Narbona abordent le terme de « retard simple » pour évoquer le fait qu'il est « encore courant chez les auteurs francophones (bien que critiqué) » (p.369), tout en nuancant ce qualificatif, qui ne signifie pas une facilité dans le diagnostic ou dans le suivi thérapeutique.

Non spécifique signifie que les troubles ne touchent pas spécifiquement le langage, et qu'ils sont relativement homogènes (Parisse et Maillart, 2010, p.6). Contrairement aux troubles spécifiques, ils n'entraîneraient pas de troubles de la communication (*ibid.*). En réalité, le langage des parents est différent, à la fois en qualité et en quantité, du fait des difficultés langagières de l'enfant (Maillart et al., 2011). La communication entre les parents et l'enfant est donc impactée.

Le neuropédiatre Livet dès 1999 évoque en effet un « continuum » entre retards simples de langage et dysphasies (p.381). Ce concept est repris (Schelstraete, 2011) avec des facteurs de risque comme modulateurs des troubles.

Aussi la conception change, d'un diagnostic différentiel à un continuum de troubles. Or, dans la nomenclature française de 2016, le suivi thérapeutique du retard de langage est coté comme une séance de « rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral ». L'appellation « retard de langage » étant couramment usitée par les cliniciens, nous l'emploierons par la suite, tout en gardant présente la complexité de sa nosographie.

1.2.2. La question de la pose du diagnostic

Partant de là, le diagnostic n'est pas figé, mais continu. En effet, le retard de langage recouvre à la fois une implication diagnostique et une implication « pronostique » (Boublil, 2005, p. 199). Est ainsi justifiée l'importance de ne pas banaliser certains retards : l'identification des enfants peut être complexe, comme l'évolution des troubles (Chevrie-Muller et Narbona, 2007).

La théorie de la « récupération illusoire » (Scarbouroug et Dobrich, 1990 cités par Chevrie-Muller et Narbona, 1997, p.370) met cet aspect en évidence. Cette appellation désigne une phase au cours de laquelle les troubles du langage oral semblent s'être estompés mais se manifestent au travers de troubles d'apprentissage de la langue écrite au moment de l'école primaire. Il est également possible d'observer des répercussions sur les compétences orales des adolescents d'une quinzaine d'années. Enfin, d'autres études anglophones ont pu mettre en évidence des effets sur le comportement socio-émotionnel des adolescents : ceux-ci auraient tendance à être plus introvertis et moins intéressés par le jeu (Irwin et al., 2002).

Cette notion a été par la suite nuancée, par la discussion des critères d'inclusion et d'exclusion de ces études, ainsi que des choix des seuils pathologiques. Elle a notamment été battue en brèche par une étude anglophone de

2014 (Dale et al., 2014). Alors que l'étude de 1990 ne s'appuyait que sur 4 patients, celle-ci a concerné plus de 3000 patients. Les résultats présentés ne sont pas significatifs pour parler de « récupération illusoire ». Pourtant, cette théorie a été largement acceptée par les cliniciens, selon les auteurs il s'agirait de cas de « corrélation illusoire » : le clinicien reste plus particulièrement marqué par les cas d'enfant n'ayant pas totalement récupéré suite au traitement.

1.3. Sémiologie des troubles

1.3.1. Le retard de parole

Nous évoquons ici le retard de parole car il est cliniquement fréquemment associé au retard de langage. Il est de bon pronostic. Il consiste en des altérations phonétiques, notamment des confusions et substitutions de phonèmes partageant un lieu d'articulation proche, des omissions de syllabes finales (CFTMEA-R-2012). Cela s'accompagne fréquemment de signes « d'immaturité affective » (*idem*, p. 48), tels qu'une succion non-nutritive, une préférence pour une alimentation « lactée et semi-liquide » (*ibid.*), et un entourage familial entretenant ces comportements régressifs.

1.3.2. Le retard de langage

Le langage de l'enfant est touché au niveau du lexique, de la syntaxe, du discours. L'âge d'apparition des premiers mots ne semble pas être un critère pertinent (Desmarais et al., 2008 cités par Schelstraete, 2011).

1.3.2.1. Signes de sévérité et de persistance

Certains signes iraient dans le sens d'une sévérité et d'une persistance des troubles, ils sont dits « précoces » avant 5 ou 6 ans, et différents de ceux retenus pour les enfants d'âge supérieur ou égal à 5 ou 6 ans (Schelstraete, 2011). Nous nous inspirons de cette approche pragmatique en fonction de troubles plutôt que de classifications dans ce paragraphe.

Les signes précoces sont des troubles de la réception (par exemple discrimination phonologique), les déformations phonologiques, les troubles expressifs de la morphosyntaxe ainsi que les troubles des praxies bucco-faciales.

Après 5 ou 6 ans, les signes de sévérité et de persistance seraient des difficultés à répéter les pseudo-mots et à apprendre de nouveaux mots, des difficultés à produire un récit, des difficultés expressives en morphosyntaxe ainsi qu'un manque du mot.

1.3.2.2. Les signes positifs prédictifs de changement et les facteurs de risque

Des signes positifs prédictifs de changement (nous traduisons d'après Olswang et al., 1998) et des facteurs de risque ont aussi été mis à jour dans le but de mieux décider de la suite thérapeutique à donner aux troubles de chaque patient. Ceux-ci sont toujours considérés comme une référence d'après une revue de littérature récente (Hawa et Spanoudis, 2013). L'idée principale est qu'il est plus urgent d'offrir une thérapie à un enfant avec peu de signes positifs prédictifs de changement mais beaucoup de facteurs de risque qu'à un enfant qui, inversement, aurait plusieurs signes positifs prédictifs de changement et peu de facteurs de risque. Parmi les facteurs de risque, on peut citer l'héritabilité ou les besoins des parents, que ce soient leurs « caractéristiques » (« characteristics ») ou leurs « centres d'intérêts » (« concerns ») (Olswang et al., 1998, p.28). Des signes positifs prédictifs de changement sont par exemple la présence de l'imitation ou du jeu chez l'enfant. Leur liste complète est disponible en annexe 1 p. A3 - A4. Ainsi, le langage de l'enfant se développe notamment dans les interactions avec ses parents.

Voilà pourquoi un des axes de la thérapie les concerne plus particulièrement.

2. Accompagnements parentaux

Il existe une grande variété parmi les modalités de l'accompagnement parental.

2.1 La parentalité

2.1.1. Les enjeux de la parentalité

2.1.1.1. Une parentalité en mutation fragilisée

La parentalité est le concept prenant le relais de celui de parenté, défini au siècle dernier en termes d'alliances (les mariages) et de lignage (liens de sang). Les multiples évolutions des pratiques sociétales ont modifié la manière de vivre ces liens. Par conséquent, la famille n'est plus vécue comme une « institution » (Delion, 2007, p. 11) qui reproduirait les rapports sociaux dans la sphère privée, mais comme un « groupe » qui tient son organisation des liens entre individus, susceptible d'être sans cesse modifié. La parentalité correspondrait donc à l'investissement et à l'attachement du parent pour son enfant.

2.1.1.2. Les trois axes de la parentalité

La parentalité a été distinguée en 3 axes (Houzel, 1999) :

- l'« exercice de la parentalité » : il correspond globalement aux cadres, c'est-à-dire les droits et les devoirs qui s'y rapportent. L'autorité parentale en fait notamment partie (*idem*, p.115).

- l'« expérience de la parentalité » : il correspond à l'expérience mêlée d'affect et d'imagination des personnes à qui il revient d'exercer les fonctions parentales. C'est dans cet axe que se rencontrent les différentes représentations de l'enfant (fantasmatique, imaginaire, réelle) (*ibid.*)

- la « pratique de la parentalité » : il correspond aux pratiques concrètes et visibles objectivement, tels que « soins à l'enfant, interactions comportementales, pratiques éducatives, etc. » (*idem*, p.116).

2.1.2. Les outils de la parentalité pour les interactions langagières

Nous appelons ici « outils de la parentalité » les stratégies qui soutiennent le langage dans la relation parent-enfant. Ces habitudes langagières peuvent être amenées dans le cadre d'un accompagnement parental (AP).

Il peut s'agir du fait de ne pas faire répéter l'enfant, d'interpréter ce qu'il a dit même en cas d'incompréhension, de demander des clarifications, de décrire les actions réalisées ou de se placer en face du regard de l'enfant pour lui parler.

Le langage peut être adapté, dans un juste dosage de complexité et d'informativité (Brassart, 2016). D'autres stratégies peuvent consister à diminuer le nombre des questions, pour augmenter celui des situations de choix et des explications.

2.2. La triangulation parents-enfant-orthophoniste

2.2.1. La nécessité d'une délégation de responsabilité

Le principe de la parentalité a pu être considéré comme étant la « prise en charge de l'enfant par l'adulte » (Quentel, 2008, p.35). L'adulte exerce en effet une responsabilité envers l'enfant, et celle-ci le conduit à s'engager à sa place, dans tous les domaines. En effet, l'enfant est dépendant du fait de son rapport particulier au monde : il ne lui est pas possible de « se situer de façon relative dans le temps, l'espace et la stratification sociale » (*ibid.*). Ainsi l'enfant serait porté comme une dimension du parent.

Cela permet de comprendre le fait que dans une intervention thérapeutique, les professionnels « s'appropri[ent] une compétence » (*idem*, p.182). Est donc nécessaire une « délégation de responsabilité » (*idem*, p.179) pour que le travail soit possible. Elle se concrétise par le fait que d'un côté, le professionnel rend compte du « service qu'il apporte à celui qui lui fait ainsi confiance », et d'un autre côté, le parent accepte, ou bien reconnaît de façon explicite, la « compétence du professionnel auquel il s'adresse et dont il requiert les services » (*idem*, p.182). En l'absence de cette délégation de responsabilité, manque la légitimité du professionnel dans son « action » auprès de l'enfant (*ibid.*).

Un écueil serait alors de « construi[re] l'incompétence du parent » (*idem*, p.184) par l'affirmation de sa compétence de professionnel. Contre cet écueil, le professionnel se doit de transmettre des informations sur ses objectifs et sur l'évolution du suivi, notamment à propos de sa durée et des progrès visés. Dans le même temps, le but est d'accueillir le regard du parent sur son enfant, sur le suivi, et sur les éventuels effets à la fois chez l'enfant et dans son environnement, pour augmenter la « reconnaissance sociale de leur rôle de parent » (*idem*, p.206) que les parents revendiquent.

Dans le cadre de l'AP, il est ainsi essentiel d'amener une rencontre entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel chez les parents, en leur permettant d' « assumer la culpabilité » (*idem*, p.229). Il s'agit d'un cheminement s'appuyant sur des détails concrets du quotidien. Ceux-ci permettent une prise de recul par rapport aux attentes qu'ils ont envers leur enfant : elle peut alors les conduire à se questionner sur le sens de ces attentes et sur ce qu'elles cherchent à réparer.

2.2.2 Le bilan, un moment clé pour la motivation

2.2.2.1 Le moment de la demande

2.2.2.1.1. Influence des représentations parentales

« Toute consultation logopédique suppose que l'on parte d'une demande, qui donne sa raison d'être à la consultation » (Estienne, 2004, p.33). Dans le cadre du retard de langage, cette demande peut émerger d'une inquiétude des parents concernant le développement langagier de leur enfant qui les amène à consulter l'orthophoniste qu'ils jugent potentiellement apte à faire progresser leur enfant. Or, les représentations qu'ont les parents du langage, de son développement, du retard de langage et de l'orthophonie peuvent considérablement faire varier ce schéma

classique. Ainsi la notion de retard et d'écart à la norme peut ne pas trouver écho chez les parents d'une autre culture (Lessard, 2000). Le retard est parfois mieux accepté dans la communauté d'origine, l'influence qu'a ce retard ne sera donc pas perçue de la même façon chez ces familles (Terrel, 1992 cité par Lessard 2000). Le retard peut également être expliqué en fonction des croyances culturelles des parents (Lessard, 2000). Outre ces facteurs culturels, les parents disposent parfois de peu de repères développementaux d'où un étonnement face au diagnostic de retard de langage (Oberson, 2003).

2.2.2.1.2. L'orthophoniste face à cette demande

Estienne (2004) décrit l'accueil de la demande par l'orthophoniste comme un acte dynamique qui mobilise de nombreuses ressources. En effet, le thérapeute analyse non seulement les aspects objectivables de cette demande, qui seront confirmés ou non par le bilan, mais il analyse aussi l'aspect représentationnel du trouble, c'est-à-dire comment le trouble est vécu par la famille, comment il est interprété, ce que ressentent l'enfant et ses parents devant ce trouble. De plus, l'orthophoniste a lui-même des représentations qui peuvent biaiser l'interprétation de cette demande comme les préjugés qu'il peut avoir concernant les parents (Thibault, 2010) ou concernant la demande (Estienne, 2004). L'orthophoniste peut aussi se trouver confronté à une absence de demande. Estienne (*ibid.*) conseille alors de réfléchir au système de valeurs de la famille pour comprendre pourquoi le changement permis par la thérapie n'est pas souhaité, savoir si ce refus est dû à une méconnaissance du trouble ou si les parents n'adhèrent pas au cadre thérapeutique.

2.2.2.2. La collaboration parents-orthophoniste tout au long du bilan

Tout au long du bilan, l'orthophoniste s'appuie sur les parents pour comprendre l'enfant et son problème. Les parents sont ainsi sollicités dès l'anamnèse pour recueillir un maximum d'informations. Ce moment peut être anxiogène pour les parents. Sur le coup de l'émotion, ils peuvent ainsi omettre certaines problématiques de l'enfant ou certains éléments explicatifs. Thibault (2010) propose alors d'envoyer une anamnèse au préalable aux parents. Ceci permet également à l'orthophoniste de mieux se préparer à accueillir la famille en amont. Coquet propose d'élaborer cette anamnèse tout au long du bilan, entre les épreuves (Coquet 2014, citée par Bera et Coquelle, 2015). Les questions sont alors orientées

en fonction de ce qui est observé pendant le bilan : elles sont ainsi potentiellement jugées moins intrusives et inattendues puisque les parents les comprennent mieux. Les parents peuvent également participer à l'évaluation en remplissant des répertoires, inventaires ou grilles développementales. L'interaction avec leur enfant fait également l'objet d'une analyse par l'orthophoniste (Antheunis, 2007). Il peut ainsi filmer une situation de jeu entre l'enfant et ses parents s'ils l'acceptent.

Le bilan peut se révéler être un exercice périlleux pour l'orthophoniste car celui-ci doit jongler entre plusieurs impératifs : « recueillir des données, informer et motiver, rendre les parents acteurs / actifs » (Thibault, 2010). Pour être complètement disponible, il peut décider d'organiser son bilan en plusieurs séances avec différents objectifs pour chacune d'elles. La présence ou non des parents pendant la passation des épreuves du bilan doit être réfléchi (Antheunis, 2007). En effet, celle-ci peut être bénéfique : les parents sont ainsi plus à même de comprendre les résultats de l'évaluation, ils peuvent encourager leur enfant ; comme elle peut se révéler plus compliquée si les parents sont dans le déni des difficultés de leur enfant ou si leur regard met mal à l'aise l'orthophoniste.

2.2.2.3. Les stratégies mises en place par l'orthophoniste pendant le bilan

Mmes Antheunis, Ercolani-Bertrand et Roy dans leur outil « Dialogoris 0/4 ans- Orthophoniste » (2005) conçoivent l'échange entre les parents et l'orthophoniste comme un dialogue. Les auteurs conseillent ainsi aux orthophonistes de ne pas se contenter d'interroger les parents avec des questions fermées. Celles-ci doivent servir d'amorce pour que les parents puissent exprimer ce qui les préoccupe face au développement langagier de leur enfant. Ils peuvent également poser leurs questions et l'orthophoniste se doit d'être à leur écoute.

Françoise Estienne (2004), suggère de repérer la teneur du discours des parents. Ce dernier peut se situer plutôt sur un canal de pensée, d'action ou d'émotion. L'orthophoniste repère ce canal, répond en fonction de celui-ci et essaie de les amener vers les autres canaux. Ce dialogue est ensuite comparé à ce qui est observé de l'enfant par l'orthophoniste. Le thérapeute peut ainsi se rendre compte d'une éventuelle disproportion entre les capacités langagières et communicatives de l'enfant et ce qu'en disent les parents.

Il veillera ensuite à tenir compte de ce qu'il a perçu des parents et de l'enfant pour annoncer le diagnostic et les modalités du soin orthophonique en fonction de ce

qu'ils sont en mesure de recevoir (Antheunis, 2005). L'orthophoniste se doit de prendre le temps nécessaire à cet échange à la suite du bilan pour laisser aux parents le temps de faire émerger leurs questions, accueillir leurs émotions. Il les accueille sans a priori et reformule si nécessaire. Tout au long de l'intervention, l'orthophoniste réfléchit au système de valeurs des parents qui sont parfois éloignées des siens. Il tente alors de trouver un point de rencontre entre ses valeurs et celles des parents en ayant conscience de la relativité des savoirs. Ainsi les pratiques peuvent varier selon les professionnels de même que les sources théoriques sur lesquelles ils s'appuient. Ainsi les parents auront pu être en contact avec d'autres approches qui diffèrent de celles de l'orthophoniste.

2.2.2.4. Contrat et alliance thérapeutique

2.2.2.4.1. Le contrat thérapeutique et les séances à l'essai

À la fin du bilan, Estienne propose d'établir un contrat thérapeutique matérialisé sous forme écrite. Ce contrat est défini ainsi : « Le contrat est un engagement réciproque entre deux ou plusieurs personnes sur base d'un accord explicite spécifiant les objectifs à atteindre, les moyens, les étapes, les délais, les critères de contrôle de l'efficacité du travail, les freinages éventuels, les signes tangibles de l'évolution, les résultats concrets qui témoigneront que les objectifs sont atteints. » (Estienne, 2004, p.120-121). Le contrat permet de faire prendre conscience de la responsabilité partagée qu'ont l'orthophoniste, le patient et sa famille dans la thérapie. Ceux-ci s'engagent comme le thérapeute. Il est ainsi daté et signé par l'orthophoniste, les parents et l'enfant. Les objectifs sont formulés en termes positifs (on évite ainsi les formulations de type « ne pas »), concrets, précis, réalisables et spécifiques. Si les parents ne semblent pas convaincus par le contrat, l'auteur conseille alors de proposer 3 séances à l'essai. Ces séances vont permettre à la famille de découvrir concrètement ce qu'est l'orthophonie et si la thérapie correspond à leurs attentes. L'orthophoniste peut également proposer ponctuellement des questionnaires d'évaluation de la thérapie pour savoir où en est la famille par rapport à la démarche thérapeutique et ce qu'elle pense de son évolution.

Que le bilan débouche sur ce type de contrat décrit par Estienne ou sur une formulation d'objectifs moins formelle, bons nombres d'auteurs (Berney, 2003 ; Crunelle, 2010) insistent sur l'importance de l'alliance thérapeutique

2.2.2.4.2. L'alliance thérapeutique

Le contrat thérapeutique peut être un moyen de parvenir à l'alliance thérapeutique mais cette dernière n'est pas forcément obtenue dans l'immédiat. En effet, elle nécessite l'instauration d'une relation de confiance mutuelle qui se construit au fil du temps (Cifali, 2014). Selon le modèle systémique de Pinsof (Baillargeon et al., 2005) elle a deux dimensions : une dimension interpersonnelle et de contenu. Dans la dimension interpersonnelle, différents niveaux d'alliance peuvent s'élaborer : l'alliance individuelle, sous-systémique, avec le système en entier et intrasystémique. Le thérapeute construit ainsi une alliance individuelle avec chacun : le père, la mère et l'enfant. Chaque individu impliqué dans cette relation thérapeutique fait lui-même partie d'un système : le thérapeute fait partie du système médical et éventuellement d'une équipe s'il travaille en institution. Le couple parental constitue également un système, comme la fratrie, la famille élargie du trio parents-enfant. Au sein de chaque sous-système, des alliances peuvent se constituer, par exemple entre les parents pour aider leur enfant : il s'agit d'une alliance intrasystémique.

Bordin (1979, cité par Baillargeon et al., 2005) distingue trois principales dimensions du contenu de l'alliance : les tâches, les objectifs et les liens. Les tâches correspondent aux activités menées en cours de séance. Elles peuvent plus ou moins correspondre aux attentes des parents. L'adéquation entre ces attentes et les tâches proposées est un facteur clé pour l'alliance. En effet les modalités d'intervention en orthophonie peuvent étonner les parents : par exemple pour certaines familles, la situation de jeu peut être perçue comme inappropriée en thérapie (Berney, 2003). Certaines approches, comme dans le programme Hanen où le parent est invité à repérer les initiatives de l'enfant, peuvent être compliquées à appréhender chez des parents trop dirigistes (Girolametto, 2000). Les objectifs constituent la seconde dimension de contenu de l'alliance. Les parents peuvent ainsi venir avec une demande d'aide et avoir certains objectifs pour leur enfant qui ne sont pas forcément ceux de l'orthophoniste. L'alliance peut alors s'en trouver entravée. Enfin le lien est déterminé par la relation émotionnelle entre le thérapeute, les parents et l'enfant. Ce lien repose sur la confiance, le sentiment d'être écouté, compris. Baillargeon et al. (2005) soulignent également l'importance de l'alliance institutionnelle qui peut déterminer l'alliance entre le trio et le thérapeute. Ainsi les parents peuvent ou non faire confiance au système médical ou à la structure dans laquelle travaille éventuellement l'orthophoniste. Parfois, l'alliance n'est pas totale

mais partagée. Dans cette situation, le thérapeute a réussi à établir une alliance thérapeutique positive avec l'un des sous-systèmes mais pas avec un autre.

2.3. Les différentes modalités de l'AP

2.3.1 Une compétence reconnue légalement et légitimement

2.3.1.1. Le cadre législatif et les recommandations

La prise en compte de l'entourage dans le processus de soin est reconnue par l'article R 4341-4 du Code de la santé publique issu du décret du 8 août 2004, que le suivi orthophonique peut être « accompagn[é], en tant que besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient ». Le rapport produit par le Service des recommandations et des pratiques professionnelles intitulé « L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans » évoque « une démarche d'accompagnement familial » qui peut être entreprise en parallèle d'une « approche rééducative centrée sur l'enfant » (ANAES, 2001, p.68).

Cette proposition part du principe que les premiers « partenaires [...] dans la construction du langage » sont les parents de l'enfant. Les conseiller permet « d'optimiser leurs interactions avec leur enfant » (*ibid.*). En ce sens, chaque programme s'adapte à une famille sous la forme d'entretiens, de séquences vidéos d'interactions commentées, d'informations par le biais de plaquettes, de modélisation.

Le but de l'orthophoniste est de faciliter l'observation et la manière d'interagir avec l'enfant pour la famille, dans le sens d'un plus grand ajustement entre les « attentes et ses comportements de communication ». Il consiste également à « développer des attitudes positives », tant au niveau de la « position », de « l'écoute », de « l'adaptation » et de « l'enrichissement » (*ibid.*). Loin d'être limitée aux parents, cette démarche doit être élargie aux personnes familières de l'enfant : enseignants, éducateurs, personnel médical et paramédical etc.

2.3.1.2. Les avantages de la participation des parents à la thérapie

De nombreux arguments vont dans le sens d'une intégration des parents à la thérapie de leur enfant (Montfort, 2010). Les parents sont des interlocuteurs privilégiés de l'enfant. Les séances d'orthophonie sont brèves et il est souvent nécessaire de poursuivre l'entraînement en dehors du cabinet. Grâce aux parents, l'orthophoniste peut évaluer si les compétences développées au cabinet sont

transférées dans la vie quotidienne de l'enfant. De plus, le retard langagier de l'enfant peut entraîner des conséquences délétères : appauvrissement du niveau langagier des parents, incompréhension, frustrations, angoisse. L'orthophoniste a donc un rôle préventif à ce niveau. L'orthophoniste, en gagnant la confiance des parents construit avec eux une alliance thérapeutique (Lacroix, 2003).

2.3.2. Une terminologie complexe recouvrant des pratiques variées

L'AP peut prendre des formes variées selon l'enfant, les besoins des parents, la place que leur accorde l'orthophoniste dans la thérapie. Le terme d'AP recouvre des pratiques variées et les terminologies ne se recourent pas toujours exactement selon les auteurs. Monfort (2010) distingue trois termes : « la guidance », « l'accompagnement » et « le partenariat ». L'auteur signale que les termes de guidance et d'accompagnement sont souvent opposés, le terme d'accompagnement étant préféré au terme de « guidance » référant à une pratique jugée comme trop directive, mais pour lui elles renvoient en fait à des situations différentes. L'auteur présente également la classification anglo-saxonne où on trouve les termes de « family-centered program » où le rééducateur oriente son intervention sur les interactions familiales, « family-allied program » où la famille collabore à un programme appliqué par le thérapeute et « family-focused program » où la famille applique les directives du thérapeute. En France, Oberson (2003), distingue trois autres formes d'accompagnement parental que l'auteur pratique en fonction des caractéristiques de chaque parent. Ainsi lorsque les interactions parents-enfant semblent harmonieuses, le thérapeute donne plutôt des conseils aux parents en suggérant des activités favorisant l'émergence du langage. Lorsqu'elle sent une certaine rigidité chez les parents, elle préfère les inviter aux séances pour qu'ils observent un autre style interactionnel. Enfin, chez des parents démunis, elle propose plutôt la participation aux séances. Nous nous inspirons ici de la classification d'Agnès Bo (2010, présentée par Auzias et Le Menn 2011) qui distingue : « information », « collaboration » et « intervention ». Nous illustrerons chaque modalité d'accompagnement par un ou plusieurs exemples pratiques applicables dans le domaine du retard de langage oral. Notons cependant que cette classification reste schématique.

2.3.3. Information

2.3.2.1. Définition

Lors de la thérapie, l'orthophoniste est souvent amené à informer les parents sur le développement langagier de leur enfant. Il peut également leur donner des conseils. Cette modalité d'AP est également nommée guidance parentale par certains auteurs comme Crunelle (2010, citée par Gantelme et Vanuxem, 2011). L'orthophoniste occupe alors une place d'expert et a un rôle asymétrique par rapport à celui des parents.

2.3.2.2. Exemples

En plus des livrets d'informations disponibles : « Objectif Langage » (Ercolani et al., 1992), « Papa, Maman... le langage c'est important !!! » (Coquet et al., 2003), des approches ciblent les interactions parents-enfants par les conseils. Nous nous appuyons sur les approches développées par Coquet (2013).

- **Langage Adressé à l'Enfant (L.A.E)** (Khomsi, 1982 cité par Coquet, 2013, p. 383). il s'agit d'un langage simplifié, avec une prosodie plus ou moins modulée. Certains auteurs parlent de « Mamanais », de « Parler nourrice » ou encore de « Motherese ». Ce langage évolue en fonction de l'âge de l'enfant, pour disparaître vers deux ans et demi à trois ans.

- **La « pédagogie de l'accompagnement naturel »** (Le Huche, 1990 cité par Coquet, 2013, p. 387) repose sur 2 principes : ne demander aucun effort à l'enfant et privilégier la communication vraie par le signifié, dans le but de lier « des relations affectives positives avec les éléments du monde des signifiants » (*ibid.*).

- **« Les stratégies positives »** (Aimard, 1996 cité par Coquet, 2013, p.388). Il s'agit d'« ajustements » (*ibid.*) tant au niveau de l'environnement que des interactions.

- **Les conseils aux parents** (Rondal, 1998 cité par Coquet, 2013) qui consistent en des points de repère et des conseils spécifiques à l'âge de l'enfant. Il a d'ailleurs publié un ouvrage destiné aux parents (*Votre enfant apprend à parler*, 1998).

- **Dialogoris** : Mmes Antheunis, Ercolani-Bertrand et Roy ont créé deux outils destinés à prévenir le plus précocement possible les troubles de la communication et du langage et à guider les professionnels dans leur démarche d'AP. Le premier outil (Dialogoris 0-4) s'adresse aux professionnels de PMI et le second (Dialogoris 0-4

Orthophoniste) aux orthophonistes. Des formations sont également régulièrement organisées. Ces outils permettent aux professionnels de répondre à une demande d'information de la part des parents.

2.3.4. Collaboration

2.3.3.1. Définition

Les parents sont conviés aux séances, y participent et sont formés à des techniques spécifiques. Les objectifs sont définis par l'orthophoniste. Là encore, l'orthophoniste a une position asymétrique par rapport aux parents qui appliquent ses directives.

2.3.3.1. Exemple

- L'approche milieu : le projet Thirty Million Words TM

Ce projet développé à Chicago, destiné aux parents et se déroulant à leur domicile, s'inspire de l'enseignement incident chez les enfants d'âge préscolaire (Hart et Risley, 1975). Il était décrit comme une façon d'apprendre en situation les compétences langagières, lorsque l'enfant initie un échange. Les résultats étaient une augmentation des phrases composées des enfants envers les adultes, puis entre pairs, après 15 minutes par jour d'enseignement incident. Le programme Thirty Million Words est construit sur la base de travaux autour des inégalités langagières dans la petite enfance (de 7-9 mois à 36 mois).

2.3.5. Intervention

2.3.4.1. Définition

Dans cette modalité, le parent est reconnu comme expert. La position de l'orthophoniste par rapport aux parents est jugée par Bo (2010) comme horizontale. Les objectifs de la thérapie et les modalités de sa mise en place sont discutées avec les parents.

2.3.4.2. Exemples

2.3.4.2.1. Le Programme Hanen

Le programme Hanen, « Parler, un jeu à deux », élaboré à Toronto dans les années 70, est une méthode d'intervention auprès de parents de jeunes enfants. Son approche est dite naturaliste et s'appuie sur une théorie socio-interactionniste. La priorité est ainsi donnée à l'amélioration de la qualité de l'interaction parents-enfant.

L'enfant est mis au cœur de cette interaction. Les parents sont entraînés à repérer les initiatives prises par leur enfant, leur donner des réponses contingentes, c'est-à-dire correspondant au centre d'intérêt de l'enfant et adaptées à ses possibilités de compréhension. En effet Girolametto, (2000) en s'appuyant sur les résultats de plusieurs études, souligne que les enfants ayant un retard de langage sont moins actifs dans l'interaction et que celle-ci est surtout contrôlée par le parent. Dans sa forme originelle, le programme se déroule en 11 séances pendant lesquelles les parents assistent à des discussions autour de la communication parents-enfant. Le programme comporte aussi 3 séances individuelles à domicile. Les interactions parents-enfant sont filmées afin d'être analysées par les parents et l'orthophoniste. Les situations choisies sont des séances de jeux ou des moments de la vie quotidienne. Les parents ont également un livre à leur disposition reprenant les points abordés tout au long du programme de façon pédagogique. Ils apprennent ainsi à s'adapter au niveau langagier de leur enfant.

Agnès Bo propose une adaptation de ce programme en cabinet libéral. Elle remarque en effet que les séances de groupe font moins partie des pratiques professionnelles de l'orthophoniste en France. Elle propose donc de mener cet AP en face à face avec les parents qui sont reçus toutes les 3 ou 4 semaines conjointement au traitement orthophonique individuel de l'enfant. Contrairement au programme Hanen les objectifs ne sont pas définis au départ mais le projet de soin est élaboré avec les parents. Chaque objectif est clairement défini. L'analyse de situations de la vie quotidienne est également reprise.

2.3.4.2.2. Guidance interactive

Cette approche, issue des modèles d'acquisition du langage interactionnistes, est initialement utilisée en psychothérapie mais trouve également des applications en orthophonie (Berney, 2003). Le thérapeute du langage analyse les différentes interactions par exemple le rythme de l'échange, le regard, la prise d'initiative etc. (cf. annexe 2 p. A5 - A6). Comme dans le programme Hanen, la vidéo est utilisée comme feed-back pour les parents et permet à l'orthophoniste d'avoir davantage de recul. À la fin de l'observation, un focus est formulé c'est-à-dire une description des points d'interactions problématiques, les difficultés des parents et leurs qualités. Le thérapeute réfléchit ensuite aux moyens et aux objectifs de la thérapie familiale.

2.4. Les conditions d'un AP réussi

2.4.1 Facteurs liés au thérapeute et aux familles

Monfort (2010) repère quelques conditions nécessaires à la réussite de cet AP. Il conseille ainsi de responsabiliser les parents en respectant leurs possibilités, d'éviter de donner des modèles impossibles à imiter, de bien expliquer les objectifs et de vérifier ce qui est fait à la maison. D'autres facteurs, liés à l'identité même des familles sont également à prendre en compte et vont moduler l'intervention de l'orthophoniste : le niveau social, l'environnement culturel, la présence d'un bilinguisme, le contexte psycho-affectif etc. Enfin les problématiques traversées par les parents peuvent être plus vastes que le retard de langage (problématiques sociales et psychologiques notamment). L'orthophoniste peut alors être amené à collaborer avec d'autres professionnels pour ne pas se sentir débordé. Les conditions idéales d'un AP réussi ne sont pas toujours aisées à mettre en place. Lorsque l'orthophoniste repère une apparente non-adhésion des parents au suivi de leur enfant et/ou à l'accompagnement qui leur est proposé, il peut être intéressant d'aller au-delà des manifestations comportementales de cette réticence au soin. Le thérapeute peut alors chercher à comprendre le point de vue des parents, ce qui les anime, les motive ou au contraire quels sont leurs blocages face à la thérapie pour établir le partenariat souhaité dans le cadre de l'AP.

2.4.2. Les attitudes à stimuler chez les parents pour une intervention efficace

Dans leur état des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie Sylvestre et Desmarais (2015) repèrent deux attitudes parentales développées dans les programmes d'intervention familiale : la réceptivité c'est-à-dire la capacité à repérer correctement les signaux de communication verbaux et non-verbaux de leur enfant et la réactivité c'est-à-dire la capacité à y répondre. Le développement de ces attitudes vise à favoriser l'interaction parents-enfants. L'expansion et le modèle verbal sont des techniques de stimulation jugées efficaces par les auteurs.

2.4.3. Le critère de la satisfaction des parents

La satisfaction des parents constitue une mesure de qualité du soin qui a pu être étudiée dans le cadre d'une action de dépistage précoce de retards de parole et de langage centrée sur les parents (Bairati et al., 2011). La satisfaction est la perception du degré d'adéquation du soin orthophonique avec les besoins des

parents. Entrent en jeu les ressources parentales : en temps, en argent, en énergies physiques et interpersonnelles. Cette étude a montré qu'il n'existe pas de relation entre le niveau de satisfaction et le niveau socioculturel. En revanche, l'âge des parents influence le niveau de satisfaction. L'hypothèse est que les parents plus âgés ont un niveau d'attentes plus bas. Les sessions d'entraînement étaient plus appréciées quand le père ne travaillait pas à plein temps. Le manque de disponibilité des parents a pu être pointée comme un facteur entravant l'engagement des parents dans un programme d'intervention directe, notamment pour les parents isolés, les familles élargies et les familles de bas niveau socioculturel subissant déjà une forte pression sur leur temps et leurs disponibilités (Leffel et al., 2013). L'évocation du propre stress du parent est aussi perçue comme un sujet légitime de discussion et augmente la satisfaction des parents (Brown et Wissow, 2008).

2.4.4. L'écueil du jugement

La manière de s'adresser aux parents n'a pas été à notre connaissance discutée. Quelques exemples d'interventions adressées aux parents ont pu être décrits, par exemple pour faire connaître le développement du langage de l'enfant : « Simplement en parlant, vous construisez et renforcez les connexions du cerveau de votre enfant » (Leffel et al., 2013, p. 271, nous traduisons), ou encore lors du modelage par la vidéo : « Je vois que vous vous accordez à ce qui est en train d'intéresser votre enfant ; cela signifie que chacun de vos mots est en train de construire son cerveau » (*idem*, p. 272). Mises en relation avec les attitudes d'écoute de Porter (1950), celles-ci correspondent à des attitudes de jugement, c'est-à-dire imposant un point de vue d'expert. Les effets produits peuvent être de la culpabilité, de la révolte, un besoin de se justifier, un blocage de la communication, une agressivité, et générer une relation de dépendance.

Or ces états ne favorisent pas la motivation, comme nous allons le voir.

3. Favoriser la motivation en contexte orthophonique

Nous avons privilégié les modèles nous paraissant les plus pertinents pour notre sujet, malgré le fait que la motivation ait pu être appréhendée par de multiples approches : neurobiologique, psychanalytique, comportementaliste etc. Nous présentons ce concept en contexte de soin, les différents besoins psychologiques à

satisfaisant, le modèle d'autodétermination de Deci et Ryan (2008) puis l'approche issue de l'ETP. Enfin nous décrivons les problématiques liées à la motivation décrites par Reeve (2012).

3.1. La motivation en contexte de soin

Plutôt qu'un concept, la motivation dans le cadre de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est comprise comme un processus de changement d'attitude ainsi qu'un processus de prise de conscience du diagnostic et des facteurs de risque. Elle permet d'assurer une certaine intensité de l'action afin de la mener vers sa finalité. Elle a pu être définie comme « une potentialité ou une énergie, propre à chaque individu » (Golay et al., 2009, p.115). Ce terme renvoie donc à une réalité complexe. Elle peut, suivant les personnes, se manifester sous plusieurs aspects, parmi lesquels la volonté, l'enthousiasme, l'assiduité, la persévérance, la dynamique.

La motivation résulte en définitive d'une interaction constante entre les multiples facteurs internes et l'environnement. Son fondement serait la perception par la personne de sa situation actuelle comme non satisfaisante, avec la capacité d'anticipation (Nuttin, 1991) d'imaginer une situation future qui le serait davantage.

Aussi certains préconisent de « sortir du concept de motivation » (Golay et al., 2009, p.122). En effet, pour eux, celui-ci serait « paralysant », à la fois pour comprendre le changement et pour les pratiques qu'il induirait. Par exemple, le fait de parler d'un patient, ou de parents de patient, en disant qu'ils sont motivés ou non peut relever du parti pris pour le soignant, et stigmatiser le patient, ou ses parents. Est plutôt adopté alors le terme de « *libido sciendi* », compris comme désir d'apprendre ou de changer, dans le but visé par l'ETP, c'est-à-dire aider les patients et leur famille « à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (Recommandations de la HAS de juin 2007, d'après le rapport de l'OMS-Europe de 1996).

Ce processus non linéaire et systémique ne répond pas à un modèle donné, il part de la personne et paradoxalement d'autres paramètres venant de l'extérieur doivent activer le patient. Tous ces paramètres mis ensemble forment ce qui est appelé un « environnement motivationnel » (Golay et al., 2009). Son but est de « susciter le désir de comprendre et de changer » (*idem*, p.124).

3.2. Les principaux besoins à satisfaire

Pour son bien-être, une personne doit satisfaire différents besoins. Nous laisserons de côté les besoins physiologiques tels que la faim ou la soif pour nous intéresser plus particulièrement aux besoins sociaux et aux besoins psychologiques.

3.2.1. Les besoins psychologiques

Ils sont inhérents à la nature humaine. Il s'agit du besoin d'autonomie, du besoin de compétence et du besoin d'appartenance. La satisfaction de ces 3 besoins favorise l'engagement de l'individu dans l'activité proposée ce qui se traduit par un effort, une persistance, une participation verbale et des émotions positives. Lorsque ces besoins ne sont pas satisfaits, Estienne décrit 4 comportements adoptés par la personne face à son environnement : « se conformer, s'adapter, s'opposer, se sacrifier » (Estienne, 2004, p. 18). L'idéal est que les besoins soient en adéquation avec le milieu dans lequel évolue l'individu.

3.2.1.1. Le besoin d'autonomie

Le sentiment perçu d'autonomie ou d'autodétermination sera déterminé par 3 qualités subjectives : le locus de causalité perçu, la volition et le choix perçu au cours de l'action. Le locus de causalité perçu ou LOCP (Heider, 1958 cité par Reeve, 2012, p.133), est la compréhension de la cause de ses actes par une personne. Cette cause peut être interne ou externe. La volition est la volonté de s'engager dans une activité sans pression. Le choix perçu au cours de l'action correspond à l'opportunité de choisir entre plusieurs possibilités. Trois processus contribuent à la régulation de l'autonomie : la motivation intrinsèque, que nous verrons plus bas, l'intégration des émotions, et l'intériorisation (Ryan, 1995).

3.2.1.2. Le besoin de compétence

Il correspond au besoin d'être efficace avec son environnement. Le rapport d'équilibre entre la personne et son environnement est dans ce cadre appelée « flow » : il s'agit d'un état dynamique d'équilibre entre deux perceptions, celles de la difficulté d'une action et celle de ses propres capacités (Nakamura et al., 2001). Cet équilibre est précaire, et peut faire basculer la personne dans des états d'ennui si elle est trop faible par rapport à ses capacités, ou d'anxiété si la difficulté est trop grande. Ce dernier cas peut conduire à des conduites d'évitements, que nous développerons plus bas.

L'entourage de la personne joue un grand rôle par ses stratégies de rétroaction (Hokoda et al., 1995). Elles permettent à la personne de savoir clairement ce qui est attendu d'elle, et les compétences qu'elle doit mettre en jeu. La perception de son efficacité par la personne dépend de quatre facteurs de rétroaction : la difficulté de la tâche, l'auto-comparaison de ses performances avec celles antérieures, la performance moyenne des autres individus et la présence d'un regard extérieur sur la performance (Reeve, 2012).

3.2.1.3. Le besoin d'apparement

Il s'agit d'un besoin de nouer et de maintenir des relations interpersonnelles positives, signifiantes et durables (Baumeister et al., 1995). Elles répondent à 2 critères : ces relations doivent se révéler à la fois fréquentes et avec un petit nombre de personnes ; les personnes doivent aussi se sentir concernées par le bien-être de l'autre de façon durable et constante. Lorsqu'elles sont existantes, elles se révèlent être des facteurs protecteurs contre de multiples difficultés, cognitives ou émotionnelles.

3.2.2. Les besoins sociaux

Ils dépendent de l'expérience personnelle de chaque individu avec son environnement. Ils sont le besoin d'accomplissement, le besoin d'affiliation, le besoin d'intimité et celui de pouvoir. Ces 4 besoins sont retrouvés dans le modèle de Deci et Ryan (2008). Nous détaillons ici le besoin d'accomplissement, utile pour comprendre plus bas l'anxiété d'accomplissement ; et le besoin de pouvoir, utile pour comprendre la notion d'agressivité.

3.2.2.1. Le besoin d'accomplissement

Il est ce désir de bien faire, voire de réussir, par rapport à une norme d'excellence. La norme d'excellence est un terme général qui englobe les compétitions, qu'elles soient avec une tâche, avec soi-même ou contre les autres. Il existe plusieurs buts d'accomplissement (Elliott et Mc Gregor, 1999, nous traduisons) :

- **un but d'approche de performance**, focalisé sur ce besoin d'accomplissement des compétences par rapport aux autres ;
- **un but d'évitement de performance**, focalisé sur la peur de l'échec par rapport aux autres ;

- **un but de maîtrise**, focalisé sur le développement de ses compétences et de la maîtrise de la tâche.

3.2.2.2. Le besoin de pouvoir

Il s'agit du souci qu'a une personne de son impact et de son prestige sur le monde (Winter, 1991). Cela est associé au fait d'obtenir un pouvoir social de façon formelle, et aussi de commettre des actes d'agression, d'alcoolisation, ou avec des prises de risques extrêmes.

3.3. Le modèle de l'autodétermination de Deci et Ryan

Selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2008), l'individu peut présenter plusieurs degrés de motivation face à une tâche ou une situation qui sont : l'amotivation, la motivation extrinsèque, la motivation intrinsèque. Les facteurs déterminant le degré de motivation sont appelés régulateurs. Lorsque l'individu est amotivé, aucune régulation n'est présente. Cet état est susceptible d'entraîner une dévalorisation de l'individu et un sentiment d'incompétence. Lorsque la motivation est extrinsèque, 4 types de régulateurs peuvent intervenir :

- **une régulation externe** : elle est nourrie par la recherche de conformité, l'attente de récompenses ou de la peur de punitions externes.

- **une régulation introjectée** : l'individu recherche le contrôle de soi, il peut s'attribuer des récompenses ou des punitions de son propre chef. L'ego est impliqué. Le sujet exerce une pression sur lui-même et peut ressentir de la culpabilité ou de la honte en cas d'échec à l'activité dans laquelle il s'est engagé.

- **une régulation identifiée** : l'individu n'apprécie pas particulièrement l'activité dans laquelle il est engagé mais il la juge utile car les conséquences de celles-ci sont jugées comme positives.

- **une régulation intégrée** : l'individu a conscience de ce qui le motive et est en adéquation avec ses valeurs

Lorsque la motivation est intrinsèque, la régulation est interne. Cette régulation intervient lorsque les besoins psychologiques de la personne sont satisfaits. L'individu ressent de l'intérêt, du plaisir, de la satisfaction qui est inhérente à l'activité. Le niveau d'autodétermination est maximal. Ce sentiment d'autodétermination peut être renforcé par l'orthophoniste en proposant un choix d'objectifs ou de moyens pour que le patient se sente acteur du projet thérapeutique (Vianin, 2014). L'auteur rappelle également l'importance du but recherché par le patient. Ce but doit être

opérationnalisé c'est-à-dire clairement formulé, réalisable et observable. La rédaction d'un contrat comme décrit plus haut, peut être l'occasion de cette opérationnalisation.

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel se nourrit de cette théorie de l'autodétermination dans le sens où elle cherche à faire naître une volonté de changement autonome chez le patient (Languérand, 2007).

Une personne chargée de motiver une autre personne peut avoir différents styles motivationnels qui peuvent se traduire plutôt par une stratégie de contrôle, que l'on retrouverait schématiquement en AP de type « collaboration », ou plutôt une stratégie de soutien à l'autonomie, qui pourrait être retrouvée en AP de type « intervention ».

Cette stratégie de soutien à l'autonomie ne consiste pas à laisser faire la personne, elle exige un travail de la personne motivante qui doit identifier les besoins de la personne qu'elle doit motiver (Deci et Ryan cités par Reeve, 2012). Elle adopte une manière d'être liée à la personne à motiver via différentes stratégies : nourrir les motivations internes c'est-à-dire identifier les besoins et intérêt de chacun et les moyens de les satisfaire, adopter un langage informatif par une certaine neutralité, valoriser, en expliquant l'intérêt de s'impliquer dans une tâche qui peut paraître inintéressante au premier abord et enfin accepter l'affect négatif en écoutant et en cherchant la collaboration avec la personne et la raison de sa motivation plutôt que nier l'émotion exprimée.

Susciter une motivation intrinsèque chez l'enfant et ses parents nécessite un certain temps pour que l'orthophoniste puisse cerner les intérêts de ceux-ci. Parfois la motivation intrinsèque n'est pas sollicitée d'emblée et elle ne le sera qu'après la motivation extrinsèque (Vianin, 2014). C'est ce qui a été observé par Kugler et Claudon (2011) dans leur mémoire sur la motivation de l'enfant. L'orthophoniste fait alors appel aux renforcements, aux feed-backs et aux récompenses.

3.4. Une approche multidimensionnelle issue de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

3.4.1. La démarche de l'ETP

Il s'agit d'une approche centrée sur le patient en 3 temps pour 3 objectifs : « connaître et comprendre », « améliorer la compétence du patient », « envisager tous les domaines » de son existence (Gallois et al., 2009, p.221). Elle s'appuie sur le processus complexe de l'apprendre chez l'adulte, qui consiste à « déconstruire,

réorganiser des conceptions préexistantes chez l'apprenant » (Giordan, 1998 cité par Lagger et al., 2008, p. 225). Voilà pourquoi la verbalisation du patient est si importante, avec ses propres questions et ses propres mots. Son impact est « trop souvent sous-estimé » car verbaliser permet de « prendre conscience de ses compétences » et des écarts possibles entre ses pensées, ses souhaits et ses actions. Que le patient verbalise permet aussi au soignant de connaître ses représentations, prémices à toute volonté d'évolution : le soignant a besoin de connaître ces représentations pour les travailler. Cela est aussi valable pour ses attentes et ses besoins qui ne sont pas toujours explicites. Pour que la communication soit efficiente, il « faut signifier à l'autre qu'il a été entendu en reformulant ce qu'il a dit » (Lacroix, 2007, p. 273). Cela modifie 3 dimensions de la pratique : la perception du patient, considéré en tant qu'être humain et non exclusivement porteur d'un symptôme ; la relation au patient, puisqu'il s'agit ainsi de d'abord rencontrer une personne avant de vouloir lui transmettre des compétences et enfin la pensée du soignant, invité à « modifi[er] la pensée logique et rationnelle », dans le but de « modifi[er] [son] langage pour s'adapter à l'univers de l'autre » (*idem*, p. 278).

3.4.2. Le modèle de changement allostérique en 5 dimensions

Golay et al. (2009) proposent dans cette optique un modèle de changement allostérique à 5 dimensions, c'est-à-dire toutes liées et s'influençant : cognitive, affective, perceptive, infracognitive, métacognitive.

La dimension cognitive correspond à nos pensées, celle affective à notre identité (affects, imaginaire). La dimension perceptive est celle reliée aux émotions du patient, notamment à leur redécouverte et à la compréhension des raisons qui l'ont poussé à s'en couper. La dimension infracognitive correspond aux réflexes de pensée, décrite comme « un ensemble d'interférences, le plus souvent inconscientes, que nous nommons logique intime » (*idem*, p.151). La dimension métacognitive se rapporte à une sorte de « zoom arrière » qui permet un recul sur soi, notamment à propos des intentions et des raisons conduisant le patient à un changement, ce qui témoigne du fait qu'il s'agit d'un choix personnel, et non pas décidé de l'extérieur. Les questions les explorant sont disponibles en annexe 3 p. A7.

Cette approche s'appuie aussi sur l'entretien motivationnel. Il s'agit d'une approche collaborative, centrée sur le patient, pour susciter et fortifier sa motivation au changement (Miller et al., 2009). Elle cherche à améliorer la motivation

intrinsèque du patient, et commence avec l'hypothèse d'une autonomie personnelle qui doit être respectée (nous traduisons). Aussi, elle consiste à susciter et à consolider de façon sélective les arguments en faveur du changement du patient, à travers le mélange flexible d'informations, de questions ouvertes et d'écoute réflexive. Cette dernière permet de guider la personne dans la résolution de son ambivalence envers le changement. Il est aussi important de fréquemment résumer ce que le patient peut dire.

Il y est aussi question d'utiliser les résistances du patient en ne cherchant pas leur origine mais leur fonction : « en soutenant leur caractère sain et utile dans l'histoire du patient, il est possible de donner un nouvel élan à la personne ». Prêter attention aux « difficultés et [à] la souffrance des personnes va au-delà des motivations à changer. Il est en effet essentiel de resituer la problématique considérée dans une histoire personnelle globale et d'en tenir compte, au risque de se déconnecter d'un parcours de vie douloureux » (Golay et al., 2009, pp.112-113). D'où l'importance d'un environnement motivationnel avec « 4 directions donnant lieu à 4 démarches thérapeutiques » : « pour faire émerger la personne », « pour qu'elle puisse se mobiliser », « pour mettre en place un projet », « dans une démarche de ressenti et de mise en mouvement du corps » (*idem*, p.167). Les facteurs internes et externes entrant en jeu dans la motivation sont aussi décrits (voir schéma en annexe 4 p. A8), tout en mentionnant le fait qu'ils soient non quantifiables et difficilement manipulables.

3.5. Les problématiques potentiellement rencontrées

Nous nous inspirons des catégories développées par J.M.Reeve en 2012.

3.5.1 Dans le cadre de l'AP

3.5.1.2. Les mécanismes de défense du Moi

Pouvoir analyser les différents mécanismes de défense du Moi permet de mieux comprendre les réactions de défense des parents que nous pouvons être amenés à rencontrer, dans le cadre d'un AP de tout type qu'il soit.

Le Moi se rapproche d'un processus développemental, fréquemment remanié au cours de notre existence. Mélanie Klein (2013) place sa naissance autour du 4e mois. Il serait l'instance psychique distinguant réalité interne et réalité externe. Sa constitution est dépendante du langage pour Lacan (2015), puisque par exemple c'est le langage qui fournit ces réactions de défense.

Les mécanismes de défense sont mis en œuvre, dans une perspective psychanalytique, par le Moi, contre l'angoisse qui découle du conflit entretenu par les trois instances psychiques. En effet, de constantes angoisses naissent de la coexistence des pulsions du Ça avec les exigences du Surmoi et les dangers de l'environnement que connaît le Moi. Ces mécanismes de défense ont donc une fonction protectrice contre les variations dans la réalité interne et externe. Nous en reproduisons la liste en annexe 5 p. A9 – A10 avec une définition et un exemple que nous avons adaptés à la situation orthophonique. Ceux-ci sont présentés d'après un gradient de maturité : plus ces mécanismes sont matures, plus ils permettent de reconnaître la réalité extérieure et de l'assumer. Par exemple, un des mécanismes, le moins mature, est le déni, c'est le cas d'un parent se concentrant sur son travail pour ne pas accorder d'attention aux difficultés de son enfant. Un autre, intermédiaire, est la projection, consistant pour le parent à considérer l'orthophoniste comme idiot si son enfant ne progresse pas.

3.5.1.3. L'agressivité

L'agressivité peut être comprise comme le résultat d'un mécanisme de défense de projection, déchargeant l'anxiété sur un objet gérant mieux cette anxiété (voir annexe 5 p. A9 - A10). Mais il a aussi été mis en évidence que les personnes avec un fort besoin de pouvoir avaient plus de propension à commettre des actes agressifs (Winter, 1991). Cette analyse peut être une clef en situation orthophonique, face à un parent agressif. Peut-être celui-ci a-t-il besoin de diriger, d'être dans la force, dans la prise en charge d'autrui, et n'accepte-t-il que difficilement d'être dans un contexte qui ne lui permet pas d'agir ainsi.

3.5.1.4. L'anxiété d'accomplissement

Cette problématique se manifeste sous 2 formes : le bouleversement physiologique, et l'inquiétude cognitive.

- **Le bouleversement physiologique** : aussi appelé « hyperémotivité », il n'a pas d'impact sur la performance en contexte d'accomplissement. Ses manifestations peuvent être préoccupantes et inquiéter les parents. L'orthophoniste peut surtout rassurer ces parents inquiets.

- **L'inquiétude cognitive** : elle peut mettre en danger la performance, d'autant plus que ses causes premières sont des buts d'évitement de performance (Elliott et al., 1999). Lors de conseils aux parents, l'orthophoniste peut les inviter à encourager

leurs enfants à changer leur but d'évitement de la performance en but d'approche de la performance. Autrement dit, il s'agirait de se fixer des buts à réaliser, plutôt que se focaliser sur le fait d'éviter de faire des erreurs.

3.5.2. Dans le cadre du questionnement des orthophonistes sur leurs pratiques

3.5.2.1. L'impuissance acquise ou paradoxe de l'aide

Cette notion amenée par Curonici & Mc Culloch décrit le concept de « complémentarité dysfonctionnelle » (Jacquart, 2014, p.25). Elle est semblable à la notion d'« amotivation » définie par Deci et Ryan (Boisvert, 2006). Celle-ci se développe dans le contexte où un enfant avec des difficultés est aidé par les parents et les enseignants, cela peut aussi s'appliquer en contexte thérapeutique, et en situation d'AP. La relation installée l'est sur la base d'une position haute (l'adulte) et d'une position basse (l'enfant). La relation est fonctionnelle tant qu'elle remplit 2 critères : être souple ; être basée sur la différence des rôles de chacun. Néanmoins, celle-ci devient dysfonctionnelle lorsque les positions se rigidifient, lorsqu'un enfant aidé a plus ou autant de difficultés lors du suivi : « Le cercle vicieux du « toujours plus de la même chose » s'installe » (Jacquart, 2014, p.25). Tandis que la personne en position haute continue à multiplier les mesures d'aide, celle en position basse manifeste une attitude passive et dépendante, « confirmant ainsi l'aidant dans sa conviction que son interlocuteur a toujours et encore besoin d'aide » (*ibid.*). La position de l'adulte est trop ajustée, manifeste trop peu d'exigences car il « endosse une part de la responsabilité » (*ibid.*). Celui-ci, très investi, a des sentiments forts de découragement, d'incompétence, de colère, de culpabilité. La personne en position basse est en situation d'incontrôlabilité, elle est résignée et se sent impuissante : elle ne cherche plus de solutions à ses difficultés : « L'impuissance acquise se manifeste lorsqu'une personne ne perçoit plus de relation entre ce qu'elle fait et les résultats de son action » (*idem*, p.25-26). Elle est le résultat d'un apprentissage. Une des sorties possibles de ce paradoxe consiste en une démarche co-constructive, avec les enseignants, les parents et les orthophonistes. Il s'agit d'un « recadrage » et de « pistes de solution » pour une nouvelle construction de la réalité par le biais d'un changement de regard sur l'enfant. L'adulte est invité à changer sa position de contrôle en position encadrante. Cela passe notamment par le développement d'interactions horizontales avec les pairs de l'enfant, par exemple par l'intégration

dans un groupe orthophonique, qui peut procurer à ce dernier un soutien croissant dans sa quête d'autonomie.

3.5.2.2. Favoriser l'estime de soi ?

Il est fréquemment admis qu'augmenter l'estime de soi d'une personne va augmenter sa motivation. Aussi, faut-il obligatoirement favoriser l'estime de soi des parents dans l'AP en les valorisant ? Il semble profitable de recentrer la valorisation sur l'interaction entre le parent et son enfant, sur le développement de leurs compétences de communication afin de combler le besoin d'accomplissement des parents. En outre, une trop grande estime de soi augmente la propension à l'agressivité (Baumeister et al., 1996) : lorsque les personnes se sentent menacées dans leur représentation d'une estime de soi élevée, elles en arrivent plus facilement à poser des actes d'agression ou de vengeance.

3.5.2.3. La valeur positive du symptôme

Pour Françoise Estienne (2004), le symptôme fait partie de l'histoire personnelle du patient. Il résulte de la meilleure adaptation qu'a choisi l'individu pour évoluer dans son milieu. Il est alors nécessaire de s'interroger sur les avantages que peut en tirer le sujet. L'auteur distingue ainsi les bénéfiques primaires et secondaires que peut apporter le symptôme : « Le bénéfice primaire est celui qui entre en compte dans la motivation du symptôme ou du trouble. Ex. : le retard de langage est (inconsciemment) le moyen ou la pathologie choisie pour obtenir les avantages recherchés, rester en situation de dépendance, m'attacher ma mère... éviter de grandir... Le bénéfice secondaire survient après coup, c'est un gain supplémentaire ou l'utilisation par le sujet d'une pathologie constituée. Ex. : le retard de langage peut être inhérent à un problème de maturation neurologique ou à toute autre cause, mais le sujet en tire profit pour... » (p.20). Madeleine Van Waeyenberghe (2010) décrit également chez les enfants avec peu ou pas de langage, un « équilibre » relatif trouvé par l'enfant que l'orthophoniste doit prendre en compte et ne pas brusquer trop rapidement.

3.5.2.4. Le thérapeute face à ces difficultés

L'orthophoniste en attente de progrès, d'évolution positive pour son patient peut être mis à mal par les résistances de ce dernier et de ses parents. Soumis à une pression quant à l'efficacité du traitement proposé, il risque lui-même de développer un sentiment d'incompétence qui peut générer une forme d'agressivité

envers le patient et sa famille (Cifali Bega, 2014). La pression peut également naître d'une exigence de résultats à court terme alors que l'alliance thérapeutique nécessite, comme nous l'avons vu, la construction d'une relation dans le temps. Lorsque les difficultés relationnelles sont trop importantes ou que la relation parents-enfant est toxique (Bera et Coquelle, 2015), se pose alors la question de l'orientation vers un autre professionnel psychologue. Or, comme le souligne Cifali Bega, cette orientation, si elle est accompagnée d'un arrêt du suivi orthophonique peut être vécue comme une rupture par les parents et l'enfant et être accompagnée d'un sentiment de culpabilité qui émerge chez l'orthophoniste. La transition doit donc être préparée avec soin.

Les orthophonistes interrogées par Gantelme et Vanuxeme (2011) exprimaient le besoin d'échanger grâce à des groupes d'analyse de la pratique. Cet espace d'échange peut ainsi être l'occasion pour l'orthophoniste de prendre du recul face à la situation problématique qu'il vit et de se sentir soutenu par ses confrères.

Ainsi, dans le cadre de l'AP, l'orthophoniste dispose d'outils théoriques pour stimuler la motivation parentale.

4. Problématique, buts et hypothèses

Nous avons ainsi mis en évidence que la motivation des parents lors du soin orthophonique d'un retard de langage oral était un facteur important voire essentiel de la thérapie. Or, l'AP est souvent source de difficultés.

Notre **problématique** a donc été : « Comment les orthophonistes répondent-ils à ces difficultés, quelles stratégies ont-ils mises en place ? ».

Nos **buts** ont consisté à collecter et à interpréter des données qualitatives et quantitatives sur la manière dont les orthophonistes appréhendent la motivation des parents dans le contexte de l'AP via un questionnaire et des entretiens.

Pour cela, nous avons posé 3 **hypothèses** :

- 1) : Les orthophonistes considèrent la motivation parentale comme un préalable au suivi orthophonique dans le cadre d'un retard de langage oral
- 2) : Les orthophonistes privilégient le canal cognitif dans leur accompagnement parental du retard de langage oral
- 3) : Les orthophonistes sont en demande d'outils face à cette problématique mais développent déjà des stratégies

Sujets, matériel et méthode

Nous avons alors mis en pratique des méthodes nous permettant d'allier la représentativité de nos résultats (questionnaire) avec un approfondissement qualitatif (entretiens).

1. Population visée

Notre population inclut des orthophonistes travaillant en libéral ou dans des structures de type CMP, CMPP. Les orthophonistes étaient invités à répondre s'ils suivaient des enfants de 3 à 6 ans présentant un retard de langage oral. Les critères d'exclusion étaient une surdité, une paralysie cérébrale, un trouble du spectre autistique, un déficit intellectuel. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas inclus les orthophonistes travaillant en IME ou CAMSP par exemple.

2. L'enquête par questionnaire

2.1. L'élaboration d'une première version du questionnaire

2.1.1 La définition de l'univers de l'enquête

Nous avons décidé d'élaborer un questionnaire d'auto-administration (les orthophonistes étaient seules devant leur écran) à destination des orthophonistes diplômées. Nous avons défini l'univers de notre enquête autour des thèmes suivants : les orthophonistes rencontrent des difficultés avec la motivation parentale ; les orthophonistes trouvent des solutions ; il y a un degré d'adéquation entre les troubles discutés dans la littérature et ceux rencontrés en clinique. Cette réflexion préalable permet de clarifier le champ de l'enquête afin d'éviter de poser une question contenant une des hypothèses de notre mémoire de façon trop explicite. Une fois l'univers de l'enquête déterminé, nous avons pu rédiger le projet de notre questionnaire, d'après les étapes proposées par Mucchielli, 1984.

2.1.2 La détermination du type d'informations à recueillir

Nous souhaitons recueillir des informations sur la motivation en général, le bilan, le soin orthophonique ainsi que sur les caractéristiques professionnelles de l'orthophoniste (année de diplôme, centre de formation, type d'exercice etc.). Deux des questions portaient sur des outils que nous avons présentés plus haut : le contrat thérapeutique et les séances à l'essai. Nous désirions savoir si les orthophonistes les connaissaient, les mettaient en pratique et quels étaient leur avis.

2.1.3. Le choix du type de questions à poser

Nous avons ensuite choisi le type des questions à poser. Nous avons privilégié le fait de poser plusieurs questions dans le but de les recouper pour obtenir les informations souhaitées. Dans une première version du questionnaire, nous posions 38 questions :

- **5 questions fermées** (13,16 %), par exemple : « Certains parents pensent que le retard de langage de leur enfant va s'améliorer avec le temps, sans suivi orthophonique. Vous est-il déjà arrivé d'être en contact avec de tels parents ? ». Faciles à remplir comme à analyser, elles servaient parfois de filtres, dispensant en cas de réponse négative de répondre à une question supplémentaire.

- **8 questions « cafeteria »** (Mucchielli, 1984) (21,05 %) proposaient des réponses à cocher ou non. Il s'agit d'un type de question qui propose tous les types de réponses possibles à une question ouverte, y compris la réponse « autre ». Elle est une aide mnésique et limite le coût cognitif de la réponse à la question, en revanche elle peut aussi induire des réponses non spontanées. Elles ont été élaborées à partir de questions préliminaires rassemblées en concept-clés. Il s'agit par exemple de la question : « Quels indices considérez-vous comme indicateurs de motivation chez les parents ? »

- **11 échelles d'attitude** (28,95 %) forçaient le positionnement des orthophonistes, puisque les échelles ne comportaient que 4 degrés. 1 était une échelle d'auto-notation, avec la soumission d'une opinion ferme à apprécier, les 10 autres étaient des échelles d'auto-positionnement de Lickert, comme par exemple « Dans votre pratique, cherchez-vous à connaître la motivation des parents avant de débiter un suivi dans le cadre d'un retard de langage oral ? »

- **13 questions ouvertes** (34,21 %) abordaient des thèmes en particulier comme le contrat thérapeutique, l'environnement motivationnel ou permettaient de recueillir des informations personnelles : la ville du centre de formation, le nombre d'enfants suivis pour un retard de langage oral sur une semaine etc. Elles étaient de type : « Pouvez-vous préciser les sujets sur lesquels portent le plus souvent vos discussions ? »

2.1.4. La définition d'une organisation interne

D'après Singly (2005) nous avons essayé de construire une cohérence interne au questionnaire. Le but était de déstabiliser le moins possible la représentation que chaque orthophoniste se faisait de sa pratique, en termes d'identité et de cohérence.

Cette cohérence permet de réduire les réactions de défense sociale, décrites en annexe 6 p. A11, qui peuvent être provoquées par exemple par un brusque changement de thème (Mucchielli, 1984). Nous avons commencé le questionnaire par une échelle dans le but de faciliter l'engagement à répondre par une mise en confiance. Nous avons dispersé les questions similaires pour éviter une contamination de réponse, en particulier celles autour de la motivation parentale. Nous nous sommes efforcées de poser des questions courtes pour éviter les démissions face à la longueur de notre questionnaire. Nous avons posé le moins de questions personnalisées possible. Lorsque c'était le cas, nous avons soigné leur formulation, en adoptant des termes généraux de type « Certaines personnes pensent que... », cela dans le but d'éviter les hésitations et les non réponses.

2.2. La diffusion de la première version du questionnaire

Nous avons proposé par demande directe à des orthophonistes de compléter la première version de notre questionnaire au début du mois de novembre. Nous avons choisi ces quatre orthophonistes dans notre entourage pré-professionnel proche.

2.2.1. Les retours des orthophonistes

La première version du questionnaire était remplie par la majorité en 1/4h, mais une orthophoniste a mis 1h pour le remplir. Nous avons alors pris le parti de diminuer le nombre de questions, en supprimant les moins pertinentes. Nous avons aussi décidé de ne pas restreindre le nombre de caractères pour les questions ouvertes : nous les avons limités à 360 dans le but d'en faciliter l'analyse, mais cela entravait beaucoup les réponses. Certaines formulations manquaient de clarté, nous les avons retravaillées. Certaines questions fermées étaient trop simplistes, nous les avons étoffées.

2.2.2. Remaniements à l'issue de la première version

Nous avons modifié l'ordre des questions pour qu'elles suivent l'ordre chronologique du suivi : les premières portent sur la motivation en général, les suivantes sur la demande et les représentations des parents. Viennent ensuite les questions sur le bilan, le traitement orthophonique et une question générale sur l'environnement motivationnel. Ce terme fait directement référence au modèle de l'ETP. Nous voulions savoir ce qu'il évoquait pour les orthophonistes même s'ils n'étaient pas familiarisés avec ce terme. Les dernières questions étaient : une question libre permettant aux orthophonistes de donner leur avis sur le

questionnaire, une proposition de participation aux entretiens, des questions sur leur caractéristiques professionnelles et enfin une question sur les solutions découvertes lors de leur pratique. Nous avons supprimé des questions sur la récupération illusoire et l'utilisation de livrets explicatifs aux parents ; ajouté une question nous permettant de répondre à une de nos hypothèses : « Un manque de motivation de la part des parents est-il une raison pour ne pas entamer un suivi ? » et une question sur l'environnement motivationnel ; retravaillé nos formulations, en particulier pour les adverbes que nous avons moins nuancés, par exemple « quasi-systématiquement » est devenu « systématiquement ». Le questionnaire final est disponible en annexe 7 p. A12 à A17.

2.2.3. Diffusion du questionnaire final et recueil des réponses

Une fois le questionnaire finalisé, nous l'avons mis en ligne sur les réseaux sociaux et nous l'avons transmis par mail à nos contacts personnels qui les ont aussi transmis à leurs propres contacts. Enfin, nous avons contacté les syndicats régionaux de la FNO pour qu'ils diffusent le questionnaire auprès de leurs adhérents. Les syndicats de la Réunion, de la région parisienne et du Nord-Pas-de-Calais ont bien voulu publier notre annonce sur leurs sites.

Le questionnaire a été mis en ligne à partir du 23 novembre jusqu'au 13 décembre 2015. En 21 jours, nous avons recueilli 241 réponses.

2.3. Méthodologie d'analyse

2.3.1. L'analyse des questions ouvertes

Comme préconisé par Muchielli (1984), nous avons répertorié les 50 premières réponses aux questions ouvertes dans le but d'en extraire des catégories. Or cela s'est avéré fastidieux, et peu informatif en rapport avec nos hypothèses. Nous avons alors utilisé le logiciel Iramuteq qui est un logiciel libre d'analyse textuelle. Celui-ci a repéré les occurrences de termes similaires et les a synthétisés en un nuage de mots (voir annexe 8 p. A18). Cela nous a permis d'avoir une vue plus synthétique des réponses, et ce recul nous a permis de choisir le modèle en 5 dimensions de l'ETP (Golay et al., 2009) pour en interpréter certaines. Nous avons donc transformé chaque dimension en une variable binaire, et codé pour chaque réponse ouverte la présence ou non de chaque dimension. Pour limiter le nombre d'erreurs, nous avons déterminé ce que recouvrait chacune des dimensions dans le contexte orthophonique. Par exemple, nous avons posé une question en rapport avec la

dimension méta-cognitive qui portait sur les différences de valeurs ou encore une question en rapport avec la dimension cognitive sur les difficultés de compréhension des stratégies et des conseils. Nous avons lié à la dimension perceptive tous les verbes se rapportant aux perceptions ou aux émotions des parents, alors que les termes appelant la dimension affective faisaient référence à une identité ou un vécu (annexe 3 p. A7).

2.3.2. Le formatage des données

Nous souhaitons croiser les résultats recueillis : nous avons transformé dans le courant du mois de décembre toutes les variables multimodales en variables binaires pour appliquer le même formatage, et ce concernant tous les types de questions.

2.3.1.1. L'appel au traitement statistique

Nous avons fait appel à l'aide statistique proposée au département d'orthophonie. Nous avons expliqué lors d'un 1er rendez-vous notre sujet ainsi que nos objectifs de recherche. Nous avons envoyé nos données formatées au début du mois de janvier. Nous avons convenu d'un second rendez-vous pour recevoir les statistiques correspondant à nos données en même temps qu'une guidance nous expliquant comment les interpréter.

3. L'enquête par entretien

3.1. L'élaboration de la trame d'entretien

3.1.1. L'objectif de ces entretiens

Nous avons choisi d'élaborer une trame d'entretien de type complémentaire (Blanchet et al., 2007). Le but était de développer les pistes de solutions évoquées dans les réponses aux questions ouvertes du questionnaire, ainsi que d'approfondir la pratique des orthophonistes en rapport avec le modèle en 5 dimensions.

3.1.2. L'élaboration du guide d'entretien

Nous avons élaboré notre guide d'entretien à partir de nos réflexions au cours de la rédaction de la partie pratique. Certaines questions se référaient à l'une des 5 dimensions de l'éducation thérapeutique. Par exemple, nous avons posé une question autour des valeurs se rattachant à la méta-cognition ou encore une question sur les difficultés de compréhension des stratégies et des conseils qui se rapporte à la dimension cognitive. Une trame type est disponible en annexe 14 p.

A28. D'autres questions ont été posées le jour même à partir d'une seconde trame (Annexe 15, p. A29-A30) comportant d'autres questions sur l'accompagnement parental et la motivation, des mises en situation dans le but de connaître les réactions spontanées des orthophonistes face à différentes problématiques et des questions sur les particularités de chaque orthophoniste.

3.2. Le recrutement des orthophonistes

Nous nous sommes basées sur les réponses au questionnaire pour sélectionner les personnes à qui proposer un entretien, dans le but de constituer un échantillon le plus représentatif possible. Nous avons pris en compte leur année et leur ville de formation, les formations continues effectuées, leur mode d'exercice. Nous avons recruté 10 orthophonistes. Nous leur avons adressé un mail personnel, à partir des coordonnées laissées dans le formulaire pour leur demander si elles étaient toujours prêtes à participer à l'entretien et pour leur demander leurs disponibilités. Lors d'un second mail, nous leur précisions les détails techniques ainsi que le fait que les entretiens seraient enregistrés et anonymisés pour être retranscrits. Face à la non-réponse de certaines, nous avons sélectionné d'autres orthophonistes pour aboutir à un total de 14 entretiens. Nous leur avons alors envoyé un formulaire de consentement (voir annexe 13 p. A27).

3.3. Le mode de passation

12 entretiens ont été réalisés par téléphone et 2 par Skype en février ; enregistrés grâce au logiciel libre Audacity. La trame était envoyée la semaine avant l'entretien, pour que les orthophonistes aient le temps de prendre du recul sur leur pratique. Les mises en situation étaient proposées le jour même (voir annexe 15 p. A29 - A30), dans le but de limiter les réactions de prestige (Mucchielli, 1984, voir annexe 6 p. A11) .

3.4. Méthodologie d'analyse des entretiens

Nous avons retranscrit grâce aux enregistrements les entretiens dans un document texte. Nous avons par la suite analysé qualitativement les entretiens, en sélectionnant et regroupant les pistes de réponse par question.

Ces méthodes nous ont permis de collecter de nombreuses données que nous avons alors interprétées.

Résultats

Nous allons désormais présenter les données issues du questionnaire et des entretiens.

1. Résultats issus du questionnaire

1.1. Présentation de notre échantillon

La taille de l'échantillon est de 241 orthophonistes. Parmi les orthophonistes qui ont répondu à notre questionnaire, la majorité a été formée à Lille (26,14 %), à Lyon (17,43 %), en Belgique (9,13 %) et à Paris (8,71 %). Les autres villes de provenance sont consultables dans le tableau disponible en annexe 9 p. A19. Les orthophonistes diplômées entre 2013 et 2015 représentent plus d'un quart de notre échantillon (26,14 %). Les dates de diplôme vont de 1973 à 2015. Au niveau des modes d'exercice, le libéral est représenté à 82,99 %, le salariat à 5,81 % et l'exercice mixte à 10,79 %. 53,11 % des professionnels exercent en zone urbaine, 24,9 % en zone péri-urbaine et 24,48 % en zone rurale. Les orthophonistes suivent en moyenne environ 13 enfants ayant un retard de langage oral par semaine.

1.2. Réponses des orthophonistes au questionnaire en ligne

1.2.1. Résultats des questions portant sur l'importance de la motivation pour les orthophonistes dans le cadre de l'AP du retard de langage oral

La grande majorité des orthophonistes a répondu aux modalités les plus élevées de l'échelle de Lickert à la question portant sur l'importance de la motivation des enfants avec retard de langage : elle est jugée nécessaire par 41 % d'entre eux, très importante par 29,5 %, importante par 22,8 % et peu importante par 6,6 %. Concernant les parents, 93,78 % des orthophonistes la jugent nécessaire tout au long du suivi. Elle l'est pour 22,82 % lors de l'AP ; pour 11,20 % lors de la demande. Pour 1,66 %, elle n'est pas systématiquement nécessaire. 0,41 % des orthophonistes dit ne pas avoir les moyens de l'évaluer. Aucun orthophoniste ne la considère comme pas du tout importante.

46,89 % des orthophonistes pensent que la motivation des parents peut « très souvent » influencer celle de l'enfant. 34,85 % estiment cette influence systématique, pour 16,60 %, cela arrive souvent et pour 1,66 %, rarement.

Pour la plupart des orthophonistes (93,36 %), le principal indicateur de la motivation des parents est la régularité. Les praticiens prennent en considération

l'initiative des questions sur le suivi à 69,71 %, la fréquence des questions sur le suivi de l'enfant à 41,08 %, la ponctualité à 39,93 % et enfin les raisons de venue en séance d'orthophonie à 21,16 %. Certains orthophonistes ont également évoqué spontanément d'autres indices comme les demandes de conseils pour la maison (9,58 %) ou encore la reprise des conseils à la maison. 77,18 % des orthophonistes se disent « d'accord pour la plupart des cas » avec l'affirmation « L'absentéisme est lié à un manque de motivation ». 18,26 % sont tout à fait d'accord avec cette affirmation et 4,56 % ne sont pas du tout d'accord.

1.2.2. Résultats des questions portant sur les représentations la motivation des parents avant de débuter un suivi et la façon dont les orthophonistes se positionnent

Quant à l'orientation de la famille vers l'orthophoniste, la grande majorité des praticiens a observé qu'elle provenait de l'école : ainsi 97,9 % des orthophonistes ont répondu « souvent » ou « presque toujours ». Ces mêmes modalités de réponse sont cochées par 53,9 % des orthophonistes pour les parents. Viennent ensuite le médecin (33,61 %), la famille (19,5 %), d'autres professionnels (18,26 %), la halte-garderie (6,22 %) et enfin le psychologue (3,73 %) (voir Figure 1 ci-dessous).

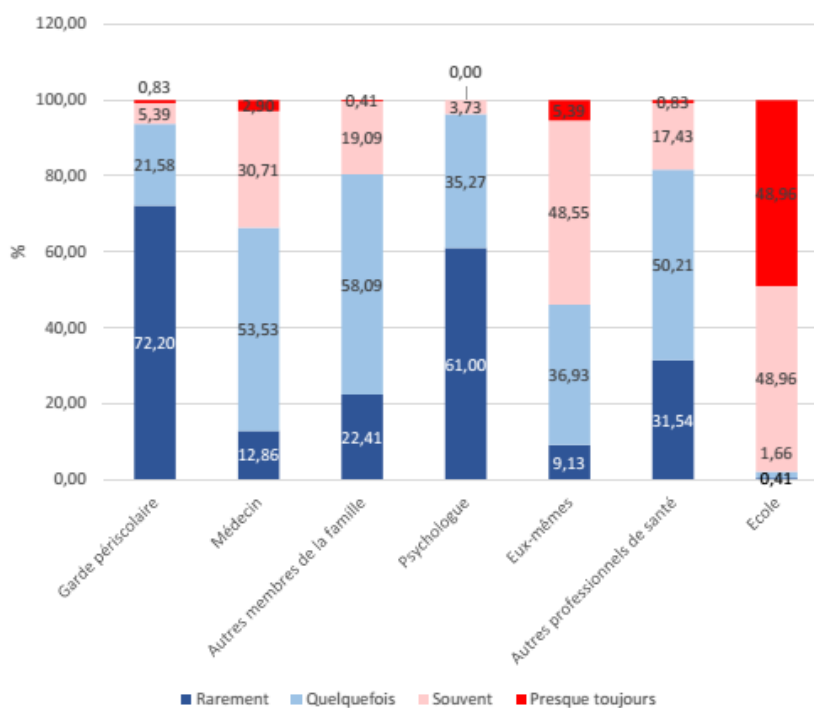


Figure 1. Orientation chez l'orthophoniste

Avant de débuter un suivi, 35,68 % des orthophonistes cherchent systématiquement à connaître la motivation des parents, 33,61 % le font systématiquement, 23,65 % le font de temps en temps et 7,05 % ne le font jamais.

Chez 53,53 % des orthophonistes, une absence de motivation en début de suivi n'est pas toujours une raison pour ne pas le débuter. 34,85 % ne pensent pas que ce soit une raison suffisante et 11,65 % pensent au contraire que cette raison est suffisante (voir figure 2 ci-dessous).

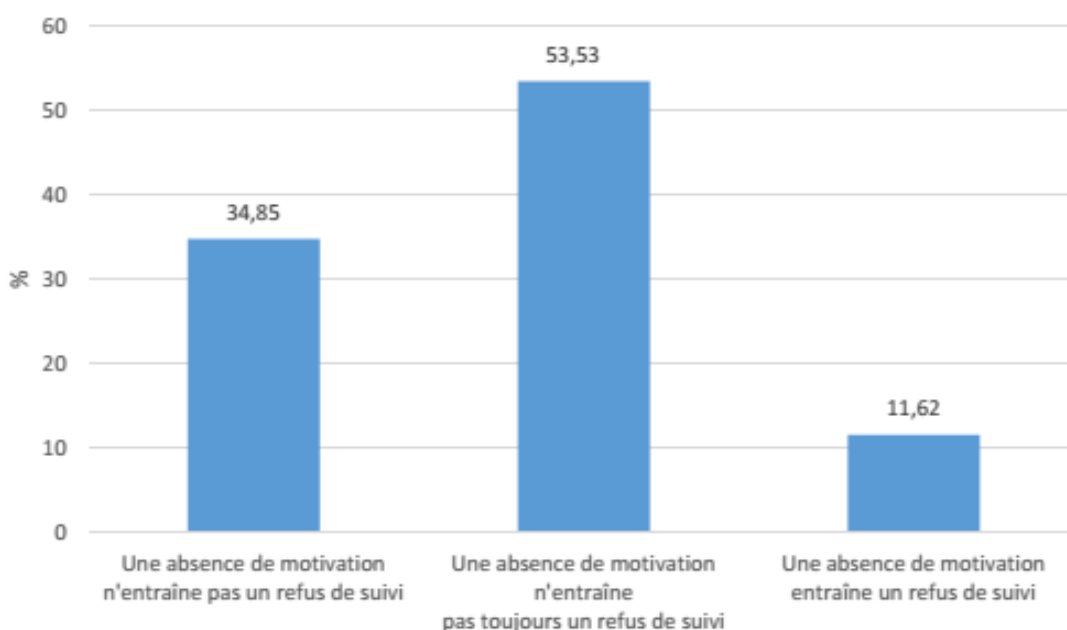


Figure 2. Absence de motivation en début de suivi

78,01 % des orthophonistes ont déjà rencontré des parents pensant que le retard de langage oral allait s'améliorer dans le temps sans suivi orthophonique.

Nous voulions également savoir si les orthophonistes parlaient fréquemment des facteurs de risque et des signes prédictifs de changement à propos du retard de langage oral. Les orthophonistes sont 37,34 % à le faire souvent, 36,51 % à le faire systématiquement, 21,99 % à en parler parfois et 4,15 % ne le font jamais.

1.2.3. Résultats des questions portant sur le bilan et les outils

1.2.3.1. Le bilan

Il est déjà arrivé à 81,33 % des orthophonistes de préférer ne pas faire assister les parents aux épreuves du bilan. La difficulté à poser un diagnostic clair entre retard de langage oral et trouble du langage / trouble spécifique du langage et

dysphasie est un problème rencontré « parfois » par 53,53 % des orthophonistes, « souvent » par 27,39 %, « très rarement » par 11,20 % et « très fréquemment » par 7,88 %. Les troubles comportementaux associés au retard de langage oral sont observés « souvent » par 63,49 % des orthophonistes, parfois par 29,46 %, systématiquement par 6,64 % et rarement par 0,41 %.

1.2.3.2. Le contrat thérapeutique et les séances à l'essai

Nous avons également posé deux questions sur des pratiques orthophoniques : le contrat et les séances à l'essai. 71,78 % des orthophonistes considèrent le contrat comme utile dans certains cas. Il est jugé utile à 13,69 %, très utile à 7,88 % et pas vraiment utile à 6,64 % (voir figure 3 ci-dessous).

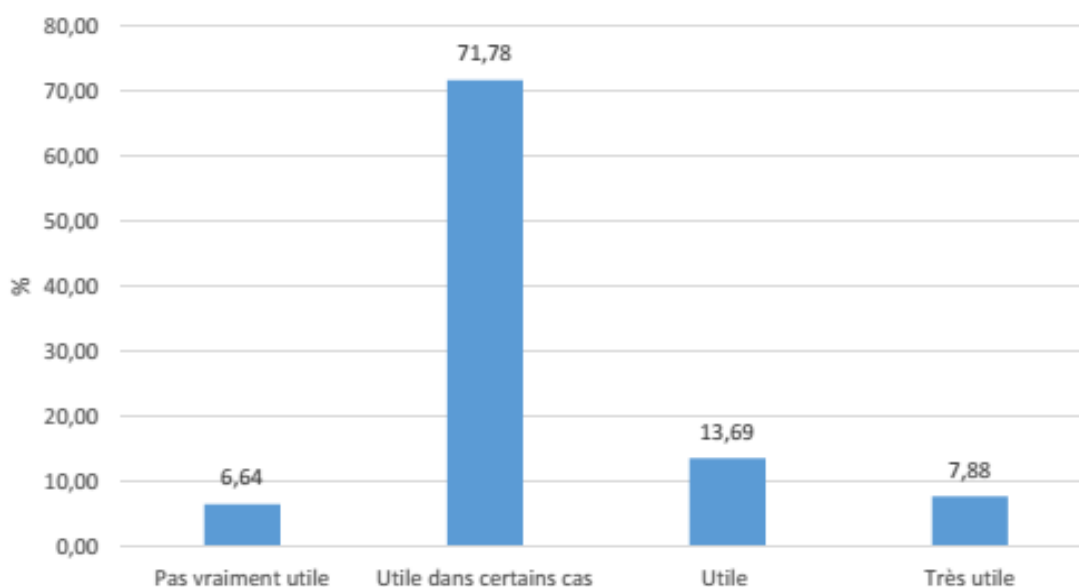


Figure 3. Utilité du contrat.

Nous leur demandions ensuite, dans une question ouverte, quelles en seraient les **principales caractéristiques**. Nous avons dégagé 3 thèmes principaux à partir de leurs réponses :

- **le cadre matériel** : il s'agit de points pratiques, comme les modalités de règlement, leur périodicité, la nécessité d'amener la carte vitale et la carte de mutuelle, l'entente préalable auprès de la Sécurité Sociale ; de conventions comme prévenir en cas d'absence aux rendez-vous, respecter les horaires, être régulier, apporter le cahier ou le classeur de l'enfant. Un des thérapeutes évoque sa disponibilité par mail ou par sms pour répondre aux questions.

- **le cadre thérapeutique relationnel/symbolique** : les orthophonistes ont évoqué le partage de leurs objectifs avec les parents, l'écoute de leurs attentes, l'explication de la destination des compte-rendus, du secret professionnel et ce qu'est un orthophoniste, les raisons du traitement orthophonique, le fait de convenir de faire le point régulièrement. Certains suggèrent la possibilité d'une pause thérapeutique. D'autres insistent sur le caractère non obligatoire de l'orthophonie, sur la nécessité d'une alliance, et sur l'engagement moral des parents avec l'explication de la triade et l'arrêt de la thérapie en cas d'absences trop nombreuses aux séances.

- **la place des parents pendant le suivi** : nombreux sont ceux à évoquer la reprise d'activités comme la lecture du soir, et la reprise des conseils. Certains évoquent précisément les techniques de reformulation. D'autres en profitent pour expliquer le développement du langage. Des orthophonistes parlent de la participation aux séances. Beaucoup insistent sur la nécessité d'échanger. De nombreux praticiens ont également insisté sur l'importance que les parents soient acteurs du traitement orthophonique et que leur regard soit positif sur leur enfant.

Les orthophonistes ont aussi décrit **la forme** que pourrait prendre ce contrat. Certains le conçoivent comme oral, d'autres écrit avec éventuellement une ou des signature(s). Des thérapeutes ont décrit des contrats entre deux parties avec d'une part le rôle des parents et d'autre part le rôle de l'orthophoniste. De même, l'idée d'un engagement mutuel est évoquée. Quelques orthophonistes ont émis la possibilité d'un contrat renouvelable au fur et à mesure du suivi. Les orthophonistes ont également affirmé la nécessité de s'adapter à chaque parent et le fait que ce contrat n'est pas réalisable avec tous. D'autres orthophonistes ont expliqué les raisons pour lesquelles ils ne le mettraient pas en place, le trouvant trop rigide ou préférant une confiance mutuelle sans passer par cette modalité. Certains sont restés indécis, nous disant ne pas avoir d'idée sur la forme qu'il pourrait prendre.

Quant aux **séances à l'essai**, la majorité des orthophonistes n'en a pas entendu parler (65,98 %). 12,45 % n'en voient pas l'intérêt, 24,90 % le pratiquent au cas par cas et 1,66 % le pratiquent systématiquement. 12,45 % ont répondu par une autre réponse ou ont souhaité nuancer leur propos.

1.2.4. Résultats des questions portant sur le suivi

82,6 % ont déjà fait participer les parents aux séances. Le temps de la séance est un temps pour rencontrer les parents chez 68,46 % des orthophonistes et

la salle d'attente un lieu de rencontre pour 58,09 % d'entre eux. 19,5 % évoquent également d'autres lieux comme l'école.

Les orthophonistes sont 66,4 % à penser que les parents ne sont pas surpris par les activités proposées en séance. Parmi les 33,4 % des orthophonistes à trouver les parents surpris, 3 motifs de surprise se dégagent principalement :

- **le mode d'action** : les parents sont surpris par le travail des pré-requis.
- **la manière d'être de l'orthophoniste** : lorsqu'elle utilise une approche particulière (PREL, Padovan, DNP), lorsqu'elle accueille le langage de l'enfant quel qu'il soit, ou bien lorsqu'elle pose des exigences particulières ; **de l'enfant** (capacités et attitude).
- **la médiation par le jeu en orthophonie**, par son caractère ludique et sa simplicité. Certains parents semblent s'attendre à un travail scolaire, d'autres ne voient pas forcément le lien avec le langage oral. Ils sont aussi surpris de l'utilisation de certains jeux, associés à un âge cognitif inférieur, ou mettant en jeu le corps par la manipulation.

1.2.5. Résultats de la question de clôture portant sur l'environnement motivationnel et sur le sentiment d'être assez formée

Lors des discussions parents/orthophoniste, les dimensions les plus retrouvées chez les sujets sont la dimension cognitive (75,10 %), perceptive (73,44 %) et méta-cognitive (8,3 %). A la question sur la description de l'environnement motivationnel, les mêmes dimensions dans le même ordre de priorité sont retrouvées, avec des représentations différentes : 52,28 % pour la dimension cognitive, 40,66 % pour la dimension perceptive, 28,22 % pour la dimension méta-cognitive.

Pour 70,12 %, les moyens en rapport avec la motivation n'ont pas été acquis en formation initiale. Il n'existe pas de consensus quant à des pistes de solutions trouvées en formation, ou découvertes par les orthophonistes.

1.3. Croisements de variables

Les croisements de variables n'ont pas été tous exploitables sur le plan statistique, nous mettons ici les résultats les plus intéressants. Les autres sont disponibles en annexe 12 p. A24 – A26. Nous avons considéré la moyenne du nombre de suivis pour retard de langage oral par orthophoniste et par semaine (12,73 avec un écart-type de 8,76 et un intervalle inter-quartile de 9) en rapport avec l'exigence d'une motivation parentale préalable grâce à la procédure ANOVA qui est

une analyse de variances. Cette procédure met en relation les moyennes du nombre de suivis pour retard de langage par semaine avec la recherche d'une motivation préalable chez les parents. Nous nous sommes intéressées aux orthophonistes ayant répondu « oui » à la question « Un manque de motivation de la part des parents est-il une raison pour ne pas entamer un suivi ? ». Ceux-ci suivent en moyenne par semaine 14,21 enfants pour retard de langage oral. Les orthophonistes ayant répondu « pas toujours » suivent en moyenne 12,87 enfants pour retard de langage oral par semaine. Ceux ayant répondu « non » suivent en moyenne 12,04 enfants par semaine.

2. Résultats issus des entretiens

2.1. Présentation des orthophonistes ayant participé aux entretiens

Nous avons constitué un échantillon de 14 orthophonistes dont les dates de diplôme, région de formation sont assez variées (voir tableau en annexe 16 p. A31 - A32). Pour chaque question et à chaque thématique, nous indiquons entre parenthèses la lettre correspondant à l'orthophoniste qui a émis chacune des propositions.

2.2. Les orthophonistes et l'AP

Les pratiques de l'AP que nous avons relevées chez les orthophonistes interrogées au cours des entretiens se sont révélées diverses. Ainsi différents types d'AP sont représentés. Certains aspects évoqués par les orthophonistes se rapportaient à des conseils ou des informations données aux parents. Une des orthophonistes, (L), disait former les parents. D'autres pratiques relevaient plutôt d'une collaboration ou encore d'une recherche de modification des attitudes parentales afin de favoriser le langage de l'enfant.

Certaines orthophonistes ont insisté sur le bilan. Ainsi (H) propose à certains parents de remplir au domicile la grille d'ÉVALO lorsqu'elle sent un décalage entre la vision qu'elle a du trouble et celle qu'en ont les parents. L'orthophoniste remplit la même grille ce qui permet d'avoir un même support d'échange. Pour (H), cette grille permet souvent de mettre en évidence chez les parents une dissociation entre expression et compréhension et parfois de repérer des différences de regard entre la mère et le père. (J) fait également remplir l'inventaire de développement (IDE,

adaptation française du Child Development Inventory). L'anamnèse est d'ailleurs le premier élément qu'elle évoque en décrivant sa pratique de l'AP. Celle-ci prend en compte différents aspects de la vie de l'enfant : psycho-affectifs, éducatifs, scolaires. Cette prise d'informations lui permet de faire le lien entre les difficultés langagières de l'enfant et ses difficultés au quotidien.

En ce qui concerne la participation aux séances, celle-ci est variable d'une orthophoniste à l'autre. Seule (L), qui forme les parents, considère cette participation comme indispensable alors que pour le reste des orthophonistes, cette participation est occasionnelle, rare ou n'a jamais été mise en place. En effet, pour (E) et (N), les parents, même avec des explications, ne comprennent pas toujours le but des activités. Pour (H), il est important que l'enfant ait un temps pour lui mais elle reçoit systématiquement les parents après la séance. (C) et (I) font assister les parents aux séances lorsqu'il y a un problème de séparation et aussi pour instaurer un climat de confiance avec eux. Pour (D), faire assister les parents aux séances est une façon pour eux d'intégrer une manière d'agir avec leur enfant par modelage. (N) le fait très occasionnellement et en profite pour observer l'interaction parents-enfant. Certaines orthophonistes ont aussi évoqué un cahier ou un classeur (H, K, L, M) pour faire le lien entre le domicile et ce qui est fait en séance avec des activités à reprendre à la maison. Avec certaines orthophonistes, nous avons évoqué l'utilisation des vidéos. Cette approche est peu pratiquée pour des raisons pratiques (B, D) ou parce que les orthophonistes n'osent pas la mettre en place (A, B, G). (B) n'en éprouve pas le besoin.

2.3. Les orthophonistes et la motivation parentale

9 orthophonistes sur 14 nous ont partagé leur représentation de la motivation parentale. La question n'a pas été posée à (H, I, J, K, L). Pour rappel, nous leur demandions quelle était leur définition de la motivation parentale, ce qui pouvait la favoriser ou la diminuer, à défaut quel terme s'en rapprochait le plus.

(A) associe la motivation des parents **aux peurs qu'ils ont par rapport à l'avenir de leur enfant**. Elle la considère comme présente lorsque les parents viennent régulièrement. Elle cite comme facteurs favorisants : le prêt de jeu pour le week-end, le fait de recevoir les parents et, en particulier, les pères, la confiance entre les parents et l'orthophoniste et aussi envers l'enfant.

(B) parle de « **désintérêt** » pour évoquer un manque de motivation parentale. Elle évoque la situation-problème d'un suivi où l'enfant est moins en difficulté pour les parents du fait d'une communication plus fluide, mais aurait besoin de continuer les séances pour l'orthophoniste.

(C) considère la motivation comme **un « moteur »**, comme « ce qui pousse les parents à consulter ». Elle distingue deux types de motivation, une guidée par l'obéissance à la parole d'un autre, généralement le milieu scolaire ; une autre mue par une perception des parents de quelque chose qui ne va pas chez l'enfant, la démarche étant entreprise pour son bien-être. L'écoute est alors centrale. Puisque les facteurs intervenant dans une démarche sont multiples, (C) ne conçoit pas le fait d'agir sur la motivation. (C) questionne sur les cas de « non-motivation », lorsque le suivi est entrepris alors que les parents ne le considèrent pas comme nécessaire. Pour elle, il peut s'agir d'un manque d'écoute des réticences du parent.

(D) rapproche la motivation des parents de l'« **investissement** » **dans le suivi**. Elle est liée à la disponibilité des parents, à leurs projets, à leur travail, aux transports des enfants à leurs différents rendez-vous ou clubs sportifs. L'absence de motivation parentale est visible lorsque les parents en séance ne s'intéressent pas au contenu de la séance (par exemple, en utilisant leur téléphone portable). La présence en séance n'est pas une condition de motivation, car des parents ayant refusé d'y assister sont motivés pour le suivi de leur enfant, et reprennent des documents à la maison avec lui. (D) met en avant le cas par cas.

(E) définit la présence de motivation parentale par leur **régularité aux séances et le suivi du langage de leur enfant** (jeux à la maison...). Certains parents sont toutefois réguliers mais réticents à reprendre des éléments des séances. La motivation n'est pas liée au fait de poser des questions, car certains parents réservés sont motivés. (E) met elle aussi en évidence le cas par cas.

(F) évoque ce qu'elle associe à la présence d'une motivation parentale : la régularité aux séances, la régularité de la reprise à la maison, le fait de parler des difficultés de communication avec leur enfant, ou de la blessure qui peut être présente. La manière de stimuler la motivation parentale serait de **montrer aux parents les progrès de l'enfant**, même si (F) a l'impression que cela ne suffit pas. Ce qui la diminue semble être la durée du suivi, sans nombre de séances pré-établi.

(G) associe la motivation parentale à l'« **envie de changement** » **des parents**, qui souvent devient aussi leur envie d'aider leur enfant, dans une vision positive de

l'évolution du langage de leur enfant. Elle évoque la meilleure manière de stimuler la motivation : montrer des progrès rapides aux parents, et surtout être dans la bienveillance envers tous ces parents. Ce qui diminue la motivation parentale sont les trajets, en bus ou à pied, qui représentent parfois un effort démesuré par rapport aux bénéfices retirés. Elle signale aussi que le mot de « motivation » est si usité qu'en tant que praticien il est facile de cataloguer les patients en motivé/pas motivé, sans forcément chercher plus loin.

(M) considère la motivation comme **un « investissement »**, qui serait le fondement du suivi. Celle-ci est à rapporter aux objectifs des parents pour le langage de leur enfant. Sa présence se constate par la régularité aux séances, et la reprise des conseils. (M) trouve ce terme compliqué à définir.

(N) rapproche la motivation d'**un « accordage »** entre l'orthophoniste et les parents, il s'agit pour elle de « l'histoire d'une rencontre ». Elle consisterait en trouver un « juste milieu » entre les objectifs des parents et ceux de l'orthophoniste, en nuanciant les ambitions de chacun.

2.4. Réponses aux questions concernant la gestion d'un manque de motivation tout au long du soin orthophonique

2.4.1. Réaction des orthophonistes devant des parents affirmant ne pas voir l'intérêt de l'orthophonie lors du bilan

Dans cette situation, les orthophonistes soulignent l'impact que le retard de langage oral peut avoir dans d'autres domaines. Elles font ainsi le lien entre les difficultés langagières de l'enfant et les éventuelles difficultés relationnelles avec les pairs (F et J), ou avec les difficultés scolaires (F et M). Le remplissage de la grille de l'inventaire de développement aide (J) à faire ces liens. (K) essaie de faire comparer aux parents le niveau langagier de leur enfant avec celui d'autres enfants de leur entourage du même âge, pour faire prendre conscience du décalage. (M) explique l'influence des difficultés langagières à l'oral sur l'acquisition du langage écrit. Elle remarque en effet souvent que l'entrée au CP déclenche la prise de conscience des difficultés alors qu'elles étaient négligées auparavant. (J) et (K) expliquent que ce retard peut se résorber comme il peut se creuser, d'où l'importance d'intervenir. (J) et (N) insistent sur les différences entre l'école et l'orthophonie en terme de stimulation et de modalités (secret professionnel). Si les parents sont réticents (F), (J) et (N) leur

proposent de différer le traitement orthophonique. (J) leur donne alors des conseils de guidance et de lecture pour que les parents cheminent même s'ils ne sont pas prêts à entamer un suivi. (N) respecte l'avis des parents tout en leur donnant son point de vue professionnel concernant le développement de l'enfant et en leur expliquant le bénéfice que pourrait lui apporter l'orthophonie. Elle leur explique ensuite que le choix d'entamer un suivi leur appartient et qu'elle ne le débutera pas sans leur accord. Elle leur signale aussi garder le dossier de l'enfant au cas où ceux-ci changeraient d'avis.

Pour (L), ce cas de figure ne s'est jamais présenté d'emblée, elle constate plutôt un désinvestissement au fur et à mesure du suivi avec certains parents lorsqu'elle ne les fait pas participer aux séances. De même (F) remarque que la participation aux séances les fait changer d'avis.

2.4.2. Expériences des orthophonistes ayant rencontré des parents réticents qui ont finalement adhéré au suivi

Deux des orthophonistes, (H) et (K) ont rencontré cette réticence lorsque l'orientation émanait d'une instance extérieure aux parents. (H) pose alors beaucoup de questions aux parents pour les faire évoluer. (K) remarque une peur du jugement et beaucoup d'absentéisme chez les parents orientés par l'école ou les services sociaux. Pour certains parents, cette irrégularité n'est pas forcément due à un manque de motivation mais à une difficulté à s'organiser et à intégrer le rendez-vous du traitement orthophonique à l'emploi du temps de la semaine, surtout dans des familles défavorisées avec des repères dans le temps ne reposant que sur la mémoire, sans support écrit comme l'agenda. Mais les rendez-vous se régularisent par la suite. Pour (M), la réticence de parents venait d'une contrainte horaire mais c'est finalement la motivation de l'enfant et son évolution qui ont fait adhérer les parents au suivi comme pour (K). (L) dit ne pas avoir rencontré de parents réticents au suivi. (N) ne débute pas le suivi si elle observe une réticence. Elle insiste alors sur le fait que l'engagement dans un suivi est un choix et elle s'attache à différencier l'orthophonie de ce qui peut être fait à l'école. Ce discours a alors permis à certains parents d'être moins sur la défensive.

2.4.3. Les orthophonistes face à un étiolement de la motivation

Dans cette situation, (K), (M) et (N) font le point avec les parents. (K) a parfois vécu des situations où les parents faisaient accompagner leur enfant par un autre

enfant de la famille, rompant ainsi le temps de dialogue prévu à la fin de chaque séance. Elle essayait alors de convoquer les parents ou de trouver un prétexte pour les appeler mais prise dans un fonctionnement, elle a regretté de ne pas le faire assez. Le suivi s'est alors poursuivi mais les parents sont restés en dehors. (M) propose un espacement des séances ou une pause thérapeutique avec une date de retour fixée ou non. Les deux fois où (N) a été confrontée à ce problème, cet étiolement relevait de problèmes logistiques réglés par un changement d'horaire, ce qui n'est pas toujours évident à mettre en place en raison de la gestion de leur emploi du temps. (K) sent que ce manque d'élan de la part des parents influe sur sa propre motivation au cours du suivi. (N) se remettait beaucoup en question au tout début de sa carrière et était déstabilisée quand elle ne trouvait pas la raison de ce désinvestissement mais a décidé d'en parler plus franchement aux parents pour mieux comprendre. (L) observait cet étiolement au début de sa carrière, quand elle ne faisait pas participer les parents aux séances mais ne l'observe plus depuis.

2.4.4. L'interruption du suivi pour des raisons autres que l'évolution positive du retard de langage oral de l'enfant

Ce thème n'a pas été abordé par (I), (J) et (N). L'arrêt est une proposition (G) ou une décision de l'orthophoniste (B, F), plus rarement des parents (A). Pour (F) et (G), il est motivé par l'absentéisme, même si les parents semblent investis lorsqu'ils viennent. Pour (B) et (E), il est motivé par le désintéressement des parents. (K) arrête suite à une absence de réponse à un courrier de relance. (E) ne rappelle pas les parents absents, (A) recadre tandis que (B) et (F) font régulièrement le point. (M) rappelle l'importance de la régularité.

(H) l'envisage et le présente aux parents comme une pause. (A) propose une pause ou un changement d'orthophoniste. (M) parle de fenêtre thérapeutique. (G) parle de pause, tout en fixant une date, et bon nombre de parents reviennent. (D) évoque les départs en congé maternité sans remplaçant.

Ces arrêts ou pauses sont proposés pour (D) en cas de problème relationnel avec l'enfant ou lorsqu'il existe une limitation dans les outils, en particulier pour la Communication Alternative et Augmentée (CAA). (H) le propose lorsqu'elle considère que l'enfant ne fait pas d'efforts, (A) et (G) évoquent des déplacements coûteux en temps et en énergie, trop grands pour le bénéfice retiré (G). (K) et (L) mentionnent des difficultés devenues moins apparentes pour l'instituteur et les parents. (M) parle de leur manque de disponibilité. Pour (C), ce sont toujours les parents qui

choisissent d'arrêter ; l'absence des parents a un sens, et interrompre leur absence correspond à interrompre son travail.

2.5. Questions sur l'écoute des conseils, la reprise des conseils et des stratégies par les parents

2.5.1. Activités proposées par les orthophonistes et activités particulièrement appréciées des parents

(I) transmet aux parents le matériel du Lexique vivant, qu'ils revoient régulièrement avec l'enfant. Elle prévient les parents qu'il s'agit d'un engagement qu'ils prennent et qu'un temps régulier doit lui être consacré dans la semaine. Pour (L), il s'agit d'activités vues en séances que les parents reprennent pour automatiser l'acquisition. (L) ne les fait pas reprendre tant que les capacités de l'enfant dans le domaine travaillé sont trop fragiles, parlant ici essentiellement d'articulation ou de parole. (F, H, K, M) ont abordé les jeux de mémoire ou de loto même s'ils n'ont pas l'habitude de jouer : ils plaisent aux enfants comme aux parents car les règles sont simples. (H) et (M) ont évoqué la lecture d'histoires que les parents ne pratiquaient pas forcément même s'ils étaient eux-mêmes lecteurs. (D) souligne l'importance du "pont à faire avec l'extérieur". Elle se base alors sur des activités déjà pratiquées par les parents ou sur des conseils par rapport à des achats de jeux. (B) reprend également des jeux du quotidien qui ont posé problème en modifiant la règle pour que les parents puissent s'inspirer de la façon dont s'adapte l'orthophoniste à l'enfant. (J) ne souhaite pas proposer d'activités ou d'imagiers précis à reprendre pour éviter une reprise trop figée. (N) n'a pas repéré d'activités particulièrement aimées par les parents mais elle remarque que le rythme soutenu des journées réduit les moments d'échange langagiers entre parents et enfant. Elle ne propose pas d'activités en particulier à reprendre au domicile mais insiste sur la qualité des moments partagés et l'importance de profiter de chaque moment de la journée au quotidien pour échanger (promenade, cuisine etc.). (C) ne propose pas d'activités mais écoute les parents dans leur cheminement au quotidien avec l'enfant.

2.5.2. Le retour sur les conseils

Quand (B) remarque que les activités ne sont pas reprises, elle sent bien souvent des réticences. Elle essaie alors de comprendre d'où viennent celles-ci. (F) note que les parents décrivent surtout le transfert des acquis en séance dans la vie quotidienne. Parfois ils assurent avoir repris des conseils mais en les interrogeant,

elle sent que ce qui est repris est assez flou. (A) fait confiance à la fratrie pour reprendre les exercices, lorsque les parents sont en situation d'illettrisme par exemple.

2.5.3. Situations où les conseils sont repris de façon trop rigide

Dans cette situation, (D) décrit une interaction parents-enfants faussée car les parents sont constamment dans le contrôle. (F) a quant à elle été confrontée à un enfant qui commençait à développer un bégaiement du fait de cette pression. (K) évoque une mère angoissée au point de demander la confirmation à l'orthophoniste de l'exactitude de chacune de ses paroles au cours d'un jeu de loto avec l'enfant. (B) et (F) prennent alors le parti d'arrêter toute reprise d'activités vues en orthophonie, car ils les considèrent comme favorisant cette rigidité. (N) dit aux parents qu'elle leur a peut-être mal expliqué, reprend la façon de mettre en place les conseils et leur demande ce qu'ils en pensent.

2.5.4. Situations où les conseils ne sont pas repris

A cette question, (M) souligne que dans certaines familles, l'orthophonie n'est pas la priorité du fait des préoccupations des parents sur le plan social. Elle essaie alors de valoriser les familles et d'être plus souple en adaptant ses objectifs. (F) souhaiterait disposer de plus de supports d'accompagnement. (L) déculpabilise les parents en disant comprendre que leur rythme de vie soutenu rend difficile la reprise des activités qu'elle propose. Ceci permet d'échanger avec plus de transparence.

2.5.5. Moment spécifique où les orthophonistes font participer les parents aux séances

Pour (B), (D) et (I), la participation des parents aux séances est beaucoup plus dense au début du soin orthophonique. (I) les fait surtout participer lorsque l'enfant est jeune, supporte mal la séparation, afin qu'il sente le regard confiant de ses parents. Pour (D) cette participation en début de suivi permet de faire prendre conscience aux parents des enjeux de la thérapie. Pour (B), (D) et (I) cette participation s'estompe peu à peu. Au contraire, (L), qui est plutôt dans une optique de formation des parents, attend quelques séances si elle sent qu'ils ne sont pas prêts puis les fait de plus en plus participer, soit à chaque séance soit une séance sur deux si l'enfant vient deux fois par semaine. Elle n'a pas rencontré de réticence à cette participation.

2.6. Questions sur les représentations et émotions des parents tout au long du suivi

2.6.1. Les idées fausses rencontrées dans les discussions avec les parents, et les tentatives de les faire changer

(J) et (L) n'ont pas d'exemples. (B), (C) et (K) ne parleraient pas d'idées « fausses » : « Je ne dirais pas de façon aussi tranchée » avance (K). En effet, les parents voient parfois difficilement l'intérêt de l'orthophonie, ou sont découragés par la longueur des suivis pour (B). Les parents ont de toute façon leurs raisons (C).

En revanche, pour (G), les « idées fausses » sont systématiques, et tout le travail est de les changer. Celles-ci tournent autour des thèmes suivants : développement du langage pour (E, F, G, M, K, L, N) ; bilinguisme pour (A) et (M) ; problématique des écrans pour (M) et (D). (I) considère le fait de banaliser les difficultés de l'enfant comme faisant partie des « idées fausses ».

2.6.2. Le projet de soin des parents

(A) considère que les parents ont souvent un projet de soin, mais qu'ils ne sont pas écoutés. (K) et (M) ne font pas formuler de projet de soin. (B) et (G) partent d'une situation du quotidien. (D), (K), et (L) formulent leur projet thérapeutique de façon explicite aux parents. Pour (C) ce projet de soin est implicite et non formulé. (L) et (N) demandent aux parents leurs attentes avant le bilan. Dans un second temps (L) formule son projet et demande aux parents s'il leur convient. Pour (N) il est construit ensemble. Les objectifs doivent être pour elle très clairs, ciblés et limités. (L) et (N) remarquent que les attentes des parents ne sont pas toujours très précises.

2.6.3. L'indifférence des parents quant au suivi

Elle a été rencontrée par (A, I, M, N), tandis que (G) et (J) disent n'en avoir pas rencontré. Des raisons sont avancées : l'envoi des parents par l'école pour (A) et (I) ; le fait pour les parents d'avoir d'autres projets prioritaires pour (M). Les facteurs perçus comme limitant l'indifférence des parents quant au suivi sont la longueur de la liste d'attente (G), la réalisation d'un bilan normé (I), le lien entre les difficultés et l'incidence au quotidien (J), leur participation en séance (L). (N) n'entame pas de suivi avec les parents qu'elle perçoit comme indifférents.

2.6.4. Les difficultés de compréhension réciproques

Elles peuvent être dues à des valeurs, des modes de vie ou des cultures éloignés les uns des autres. Les 14 orthophonistes ont mentionné au moins un élément. Elles évoquent des parents d'autres cultures que la leur, ce qui induit une difficulté à transmettre les informations (D, H, I) et à faire face à leurs représentations. (A) évoque ainsi des parents avec des croyances animistes, celles-ci entourant surtout un trouble mental plus que le trouble du langage. Elle ne cherche pas à intervenir sur ces croyances mais est soutenue par un ethnoclinicien, pour mieux faire le lien entre les représentations. En outre, la fratrie peut aussi être une ressource. Pour (B), les différences de culture n'entraînent pas plus de rejet de ce qui est proposé en suivi, à condition que les raisons et buts du travail soient expliqués. (N) a pu communiquer par le biais de photos prises dans l'environnement de l'enfant pour partager les objectifs fonctionnels avec des parents parlant très peu français. (C) a rencontré des parents d'un autre niveau socioculturel que le sien, elle a écouté leur façon d'être mais dit ne pas pouvoir estimer si ces différences ont eu une quelconque influence sur la motivation. Des orthophonistes (A, F, K, M) ont rencontré des familles en situation de précarité. (F) a alors parfois l'impression que ses conseils ne sont pas réalistes. (M) essaie alors de se décentrer de sa vision d'orthophoniste et cherche à savoir ce que peut représenter l'orthophonie pour ces parents en difficulté sur le plan social. Le style de parentalité est également évoqué qu'il soit jugé comme protecteur (E) ou laxiste (L), ainsi que le manque de disponibilité des parents en temps (G). Lorsque (J) constate des comportements qui lui paraissent néfastes sur le plan orthophonique (sucette, télévision), elle ne cherche pas à imposer un nouveau comportement : elle argumente en évitant de culpabiliser. Elle essaie de prendre du recul en considérant que la famille n'est pas la seule source d'influence et que d'autres sources interviennent aussi. Si possible, elle cherche à obtenir un compromis. Enfin, (G) et (K) évoquent des différences de rapport au langage, par exemple chez des parents qui en ont une vision utilitaire. (K) prête alors des jeux pour introduire la notion de plaisir.

2.6.5. Les facteurs compliquant ou entravant l'application de stratégies ou de conseils

Cette question n'a pas été abordée avec (I), (J), (K). Des facteurs inhérents aux parents ont été mentionnés : des parents en situation de déficience intellectuelle (G, H, L), des parents illettrés (A, G, M), des familles avec un bilinguisme (A, D, M),

des familles en situation de précarité (A, E, L), des situations familiales compliquées (D, G). Sont à nouveau abordées des différences avec l'orthophoniste : la culture (B, N), le niveau social (N), la personnalité (N), la langue (B). D'autres facteurs plus spécifiques à l'orthophonie coexistent : la présence d'un bégaiement en plus du retard de langage (D), des expériences difficiles de l'entourage avec l'orthophonie (E), le fait que les parents soient envoyés par l'école et ne considèrent pas l'orthophonie comme utile (E). Enfin sont abordés les absences des parents (M), le manque de coparentalité (E), les résistances internes des parents pour lesquels l'orthophonie s'assimile à du scolaire (G), leur fatigue (N) et le manque de disponibilité (N), qu'il vienne des parents ou de l'orthophoniste. (F) privilégie les facteurs inhérents à l'orthophoniste : donner trop d'informations en même temps, donner des conseils trop généraux, utiliser un vocabulaire non adapté. (C) préfère les amener à trouver par eux-mêmes des solutions plutôt que de se placer dans la position de celle qui sait.

2.6.6. Les émotions des parents et les attitudes des orthophonistes

2.6.6.1. L'anxiété quant au devenir langagier de leurs enfants

Le thème n'a pas été abordé par (A, B, D, H, I, J). Pour les autres, les raisons abordées sont les attentes par rapport au CP (C, E, L), un diagnostic peu clair (K, L), le devenir langagier après la fin du suivi (N).

Les orthophonistes adoptent alors les attitudes suivantes : rassurer « sans être non plus trop positiviste » (E), montrer aux parents que leur enfant progresse grâce à leurs efforts (G), expliquer n'être pas inquiet car l'enfant aura rattrapé son retard pour le CP (L), s'appuyer sur le bilan, en formulant la possibilité de revenir en cas de difficultés persistantes dans le cas d'une fin de suivi (N), transmettre des informations précises (F) : repères pour le développement du langage, coordonnées d'associations, exercices à la maison. (C) les écoute en les incitant à parler de ce qui leur fait peur.

2.6.6.2. Le désinvestissement de la sphère langagière

Ce thème n'a pas été abordé par (A, D, F, K, I). Pour (N), la situation ne s'est jamais présentée. Pour (C), ce cas de figure est considéré comme impossible, les parents parlant toujours à leurs enfants. Certaines orthophonistes relient ce désinvestissement à la question de la demande : sans trop insister, l'orthophoniste peut alors chercher à approfondir avec les parents cette notion de demande (J).

Il peut arriver que les parents qui manifestent un désinvestissement pour le suivi du fait d'un absentéisme ne soient pas à nouveau convoqués par l'orthophoniste (E). Une orthophoniste signale que la demande advient parfois après le bilan (B).

Ce qui a pu provoquer un changement sont des paroles explicites : par le rappel aux parents de leur importance (H), par des métaphores (M) ; par le fait de découvrir une situation plaisir où tous sont à l'aise (G) ; le fait d'être attentif à la manière dont l'enfant va « s'empare[r] du travail et essayer d'interpeller ses parents » (C), ainsi que le fait de former les parents pendant le suivi (L).

2.6.6.3. Le fait de se sentir démuni, dévalorisé dans sa fonction de parent

Ce thème n'est pas mentionné pour (A, B, E, F, I, J). Il est perçu dans le cas de pathologies plus lourdes que le retard de langage (K). Les raisons semblent être une situation soit de honte par rapport à un illettrisme (G), soit de déficience intellectuelle (G). Certains parents sont aussi démunis lorsque des examens considérés par eux comme médicaux sont demandés par l'orthophoniste, tel un audiogramme (D).

(C) écoute, (L) modélise en séance, (N) attend qu'ils se sentent compétents pour leur donner des outils et qu'ils s'en servent, (M) insiste sur les stratégies mises en place et (G) cherche la situation plaisir où les parents pourront se sentir à l'aise.

2.6.6.4. Les réactions d'agressivité

Aucune mention n'en a été faite pour (B, D, E, F, H, I, J) ; (G) et (H) n'en ont jamais rencontrées. (K) l'assimile plutôt à des réactions de défense ou d'inquiétude, (G) à l'hostilité d'un parent qui avait arrêté de venir en séance. Elles prennent place dans le contexte d'une demande de justificatifs (M) ou de bilans cognitifs complémentaires à effectuer (N) ; mais s'expriment aussi à propos du diagnostic de dysphasie et plus particulièrement de son déni (A). (C) considère l'agressivité comme liée à la question du transfert, des absences sans excuses étant comprises comme une agressivité non dite.

Les attitudes adoptées par les orthophonistes face à une situation d'agressivité parentale sont les suivantes :

- ne pas entrer dans le jeu des reproches (A)
- proposer de se revoir à un autre moment pour en discuter plus calmement (A)

- proposer une pause ou un changement d'orthophoniste, quand on perçoit une perte de confiance (A)
- s'expliquer (K, N)

2.6.6.7. Le cas des réactions de culpabilité

Aucune mention n'en est faite pour (A, B, D, I, J). (K) les retrouve dans les cas de pathologies plus lourdes, tout comme (M), en particulier à propos des choix d'orientation ; (E) et (G) lorsque le retard de langage est associé à un bégaiement. (G) mentionne les parents qui se sentent incompétents du fait de leur manque de connaissances scolaires. (H) évoque les mères trop fusionnelles avec leur enfant, (N) celles qui pensent ne pas avoir assez parlé à leur enfant lorsqu'il était petit. (L) évoque les parents qui cherchent à associer les troubles de leur enfant avec une cause unique, comme le fait qu'il ait été secoué (I).

(L) et (N) insistent sur ce qu'il est possible de faire désormais, (F) invite à voir l'enfant sans se questionner sur les raisons du trouble, (L) montre grâce à l'anamnèse que le début des troubles est antérieur à la cause unique supputée et le résultat de multiples facteurs. (H) insiste sur l'importance de travailler le lien entre l'enfant et sa mère. (C) entend cette culpabilité sans la nier puisqu'elle fait avancer.

2.7. Réponses aux questions en rapport avec les particularités de chaque orthophoniste

2.7.1. La pratique du contrat

Il est pratiqué par (B, F, I, N). Il est oral pour (B), écrit pour (F, I, N). Il comporte les conditions du suivi, comme le fait de venir aux rendez-vous (B, F, N). (F) ne mentionne que des conditions minimales dans le but qu'elles soient remplies, par exemple le fait de reprendre les choses à la maison n'est pas une condition du suivi. Les buts sont d'officialiser le suivi (I), de mieux connaître les impératifs horaires des parents (N), de décider d'un arrêt éventuel du suivi si les conditions ne sont pas remplies (B). Il est instauré au début du suivi (B, F) ou quand la motivation flanche (I, N). (N) l'accompagne de beaucoup d'explications orales. Il lui permet de mieux connaître les impératifs horaires des parents et d'être plus souple en cas de retard dans certaines situations. Les parents lui semblent satisfaits car le contrat constitue aussi un outil d'information sur les modalités du suivi, et les parents apprécient ces explications.

2.7.2. La pratique des séances à l'essai

Elles sont pratiquées par (D, G, J). (J) les met en place lorsque les parents ont des réticences à commencer un suivi. (D) les pratique dans le cadre d'autres troubles que le retard de langage. (G) les met en place lorsque des habitudes nocives ont été prises, même en cas de résultats non pathologiques aux tests. (J) les propose lorsqu'elle sent une réticence chez les parents ou lorsque les parents ne sont pas habitués à son approche. Les parents s'engagent sur une durée minimum d'une quinzaine de séances. Une grille leur est donnée pour noter les nouveaux mots et comportements au domicile. Un point est fait, souvent à l'approche des vacances scolaires, pour décider de la poursuite ou non du suivi en fonction des progrès.

2.7.3. La complication des relations avec les parents à cause d'un doute autour du diagnostic

Le thème a été abordé avec (B, D, N). Pour (D), ce problème n'existe pas car tout est dit au fur et à mesure. Pour (B), ce doute a compliqué les relations parce qu'elle avançait des hypothèses alors que les parents voulaient un diagnostic ; pour (N) parce qu'elle n'était pas du même avis que le centre référent mais était en position délicate pour l'exprimer.

2.7.4. D'autres stratégies utilisées par les orthophonistes

Ont été cités le fait de poser des questions, l'écoute active (I), la Communication Non Violente (J).

2.7.5. L'influence du pays de formation

Ce thème a été abordé avec (A) et (E). Les différences sont sociétales, influençant la manière de pratiquer l'orthophonie : par rapport à l'école allemande, l'école française semble moins portée sur le langage dans l'échange pour (A) ; par rapport à la Belgique, le rapport en France aux parents semble plus distant et donc plus professionnel pour (E).

2.7.6. L'influence d'une zone d'exercice rurale

Cela a été abordé avec (C) et (E). Les difficultés sont liées à l'absence de certains professionnels à proximité, tels que les psychomotriciens pour (E), et des déplacements moins faciles pour les patients pour (C). En revanche, il existe un réseau présent (C) avec des médecins et des ORL (E).

2.7.7.L'influence du mode d'exercice salarié

(B) a eu l'occasion de travailler en CMPP. Pour elle, il est possible que cela favorise l'alliance thérapeutique, mais cela peut varier en fonction de l'équipe.

2.7.8. Les formations

Deux des orthophonistes interrogées (K, M) ont suivi la formation Dialogoris. Cette dernière leur a permis d'adopter une autre posture face aux parents. Elles essaient ainsi, en partant des remarques des parents et en les questionnant, de faire émerger des solutions qui viennent d'eux-mêmes. Pour (M), cette formation a aiguisé son regard sur les interactions parents-enfant. Elle prend plus de temps dans l'échange avec les parents mais y trouve une meilleure efficacité. Cette formation l'a aussi aidée dans son travail auprès des familles défavorisées. (K) éprouve parfois des difficultés à ne pas donner les conseils directement, sans passer par le questionnement car cette stratégie demande de changer en profondeur son approche. (A) a été formée à l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers qui l'a aidée à développer ses capacités à écouter, reformuler les dires des parents et les soutenir dans leur démarche. D'autres orthophonistes ont trouvé un éclairage par le biais de formations sur d'autres pathologies : le bégaiement (E), le langage écrit (F) et l'autisme (L). La formation de (E), éducatrice, lui permet de considérer systématiquement l'enfant dans son environnement familial. Enfin (N) a suivi des cours en formation initiale sur l'AP qui lui ont permis de prendre confiance d'oser aborder l'AP dans sa pratique en s'adaptant aux parents et en appréhendant moins le fait de les recevoir.

Tous ces éléments confirment la variété des pratiques et de l'utilisation des outils théoriques.

Discussion

Nous présentons la réflexion que les résultats nous ont inspiré.

1. Limites de l'étude

1.1. Orientation particulière de notre étude

Nous avons placé notre travail dans la perspective nosographique du « retard de langage », nous aurions pu nous placer dans la perspective des « interactions » (Desmarais et Sylvestre, 2015), le retard de langage oral induisant des troubles communicationnels entre les parents et les enfants.

1.2. Biais de la représentativité de notre échantillon

1.2.1. Pour le questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par le biais de groupes Facebook ou mis en ligne sur les sites des syndicats régionaux. Aussi, à la différence d'un envoi par mail, nous n'avons pas de données chiffrées sur le nombre de personnes ayant lu la présentation de notre questionnaire sans y répondre.

En outre, il est probable que les orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire étaient intéressés par la problématique. Or, il aurait été intéressant d'obtenir des données provenant d'orthophonistes qui ne prenaient pas en compte la motivation parentale dans leur pratique.

En plus de cela, nous n'avons pas touché une population tout à fait représentative des orthophonistes français. Par exemple, le taux d'exercice en libéral est supérieur dans notre échantillon (82,99 %) par rapport aux données nationales DRESS de 2015 (80,86 %). Ce taux est inférieur dans notre échantillon pour l'exercice en salariat (5,81 %) et l'exercice mixte (10,79 %), toujours par rapport aux données nationales (respectivement 7,48 % et 11,66 %). En outre, 23 départements sont représentés de façon plus importante dans les données de notre échantillon que dans celles nationales, comme les Hautes-Alpes, le Doubs, la Drôme, la Haute-Garonne, le Jura, la Haute-Loire, le Lot, la Moselle, le Nord, le Pas-de-Calais, le Puy-de-Dôme, le Haut-Rhin, la Haute-Saône, la Saône-et-Loire, le Tarn-et-Garonne, le Var, la Haute-Vienne, l'Yonne, le Territoire de Belfort, le Val de Marne, la Martinique, la Guyane et la Réunion. Il est à noter que 38 départements ne sont pas du tout représentés dans notre échantillon.

1.2.2. Pour les entretiens

Le choix de ne pas effectuer de sélection aléatoire nous a desservi pour obtenir une représentativité objective, que nous aurions pu approcher par un tirage au sort.

1.3. Biais dans la formulation de notre questionnaire

1.3.1. Pré-supposés non informatifs

Certaines propositions de réponse contenaient des pré-supposés implicites. Par exemple, à la question « La motivation des parents est-elle nécessaire au suivi ? », une proposition de réponse était « Non, je n'ai pas les moyens de l'évaluer ». En effet, notre pré-supposé initial était que si la motivation parentale n'était pas évaluée, c'est parce qu'elle n'était pas considérée comme nécessaire au suivi. Or, pour certaines orthophonistes, bien qu'il ne soit pas possible de l'évaluer, elle est au centre des suivis dans l'écoute apportée aux parents. Aussi les données collectées à cette question ne sont interprétables qu'avec ces nuances.

1.3.2. Réactions de défense non évitées

A la question 2 nous avons évoqué la possibilité d'un manque d'intérêt pour la motivation parentale de la part des orthophonistes. Or, d'après Mucchielli (1984), cela est très susceptible de provoquer une réaction de prestance, le professionnel ne répondant pas par rapport à sa pratique quotidienne mais par rapport à l'image qu'il veut donner de lui-même.

1.4. Biais dans l'analyse des données issues du questionnaire

1.4.1 Biais dans le codage statistique de nos données

Pour traiter les questions ouvertes portant sur les discussions entre les parents et l'orthophoniste et sur l'environnement motivationnel, nous avons noté, dans chacune des propositions des orthophonistes, ce qui relevait de telle ou telle composante du modèle en 5 dimensions de Golay et al. (2009). Pour chacune de ces modalités, nous avons utilisé un codage binaire (0 = modalité absente de la réponse, 1 = modalité présente). Or bien que nous ayons suivi un protocole commun sur la base des verbes utilisés par les orthophonistes, cela laisse une large part à la subjectivité. Pour traiter ces questions, nous nous sommes appuyées sur les questions exploratoires de Golay et al. (annexe 3 p. A7). Les questions correspondant à la composante perceptive étaient « Que perçoivent-ils ? Que

ressentent-ils ? ». Les questions concernant la composante perceptive étaient « Qui sont-ils ? Comment vivent-ils ce trouble ? ». Or dans une publication de 2008, Lager, Golay et al. rattachent davantage la composante perceptive à ce que ressent corporellement le patient, en outre la composante affective englobe les émotions. Cependant la composante perceptive telle qu'elle est décrite dans cet article nous semblait moins pertinente pour notre sujet car plus adaptée aux patients diabétiques dont il y est question, où l'écoute des sensations corporelles est importante pour l'observance du traitement.

1.4.2. Biais en rapport avec la taille de l'échantillon

Notre échantillon est conséquent. Néanmoins l'interprétation des croisements de variables reste limitée pour les lieux de formation. En effet, moins un lieu de formation est représenté, moins les croisements qui peuvent être établis entre ce lieu de formation dont sont issus les orthophonistes d'une part et leur pratique du contrat et des séances à l'essai d'autre part sont significatifs au niveau statistique. Ainsi les croisements issus des lieux de formation les plus représentés dans le questionnaire (Lille, Lyon, la Belgique et Paris) sont les plus intéressants au niveau statistique alors que les croisements en rapport avec les villes moins représentées ont beaucoup moins de valeur statistique. Par exemple, seuls 2 orthophonistes du questionnaire ont étudié à Amiens. Leur nombre est trop faible pour représenter la ville. C'est pourquoi nous présentons uniquement les croisements des villes les plus représentées pour ce type de croisement.

1.4.3. Biais pour l'interprétation de nos données

Nous avons proposé dans notre questionnaire à la question portant sur la zone d'exercice la répartition « urbain », « périurbain », « rural » pour obtenir une vision synthétique des données. Or, celles-ci ne peuvent pas être interprétées. En effet, les données DREES répertorient les lieux d'exercice des orthophonistes sont calquées sur des nombres d'habitants par unité d'agglomération. En outre, il n'existe pas de définition claire de ce qu'est le « périurbain » d'après l'INSEE.

1.5. Limites quant aux données obtenues via le questionnaire

1.5.1. Limites liées à la formulation de certaines questions

Nous avons obtenu des données parcellaires autour de plusieurs thèmes, parfois du fait du type de question posée. En effet, à la question « Quelle(s)

solution(s) avez-vous découverte(s) soit par le biais de formation, soit par le biais d'échanges entre collègues ou de lectures », certains orthophonistes n'ont pas répondu à cette question, bien qu'ayant effectué des formations, ce que nous avons pu constater lors des entretiens. Ils transmettaient parfois des données retenues d'une formation sans la nommer explicitement. Nous aurions pu transformer cette question en question fermée pour obliger les participants à répondre et à préciser lesquelles.

En outre, les réponses des orthophonistes étaient parfois globales, témoignant de l'oubli du cadre du questionnaire qu'était le retard de langage oral. Cela a particulièrement pu être mis en évidence à la question autour du contrat, les orthophonistes évoquent leurs suivis en général. Pour contrer cet effet, il nous aurait fallu être redondantes dans la formulation des questions, et pour chacune, signaler à nouveau le cadre du retard de langage oral.

1.5.2. Limites liées à l'orientation de nos questions

Nous avons orienté notre questionnaire en fonction du modèle en 5 dimensions de l'ETP, mais malgré cela d'autres thématiques ont émergé de façon évidente, parmi lesquelles la question centrale du temps.

De façon similaire, nous nous sommes inscrites dans l'AP. Or, certaines orthophonistes semblent travailler avec les parents sans pratiquer l'un des 3 types d'AP que nous avons pu mettre en relief, se situant par exemple dans l'écoute.

Nous n'avons pas évoqué le thème de l'argent, qui aurait pu susciter de nombreuses réactions de prestance, ni celui de la satisfaction des parents par rapport à la thérapie (Bairati et al., 2011).

Enfin, il aurait été intéressant d'avoir des données chiffrées à propos des fenêtres thérapeutiques.

1.6. Limites du questionnaire abordées par les orthophonistes

1.6.1. Typologie des remarques

Majoritairement, les orthophonistes n'ont pas répondu à la question libre sur les éventuelles remarques (61 %). De manière décroissante elles ont formulé un intérêt pour notre sujet (12,86 %), des remarques de méthodologie (12,03 %), ont signalé un aspect non abordé (6,22 %), ont formulé un avis sur la motivation parentale (5,81 %), sur l'AP (4,98 %) ou sur le retard de langage (4,98 %), ont demandé du matériel

(2,9 %), ont formulé leur incompréhension face à une question ou à nos objectifs (2,49 %).

1.6.2. Limites pointées

1.6.2.1 Méthodologiques

La question fermée portant sur la surprise des parents face aux activités en séance a été jugée comme trop réductrice par 19 orthophonistes (7,8 %). Des manques de propositions de réponse ont été aussi signalés (1,2 %), ainsi que des questions trop inductrices (1,2 %), concernant le contrat et l'absentéisme des parents. Ont été signalés comme contraignants les obligations de réponse (0,8 %) ainsi que le temps de remplissage trop long (0,8 %).

1.6.2.2 Thématiques

Nous n'avons pas posé de question directement sur la pratique ou non de l'AP de type : « sous quelles formes se fait cet accompagnement ? ».

En outre, des incompréhensions ont été pointées (3,7 %), à propos de certains termes utilisés tels que « séances à l'essai », « motivation » ou « environnement motivationnel », mais aussi quant à la cohérence globale de notre questionnaire.

1.6.3 Ajouts souhaités

D'autres questions auraient pu être posées, à propos du bilinguisme, du niveau socioculturel et de la manière d'intégrer dans la thérapie un second parent souvent absent. Des suggestions de questions ont été apportées : « est-ce que les parents souhaitent s'impliquer dans la prise en charge ? » ; des demandes de description de séance type, d'explications de l'importance de faire participer les parents en séance ; des questions sur l'utilisation de la vidéo ou sur la fréquence des séances avec ou sans les parents. Une orthophoniste propose de se questionner sur les situations où une guidance est mise en place et les situations où les orthophonistes refusent d'en mener une, proposant comme pistes le souci de garantir un cadre thérapeutique à l'enfant seul ou un manque d'assurance dans les séances avec les parents.

1.7. Limites de la conduite des entretiens

Pour toucher un maximum d'orthophonistes, nous souhaitions limiter la durée d'un entretien à une demi-heure. En pratique, ils ont duré en moyenne 37 minutes. Ainsi les orthophonistes avaient la possibilité de s'entretenir avec nous pendant une séance où un patient était absent ou sur leur temps de déjeuner ce qui nous

paraissait moins contraignant. Cependant, cette durée est courte et les orthophonistes auraient pu davantage développer leurs réponses avec une durée d'entretien plus longue. Les entretiens s'appuyaient sur une trame mais pour plus de dynamisme et pour plus de naturel, nous ne lisions parfois pas exactement les questions mot pour mot ou nous les développons. Nous induisons parfois trop de réponses. Par exemple pour la question « Quelle forme prend l'accompagnement parental dans votre pratique ? », nous énoncions parfois des propositions comme le fait de faire participer les parents aux activités en séance ou l'utilisation de la vidéo. Les réponses à cette question se sont révélées plus riches lorsqu'elle était posée telle quelle et sans proposition au départ puis complétée par des propositions par la suite. Néanmoins une des orthophonistes nous a dit trouver cette question difficile car elle demande une analyse sur sa pratique. Nous aurions pu l'insérer dans la trame d'entretien envoyée au préalable aux orthophonistes.

2. Réponses aux hypothèses

2.1 Hypothèse 1 : les orthophonistes considèrent la motivation parentale comme un préalable au suivi orthophonique dans le cadre d'un retard de langage oral

2.1.1. Jugée importante, elle ne constitue pas un préalable au suivi

Les réponses au questionnaire suggèrent que les orthophonistes accordent une grande importance à la motivation des parents tout autant qu'à celle de l'enfant. La motivation des enfants est jugée par plus de 70 % des orthophonistes comme nécessaire ou très importante au suivi. 93,78 % des professionnels considèrent que la motivation des parents est nécessaire tout au long du suivi. 93,36 % des orthophonistes estiment que la régularité est le principal indicateur de motivation. La motivation des parents est donc nécessaire pour la régularité du suivi, l'enfant étant dépendant de ces derniers pour venir aux séances. Elle semble également importante en raison de l'influence que peut avoir la motivation des parents sur celle de l'enfant. De plus, lors des entretiens, les orthophonistes ont évoqué l'importance de la confiance que les parents accordent à l'orthophoniste pour que l'enfant adhère au suivi. (J) évoque également certains parents avec une absence de motivation pour entrer dans l'AP, qui n'en sont pas moins confiants envers le thérapeute pour le suivi orthophonique.

Les orthophonistes ne sont que 11,62 % à répondre que le manque de motivation est une raison suffisante pour ne pas débiter un suivi. 34,85 % considèrent que ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas le débiter et 53,53 % que ce n'est pas toujours le cas. Lors de la demande, la motivation n'est jugée nécessaire que par 11,20 % des praticiens. Sur le plan statistique, la procédure ANOVA montre en outre que ce n'est pas parce qu'un orthophoniste suit plus ou moins d'enfants par semaine qu'il a plus ou moins d'exigences quant à une motivation préalable chez les parents. Notre première hypothèse n'est donc pas validée.

Les orthophonistes remarquent ainsi que l'orientation des parents vient essentiellement de l'école : 97,92 % estiment qu'elle oriente souvent ou presque toujours la consultation alors que ces mêmes modalités de réponse concernant les parents ne sont cochées que par 19,50 % des orthophonistes. Selon les observations des thérapeutes, les parents viennent donc plutôt consulter en raison d'un avis extérieur et non en raison d'une inquiétude qui leur est propre. En effet, pendant les entretiens, les orthophonistes évoquent souvent un manque de repères quant au développement langagier, comme l'évoque Oberson en 2003.

2.1.2. Influence des représentations de l'AP sur la motivation des parents

Dans les précédents mémoires sur l'AP, Auzias et Le Menn (2011) et Bera et Coquelle (2015) ont relevé des pratiques d'AP qui se rapprochent davantage du type conseil et information avec une émergence du type collaboration dans lequel les parents participent à la thérapie avec la reprise d'activités au domicile. Dans notre questionnaire, 82,6 % des orthophonistes disent avoir déjà mis en place un AP avec une participation des parents à la thérapie mais les résultats de nos entretiens montrent qu'il s'agit plutôt d'une participation occasionnelle. De plus, les orthophonistes ne sont que 22,82 % à affirmer que la motivation doit être nécessaire pendant l'AP.

Dans les entretiens, les orthophonistes envisageaient le travail avec les parents de façon très différente. Ainsi chez certains orthophonistes (J, K), le travail peut se poursuivre même si les parents sont très peu investis du moment que l'enfant est amené régulièrement en séance. Les stimulations de la thérapie suffisent à le faire progresser, même si celle-ci est plus lente. Pour les orthophonistes formant les parents (L) ou faisant reprendre des activités spécifiques régulièrement (I),

l'implication de ceux-ci se révèle plus essentielle. Dans les AP décrits par Montfort (2010), tout comme dans l'AP de type formation et collaboration, l'implication des parents est essentielle. L'approche interactionniste semble encore peu appliquée par les orthophonistes dans le domaine du retard de langage oral telle qu'elle est décrite dans les programmes de type Hanen. Desmarais et Sylvestre (2015) évoquent les comportements à favoriser chez les parents comme l'imitation, l'interprétation, la dénomination et l'expansion ou des attitudes parentales comme le fait d'observer les comportements de l'enfant, de suivre ses centres d'intérêt, d'apporter une réponse en rapport avec sa zone proximale de développement et surtout la réceptivité et la réactivité. Ces aspects sont parfois évoqués par les orthophonistes comme (D) à qui il arrive de faire assister les parents aux séances pour qu'ils s'imprègnent de certains comportements : elle évoque ainsi l'ajustement, l'étayage, la capacité à capter l'attention de l'enfant, la façon de répéter ses propos et la mise en relief des aspects langagiers qui se révèlent problématiques chez l'enfant. Ces attitudes ne sont pas forcément explicitées ; (D) opte d'ailleurs pour cette démarche quand le dialogue avec les parents est difficile.

2.2. Hypothèse 2 : les orthophonistes privilégient le canal cognitif dans leur AP du retard de langage oral

Le canal cognitif semble le plus utilisé par les orthophonistes. Les orthophonistes sont ainsi attachés à informer les parents comme le suggère leur réponse à la question sur les facteurs de risque où les praticiens disent majoritairement en informer les parents. Pour avoir une grille de lecture commune des capacités et difficultés de l'enfant et leur incidence dans d'autres domaines, les orthophonistes peuvent faire remplir une grille. En revanche, la présence des parents pendant les épreuves du bilan n'est pas forcément évidente pour les orthophonistes, à qui il est déjà arrivé à 81,3 % de ne pas recevoir les parents lors des épreuves. Cependant cette présence peut être un moyen de constater les difficultés de l'enfant et de mieux comprendre les résultats présentés en fin de bilan par l'orthophoniste. Ce bilan peut être l'occasion de donner des repères développementaux car les orthophonistes interrogés soulignent ce manque de repères comme l'avait mis en évidence Oberson (2003). Notons que plus de la moitié des orthophonistes (53,53 %) a exprimé la modalité « souvent » à la question portant sur la difficulté à établir un diagnostic clair entre retard de langage et trouble du langage/trouble spécifique du

langage/dysphasie. Cela peut engendrer des désaccords entre les orthophonistes en libéral et les centres référents. Le discours auprès des parents peut alors être compliqué. Toutefois, ce résultat montrant une prédominance du canal cognitif est à nuancer puisque le canal perceptif a aussi ses limites. Ainsi, les orthophonistes semblent accorder de l'attention aux émotions des parents. Cela est corroboré par les résultats aux entretiens, lors desquels les orthophonistes ont évoqué leurs manières de travailler avec les réactions émotionnelles des parents. La dimension du stress maternel mise en avant lors des consultations pédiatriques par Brown et Wissow (2008) a été abordée lors de la question sur les réactions de culpabilité.

Les canaux affectifs et infra-cognitifs sont les moins mis en valeur d'après les données issues du questionnaire. Si le canal infra-cognitif semble difficile à aborder, le canal affectif peut être davantage favorisé. En effet, Bairati et al. (2011) montrent que les AP de collaboration sont davantage appréciés lorsque le père ne travaille pas à temps plein. Aussi mieux connaître les parents en termes de disponibilités permettrait d'adapter au mieux la thérapie à leurs caractéristiques personnelles.

Enfin, si la dimension méta-cognitive arrive en 3ème position, ses pourcentages sont relativement bas (8,3 % par exemple dans les sujets d'échange avec les parents). Cette dimension pourrait être davantage travaillée, par le biais de discussions sur les représentations des parents à propos de l'orthophonie. Par exemple, dans les surprises des parents, les orthophonistes ont beaucoup évoqué la médiation par le jeu comme le soulignait Berney (2003). Les orthophonistes peuvent ainsi expliquer son intérêt ou utiliser des situations plus fonctionnelles comme base de travail avec les parents. Lors des entretiens, une des orthophonistes a évoqué la nécessité de se décentrer de ses représentations d'orthophonistes et prendre en compte la dimension affective du parent (qui il est, ce qu'il vit) pour mieux le comprendre. Notre hypothèse 2 est en partie vérifiée.

2.3 Hypothèse 3 : les orthophonistes sont en demande d'outils face à cette problématique mais développent déjà des stratégies

Plus de 70 % des orthophonistes ont répondu que les moyens de soutenir le patient et son entourage n'ont pas du tout ou pas vraiment été abordés en **formation initiale**. 48% des orthophonistes disent avoir trouvé des pistes lors de formations ultérieures. Les orthophonistes ont aussi évoqué l'échange avec les collègues, des

lectures ou tout simplement l'expérience. Certaines orthophonistes nous ont fait part de leur besoin d'outils à destination des parents, mentionnés sous les termes de plaquette, contrat, guide, article ou grille.

Les deux outils proposés, le contrat et les séances à l'essai sont assez peu mis en place. Concernant les séances à l'essai, ceci semble s'expliquer par une méconnaissance de cette pratique puisque 65,98 % des orthophonistes disent ne pas en avoir entendu parler. Quant au contrat thérapeutique, la majeure partie des orthophonistes le voit comme utile dans certains cas (71 %). Les croisements entre la pratique des séances à l'essai par les orthophonistes et les centres de formation dont ils sont issus ne sont pas statistiquement exploitables. On peut toutefois noter que parmi les centres de formation les plus représentés, les orthophonistes n'en ont majoritairement pas entendu parler. La proportion d'orthophonistes le proposant au cas par cas est la plus forte en Belgique (14/22 soit 40,91 % des orthophonistes formés en Belgique). Au niveau du mode d'exercice, les résultats ne sont pas non plus exploitables statistiquement. Dans notre échantillon, on peut simplement relever que la proportion d'orthophonistes exerçant en salariat et proposant les séances à l'essai au cas par cas (8/14 soit 35,71 % des orthophonistes ayant ce mode d'exercice) est plus importante que pour ceux exerçant en libéral (49/200 soit 24,50 %). Toutefois, seuls 14 orthophonistes exercent en salariat dans notre échantillon, cette comparaison doit donc être interprétée avec prudence.

Enfin, concernant la zone d'exercice, la proportion des orthophonistes qui ne voient pas d'intérêt aux séances à l'essai est légèrement plus importante en zone urbaine (18/128 soit 14,06 %) par rapport aux orthophonistes exerçant dans les autres zones (11,86 % en zone rurale et 7,9 % en zone périurbaine. La proportion des orthophonistes les proposant au cas par cas est légèrement plus importante en zone rurale (16/59 soit 27,12 % des orthophonistes exerçant dans cette zone). Nous n'avons pas trouvé de corrélation statistique entre le nombre de retards de langage oral suivis par l'orthophoniste et la proposition de séances à l'essai. Concernant le contrat thérapeutique, les orthophonistes le jugent pour la majorité « utile dans certains cas » à 71,78 %. Une des orthophonistes interrogées en entretien, (N), le pratique lorsqu'elle sent un risque de démobilitation chez les parents. Ce contrat peut officialiser l'engagement des parents mais aussi devenir un outil d'information notamment sur ce en quoi consiste le suivi orthophonique et sur ses aspects pratiques.

D'autres stratégies ont été relevées chez les orthophonistes comme le fait de changer les représentations des parents en les questionnant, en essayant de faire naître de nouvelles ressources chez eux à partir de leurs remarques plutôt que de donner des conseils de façon trop directe. La pause thérapeutique et l'espacement des séances ont aussi été abordés. Il est intéressant de voir que la pause thérapeutique n'est pas mise en place de la même façon en fonction des professionnels, ainsi certains donnent une date de retour et d'autres pas, considérant que c'est aux parents de faire la démarche. Enfin des approches favorisant une interaction sereine avec les parents ont aussi été évoquées comme la communication non-violente ou l'approche centrée sur la personne.

Dans le questionnaire en ligne, les orthophonistes sont assez nombreuses à relever des troubles comportementaux chez les enfants ayant un retard de langage. Ils sont retrouvés « souvent » par 63,49 % des orthophonistes. Ainsi le retard peut entraîner des frustrations chez l'enfant qui ne peut pas toujours exprimer ce qu'il désire de façon verbale. (J) insiste sur la façon d'exprimer une attente parentale à l'enfant qui ne peut pas être correctement comprise si les parents vont au-delà de sa zone proximale de développement.

Susciter la motivation nécessite une approche assez globale de l'enfant et de ses parents pour connaître au mieux leurs problématiques réelles, leurs centres d'intérêts. Ce regard peut être favorisé dès le bilan *via* une observation des interactions avec les parents et une analyse de l'impact que le trouble peut avoir dans la vie quotidienne. Les parents peuvent eux-mêmes apporter cette vision globale de l'enfant, soit de façon informelle lors des entretiens avec l'orthophoniste soit par le biais du remplissage de grilles sur le développement général de l'enfant comme l'IDE.

Le terme de « stratégie » n'était néanmoins peut-être pas le plus adapté. En effet, ce terme d'origine militaire a été estimé non approprié par (C) lors des entretiens. Celui de « moyens » aurait pu le remplacer, (C) suggérant le terme de « manière d'être ». En outre, ce terme n'a peut-être pas permis une vision globale de la réalité sur ce point précis. Par exemple, une orthophoniste a effectué une formation d'éducatrice spécialisée, et cela lui a apporté une vision de l'enfant dans son environnement beaucoup plus étayée. Il n'est peut-être plus question de stratégies, mais d'un savoir-être plus global. L'hypothèse 3 est en partie vérifiée.

3. La question du temps

Le temps a été une thématique fréquemment abordée par les orthophonistes. Dans nos entretiens, ceux-ci l'ont mis en évidence sous 2 dimensions :

- **la question des repères de développement de l'enfant** : Les orthophonistes ont beaucoup évoqué le manque de repères de développement de l'enfant. Cela entrave parfois les parents dans la compréhension des difficultés de leur enfant. Les parents ont alors besoin de temps pour changer de regard sur leur enfant, être prêts à envisager les difficultés, ainsi que pour s'investir dans le traitement orthophonique.
- **les différentes dimensions temporelles** : Intégrer l'heure du rendez-vous à l'emploi du temps est parfois difficile pour des parents dont les préoccupations sont autres. Une des orthophonistes constate aussi la difficulté de partager des moments privilégiés en raison du rythme de vie soutenu des familles. De même, le temps que doit prendre la thérapie est considéré différemment selon les professionnels interrogés. Ainsi (N) considère qu'elle doit être assez courte et s'arrêter dès que le langage de l'enfant est fonctionnel. L'évocation de la pause thérapeutique par (A), (H) et (M) semble plutôt engager le suivi vers une durée plus longue.

4. Apports de ce travail

4.1. Un travail qui s'inscrit dans la continuité des études antérieures

Nos lectures de précédents mémoires nous ont permis d'affiner notre sujet qui vient prolonger les réflexions développées dans ceux-ci et donner un éclairage supplémentaire. Le mémoire de Badiou et Clerget (2012) illustre comment les orthophonistes peuvent être amenés à choisir d'intégrer l'AP dans leur pratique. D'autres mémoires nous ont permis d'avoir une idée de la forme que pouvait prendre cet AP en France (Auzias et Le Menn 2011 ; Bera et Coquelle 2015) : un AP de type information avec une émergence du type collaboration. Certains mémoires offrent également un aperçu de la motivation en contexte orthophonique (Kugler et Claudon 2011, Nolot et Vuichard 2011). Enfin, des mémoires ont été réalisés sur l'implication parentale que ce soit dans le cadre du retard de langage oral (Granat 2012 ; Rémy 2008 ; Dhalluin et Pay, 2006) ou d'autres pathologies (Huron De Kermadec, Tresse, 2013). Nous nous sommes ici centrées sur l'AP dans le cadre du retard de langage oral en nous appuyant sur des modèles théoriques différents des mémoires

antérieurs. Finalement nous avons davantage axé notre réflexion sur le modèle de l'ETP qui nous semblait plus adapté au contexte de soin et déjà développé dans le cadre d'autres pathologies. Il est intéressant de remarquer que, comme dans les mémoires d'Auzias et Le Menn, l'accompagnement parental des orthophonistes avec lesquels nous nous sommes entretenues se rapproche plutôt du type information ou collaboration. Le « family-centered program » (Monfort, 2010) consistant à influencer sur les attitudes parentales afin d'optimiser le contexte environnemental communicationnel est encore peu développée.

4.2. Apports sur le plan personnel

4.2.1. Rigueur dans l'interprétation des données

Nous avons appris à interpréter statistiquement les corrélations entre 2 données. Nous avons parfois eu l'impression que certaines relations étaient corrélées, ce qui était infirmé par l'analyse statistique. Cela a par exemple été le cas concernant la variable « avoir des solutions face à la motivation parentale » et « être à l'aise dans l'évaluation de la motivation parentale ». Cela nous invite à ne pas tirer de conclusions hâtives face à nos impressions cliniques, mais à les considérer comme un pas vers d'autres investigations.

4.2.2. Souplesse dans la conduite d'entretiens d'anamnèse

La conduite d'entretiens, associée à l'attention aux réactions de défense involontairement provoquées dans le questionnaire, nous ont probablement amenées à davantage de vigilance et de souplesse dans nos futures conduites d'entretien d'anamnèse, afin de favoriser la confiance.

4.2.3. Réflexion sur les problématiques rencontrées

Par rapport aux mécanismes de défense, c'est surtout le déni qui a été abordé. L'impuissance acquise ou autrement nommée « amotivation » (Boisvert, 2006) n'a pas été abordée en tant que telle, mais par contraste, en évoquant la nécessité du recadrage. En outre, le fait de ne pas brusquer l'« équilibre » de l'enfant (Van Wayenberghe, 2010) n'a pas été abordé.

4.2.4. Réflexion sur le concept de motivation

Ce travail nous a permis de considérer le concept de motivation comme une donnée centrale de notre travail, parfois correspondant à celui de demande, parfois

modifiable au cours du suivi. En cela, il a conforté la demande comme « raison d'être » du suivi (Estienne, 2004, p.33) et acte dynamique.

L'attente nous a aussi paru fortement importante : la liste d'attente ajoute une pression parfois favorable, les attentes des parents prises en compte favorisant leur motivation.

4.2.5. Travail en équipe

Nous avons appris à nous ajuster, à mieux communiquer grâce aux différentes étapes de notre travail.

4.2.6. Projection dans notre future pratique

Ce travail nous a amenés à réfléchir sur les modalités de notre future pratique, sur le cadre que nous choisirons de mettre en place et les raisons le sous-tendant.

4.3. Apports concernant le champ de l'orthophonie

Nous espérons que ce mémoire ait pu susciter des pistes de réflexion chez les orthophonistes. Certaines nous paraissent plus essentielles, nous les détaillons succinctement.

4.3.1. Pistes de réflexion sur le rôle des parents dans le cadre de l'AP

Ce travail nous a permis de nous interroger sur la place à donner aux parents dans le traitement orthophonique. Celle-ci est fonction de notre représentation du soin, mais aussi des caractéristiques des parents et de leurs centres d'intérêt (Olswang et al., 1998). Cela induit le fait de mettre en pratique les outils permettant de mieux comprendre le milieu de vie de l'enfant, afin d'y adapter le soin orthophonique et son cadre.

4.3.2. Pistes de réflexions autour de la motivation parentale

Un autre point qui nous paraît essentiel est la manière d'appréhender le concept de motivation des parents par les orthophonistes. Leurs représentations et leur savoir-être peuvent changer avec l'expérience, mais aussi avec les modèles théoriques comme celui de l'ETP (Golay et al., 2009). Ceux-ci aident à la prise de recul. En outre, la complexité de la réalité du terrain nous pousse à être dans l'interrogation plutôt que dans le jugement.

Conclusion

La motivation en contexte de soin recouvre de nombreux aspects : les raisons de la venue des parents et de l'enfant en consultation, leur projet, le degré d'adhésion et d'implication de ceux-ci mais aussi les composantes qui permettent à l'orthophoniste de tenter de comprendre les parents. Parmi tous les modèles développés, nous avons choisi le modèle en 5 dimensions de l'ETP pour appréhender ce concept.

Lors du soin orthophonique de l'enfant présentant un retard de langage oral, les orthophonistes peuvent impliquer les parents de l'enfant de diverses façons selon leur approche : ils considèrent leur influence sur la motivation parentale de façon très différente. Ainsi, le professionnel peut prendre les parents en compte dans la thérapie en échangeant avec eux informations et conseils, leur confier le prolongement d'activités vues en séances au domicile ou encore modéliser leur façon d'interagir avec l'enfant.

Au terme de ce travail, nous avons collecté des données permettant de répondre à nos hypothèses. Si le canal cognitif est le plus utilisé par les orthophonistes dans l'AP, la motivation parentale n'est cependant pas un préalable au début d'un suivi orthophonique pour la majorité d'entre eux. Les orthophonistes développent des stratégies pour répondre dans leur pratique à cette problématique. Malgré cela plusieurs sont en demande d'outils. Le contrat thérapeutique ou les séances à l'essai sont des pratiques encore mal connues et constituent une piste à explorer en fonction des projets des orthophonistes.

Ce travail contribue à montrer combien sont nombreuses les implications d'une prise en compte globale du patient dès le moment du bilan. Le nombre de réponses des orthophonistes montre leur intérêt pour le sujet. Grâce à eux, il a été possible de mettre en relief des thématiques particulièrement importantes dans le soutien à la motivation des parents.

Nous espérons aussi que ce travail pourra donner des pistes d'inspiration aux orthophonistes, dans le but de rendre les parents davantage acteurs du suivi orthophonique de leur enfant.

Nous nous sommes concentrées sur le travail avec les parents, mais il est à noter que l'attention à l'entourage dans sa globalité a été plusieurs fois soulevée dans notre enquête. Le rôle de la fratrie ou des grands-parents et la manière de travailler avec eux pourrait ainsi être abordée dans un travail ultérieur.

Bibliographie

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2015). Troubles de la communication. In CROCQ M.-A. et al. (Trad.), *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux* (p. 1114). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- ANTHEUNIS P., BERTRAND F., & ROY S. (2010). Un nouvel outil de soutien à la parentalité pour le développement de la communication et du langage. *Rééducation orthophonique*, 244(48), 249-257.
- ANTHEUNIS P., ERCOLANI-BERTRAND F., & ROY S. (2005). Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste. COM MEDIC.
- ANTHEUNIS P., ERCOLANI-BERTRAND F., & ROY S. (2007). L'accompagnement parental au coeur des objectifs de prévention de l'orthophoniste, le travail avec les outils Dialogoris 0-4 ans et Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste. *Contraste*, 1(26), 303-320.
- AUZIAS L., & 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.
- BAILLARGEON P., PINSOF W.-M., & LEDUC A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, (55), 137-143.
- BAIRATI I., MEYER F., Cheikh Bamba Dieye Guey, DESMARAIS C., ROULEAU N., & SYLVESTRE A. (2011). Factors influencing parent satisfaction with preventive health services for the early detection of speech and language delay in preschool children. *Open Journal of Preventive Medicine*, 135-142.
- BAUMEISTER, R. F., & LEARY, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- BERA V., & COQUELLE V. (2015). *Accompagnement parental: expériences et attentes de parents bénéficiant d'une intervention orthophonique en libéral* (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille.
- BERNEY, C. (2003). Guidance interactive en logopédie. *Langage et pratiques*, 38(203), 139-144.
- BLANCHET A., & GOTMAN A. (2007). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien* (2éd.). Paris: Armand Colin.
- BO, A. (2000). Essai d'adaptation d'un programme familial à la pratique en libéral. *Rééducation orthophonique*, (203), 139-144.
- BOISVERT N. (2006). *Validation de l'Echelle de Motivation du Client face à la Thérapie (EMCT), version française du Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)*. Université du Québec, Chicoutimi.
- BORDIN, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16(3), 252-260.

- BOUBLIL M. (2005). Entre paroles et penser : le retard simple du langage en question. *L'Information Psychiatrique*, 81(3), 197-204.
- BRASSART, E. La guidance parentale en orthophonie, un outil pour améliorer la communication et le comportement d'enfants d'âge préscolaire (2016). Laval.
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., & MASY V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues: OrthoEdition.
- BROWN J. D., & WISSOW L. S. (2008). Discussion of maternal stress during pediatric primary care visits. *Ambulatory Pediatrics*, (8), 368-374.
- CAMPOLINI C., VAN HÖVELL V., & VANSTEELANDT A. (1997). Retard « simple » de langage. In *Dictionnaire de logopédie I, Le développement du langage et sa pathologie* (p. 76-80). Leuven: Peeters.
- CHEVRIE-MULLER C., & NARBONA J. (2007). Troubles spécifiques du développement du langage (TSDL). « Dysphasies de développement ». In *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques* (p. 361-419). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- CIFALI BEGA M. (2014). L'efficacité d'une alliance thérapeutique. *Langage et pratiques*, (53), 25-30.
- CLAUDON, M., & KUGLER, E. (2011). *La motivation de l'enfant dans la prise en charge orthophonique* (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Faculté de médecine, Nancy.
- COQUET F. (2012). Papa, Maman... le langage c'est important! Ortho Edition.
- COQUET F. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Méthodes et techniques de rééducation* (2e éd.). Isbergues: Ortho Edition.
- COQUET, F. (2014, novembre). Accompagnement Parental - Formation continue, Syndicat Régional des Orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais, Lille.
- DALE, P. S., MCMILLAN, A. J., HAYIOU-THOMAS, M. E., & PLOMIN, R. (2014). Illusory Recovery: Are Recovered Children With Early Language Delay at Continuing Elevated Risk? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23, 433-447.
- DECI, E. L., & RYAN, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- DELION P. (2007). *La fonction parentale*. Bruxelles: Yapaka.
- DESMARAIS C., & SYLVESTRE A. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : état des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie. *A.N.A.E.*, 27(135), 180-187.
- DESMARAIS C., SYLVESTRE A., MEYER F., BAIRATI I., & ROULEAU N. (2008). Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(4), 361-389.

- DHALLUIN, E., & PAY, H. (2006). *Dites-nous tout! Auriez-vous envie que l'on travaille ensemble? : enquête auprès d'orthophonistes et de parents, sur l'éventualité d'un partenariat dans le cadre de la prise en charge des enfants issus de familles peu stimulantes sur le plan langagier : propositions de pistes de travail* (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille.
- ELLIOT, A. J., & MC GREGOR, H. A. (1999). Test Anxiety and the Hierarchical Model of Approach and Avoidance Achievement Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 628-644.
- ERCOLANI F., CLAUDON C.-L., & SCHAAF S. (1992). Objectif Langage.
- ESTIENNE F. (2004). *Orthophonie et efficacité: Les fondements d'une pratique*. Bruxelles: Solal Editeurs.
- GALLOIS P., VALLEE J.-P., & LE NOC Y. (2009). Education thérapeutique du patient. Le médecin est-il aussi un éducateur ? *Médecine*, 218-224
- GANTELME, M., & 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, Lyon.
- GIORDAN A. (1998). *Apprendre!* Paris: Belin.
- GIROLAMETTO L. (2000). Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage : efficacité du programme parental Hanen. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 31-62.
- GOLAY A., LAGGER A., & GIORDAN A. (2009). *Comment motiver le patient à changer?* Paris: Maloine.
- 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 médecine, Strasbourg.
- HART B., & RISLEY T. R. (1975). Incidental Teaching of Language in the Preschool. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8(4), 411-420.
- HART B., & RISLEY T. R. (2003). The Early Catastrophe. The 30 Million Word Gap by Age 3. *American Educator*, 4-9.
- HEIDER F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. Hillsdale: Psychology Press.
- HOKODA, A., & FINCHAM, F. D. (1995). Origins of Children's Helpless and Mastery Achievement Patterns in the Family. *Journal of Educational Psychology*, 87(3), 375-385.
- HOUZEL D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse: Erès.

- HUON DE KERMADEC, D., & TRESSE, N. (2013). *Facteurs influençant l'implication parentale précoce, étude auprès d'enfants sourds bénéficiant d'un implant cochléaire* (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Claude Bernard, Lyon.
- IRWIN J. R., CARTER A. S., & BRIGGS-GOWAN M. J. (2002). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1324-1332.
- JACQUART N. (2014). Systémique et thérapie logopédique : comment sortir du paradoxe de l'aide? *Langage et pratiques*, (54), 24-34.
- JAVEAU C. (1997). *L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien* (4e éd.). Bruxelles: Université de Bruxelles.
- KHOMSI A. (1982). Langue maternelle et langage adressé à l'enfant. *Langue française*, 54(1), 93-107.
- KLEIN M. (2013). *La psychanalyse des enfants*. Paris, Ed. PUF.
- LACAN J. (2015). *Le Séminaire. Livre II. Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Paris, Ed. Points.
- LACROIX A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique? *Santé Publique*, 19(4), 271-282.
- LACROIX, M. (2003). Troubles de la relation et de la communication : formulation des commentaires en guidance interactive. *Langage et pratiques*, (32), 41-53.
- LAGGER G., CHAMBOULEYRON M., LASSERRE-MOUTET A., & GIORDAN A. (2008). Education thérapeutique. 1ère partie : origines et modèles. *Médecine*, 223-226.
- LAGGER G., CHAMBOULEYRON M., LASSERRE-MOUTET A. & GOLAY A. (2008) Education thérapeutique. 2ème partie : Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine*, 269-273.
- LEFFEL K., & SUSKIND D. (2013). Parent-Directed Approaches to Enrich the Early Language Environments of Children Living in Poverty. In *Seminars in Speech and Language* (Vol. 34, p. 267-277).
- LE HUCHE F. (1990). *Parler. Lire. Ecrire. Les apprentissages de la communication*. Paris: Ramsay.
- LESSARD, J. (2000). L'accompagnement des parents en milieu scolaire multiethnique. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 145-162.
- LIVET M.O. (1999). Du langage normal au retard de langage. *Les Archives de Pédiatrie*, 6 (Suppl 2), 380-382.
- MILLER, W. R., & ROLLNICK, S. (2009). Ten Things That Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140.

- MISES, R. (2015). Troubles du développement et des fonctions instrumentales. In *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent-R-2012* (5e éd.). Rennes: Presses de l'EHESP.
- MONFORT, M. (2010). Guidance, accompagnement, partenariat: les alentours de l'intervention orthophonique. *A.N.A.E., Les Entretiens de Bichat*.
- MUCCHIELLI R. (1984). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale* (10e éd.). Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur.
- NAKAMURA, J., & CSIKSZENTMIHALYI, M. (2001). The Concept of Flow. In C. R. SNYDER & S. J. LOPEZ (éd.), *Handbook of Positive Psychology* (p. 89-105). USA: Oxford University Press.
- NOLOT C., & VUICHARD, S. (2011). *La rééducation tubaire dans le traitement de l'otite séro-muqueuse chronique chez l'enfant de 4 ans et plus. Application de principes issus de programmes d'intervention familiale* (Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste). Université Claude Bernard, Lyon.
- NUTTIN, J. (1991). *Théorie de la motivation humaine*. Paris: PUF.
- OBERSON, B. (2003). Guidances parentale et interactive en orthophonie. *Langage et pratiques*, (32), 29-40.
- OLSWANG, L. B., RODRIGUEZ, B., & TIMLER, G. (1998). Recommending Intervention for Toddlers With Specific Language Learning Difficulties: We May Not Have All the Answers, But We Know a Lot. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7(1), 23-32.
- PARISSE C., & MAILLART C. (2010). Nouvelles propositions pour la recherche et l'évaluation du langage chez les enfants dysphasiques. In C.GRUAZ & C.JACQUET-PFAU, *Autour du mot: pratiques et compétences*. Limoges: Lambert-Lucas.
- PEPPER, J., & WEITZMAN E. (2004). *Parler: un jeu à deux. Un guide pratique pour les parents d'enfants présentant des retards dans l'acquisition du langage*. Toronto: Centre de Ressources Hanen.
- PORTER, E. H. (1950). *An introduction to therapeutic counseling*. Boston, Ed. Houghton Mifflin Harcourt.
- QUENTEL J.-C. (2008). *Le parent, responsabilité et culpabilité en question* (2e éd.). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- REEVE J. (2012). *Psychologie de la motivation et des émotions*. (MASMOUDI S., Trad.). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- 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 de Nice Sophia Antipolis, Nice.
- RONDAL J.-A. (1998). *Votre enfant apprend à parler*. Bruxelles: Mardaga.

- RYAN, R. M. (1995). Psychological Needs and the Facilitation of Integrative Processes. *Journal of Personality*, 63(3).
- SCARBOROUGH H., & DOBRICH W. (1990). Development of children with early delay. *Journal of Speech and Hearing Research*, 33, 70-83.
- SCHELSTRAETE M.-A. (2011). Méthodologie de l'intervention clinique : évaluation et diagnostic. In *Traitement du langage oral chez l'enfant. Interventions et indications cliniques* (p. 291). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- SINGLY DE, F. (2012). *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire* (3e éd.). Paris: Armand Colin.
- TERREL B.Y., & HALE J. (1992). Serving a Multicultural Population: Different Learning Styles. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1(2), 5-8.
- THIBAUT C. (2010). L'importance du premier entretien. *Rééducation orthophonique*, (241), 103-110.
- VIANIN, P. (2014). Intervenant et enfant motivé : quelques pistes. *Langage et pratiques*, (53), 49-58.
- WINTER, D. G. (1991). A motivational model of leadership : predicting long-term management success from tat measures of power motivation and responsibility. *Leadership Quarterly*, 2(2), 67-80.

Webographie

- Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. LANGUERAND, E. (2007). L'entretien motivationnel et la théorie de l'autodétermination. <http://www.entretienmotivationnel.org/articles/autodetermination/> [Consulté le 21/11/15] (lien entre les modèles de Deci & Ryan et de l'ETP)
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Publishing. Consulté à l'adresse <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> [Consulté le 05/12/15] (modifications du DSM-IV-TR au DSM-5)
- ASHA. (2013). DSM-5 Chart : Criteria and Changes, ASHA Comments, and Implications <http://www.asha.org/uploadedFiles/ASHA/Publications/leader/2013/130801/DSM-5-Chart.pdf> [Consulté le 05/12/15] (suggestions de l'ASHA pour le DSM-5)
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2007). Education thérapeutique du patient. Définition, finalité et organisation. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf [Consulté le 10/10/15] (cadre de l'ETP en France)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2016). International Classification of Diseases ICD-10. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F80> [Consulté le 18/01/16]
- ROSEMARY R., GREENBERG M., & RICHARDSSON H. (2015). Report of ICD-11 Revision Review. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/classifications/icd/reportoftheicd11review14april2015.pdf?ua=1> [consulté le 18/01/16] (groupe de travail pour l'actualisation de la CIM-10)

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Liste des signes prédictifs et des facteurs de risque en rapport avec le retard de langage oral (Olswang et al., 1998)

Annexe n°2 : Critères d'observation exposés lors de la guidance interactive (Berney, 2003)

Annexe n°3 : L'exploration des 5 dimensions du modèle de l'ETP (Golay et al., 2009) adapté au domaine de l'orthophonie

Annexe n°4 : Schéma des facteurs internes et externes influençant la motivation du patient (Golay et al., 2009)

Annexe n°5 : Tableau récapitulatif des différents mécanismes de défense du Moi (Reeve, 2012) adaptés au contexte de parents d'enfant avec un retard de langage

Annexe n°6 : Tableau présentant quelques défenses sociales involontaires induites par la formulation des questions (Mucchielli, 1984)

Annexe n°7 : Copie de notre questionnaire en ligne

Annexe n°8 : Exemple de nuage de mot réalisé avec le logiciel iRaMuTeQ à la question : « Pourriez-vous préciser les sujets sur lesquels portent le plus souvent vos discussions ? »

Annexe n°9 : Tableau présentant les villes de provenance des orthophonistes de notre échantillon

Annexe n°10 : Tableau comparatif présentant le pourcentage d'orthophonistes en fonction du mode d'exercice sur le territoire français et dans notre échantillon

Annexe n°11 : Tableau comparatif présentant le pourcentage d'orthophonistes en fonction du département d'exercice sur le territoire français et dans notre échantillon

Annexe n°12 : Résultats détaillés concernant les croisements de variables

Annexe n°13 : Formulaire de consentement

Annexe n°14 : Trame d'entretien envoyée aux orthophonistes

Annexe n°15 : Questions posées seulement le jour de l'entretien

Annexe n°16 : Tableau présentant les principales caractéristiques des orthophonistes ayant accepté un entretien